

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu

Doç. Dr. Ayşegöl Yıldırım  
Kaptanoğlu

Doç Dr. Cahit Özer



**TAHEV**  
TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ VAKFI

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ

**Editörler**

**Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu**

Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

Doç Dr. Cahit Özer



## Editörler

**Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu**

Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

Doç Dr. Cahit Özer

Türkiye Aile Hekimliği Vakfı

**ISBN**

978-605-86746-0-8

**Genel Yayın Yönetmeni**

Mustafa GÖKÇE

**Reklam ve Halkla İlişkiler Koordinatörü**

Didem ÖZTÜRK

**Grafik Tasarım**

Akademi Yayınevi

**Baskı Cilt**



Akademi Uluslararası Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti

Musa Dayı Sok. No: 7 Kat: 3 Dölek İş Merkezi  
Mecidiyeköy / İstanbul

T. 0212 258 33 51 F. 0212 258 33 61

[www.akademiyayinevi.com](http://www.akademiyayinevi.com) / [info@akademiyayinevi.com](mailto:info@akademiyayinevi.com)

Bu kitabın bütün yayın hakları, Türkiye Aile Hekimliği Vakfına aittir. Tasarım ve dağıtımını Akademi Uluslararası Yayıncılık Ltd. Şti.'ne (Akademi Yayınevi) verilmiştir. Kitap içerisinde yer alan bilgi ve görsel materyallerle ilgili sorumluluk her konunun yazarına aittir. Fikir ve Sanat Eserleri Yasası gereği kitabın tamamı veya bir bölümü yazılı olarak TAHEV'den izin alınmaksızın basılamaz, yayınlanamaz ve çoğaltılamaz. Kaynak olarak belirtilmesi koşuluyla alıntı yapılabilir.

### UYARI

Yayıncı, editör ve yazarlar bu kitaptan dolayı meydana gelebilecek hastaya veya ekipmanlara ait zarar ve hasarlardan sorumlu değildir. Tıbbi bilgiler son yıllarda hızla değişmektedir. Tedavi ve ilaç uygulamaları sürekli değiştiği için standart güvenlik uygulamaları ve standart ilaç dozları her zaman başvurulacak ana kaynak olma özelliğini korumalıdır.

# İÇİNDEKİLER

<b>Bölüm 1: Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi.....</b>	<b>1</b>
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Eskişehir	
<b>Bölüm 2: Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi .....</b>	<b>11</b>
Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü. Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı Başkanı. Aile Hekimliği Uzmanı, Sağlık Ku- rurları Yönetimi Bilim Uzmanı. Hastane İşletmeciliği Doktoru, İstanbul	
<b>Bölüm 3: Aile Sağlığı Merkezinde İnsan Kaynakları Yönetimi .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1: Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme .....</b>	<b>36</b>
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başka- nı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlu, Ankara	
<b>3.2: Özlük İşleri (Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezi Açısından) .....</b>	<b>44</b>
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başka- nı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlu, Ankara	
<b>3.3: Aile Sağlığı Merkezi İnsan Kaynakları Yönetimi.....</b>	<b>69</b>
Uz. Dr. Aylin Baydar Artantaş Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başasistanı, Ankara	
<b>3.4: Aile Sağlığı Merkezlerinde İş Tanımları .....</b>	<b>72</b>
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Ankara	
<b>Bölüm 4: Aile Sağlığı Merkezinde Sağlık Ekonomisi .....</b>	<b>84</b>
Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı Başkanı, İstanbul	
<b>Bölüm 5: Aile Sağlığı Merkezlerinde Finansman Yönetimi ve Maliyet Muhasebesi .....</b>	<b>92</b>
Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım*, Doç. Dr. Cahit Özer** *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD Başkanı, İstanbul **Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Hatay	
<b>Bölüm 6: Sağlık Hizmeti Planlaması ve Pazarlaması .....</b>	<b>114</b>
Doç. Dr. Cahit Özer Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Hatay	

<b>Bölüm 7: Aile Hekimliğinde Bilişim Sistemleri.....</b>	<b>130</b>
Uzm. Dr. Erdiñç Yavuz Rize 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Rize	
<b>Bölüm 8: Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetleri.....</b>	<b>148</b>
Uzm. Dr. Ruşen Topallı Giresun Teyyaredüsü Aile Sağlığı Merkezi, Giresun	
<b>Bölüm 9: Aile Hekimliğinde Laboratuvar Yönetimi.....</b>	<b>166</b>
Doç. Dr. Olgun Göktaş*, Doç. Dr. Kurtuluş Öngel** *Uludağ Üniversitesi Aile Sağlığı Merkezi, Bursa **Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir	
<b>Bölüm 10: Aile Sağlığı Merkezinde Bağışıklama Hizmetlerinin Koordinasyonu ve Soğuk Zincir Yönetimi .....</b>	<b>175</b>
Uzm. Dr. Kazım TIRPAN Kemal Nurhan MANİ Aile Sağlığı Merkezi, Eskişehir	
<b>Bölüm 11: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Kalite ve Akreditasyon.....</b>	<b>195</b>
Uzm. Dr. Ruşen Topallı*, Uzm. Dr. Erdiñç Yavuz** *Giresun Teyyaredüsü Aile Sağlığı Merkezi, Giresun **Rize 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Rize	
<b>Bölüm 12: Aile Hekimliğinde Performans Yönetimi .....</b>	<b>221</b>
Doç. Dr. Yeşim Uncu, Doç. Dr. Züleyha Alper Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Bursa	
<b>Bölüm 13: Sağlık Hukuku ve Sağlık Mevzuatı.....</b>	<b>227</b>
<b>13.1: Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezi İle İlgili Mevzuat ....</b>	<b>227</b>
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başka- nı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlu, Ankara	
<b>13.2: Aile Sağlığı Uygulamalarında Çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı'nın Hukuki Sorumluluğu, Hukuki ve Cezai Yükümlülüğu .....</b>	<b>251</b>
Doç. Dr. Yusuf Üstü Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara	
<b>13.3: Aile Hekimi ve Malpraktis .....</b>	<b>260</b>
Doç. Dr. Yusuf Üstü Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara	
<b>13.4: Aile Sağlığı Merkezi'ni Kiralayanın ve Kiracının Hukuki Yükümlülükleri .....</b>	<b>268</b>
Doç. Dr. Yusuf Üstü, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara	
<b>Bölüm 14: Aile Sağlığı Merkezlerinde Adli Hekimlik Hizmetleri .....</b>	<b>278</b>
Uzm. Dr. Murat Çevik*, Uzm. Dr. Nebi Sökmen**, Doç. Dr. M. Mustafa Arslan*** *Kazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, Ankara **Aydın Merkez 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın ***Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Hatay	

**Bölüm 15: Tıbbi Etik Hasta ve Hekim Hakları ..... 296**

Prof. Dr. Ömür Elçioğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı  
Başkanı, Eskişehir

**Bölüm 16: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kavramı ve İletişim Becerileri ..... 320**

Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.  
Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı Başkanı, İstanbul

**Bölüm 17: Evde Bakım Konusunda Gelişmeler ve Aile Hekimliği ..... 339**

Doç. Dr. Haluk Mergen\*, Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu\*\*, Prof. Dr. Ömür Elçioğlu

\* Nilüfer 18 No'lu Uludağ Üniversitesi Aile Sağlığı Merkezi, Bursa

\*\*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Başkanı, Eskişehir

\*\*\* Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim  
Dalı Başkanı, Eskişehir

**Bölüm 18: Aile Sağlığı Merkezlerinde Eğitim Modellerinin Yönetimi, Eğitim Süreçleri..... 358**

Doç. Dr. Dilek Toprak\*, Uzm. Dr. Güzin Zeren Öztürk\*\*

\*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Eğitim ve İdari  
Sorumlusu, İstanbul

\*\*Şaban Özbek Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul



Ülkemizde son yıllarda sağlık alanında yaşanan hızlı değişimlerin en önemlisi; destekleyenler, karşı çıkanlar, artıları ve eksileri ile Cumhuriyet tarihimizin en önemli kilometre taşlarından birisi olarak "aile hekimliği uygulaması"na geçilmesidir.

Aile Hekimliği Uygulaması pilot uygulama ile birlikte tüm yurda hızla yayılırken yeni eğitim gereksinimleri ortaya çıkmıştır. Birinci basamak yönetimi aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterliliklerden birisidir. Önemi tıp eğitiminde hiç değinilmeyen ve hatta eğitim müfredatında yer verilmesi dahi düşünülmeyen konuların aile hekimlerinin ilgi alanına girmesiyle fark edilmiştir.

Bu gelişmeler ışığında; Aile Sağlığı Merkezi(ASM) yönetimi alanındaki boşluğu doldurmak çalışanların sorunlarının çözümüne katkıda bulunmak, yeni göreve başlayan arkadaşlarımıza destek olmak, uzmanlık eğitimindeki eksikliği gidermek, tıp fakültesi stajyer ve internlerine konuyu eğitim aşamasında tanıtmak ve mesleğe hazırlanmalarına yol göstermek amacı ile arkadaşlarımla birlikte bir kitap yazmayı planladık. Esasında bu düşüncede olan iki ekip bir araya geldik ve Türkiye Aile Hekimliği Vakfı'nın (TAHEV) desteği ile bu projeye başladık. Kitabın editörlüğünü; Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu ve Doç. Dr. Cahit Özer arkadaşlarımla birlikte yürüttük.

Ülkemizde aile hekimliği alanında bir ilk olacak bu çalışmada; öncelikle bu alanda akademik, pratik ve idari deneyimi olan meslektaşlarımızı belirleyerek, bu konuda bizimle bu eserin yaratılmasında birlikte yürümeyi, zaman ayırmayı ve deneyimlerini paylaşmayı göze alan arkadaşlarımızla yola çıktık.



Bu süreçte; aile hekimliği uygulaması ile ilgili mevzuatın hızlı değişimi ve bilhassa 02.11.2011 tarih ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonrası ekip arkadaşlarımızın bir bölümü hazırlamış oldukları yazılarını revize etmek durumunda kaldılar.

Aile hekimliği alanında bir ilki gerçekleştirmek için yola çıktık ve farklı disiplinlerden arkadaşlarımızın da katkısıyla, toplam 20 kişilik bir ekip bu ürünümüzü sizlerle paylaşıyoruz. ASM Yönetimi ile ilgili her biri büyük birikim ve deneyim gerektiren bölümlerin bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir.

Sevgili Rıdvan şahin de beraber yola çıktığımız arkadaşlarımızdan ve yazarlarımızdan birisidir. Umarız bu kitap daima hatırlanması için bir vesile olur.

Kitabımızın ilk baskısını takiben gelecek geri bildirimler ışığında; mevzuat değişiklikleri ve deneyimlerimizin artması ile sonraki baskılarımızın gelişerek süreceğini umut ediyorum.

*Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU*  
*Editörler adına*

# AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ

## BÖLÜM

### 1

*Prof. Dr. İhrami ÜNLÜOĞLU*

Aile hekimliği; birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, geniş anlamda biyolojik ve klinik bilimler ile davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği, disiplinler içeriğinin birçoğunu diğer klinik dallarla paylaşır, paylaşılan bu bilgiyi birleştirir ve onu birinci basamak sağlık hizmetini sunmakta kullanır. Diğer uzmanlık alanlarıyla bilgi paylaşımına ek olarak; aile dinamikleri, kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. Aile hekimliğinin alanı tüm yaş, cinsiyet, organ, sistemler ve tüm hastalık olgularını kapsar (Ünlüoğlu, 2004).

Aile hekimi tanımı; “Disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktordur. Tıbbi bakım isteyen kişiye; yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Bu bakımı, hastalarının kararlarına da saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve değerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı vermek üzere geliştirmekle yükümlüdür.” şeklinde yapılmıştır (Dikici vd., 2007; WONCA, 2002).

Bir başka tanımlamada aile hekimliği; insanı organ, doku ya da sistem olarak, yani “sadece biyolojik bir varlık olarak” değil; sosyal ve psikolojik özelliklerini de göz önüne alıp “bir bütün, bir birey olarak” değerlendirecek hekim arayışının yanıtıdır (Ünalın, 2004).

Ülkemizdeki Aile Hekimliği Uygulamasında çalışmakta olan hekim veya diğer uzman hekimler de Aile Hekimi olarak adlandırılmaktadır. Bu konudaki yasal mevzuata göre; 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 mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın (SB) öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (AHPUHK), 2004; Ünlüoğlu, 2008a).

### **Aile Hekimliğinin Tarihçesi**

Aile hekimliğinin (Genel pratisyenlik) 18. yy. da Avrupa'dan Amerika'ya dönen ve cerrah olarak çalışmak istemeyen hekimlerin sayısının giderek artması ile doğmuş olduğu kabul edilir. Aynı dönemde İngiltere'de de benzer gelişmeler yaşandı ve "genel pratisyen" terimi ilk kez Lancet'te 19. yy.da kullanıldı. Böylece; genel pratisyenlik 18. yy.da Amerika'da doğmuş ve 19. yy.da İngiltere'de adını almış oldu (Mc Whinney, 1989; Ünlüoğlu, 2008a).

19. yy.da bilimdeki gelişmelerin tıp alanını da etkilemesiyle, uzmanlıklara ayrılma çalışmaları başladı. Başlangıçta uzmanlaşmanın hastalara zarar verebileceği endişesini taşıyanlar olmasına karşın; bilimsel, sosyal ve ekonomik faktörlerin karşı konulamaz baskısı ile uzmanlaşma kabul edilen bir gerçek oldu ve özellikle 20. yy.ın ilk yarısında uzmanlaşma eğilimi hızla arttı (Lyons ve Petrucelli, 1978; Mc Whinney, 1989; Rakel, 1990, Ünlüoğlu, 2004).

1923 yılında, bir dahiliye uzmanı olan Francis Peabody, "*modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla parçaya ayırdığı ve hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel tababete dönüşmesi gerektiği*" yolunda bir uyarı yaptı. Dr. Peabody'nin bu uyarısı zamanından önce yapılmış bir açıklama olarak kaldı, çünkü; iki dünya savaşı arasındaki dönemde, bu uzak görüşlü uyarı; ne toplum, ne de tıp dünyası tarafından algılanabildi ve uzmanlaşma eğilimi 1950'lere kadar güç kazanarak devam etti (Rakel, 1990; Ünlüoğlu, 2004).

Bilimdeki gelişmelerin paralelinde, hızla uzmanlaşmanın da etkisinde; tıpta "*hasta yoktur, hastalık vardır*" görüşü ile; kişilerin sadece hastalıkları üzerinde duruluyordu. Zamanla her hastalığın kişiye göre değişiklikler gösterebileceği görülünce; olayın sosyal ve psikolojik boyutları ortaya çıktı. Bu gelişmelerin sonucu olarak; bugün insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu bütün içinde değerlendirmek gerektiği, sağlığın ve hastalıkların bir bütün olarak ele alınması gerektiği görüşü kabul edildi (AHUD, 1994).

Bu gelişmeler, aile hekimliğinin II. Dünya Savaşı sonrasında gelişmesine yol açtı. Birinci basamakta hizmet sunacak hekimlerinde özel eğitim alması gereği ortaya çıktı ve zamanla da bu, bir uzmanlık eğitimi şeklinde gelişti. İngiltere'de aile hekimliği/genel pratisyenlik uygulamaları 1947 yılında başlamış ve 1979'da zorunlu hale getirilmiştir (Ünlüoğlu, 2008a).

Avustralya'da; 1958 yılında Avustralya Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (RACGP) kuruldu. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1973 yılında başladı ve giderek gelişti. 1990 yılında eğitim sonunda RACGP sınavı zorunlu oldu.

Benzer süreç, Kuzey Amerika kıtasında da yaşandı. Kanada Aile Hekimliği Koleji 1954 yılında kuruldu, 1966'da ise üniversitelerde Aile hekimliği kürsüleri oluşmaya başladı. ABD'de ise aile hekimliği 1960'lı yıllarda uzmanlık dalı olarak kabul edildi (Saatçi ve Sezer, 1996)

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerde mezuniyet sonrası farklı eğitimler söz konusu iken, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1960'lı yıllardan sonra giderek önem kazanmış ve ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1976'da Hannover Tıp Fakültesi'nde çalışmalarına başlamıştır.

1978'de Alma Ata'da düzenlenen konferansın önemli sonuçlarından birisi de; dünya ülkelerine, çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir takım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun *uzmanlaşmış hekimlerce* verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla, tüm dünyada bu konudaki çalışmalar hız kazanmış; ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir.

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 bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Bu kararda esas önerilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır (Saatçi ve Sezer, 1996; Ünlüoğlu, 2008a).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; İspanya'da 1979, İtalya ve Norveç'te 1985, Yunanistan'da 1986, Portekiz'de 1987, Fransa'da ise 1990 yılında başlamıştır. Almanya'da birinci basamakta çalışacak hekimler için uzmanlık eğitimi 1994 yılından itibaren zorunlu hale gelmiştir (Saatçi ve Sezer, 1996).

1994 yılında Ontario'da Dünya Sağlık Örgütü ve WONCA tarafından ortak düzenlenen konferansın sonuç bildirisinde ; "*Aile hekimliğinin, modern tıp eğitiminin karşı karşıya olduğu sorunları çözebilecek, bunun için en iyi eğitimi sağlayabilecek tıp disiplini*" olduğu vurgulanmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

İşte hem aile hekimliği, hem de genel pratisyenlik adıyla anılan, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte; temel tıp eğitiminden sonra uzmanlık eğitimi gerektiren birinci basamak uzmanlığı dünya-

da bu aşamalarla gelişti. Bugün aile hekimliği ABD'nden Küba'ya, İngiltere'den Çin Halk Cumhuriyeti'ne kadar farklı siyasal sistemleri olan pek çok ülkede, farklı finansman modelleriyle uygulanmaktadır (Çağlayaner, 1997; Saatçi ve Sezer, 1996).

### ***Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Aile Hekimliği***

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunu takip eden dönemde; hükümet tabiplikleri kuruldu. Hükümet tabipliği, en büyük gereksinimlerinden biri olan *görev tanımına*; ancak; 26 Ağustos 1958'de yayımlanan "Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesi" ile kavuştu. Çok fazla olan beklentileri hiçbir zaman tam olarak karşılayamayan hükümet tabipliği sisteminin görev tanımına ulaşması; üç yılını tamamlamadan, 5 Ocak 1961'de sağlık ocaklarının kuruluşunu temel alan 224 sayılı "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*" kabul edildi (Çağlayaner, 1997).

Bir süre sonra da; 154 sayılı "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*" yürürlüğe girdi. Hükümet tabiplerinin görevi de, (104 maddede toplanan 252 kalem görev) sağlık ocaklarının görevleri içine katıldı ve böylece sağlık ocaklarının görev tanımı çok genişlemiş oldu. 224 sayılı yasa, temelde; finansmanla ilgili maddelerden yoksun olarak yasalaşması ve hükümet tabipliğinin son derece geniş görev tanımını devralması nedeniyle istenen sonucu vermedi (Çağlayaner, 1997).

Ayrıca yasanın hazırlık aşamasında gerek üniversiteler, gerekse politikacılar ile yeterince paylaşım olmaması, uygulama döneminde yasanın benimsenmemesine yol açmıştır. Sosyalleştirme yasası ile bağlantılı diğer yasalar arasında uyumsuzluklar yasanın uygulanabilirliğini etkilemiştir. Zaman içinde yasanın öngörülen değerlendirme ve güncelleştirmeleri yapılamamıştır. Hızla artan kentleşme nedeniyle de, zaman içinde yasa kent yaklaşımı açısından yetersiz kalmıştır (Ünlüoğlu, 2008a).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha kaliteli bir sunum arayışında olan ülkemizde, 1970–1980 döneminde dünyada yaşanan gelişmeler ışığında, aile hekimliği tartışılmaya başlandı. Bu konuda; Aile hekimliğinin 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alması, genelde, başlangıç olarak kabul edilirse de, tıp tarihimiz incelendiğinde; ilginç örneklerin varlığını saptamak mümkündür. A.S. Desnonson'un İ.Edhem Murat tarafından dilimize çevrilen "*Aile Tabibi*" kitabı Artin Asaduryan Şirket-i Mürettebiye Matbaası tarafından 1891'de İstanbul'da yayımlandı. Bu kitap aile

hekimliğini (sözcük olarak) topluma tanıtan ilk örnektir (Çağlayaner, 1997; Ünlüoğlu, 2008a).

II. Dünya Savaşı'nı takiben, dünyada yaşanan aile hekimliği ile ilgili gelişmelerin paralelinde; ülkemizde de 1947 yılında genel tıp alanında ilk uzmanlık deneyimi olan "*Genel Sağlık Uzmanlığı*" eğitimi başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmadığı bu yıllarda hastane olmayan yerlerde açılan sağlık merkezlerinde uzman doktor sağlamayı planlayan bu uygulama 1955'te kaldırıldı (Ünlüoğlu, 2008a).

1983 yılında, Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer aldı ve 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu (Ünlüoğlu, 2008a; Ünlüoğlu ve Çağlayaner, 1997).

Uzmanlık eğitimi 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de SB'ye bağlı eğitim hastanelerinde başladı. Dünyada da AH uzmanlık eğitimi 1 yıl (Yeni Zelanda) ile 6 yıl-9 ay (İsveç) arasında değişmekle birlikte, genel olarak 3-4 yıl arasındadır. Avrupa Birliği ülkelerinde uzmanlık eğitimi süresi asgari üç yıldır. Ülkemizde de uzmanlık eğitimi süresi üç yıl olarak uygulanmaktadır (Ünal, 2004; Ünlüoğlu ve Çağlayaner, 1997).

Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD), 25 Temmuz 1990'da kuruldu ve 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile, isminin başında "Türkiye" kelimesini kullanma iznini almıştır – TAHUD) (Ünlüoğlu, 2008a).

1-2 Eylül 1992'de SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından Ankara'da "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi için Aile Hekimliği Eğitimi*" konulu grup çalışması düzenlendi.

26-30 Nisan 1993'de ülkemizde ilk "*Aile Hekimi Eğitici Kursu*" Ankara'da SB tarafından (Royal College of General Practitioners'in eğitim desteği ile) düzenlendi ve 88 aile hekimliği uzmanı eğitici sertifikası aldı.

16 Temmuz 1993'de Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun gördü (Ünlüoğlu ve Çağlayaner, 1997).

17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu ve SB adına 10 aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açıldı. 25-26 Kasım 1993 tarihlerinde İstanbul'da I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlendi.

1993 yılındaki bu hızlı tempo 1994 yılında da sürdü ve 27 Mayıs 1994 tarihinde bir aile hekimliği uzmanı ilk olarak (Osmangazi Üniversitesi'nde) akademik kadroya atandı.

26 Ekim 1994 tarihinde SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "*Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü*" kuruldu ve

ilerleyen yıllarda bu gelişme, Daire Başkanlığı yapılanması şeklinde sürdü.

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), (diğer bir ifade ile: "Board") çalışmalarına ülkemizde öncü olarak başlayan uzmanlık derneklerinden biri olup, uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi için çerdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatı konusunda çalışmaları yapmıştır (TAHUD ve TAHYK, 2007; Ünlüoğlu, 2008a).

### ***Aile Hekimliği Uygulaması***

Ülkemizde birinci basamak hizmetlerin gelişmesi için SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1990'lı yılların başlarında başlatılan çalışmalar daha sonraki dönemlerde hız kaybetmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993; Ünlüoğlu, 2008a).

1990'lı yıllarda gelişimini sürdürmekte ve özellikle akademik alanda güçlenmekte olan aile hekimliği disiplini yeterince destek görmemiştir. Bu yıllarda; aile hekimliği asistanlık kadroları düzensiz dağıtılmış, aile hekimliği uzmanlarının sağlık ocaklarında çalışması sağlanamamış, eğitim hastanelerinde aile hekimliği şeflikleri oluşturulamamış ve bazı illerde başlayan pilot uygulamalar yeterince desteklenmemiştir. Bu dönemde SB kararlılık gösterememiş; getirmeye çalıştıkları yeni sistemi mükemmel göstermenin ötesinde siyasi kaygılarla, uygulamaya geçemedikleri tarihler vermişlerdir (Ünlüoğlu, 2004; 2008b).

Ülkemizde 2003 yılından itibaren sağlık reformu kapsamında çalışmalar hızlanmış olup, bu dönemde TAHUD tarafından Ankara'da Geçiş Dönemi Eğitim Stratejileri Çalıştayları (1 ve 2) düzenlenmiş ve ilgili raporlar açıklanmıştır. TAHUD kurulduğu ilk yıllardan itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi konusunda çalışmalarını sürdürmekte olup; uzmanlık eğitiminde saha uygulamasının önemini ilk yıllardan itibaren vurgulanmaktadır. TAHUD, ülkemizde aile hekimliği uygulamalarının tıp disiplini gereklerine uygun olarak oluşturulması için zorunlu gördüğü her alanda her projeye destek olmayı öncelikleri arasına almış olup, geçiş dönemi eğitimlerine de destek olmuştur. Bu destek sürecinde yaşanan sorunlar vurgulanarak, çözüme yönelik öneri ve girişimlerde bulunulmuştur (AHUD, 1992; Başak ve Ünlüoğlu, 1997; TAHUD, 2003; Ünlüoğlu, 2008b).

Tüm bu hazırlık sürecinde geçiş dönemi eğitimleri ile yeni sistemde çalışacak olan pratisyen hekimlere "*aile doktoru*" ünvanı verilmesi kabul edilmiş olup; SB'nin o yıllardaki kitap ve dokümanlarında da aile doktoru ifadesi kullanılmıştır (Aydın vd., 2004; Ünalın, 2004; Ünlüoğlu, 2008).

9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ve buna dayanılarak çıkarılan 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" uyarınca; ilk pilot il olan Düzce'de geçiş dönemi eğitimleri yapılarak 15 Eylül 2005 tarihinde başlayan pilot uygulama, hızla ilerleyerek: 2006 yılı sonunda 7, 2007 sonunda 15, 2008 sonunda 32, 2009 sonunda 35 ile ve 2010 yılı sonunda ise; tüm ülkeye yayılmıştır (AHPUHK, 2004; Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 2005). Mevzuatın çıkarılması ve uygulanması aşamalarında disiplin-sistem karışıklığı yaşanması, geçiş dönemi eğitimleri ve pilot uygulamalar son yıllarda sağlık alanında ülkemizin gündeminin ana konularından olmuştur. Pilot uygulamanın başladığı dönemde; özellikle ilk uygulamanın başladığı Düzce'de yapılan çalışmalar ve hazırlanan raporlar uygulamanın artı ve eksilerini ortaya koymaya yöneliktir. Uygulamanın yaygınlaşması ile bu raporlar daha geniş bölgelerdeki uygulamalara dayanılarak hazırlanmıştır (Aktürk, 2005; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2006; Türk Tabipleri Birliği, 2006; Ünlüoğlu, 2008b).

Ülkemizde aile hekimliği uygulamaları ile ilgili verilerin değerlendirilmesine dayanan ilk çalışma Düzce'de yapılarak 2007 yılında yayımlanmıştır. Bu çalışmada Düzce'nin 2002-2006 yıllarının sağlık verileri dikkate alınarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bu raporda; gebe izlemi, bebek izlemi ve aşılama hizmetlerinin uygulama ile arttığı, ancak; 15-49 yaş kadın izlem sayısının azaldığı saptanmıştır (Bahçebaşı vd., 2007).

Uygulamanın yaygınlaşmaya başlaması ile aile hekimliği alanında TAHUD'un (1990) yanı sıra; 2007 yılında Aile Hekimliği Akademisi kurulmuştur. Aile hekimlerinin illerde başlayan örgütlenmeleri gelişerek 2008 yılında 8 ilin Aile Hekimleri Derneklerinin bir araya gelmesi ile Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) kurulmuştur. 2009 yılında Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği (AHEAD) kurulmuş ve amaçları doğrultusunda 2010 yılında Türkiye Aile Hekimliği Vakfı'nın kuruluşuna öncülük etmiştir (Ünlüoğlu, 2008b).

### ***Aile Hekimliği Uygulamasında Mevcut Durum***

Mart 2011 itibarı ile ülkemizde 20236 aile hekimi görev yapmakta olup, aile hekimi başına kayıtlı ortalama kişi sayısı 3507'dir. Bu hizmet 6391 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) ve 961 Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) gerçekleştirilmektedir. SB istatistiklerine göre ülke genelinde günlük muayene edilen hasta sayısı 46'dır. Aile hekimi başına kayıtlı kişi sayısı hizmet kalitesini etkileyen önemli etkenlerden birisi olup; SB 2023 yılında 44600 aile hekimine ulaşılmasını



hedeflemekte olup, o tarihte 2000 kişiye bir aile hekimi olacağı öngörülmektedir.

Aile hekimliği anabilim dalları bugün 45 tıp fakültesinde yapılanmış olup, eğitime ve uygulamalara aktif olarak katılmaktadır.

Ülkemizde Aile hekimliği ile ilgili ilk bilimsel dergi 1997 yılında yayınlanmaya başlanılan "Türkiye Aile Hekimliği Dergisi" yayın hayatını düzenli olarak sürdürmekte olup, Türk Tıp Dizinine kayıtlıdır. Ayrıca; ülkemizde aile hekimliği konusunda yayımlanan bilimsel dergi sayısında son yıllarda artış gözlenmektedir. (Konuralp Tıp Dergisi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, Aile Hekimliği, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care-on line.....) Bu dergiler içinde Konuralp Tıp Dergisi uluslararası indekslere kayıtlıdır.

1993 yılında I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi ile başlayan bilimsel etkinlikler de son yıllarda hızlı bir artış göstermiş olup; 11. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 2012'de gerçekleşmiştir. Aile Hekimliği Güz Okulu, İstanbul Aile Hekimliği Kongresi, AHEKON gibi etkinliklerin yanı sıra bu alanda çok sayıda ulusal ve bölgesel etkinlik gerçekleştirilmekte, bunların bir bölümü diğer disiplinlerle ortaklaşa yapılmaktadır. Aile hekimliği ile ilgili uluslararası etkinliklerde gerçekleştirilmektedir.

2 Kasım 2011 tarih ve 28103-Mükerrer sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'da pilot ibaresi kaldırılarak, ilgili yasanın ismi; Aile Hekimliği Kanun'u olarak değiştirilmiştir. KHK'de ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapılabileceği belirtilmiş ve Geçici Madde 9 ile de; Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 1.1.2020 tarihine kadar aile hekimi olarak çalışmakta olanların tıpta uzmanlık sınav sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun belirleyeceği esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilecekleri ve bu eğitimin uzaktan ve/veya kısmi zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabileceği ve en az 6 yılda tamamlanacağı, eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesinin devam edeceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011).

2010 yılı sonunda tüm ülkeye yayılan Aile hekimliği uygulamasında vatandaş memnuniyetinin yüksek çıkması çalışmaların ortak noktası olarak göze çarpmakta olup; sağlık çalışanlarının sorunları, kayıtlı kişi sayısının yüksekliği, giderek artan iş yükü ve uygulamanın mali boyutları halen sağlık gündemimizin önemli maddeleri olarak yerlerini korumaktadırlar.

## Kaynaklar

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. (2004). *T. C. Resmi Gazete*, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 25867, 6 Temmuz 2005.
- Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (1992). *Aile Hekimliği Ön Araştırma Raporu*, Ankara: AHUD.
- Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (1994) Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği, İstanbul: AHUD.
- Aktürk Z (2005). *Düzce'de Neler Oluyor? Birinci Basamakta Bir Günlük Gözlem*. Edirne: TAHUD.
- Bahcebaşı, T., Aydın, S., Sönmez, Ö., Mutlu, E. (2007). *Seksenbirin Sekseninden Farkı; Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Düzce İlinde Sağlık Hizmetlerine Etkisi*. Düzce: Yavuz Ofset Reklam&Matbaacılık.
- Başak, O., Ünlüoğlu, İ. (1997). "Aile Hekimlerinin Eğitimi". *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(4):237-241.
- Çağlayaner ,H. "Aile Hekimliğine Zemin Hazırlayan Koşullar". *Aile Hekimliği Dergisi*, 1 (2): 102-108.
- Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S. (2007). "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihçesi". *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27: 412-418.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (2007). *Türkiye Sağlık Hizmetleri Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*. Ankara: HASUDER.
- Lyons, S.A., Petrucelli, R.J. (1978). *Medicine; An Illustrated History*, New York Abradale Press.
- Mc Whinney, I.R. (1989). *A Textbook of Family Medicine*, USA: Oxford University.
- Rakel, R.E. (1990) "Family Physician". Rakel, R.E. (Ed.) *Textbook of Family Practice* (s. 3-4). WB Saunders Company.
- Paycı, S.Ö., Ünlüoğlu, İ. (2004). "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği". *Aile Doktorları için Kurs Notları 1. Aşama* (s. 23-29) Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Saatçi, E., Sezer, H. (1996). "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları". Halk Çağlayaner (Ed.). *Aile Hekimliği II*, (s. 49-70). İstanbul, İletişim Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı (2006). *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Vatandaş Bilgi ve Memnuniyet Düzeyi Ölçüm Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (2004). *Sağlık 2003*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1993) *Birinci Ba-*

*samak Hizmetlerin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi Çalışma Grubu Raporu.* Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2011). *T.C. Resmi Gazete*, 28103-Mükerrer Sayı, 2 Kasım 2011.

Türk Tabipleri Birliği (2006). *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu*, Ankara: TTB.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (2003). *Geçiş Dönemi Eğitim Stratejileri Çalıştayı Raporu*. Ankara: TAHUD.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (2007). *Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu*

*Faaliyet raporu ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Müfredatı*, Ankara: TAHUD-TAHYK.

Ünalın, P. (2004) "Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri" *Aile Doktorları için Kurs Notları 1. Aşama* (s. 11-15) Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Ünlüoğlu, İ. (2004) "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi", *Aktüel Tıp Dergisi, (Aile Hekimliği Özel Sayısı)*, 9(6): 5-9.

Ünlüoğlu, İ. (Eylül 2008). "Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplininin Gelişimi". *PRN Aile Hekimliği Dergisi*, 2(33): 425-429.

Ünlüoğlu, İ. (Kasım 2008) "Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması; Görüşler, Sorunlar ve Öneriler". *PRN Aile Hekimliği Dergisi*, 3(35): 497-501.

Ünlüoğlu, İ., Çağlayaner, H. (1997) "Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek". *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(1): 46-49.

WONCA (2002) European definition of GP/FM.

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİMİ

## BÖLÜM 2

**“Sağlıkta Dönüşüm Programı”** kapsamında 2003 yılında başlatılan sağlık hizmetlerinde dönüşüm programının bir ayağı da, birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonunda, aile hekimliği uygulamalarının başlatılması olmuştur (İlerleme Raporu, 2008).

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun TBMM’de 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiş; 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. İlk pilot il olan Düzce’de Aile Hekimliği Uygulamalarına 15.9.2005 tarihinde başlanmıştır (www.saglik.gov.tr). 2010 yılı sonu itibari ile ülke genelinde aile hekimliği uygulamaları başlatılmıştır. 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin (KHK) 58. maddesiyle “pilot uygulama” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır. Uygulamanın adı Aile Hekimliği Kanunu olmuştur. (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>)

Aile hekimliği uygulamaları eski adı sağlık ocağı olan daha sonradan adı aile hekimliği merkezleri olarak değiştirildiği sağlık camiası tarafından zannedilen Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) başlatılmıştır. Sağlık ocaklarının sayısı yetersiz olan illerde ve ilçelerde aile hekimi kendisi yönetmeliklere uygun bir bina kiralamıştır. Bu kiralanan iş yerlerine daha sonra sanal ASM denmiştir (TAHUD, 2012). Aslında sağlık ocağı uygulaması ile ASM uygulaması arasında çok fazla bir benzerlik yoktur. Çünkü:

Birinci basamakta yapılan ASM’ler sağlık hizmetlerinde sağlık raporları, teşhis, hasta takibi ve tedavisi, hamile, loğusa, bebek takibi vb işlemlerden sorumlu birebir hasta ve sağlıklı birey takibi yapan yönetim ve finansman açısından özerk işletmeler yapısında ku-

*Doç. Dr. Ayşegül Yıldırım KAPTANOĞLU*

rumlardır. (<http://www.worldbank.org.tr>). Sağlık müdürlükleri ile ASM arasında iletişimi sağlayan toplum sağlığı merkezleri (TSM) ise işletme değildir. TSM'ler kamu kurum ve kuruluşu kapsamında yer almaktadır. Her ilçede bir veya ihtiyaca göre az sayıda TSM vardır. TSM'lerde hasta bakılmamaktadır. [Ayrıca son düzenlemeler kapsamında Sağlık Bakanlığı nüfusu 25 binden fazla olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlükleri oluşturma çalışmaları yapmaktadır. Bu kapsamda ASM işletmelerinin sağlık müdürlükleri ile bürokratik işlem kurmaları daha da kolaylaşacaktır (Teşkilat Taslağı. Madde 24, 2012 ) ]

TSM Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönergenin 4. Maddesinin (1). bendinde; Toplum Sağlığı Merkezi, "bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi 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 kuruluşu" olarak tanımlanmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Her ilçede ve 10.07.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olmayan il merkezlerinde en az bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Sorumluluk alanları, kuruldukları ilçenin mülki idare sınırlarıdır. Toplum sağlığı merkezleri nüfusa göre; 20.000 nüfusa kadar "D" tipi, 20.001 - 50.000 nüfusa kadar "C" tipi 50.001 - 100.000 nüfusa kadar "B" tipi ve 100.001 nüfusun üzerinde "A" tipi olarak sınıflandırılır. Aynı ilçede birden fazla toplum sağlığı merkezi kurulabilir. İlçede birden fazla toplum sağlığı merkezi varsa ilçenin mülki idare sınırları içinde kalmak kaydıyla sorumluluk bölgeleri müdürlükçe belirlenir veya ihtiyaca göre sonradan değiştirilebilir. İlçede birden fazla toplum sağlığı merkezi varsa bu merkezler ilçedeki grup başkanlığına bağlı olarak görev yaparlar (Yönerge, 2011).

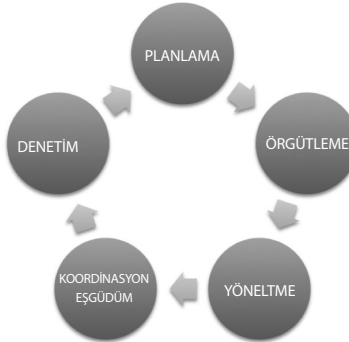
Halen Sağlık Bakanlığı adına ilgili ilin Valiliği ile aile hekimi (AH) arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununun 3.Maddesi uyarınca sözleşme imzalanmıştır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aile sağlığı merkezleri aile hekimleri tarafından kurulan birer küçük işletme olarak tasarlanmıştır. Bu işletmenin tüm demirbaşları ve ister mal sahibi, ister kiracı olarak binası, bakımı, onarımı, tıbbi cihazları, cihazların amortismanı aile hekimlerine aittir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği,2011). Aile hekimin sunduğu hizmeti satın alan ise (Sağlık Bakanlığı aracılığı ile) Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı olarak

faaliyet gösteren Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) dur. Sağlık Bakanlığı ise teşkilat yasası kapsamında yer alan görevlerini yerine getirebilmek için gerekli tesisleri kurmak, işletmek, meslek personelini yetiştirmek, sağlık kurumlarını (konumuzda ASM'yi) denetlemek vb işlemlerden sorumludur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı sağlık sistemini yönetir ve gerekli politikaları belirler (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr>).

### **Ana Hatları ile Yönetim Kavramı**

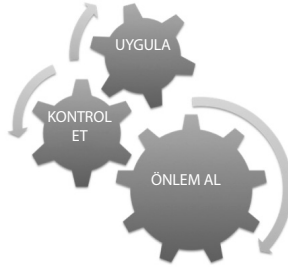
Yönetim işleri insanlar aracılığı ve sistemlerin kurallarına göre yapma sanatıdır. Yönetici çok sesli (insanlar) ve çok sazlı (sistemler) koro yöneten bir orkestra şefine benzer. Ne yapmalı nasıl yapmalı, kiminle yapmalı ve kimin için yapmalı sorularına cevabı olan kişiye yönetici adayı denir. Yönetimin fonksiyonları (süreçleri): planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon (eşgüdüm), denetimdir. Sağlık yönetiminin fonksiyonları da aynı şekildedir. BKZ şekil 1.



**Şekil 1.** Yönetimin fonksiyonları

Yapılan iş sürecinde çıkan sorunlara hızlı çözüm bulan ve işin sonucunda oluşan çıktıları kaliteli ve uygun maliyetle yaparken yeni hedefler oluşturan, çıktıların tamamının etkin kullanıldığını denetleyen, sorunu ön görerek önlem alan kişiye yönetici denir (**Langley et al., 2009**). Yönetim süreçleri etkin bir şekilde idare edilebilir sanatıdır. Süreç ise bir girdiyi (konumuzda hasta veya takip edilen sağlıklı birey, aşı yapılan çocuk vb) alıp, bir değer ekleyerek/katarak (tedavi, takip, aşı vb) müşteri için bir hizmet/sonuç/çıktı (sağlığına kavuşturma, yaşam kalitesini düzeltme, hastalıklardan koruma) ortaya koyan etkinlikler bütünüdür. ASM yönetiminde aile hekimi veya daha sonra ASM yönetmesi için tutulabilecek bir sağlık yöneticisi ASM nin işlerini planlamalıdır. Bu planı uygulamalı sonucu görmeli ve kontrol etmelidir. Planın sonucunda uygulamada karşıla-

şılan yada karşılaşılabilecek sorunları ön görmeli ve önlem almalıdır. Bu işleme PUKÖ döngüsü denir ve şekil 1. deki gibi özetlenir.



**Şekil 2.** Yönetimin temel prensipleri (pukö döngüsü)

PUKO döngüsünün ilk ve en kritik adımı planlama aşamasıdır. Örneğin ASM'nin D grubundan C grubu aşamasına çıkılmak isteniyor. Bu aşamada planlanan işin hangi aile hekimleri, aile sağlığı elemanı (ASE) tarafından, neden, nasıl, nerede, ne zaman, ne kadar sürede yapılacağı ASM ekibi ile kararlaştırılır. Planlama aşamasında her noktanın önceden ve en ince ayrıntısına kadar olası senaryolarla düşünülmesi görev dağılımlarının ve hedeflerin düzgün olarak belirlenmesi PUKÖ'nun son adımı olan Önlem al aşamasında yapılacakları en aza indirecektir. Eğer Planlama aşamasına gereken önem verilmez ise kontrol et ve önlem al aşamalarında yapılacak olan uygulamaların maliyeti çok fazla olacaktır. Yapılacak iş ya da hedefler belirlenirken alınacak kararlar gerçek verilere dayalı ve gerçekçi olmalıdır. İlk başta çok yüksek hedeflerin konması ve bunları gerçekleştirilememesi durumunda motivasyon düşecek ve verimsizlik başlayacaktır. ASM'de görevli aile hekimi yöneticisini ASM'nin diğer aile hekimleri ve ASE'ları bir apartman yöneticisi gibi görmemeleri çok önemlidir. Zira o zaman planlamanın temel unsuru olan gerçek ve kanıta dayalı verileri toplama, ekibi oluşturma ve işbirliğini sağlayamazlar. Çünkü ASM'de bina, cihaz bakımı, alımı, kiralama, satımı vb bir çok özellik vardır. Ayrıca ASM'de işe insan alımı, eğitimi, ekibe uyum sağlamanın sağlanması vb görevler ile işletmenin yönetimi- ne ihtiyaç vardır. Ekibin düzenli toplantılar yapması gereklidir.

Bu toplantıların konusu:

- 1. EĞİTİM:** Aile hekimi, ASE, staj amaçlı rotasyona gelecek hekim, hemşire, yönetici adaylarının eğitimlerinin planlaması gibi olabilir.
- 2. YÖNETİM:** ASM nin ihtiyacı olacak yeni tıbbi cihazların alınması, eleman alımı, çevre ASM ler TSM ve sağlık müdür-

lülü ile işbirliği, yönetsel sorunlar ve çözüm önerileri vb. olabilir.

Bir ASM yöneticisinin belli nitelikleri edinmesi şarttır. Aşağıda anlatılan özelliklere göre kendisini eğitmelidir. Bu nedenle ASM yöneticisinin bu yönetsel işlevinin maddi / manevi bir karşılığının olması süreçlerde iyileştirme sağlayacaktır.

### **Aile Sağlığı Merkezinin Yönetimi**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminde temel amaç bireyin yaşam tarzı bozukluğundan kaynaklanan rahatsızlıkları ve rahatsızlıkların hastalıklara dönüşmesini engellemektir. Yıllarca hastanelere hasta göndermemek için kapı tutucu 'gate-keeper' olarak anılan aile hekimi aslında rahatsızlıkların ciddi hastalıklara dönüşmesi önünde kapı tutucu yani engeldir. Çünkü çok iyi bilinen bir gerçektir ki vaktinde ayırıcı tanısı yapılamamış ve tedaviye alınamamış geciktirilmiş hastanın (ister aile hekimi tarafından ister ise hasta kendisi sebep olsun) tedavisinin yapılması güçtür. Bu tip hastaların sağlık düzeyi istenen normal duruma dönmez ve hastalıklarının tedavisinin maliyeti sağlık hizmetlerine bir yükür (Heath, 1995).

Aile hekimi kendisine bağlı nüfusun sağlık gereksinimlerinden sorumludur bu sorumluluk nedeni ile en başta sağlık, bilgi, beceri, ekip çalışması ve en önemlisi kıt kaynakları etkin idare edecek etkin yönetim bilgisine ihtiyacı vardır. Ayırıcı tanı yapabilmek için bilgi beceri ve tıbbi teknolojileri kullanacak donanıma ihtiyacı vardır. Ayrıca kendi ekibi ve 2. ile 3. basamaklarla arasında işbirliği etkin ekip çalışmasına ihtiyacı vardır. ASM de yönetici olarak çalışabilmek için iktisat ve işletme, yönetim ve organizasyon bilgisine de ihtiyacı vardır. Bazı ülkelerde, aile hekimi ekibi ve sağlık finansman alanında uzman sağlık yöneticisi ile ortak çalışır. Bazı ülkelerde ise ASM'nin yönetimini kendi yapar (Ates, 2012; ITUP, 2008).

**Her iki halde aile hekiminin de sağlık yönetimi bilgi ve becerisine ihtiyacı vardır. Bu bilgi ve beceri ASM'nin bir işletme olmasından aile hekiminin ise işletmesini bu kurallara göre yönetmesi gerekliliğinden kaynaklanır.**

### **Ana Hatları ile ASM Yöneticisinin Özellikleri**

Yöneticinin ASM de birinci basamak sağlık hizmetlerini daha nitelikli vermek vb amaçları olmalı, bu amaçlara varmak için stratejiler kurmalıdır. Bu stratejileri uygulayabilmek için planlar, bu planları uygulayabilmek için politikalar geliştirebilmelidir. Politikalar geli-



tirmek ve sağlık yönetiminde bilgili olmanın yolu sağlık mevzuatına hakim olmaktan geçer.

Yöntem, iş dağılımı, görev tanımı yapabilmeli, öncelikleri belirleyebilmelidir. Kaynak ve finansman bulmayı bilmelidir. Ekibin çalışmasına yatkın olmalıdır. Hakkaniyete, liyakate dikkat etmelidir. Sabırlı olmalıdır. ASM de çalışan tüm hekimlerin ve ASE ile diğer elemanların performans ve ilerlemelerini tarafsızca değerlendirmeli, elindeki insan gücü dahil tüm kaynakların kıymetini bilmelidir.

ASM yöneticisinin kişiler arası iletişimi çok iyi olması şarttır. Karşınsındakilerle 'Ben' değil 'Sen' dilinde konuşmalıdır (Bkz: Kitabın iletişim bölümü). Kesinlikle sınırlı iken toplantı yapmamalı ve karar vermemelidir. Bu sayede ekibin oluşturabilir, ikna ve müzakere yapabilir. Üst ve alt yöneticilerle iletişimini sağlam tutmalıdır. Asla iletişim kanallarını kapamamalıdır. Alınan, fkeli, kin tutan, bilgisi olamadan fikri olan bireylerden ASM ye yönetici sememeye gayret etmelidir. Bildiğini okuyan çevresinin görüş ve önerilerine dikkat etmeyen bireyler bu görev için uygun değildir. evresindeki bireylerin kişisel hırs ve istekleri için mi yoksa nitelikli birinci basamak hizmetleri vermek ve ASM'nin devamlılığı için mi fikir ve görüşler beyan ettiklerini kısaca iyi ile kötüyü ayırmalıdır.

**ASM yöneticisinin niteliklerinin üzerinde özellikle durulmasının mantığı şudur. Eğer bir ülkenin 1. basamak sağlık hizmetleri, en birincil alan olan ASM etkin yönetilmezse o zaman 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri alanı olan hastaneleri yönetmekten söz etmek imkansızdır.**

ASM yöneticisi tüm ekibi ile birlikte her ay için düzenli, sürekli, gerçek ve nitelikli veri toplmalıdır. Veriler muhakkak bilgisayar ortamında toplanmalıdır. Bakanlığın önerdiği bilgi işlem programları, özel firmaların aile hekimleri için ürettiği yazılım programları, Excel vb veri tabanları bu işlemler için yeterlidir. Hekimler ve ASE topladığı verileri analiz etmeyi, değerlendirmeyi, raporlama yapmayı çok iyi bilmelidir. Aile hekiminin ASM sini yönetirken karar verme becerisine sahip olabilmesi için ölçümsel karar verme teknikleri becerilerini bilmesi ve kullanması gereklidir (zcan, 2010). Yönetici taraf tutmamasından ve iletişimini koparmadan denetim (kontrol) yapabilmelidir. (NHS, 2012).

### ***Aile Hekimliği Merkezinin İşletme Kavramları erevesinde Yönetimi***

Temel yönetim teknikleri tüm işletme ve kurumlarda aynı olmakla beraber birinci basamakta ve özellikle ASM farklıdır. Çünkü

ASM de yönetici ortalama 10-20 arası kişi ile ilgilenmek ve onların yönetim sorunlarını çözmek zorundadır.

### ***Ana Hatları ile ASM'de Yönetilmesi Gereken Konular***

Müşteri/Hasta Yönetimi, ASM de görevli aile hekimleri, aile sağlığı elemanları (ASE), sekreterler, temizlik görevlileri dahil tüm personelin yönetimi, finansman yönetimi, ofis yönetimi, denetim, hizmetlerin planlaması, pazarlama, hasta ve çalışan güvenliği, diğer ASM, TSM, sağlık müdürlüğü ve sevk edilen hastaneler ile işbirliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerinde ve zamanında verilmesi yöneticinin görevidir. Ayrıca, AH, ASE, yönetici, tıbbi sekreter, temizlik elemanının eğitimlerinin planlaması da yönetici AH görevleri arasındadır.

### ***Ana Hatları ile Bir Yöneticide Özellikle Aile Sağlığı Merkezi Yöneticisinde Aranacak Özellikler***

Yönetici güvenilir olmalıdır. Söyledikleri ile yaptıkları tutarlı olmalıdır. Açık ve net olmalıdır. Hakkaniyete ve liyakatle uygun olarak göreve getirilmelidir. Ayrıca yönetici ASM de diğer aile hekimleri (AH)'leri ve ASE'leri tarafından kabul görmelidir. Bir yönetici için kabul görmenin ön şartı:

1. Söyledikleri İle Yaptıklarının Tutarlı Olması,
2. Bilgili Olması, Bilgi Eksikliği Olan Konularda İş Birliği İle Bilgi Eksikliğini Giderilmesi,
3. Ekip Çalışmasına Yatkın Olması,
4. Ekip İçindeki Bir Bireye veya Yakın İletişim İçinde Olduğu Bireyler Hakkaniyete ve Liyakate Uygun Olmayan Bir Görevin Verilmesi İçin Çaba Göstermemesi,
5. Ayrıca Ekip İçindekiler Yoğun Çalışırken Onlara Katılmayan Görevlerini Aksatan Bir Ekip Üyesine Müsamaha Göstermemesi,
6. Etki Altında Kalmaması,
7. Sosyal Ahlâk Esaslarına Ters Düşen Davranış Biçimleri Olmaması,
8. Akraba, Hemşehri, Eş Dost vb Gibi İlişkilerden Etkilenmemesi Gereklidir.
9. Ayrıca: Yöneticinin İletişimi İyi Olmalıdır.
10. Sabırlı Olmalıdır. Öfkesine Hakim Olabilmelidir.

11. Öngörü Sahibi Olmalıdır.
12. Stratejik Yönetim Tekniklerini Bilmelidir.
13. Eğitime Açık Olmalı, Sürekli Alanındaki Gelişmeleri Takip Etmelidir.
14. Ekipler kurabilmeli ve Ekipleri Desteklemeli.
15. Görev ve Yetki Devri Yapmayı Bilmelidir.

**NOT: Görev Devri (Delegation):** Delege etmek: Belli bir işi yapma ve/veya karar alma sorumluluk ve yetkisinin bir başkasına devir edilmesidir. İnisiyatif kullanma hakkı yoktur. Örneğin ASM yöneticisi yardımcı olarak seçtiği aile hekimi ya da ASE na kendisini adına sağlık müdürlüğündeki toplantıya katılmak ile görevlendirebilir.

**Yetki Devri (Empowerment):** Faaliyetleri geliştirmek, maliyetleri azaltmak, kaliteyi ve müşteri memnuniyetini arttırmak gibi alanlarda çalışanlara inisiyatif kullanmayı teşvik eden ve yetki devreden yönetim yaklaşımı.

Örneğin ASM yöneticisi ASM de eğitimlerin planlamasını aile hekimi ya da ASE na bırakabilir. Yönetici eğitim faaliyetlerini düzenlemek için seçtiği bu kişiye inisiyatif de vermiştir.

**Yetki Devri**, en basit ifadeyle, bir işin sorumluluğunun bir bireyden diğerine geçmesidir (Raudsepp,1987). Eğer yönetici aile hekimi yetki devri yapacak doğru kimseyi bulamadığını söylüyorsa ve kısa süre bile olsa yerinden ayrıldığı takdirde yokluğunu hissedileceğini düşünüyorsa, yönetim alanında bilgi ve beceri eksiği var demektir. Eğer eğitim açığını doldurduktan sonra da böyle düşünüyorsa o zaman o kişinin yönetici olması çok doğru bir seçim değildir. Ama her şeye rağmen ASM de görevli diğer aile hekimi/ aile hekimleri yönetici olmak istemiyorsa , o zaman profesyonel bir yönetici ile çalışmak lazımdır. Aksi halde ASM yönetilemeyecek AH kendilerine gönderilen cari maliyet harcamalarını yetiremeyecekler ve ceplerinden ödeme yapmak durumunda kalacaklardır. Yetki devrine bir örnek verecek olursak aile hekimliği asistanları ASM rotasyonuna geldiklerinde aile hekimi merkezi yöneticisi bu alandaki eğitici yetkisini eğitimden sorumlu AH devir etmiştir. ASM görevli 3. bir aile hekimi rotasyona gelen asistanla bir sorun yaşadığında artık gidip yetki devri yapılan aile hekimine sorunu anlatacaktır ve beraber çözüm bulacaklardır. Sorun yaşayan 3. aile hekimi yetki devri yapılmış aile hekimi yerine gidip bunu yönetici aile hekimine anlatması hakkı ancak sorunu yetkilendirilmiş aile hekiminde çözümlenemezse mümkün olur. Bu takdirde yönetici aile hekiminin başka işleri için vakti kalır. Örneğin toplantı düzenleme işi bir ASE üzerinde ise top-

**Tablo 1.** İdareci, yönetici ve lider arasındaki fark

<b>İdareci ve idare</b>	<b>Yönetim ve İdareci</b>	<b>Liderlik ve Lider</b>
İletişim bilgisi vardır. İletişime açıktır.	Müzakere tekniklerini bilir.	Yön verir ve yön gösterir.
Üst yönetimden değişiklik olduğu bildirdiğinde gereken uygulamayı devreye sokar.	Değişikliğe açıktır.	Değişikliğin hangi süreçte yapılması gerektiğini saptar.
Üst yönetimin verdiği kararları astlarına iletir uygular ve uygulatır.	Gözetim yapar.	Ekiibin üyelerini güçlendirir. Kararlara daha fazla katar. (empowering).
Çatışmaya girmemeye özen gösterir. Çatışma olduğunda üst yönetime rapor eder.	Çatışmaları çözer.	Çatışma oluşmasını engellemek için çalışabilecek kişileri farklı alt ekiplerde görevlendirir. Daha fazla sorumluluk verir.
Yetki devir alır. Yetki devri yapıldığında yetkisi dahilinde gerekeni yapar. Eğitime açıktır. Eğitim alır öğrendiklerini astlarına aktarır.	Yetki devri yapar. Eğitimi destekler. Ekiibini eğitir. Yerine yönetici yetiştirir.	Eğitim verir. Eğitim Bilgiji pratikte kullanır. Yapacak kişiye ilham verir. Yetki devrini (delegasyon teşvik eder) İnsanları yönlendirmekten ve yön vermekten asla yılmaz ve bunalmaz. Umutsuzluğa kapılmaz. Morali bozulmaz.
Bilgi alır ve astlarını bilgiji yönlendirir. Bilgiji pratikte kullanır.	Bilgi alışverişi yapar.	Sabırlıdır dinlemeyebilir.
Süreçleri takip eder. Müşteri memnuniyeti kurallarını uygular.	Süreçler hakkında bilgi verir. Fikirlerini bildirir. Müşteri ile iletişimi çok iyidir.	Süreçleri etkiler. süreçlerin yönünü müşterilerin ve kurum lehine değiştirir.
Kriz oluştuğunda üst yönetime bilgi verir.	Krizle başa çıkar.	Krizlerin oluşmasını öngörerek engeller.
Performans kurallarını uygular.	Performans (başarı) yönetir.	Kurumun performansı kendi kuruma özgü olarak icat eder. Başarının örneğidir. Önderdir.
İdareci ve idare.	Yönetim Ve Yönetici	Liderlik ve lider.

lantı tarihlerini ve hangi toplantıların düzenleneceğini ve sürelerini belirler. Yönetici en sonunda sorun çözülmezse müdahale eder. Çünkü sorumluluk kendindedir. Eğer yetki devri yaptığı kişi her

sorunu kendine getiriyorsa ortada hem yöneticiden hem de yetki devri yapılan kişiden kaynaklanan bir sorun var demektir. Sorunun yöneticiden kaynaklanmasının nedeni yetki devir ettiği halde sadece görevlendirmiş gibi davranmaktadır. Aslında her sorun, temenni, dilek için kendi kapısının çalınmasını istemektedir. Sık sık çok yoğun olduğundan yardımcısı olmadığından yakınan ama bu durumdan mutlu, iş yapamaz hale gelmiş yöneticiler bu duruma örnektir. Bu tip bir ASM yöneticisi plan yapamaz, eş güdüm sağlayamaz, denetleyemez, ASM gelen cari maliyetleri ve diğer kaynakları akılcı ve ekonomik kullanamaz.

İdareci, yönetici ve lider arasındaki fark şu şekilde açıklanabilir. Tablo 1. Yönetici ve Lider Farkı. İdareci rutin yönetim görevleri yapan kişidir. Yönetici zor anlarda zor sorunları çözen kişidir. Lider ise ortak vizyon geliştiren, ortak hedefe yönlendiren ve bu işleri yapacak uygun ekipleri bulan ve kuran kişidir.

### Şekil 3. ASM de Yönetici Aile Hekiminin Görevleri



ASM'de eğer tek AH çalışıyorsa hem burayı finansman açısından yönetecek, tıbbi malzemelerini alacak, çalıştığı binanın tamirini, bakımını yönetecek hem de tıbbi aletlerin bakımı, kalibrasyonu, amortismanlarını yönetecektir. Eğer zaman içinde en az 5-6 ve daha fazla AH den oluşan ASM'leri oluşturulursa, ASM ekibi daha da bü-

yüyecektir. Ekibin uyumlu yönetilmesi ile büyüyen ekip birbirlerinin hastalarına da yardımcı olacaktır. Ekibin içinde en az bir AH uzman yada deneyimli olursa bu hastaların gerekmedikçe 2. basamağa gitmelerine engel olacaktır. Kalabalık ekipli ASM'lerde her AH ve her ASE kendi özel tıbbi ilgi alanlarında kendilerini mesleki kurslarla daha çok geliştirecektir. Her ay ASM'den sevk edilen tüm hastaların ve sevklerin isabeti üzerinde görüşülecektir. Eğer makul seviyelerin altında sevk oldu ise atlanılan veya tanı koymada gecikilen bir vaka var mı bunun üzerinde görüşülecektir. Yok eğer makul seviyenin üstünde ise her bir sevk incelenecektir. Önemli olan hastaların ayırıcı tanılarının kesinlikle geciktirilmemesi ve hastaların tedavilerinin vaktinde başlatılması ve daha sonra ASM'de veya ASM aracılığı ile takibidir. Sevk edildiği 2. basamağa gitmeyen her hastanın 2. basamak hekimi tarafından ASM geri bildirim gereklidir. ASM'den hasta sevk edilirken hastanın veya yakının eline hangi gün, saat kaçta hangi hastanede olacağı bilgisi verilmelidir.

ASM binasının camlarının kırıldığında onarımı, hastanın veya yakınlarının kavga çıktığında sakinleştirilmesi ya da 155 polisin aranması, o gün hasta olan hekimin ya da hemşirenin görevlerinin diğerleri tarafından yürütülmesinin sağlanması, işi bırakan aile hekimi ya da ASE yerine açık pozisyona yenisinin bulunması da yöneticinin görevleri arasındadır. Tıbbi sekreter ve temizlik elemanının eğitilmesi ve ihtiyaç halinde yenisinin bulunması da yöneticinin görevidir. Bu tip elemanların niteliklerinin ve görev tanımlarının belirlenmesi de yöneticinin görevidir. Hastaların bekleme salonunda çok bekletilmemesi, özellikle küçük çocukların ve loğusa ile ileri aylardaki hamilelerin, çok yaşlıların bekletilmemesi için çözümler üretmek yöneticinin görevidir. Repete edilecek ilaçları olan hastaların muhakkak 24-48 saat önceden randevu almaları gereklidir. Randevuları vermek tıbbi sekreterin görevidir. Ama randevü sistemin nasıl işlediğini kontrol etmek ASM yöneticisinin görevidir. Bu nedenle insan kaynakları yönetmekte ASM yöneticisinin görevidir.

### ***ASM'de Zaman Yönetimi***

Yönetim bilimine yıllarca hem teorik, hem de pratik bilgilerle emek vermiş bilim adamlarından Peter Drucker; 2001 yılında yayınladığı Management Challenges for the 21st Century adlı kitabında, zaman yönetiminin önemini 'zamanı iyi yönetemeyen bir yöneticinin başka yerleri ve insanları iyi yöneteceğini beklemek ayımsızlık olur' şeklinde açıklamıştır (Drucker, 2001).

Toplumda yaşayan herkes gibi bir yöneticinin de zamanı yönetebilmesi için önceliklerini belirlemesi gereklidir. AH, yönetici aile

hekimi (YÖAH), ASE için iş ortamındaki en önemli öncelik sağlık hizmetini etkin, kaliteli ve seri bir şekilde vermektir. Bazı hastalara daha fazla zaman ayırmak gerekebilir ama her hasta için standart 20-30 dk ayırmaya kalkışıldığında günün sonundaki randevulara vakit yetmeyecektir. Böylelikle onlara daha hızlı bakılmaya başlanacaktır. İngiltere’de ASM de hastalara ortalama 7-8 dk vakit ayrılmaktadır. Ayırıcı tanıda hata yapma, vakaları atlama oranı, hastalarına 20-25 dk ayıran Amerika ve Kanada’dan daha yüksek değildir. Önemli olan hastayı etkin ve dikkatli dinlemek her saniyeyi hastaya ayırarak sadece ona konsantre olmak ve tanıya götürücü soruları ustaca sormaktır. Zaten vaktini yönetemediği için stresli olan bir AH hastasına 30 dk da ayırsa aklı ve benliği ile kendini orada hissedemeyecektir. Sabah saat 9.00 dan başlayarak saat 10.15 kadar her 10 dk bir kişiye yani toplam 7-8 kişiye randevu verilirse; saat 10.15 ile saat 10.45 arasında yarım saatlik çay ve dinlenme molası verilirse; saat 10.45 ile saat 12.00 arasında ise gene 7-8 kişiye randevu verilirse günün sabah diliminde toplam 14-16 kişiye bakılmış olacaktır. Bu esnada sabah randevuları saat 9.00-saat 9.30 arasında verilir. Eğer randevusuna geç kalan veya gelmeyen hasta olursa o zaman hekim sıradakini alır ve hekim boşa beklememiş olur. Hekimin sabah diliminde 30 dk dinlenmeye ayırmaktadır. Ama genelde bu 30 dk dinlenmek için değil daha çok hastaların işi uzar veya önemli bir telefon gelirse hekimin geçen zamanını telafi etmek ve hekim üzerindeki stresi azaltmak içindir. Bir başka önemli noktada hekim hasta muayene ederken telefonlarına bakmaz ve sadece sekreter ailesinden biri önemli bir nedenle ararsa ona telefonu yönlendirir. Bu kuralın aksi uygulandığında zaman yönetimini süreçlerinin sürdürülebilir olması çok zordur.

### ***ASM’de Çalışanların Yönetimi***

ASM’de hizmetlerin kaliteli yürümesi ancak başvuran iyi davranan, gülyüzlü, motive edilmiş, yönetim ilkelerinden haberdar AH, ASE ve eğitilmiş ve kaliteli bir sağlık personeli ekibi ile olur. YÖAH çalışanlara bu ilkeleri benimsetmek için çaba harcamalıdır. Disiplini sağlamak için önce ilgili ASM görevlisi nazıkçe uyarılmalıdır. İlk uyarıda hemen sert bir üslup kullanmak doğru değildir. Daha sonra aynı durum tekrarlırsa gene sözlü olarak ama bu defa daha ciddi ve uyarıcı bir üslup kullanılabilir. Fakat bu da yetersiz kalırsa bu defa yazılı uyarı gereklidir. Dördüncü uyarı olamaz 4. işten çıkarma şeklinde olmalıdır.

**Tablo 2.** ASM'de stratejik analiz (SWOT)

	<b>ASM YÖNETİCİSİNE YARDIMCI</b>	<b>ASM YÖNETİCİSİNE ZARAR VERİCİ DÜZELTİLMESİ GEREKLİ</b>
<b>İÇ KAYNAKLI (ASM YÖNETİCİSİ DÜZELTEBİLİR)</b>	<p><b>Güçlü Yönler(G)</b></p> <p>Belirli bir Nüfusa Hizmet Verme ve Ulaşılabilirlik</p> <p>Sorumlu Olduğu Nüfusun Tümüne Ulaşımı.</p> <p>Kayıtlı Nüfus ASM'ye Gelmese Bile Ücretlendirilme</p> <p>Hasta aramak ve reklam yapmak zorunda değildir.</p> <p>Bireyler ve Hastalar Hazırdır.</p>	<p><b>Zayıf Yönler(Z)/Sınırlılıklar</b></p> <p>Sürekli Eğitim ve Uzmanlık Eğitiminin Eksikliği. Bu Eğitimin Nitelikli Ve işe yarar olarak verilmesi Gerekliği</p> <p>Tıp Fakültesinden Yeni mezun Deneyimi Az AH'lerin ASM Tek Başlarına Çalışması</p> <p>Uzun zamandır Hekimlik Pratiğinde Çalışmamış Hekimlerin Eğitim Sürecinden Geçirilmeden ASM de Yer Alması</p> <p>ASM'de Hekimlerin Bireysel Çalışmaları, Ekip Çalışması Eksikliği</p> <p>ASM çalışan AH Eğitim Eksiklikleri</p> <p>AH Büyük Bir Bölümünün Uzman Olmaması</p>
<b>DIŞ KAYNAKLI (ASM YÖNETİCİLERİ ve Sivil Toplum Örgütleri ve SAĞLIK BAKANLIĞI)</b>	<p><b>Fırsatlar(F)</b></p> <p>Hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın Satın Alınması.</p> <p>AH ve ASE için İş İmkânı</p> <p>Hasta Aramak Zorunda Kalınmaması. (Pazarlama)</p> <p>Nüfus Başına Kayıtlı Hasta Olması</p> <p>ASM'nin Cari Maliyetlerinin Peşin Ödenmesi</p>	<p><b>Tehditler(T)</b></p> <p>Büyük şehirlerde ve Yerleşim Yerlerinde Tıp Merkezleri ve Diğer Uzman Hekimler</p> <p>Halkın ASM'leri Tanınmaması</p> <p>ASM'ler Konusunda Eksik Algılar</p>



## ***Stratejik Planlama***

Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimi zaman zaman mevcut durum analizi yapmalıdır. Böylelikle gcl, zayıf yönlerini görerek kendini geliştirir. Gcl yönlerinden ise faydalanarak daha nitelikli hizmet vermeye devam eder. Bu planlamayı yapmaya stratejik analiz ya da SWOT (GZFT=Gcl, Zayıf/Sınırlılık, Fırsat, Tehdit ) denir. [SWOT=Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, and Threats]

Bir ASM yöneticinin önündeki fırsatları görmesi ve tehditlerini açılması ve önlemler geliştirilmesi de gereklidir.

## ***ASM'de Motivasyon Yönetimi***

AH yöneticisi sağlık personelini muhakkak başarılarından dolayı kutlamalıdır. Sağlık alışanları için maddi ödül, övgü, hastaların memnuniyeti ve bağımsız çalışma önemli motivasyon araçları arasındadır. Maslow'un ihtiyaçlar teoreminde özellikle başkaları tarafından kabul görme ve kendini ekibin yesi olarak görme çok önemli motivasyon yöntemleri olarak belirtilmiştir. ASM yöneticisi her çalışana önemli olduğunu hissettirmelidir. İş güvencesi ise bir başka motivasyon unsurudur (Kaptanoğlu-Yıldırım, 2011). Ekip kurmak ve öngörerek doğru zamanda doğru karar vermekte yöneticinin görevleri arasındadır.

## ***ASM'de Toplantı Yönetimi***

ASM de düzenli olarak yapılacak, içeriği, yeri, amacı, zamanı yönetici AH tarafından belirlenmiş ve günü tıbbi sekreter tarafından en az 1 hafta önce bildirilmesi zorunlu, toplantılara gerek vardır. ASM'de toplantılar bilgi verici ve sorun üzücü olmak üzere iki kategoride olur. Sağlık hizmetlerinde özellikle birinci basamakta ASM'de yapılan toplantıların başarılı olması için öncelikle ortak amaç belirlenmelidir. Sürekli, düzensiz, amacı ve süresi belli olmayan toplantılar yapmak toplantıya olan ilgiyi azaltır. Toplantı sabah kahvaltısı, öğle yemeği, ikinci kahvaltısı saatine denk getirilebilir. O takdirde ufak bir fon oluşturup çay, su, kahve, hafif ve kck sandviçler, meyve vb yiyecekler ile toplantı desteklenerek katılanın rahat etmesi ve toplantı amacının ve zamanın hedefe ulaştırılması sağlanabilir. Toplantı dendiğinde bireylerin toplantıdan kaçması veya orada oturup sessiz kalması yönetici için istenen bir hedef değildir. Öte taraftan toplantının başlangıcında gündemi katılımcılara hatırlatmak, mevcut durumu veya sorun için toplanılıyorsa açıkça belirtmek, konu başlıklarını hatırlatmak hatta sunu şeklinde duvara yansıtma şart-

tır. **Toplantıyı bir an önce başlatmak** konuşmaların yönlendirmek, tartışmanın amacından sapmasını engellemek, toplantıya katılanların, fikir ve deneyimlerini alarak toplantıyı yönlendirilmeye özen göstermek yöneticinin görevidir. Toplantı esnasında tüm katılımcıların görebileceği bir yere bir duvar saati konması her zaman iyi sonuç verir. Toplantıya başkanlık eden kişi, fikir beyan etmek isteyenlerin belli zaman kısıtı içinde ve net olarak fikirlerini söylemeleri teşvik etmelidir. Toplantı esnasında düzenini bozan uzun ve kişisel konuşmalara, tavırlara taviz verilmemelidir. Toplantı süresinin bitimine son 10 dk kala toplantı başkanı kararları özetlemelidir. Karar verilmeden biten bir toplantı ASM gibi yoğun bir yerde boşa geçen bir zamandır. Katılımı ve ekip çalışmasını azaltıcı bir yöntemdir.

### ***ASM Eğitim Yönetimi***

ASM'de AH ve ASE dahil tüm ekibin ihtiyacı olan eğitimin yönetimi söz konusudur. Ayrıca eğer söz konusu ASM bir eğitim ASM olarak seçilmişse buraya yönlendirilen AH uzmanlık öğrencisi asistanın eğitimi söz konusudur. Öncelikle ekibin eğitim ihtiyacı, ekipteki bireylerin isteği ve ASM'nin bulunduğu bölgedeki kayıtlı nüfusun sağlık gereksinimine göre belirlenir. (Örneğin ASM'nin bulunduğu yörede kayıtlı yaşlı nüfus fazla ise geriatrik hasta tedavisi ve bakımı konusunda bir kurs uygun olacaktır vb).

### ***ASM de Zor Hasta Yönetimi***

Eğer zor olduğu düşünülen hasta ASM'ye randevulu geliyorsa en az kalabalık olan günü ve saat dilimlerini tercih etmek gereklidir. Asla iletişimi koparmamak ise bir başka şarttır. Sabırlı olmak ve uzlaşmacı bir tutum izlemek şarttır. Her ne kadar ASM den ayrılan bir hastanın yerine yenisinin geleceği düşünülüyorsa da, hatta evi veya iş yeri orada olduğu için ayrılamayacağı düşünülüyorsa da bu kesinlikle doğru değildir. Hoşnutsuz bir hasta her gittiği yerde bu şikayetini anlatarak çok fazla taraftar toplayacaktır. Bu durum ASM işleri daha da zorlaştıracaktır. Aslen ASM'ne gelen bir hastanın muhakkak beden ya da ruh sağlığından bir problemi vardır. Bu nedenle endişelidir. Burada empati süreçlerinin devreye girmesi şarttır.

### ***ASM'de Denetim***

Uygun ve olumlu geri dönüşümler insanın öğrenme sürecinde çok önemli yer tutar. Bu nedenle araştırmalar ile denetim desteklendiğinde ASM'de ne yaptığımızı, eksikimizi, kısacası önümüzü görmek denetimlerle mümkün olabilecektir. Burada önemli bir

konuyu gözden kaçırmamak lazımdır. Denetim amaçlı araştırmaların amacı yapılan çalışmaların nasıl yapıldığının doğru yapılıp yapılmadığının ortaya çıkmasının sağlanmasına yarar. ASM de halen uygulan yöntemler hakkında bilgi toplanır. Örneğin hastalara ASM nin çalıştığı iş günleri ile sizin işiniz çakışıyor mu? Hangi gün ASM açık kalsın?, Hangi gün kapatalım?, Hafta sonu açık kalmasını ister miydiniz? şeklinde sorular yönlendirip bir iç denetim araştırması yaptığımızda kayıtlı müşteri kitlemizin bizden isteklerini görmek ve bunları uygulamak bir denetim araştırmasıdır. Daha sonra tekrar müşteri memnuniyetini ölçmek buna göre verilen hizmeti düzenlemek bu tip araştırmalara örnektir. AH ve ASE motivasyonunu bozan ve verimliliğini düşüren denetimler yerine bilgi ve görgü kazanımı sağlayan AH ve ASE bilgi ve becerisini artırmaya yönelik denetimlerin yapılması gereklidir. Amaç sağlık personeli kayıp etmek değil kazanmaktır.

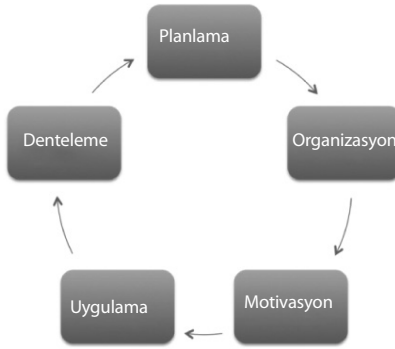
### ***ASM de Yönetim Ekibi***

ASM içindeki görevli herkes yönetim ekibinin doğal üyesidir. Kaliteli sağlık hizmeti vermek için çaba göstermelidirler. Her yönetim ekibinin bir vizyonu olmalıdır. ASM de hangi hizmetleri veriyoruz. Örneğin RIA takma sertifikası olan ASE ve AH (pratisyen) varsa bu hizmet ASM kapsamında verilebilir. Ultrason kullanmayı bilen bir AH varsa bu hizmet de verilebilir vb gibi. Henüz AH'leri ile Sağlık Müdürlüğünün yaptığı sözleşmelerde bu tip hizmetler ayrı ücretlendirilmemektedir. Zaman içinde AH bilgi ve becerisine göre sözleşmelerin yapılması kaçınılmazdır. Bu bilgi ve beceriyi denetleyen her zaman hastadır.

### ***Ana Hatları ile ASM'de Yönetimin Bileşenleri***

Öncelikle yapılacak işleri ve alınacak sarf malzemelerini planlamaktır. Eğer ASM de eleman lazım ise bu içinde planlanması gereklidir. Daha sonra zaman yönetimi, alınacakların hangi tedarikçi firmalardan alınacağı, kalitesi, fiyatları vb işler için organize olmak gereklidir. ASM'de motivasyon azaldığında yönetimin korkulu rüyası olan değişime karşı koyma statükoyu koruma isteği başlar. Bu durum yönetimin önündeki en büyük engeldir. Bu durumu aşmanın en kolay yolu yöneticinin değişimi net ve açık olarak olumlu ve olumsuz yönleri ile ekibi ile paylaşmasıdır. Eğer olumsuz yönünün olumlu yönünden daha az olduğu konusunda yönetici ekibini müzakere teknikleri kullanarak ikna edebilirse o zaman alınan kararları motive olmuş ekiple beraber uygulamak ve hayata geçirmek mümkün olur. Ama sonunda yönetici muhakkak vaat ettiği olumlu

sonucu ekibi ile paylaşmalıdır. Olumsuz bir durum da varsa ekibi ni haberdar etmelidir. Yönetimin sürecinin en önemli aşaması olan denetim görevi yönetici ve ekibi tarafından titizlikle uygulanmadan kesinlikle olumlu sonuçlara ulaşılamaz.



**Şekil 4.** ASM de yönetim çemberi

İngiltere’de 1990 yılından itibaren birinci basamak sağlık kurumlarının temel taşı olan ASM’lerin aile hekimleri tarafından yönetilmelerinin mümkün olmadığı anlaşılmıştır. Bu amaçla ya AH yönetim alanında eğitim almış ve hastaya ayırdıkları zamanı bir kaç saat azaltarak yönetim işlevlerine vakit ayırmışlardır. Ya da profesyonel yöneticiler ile anlaşmışlardır. Bu profesyonel yöneticilere İngiltere’de practice manager (PM) denir. Sağlık yönetimi bilimi kurallarına göre ASM yönetmekle sorumludurlar. (practicemanager,2010).

Sağlık yönetimi biliminin kuralları uygulanamadığında maliyet artışı, kalite ve strateji hataları, zaman kaybı, iş yoğunluğu vb nedenlerle ASM’de hizmet vermek zorlaşmaktadır. Hekimlere lisans veya uzmanlık eğitimi esnasında sağlık yönetimi bilgileri verilmediği için ASM’lerde maliyetlerin arttığı gözlenmiştir (Glendinning, 1999). Günümüzde İngiltere’de aile hekimleri ya tek başlarına ya da diğer hekim, hemşire, sağlık yöneticisi ile ortak ASM’lerinin işletmecileridir. Birden fazla ASM’yede ortak olabilirler. Yanlarında maaşla aile hekimi (Londra yaklaşık aylık 3.000-5.700£ ; aynı yerde bir veya iki oda salon orta halli bir semte ev kirası aylık (1500-2000£) hemşire, yönetici, sekreter çalıştırlar (NHS, 2012; Foxtons.co.uk, 2012).

Her ASM ortalama 5-6 veya daha fazla hekimden oluşması daha çok tercih edilir. Yönetici birden fazla ASM aynı anda yönetebilir. Sa-

yılları az kalan 2-3 kişilik ASM'lerin büyük ASM katılmasına çaba harcanmaktadır. Sağlık hizmetini satın alan NHS (karşılığı bizdeki SGK) dir. ASM nin ortağı olan AH emekli olurken ya da isteği ile ayrılrken ASM işletmesindeki hakkını rayıç bedelle devir eder. (Londra'da yaklaşık 100.000£).

ASM birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirlemeleri gereklidir. Yöneticinin ismi İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmesi zorunludur. 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.

Yönetici aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Bütün bu yükümlülükleri olan aile hekiminin extra bir performans (ek ödeme ya da yöneticilik yaptığı yıllar boyunca her hizmet yılına **karşılık** bir kademe ilerlemesi alması vb) aldığında yönetim gibi ciddi bir işlevi yük olarak görmeyecektir.

ASM'ler mikro (küçük) ölçekli birer işletme (KOBİ) olarak adlandırılabilir. ASM'ler gerek sağlık hizmetlerinde ve gerekse KOBİ kavramı içinde en çok arzulan yerel girişimciliğin kurallarına örnek olarak yapılandıklarında hizmet verdikleri bölgeleri iyi tanırlar ve gerek hastalarına gerekse müşteri kitlelerine hakim olurlar (MFA, 2011).

Yıllarca bireyler hekime ancak şikayeti olduklarında gelmişlerdir ve hekime her muayene olana hasta denmiştir. Oysa aşı olmaya gelen bir çocuk hasta değildir. Aynı şekilde hamile olan bir kadın da hasta değildir. Hatta şekeri ve tansiyonu normal seviyelere gelmiş sadece takibe ve kontrole gelen bireyde kendisine hasta yaftası yapıştirilmasından hoşnut değildir. Birey hasta olarak adlandırıldığında kendini hekime muhtaç hissetmektedir. Müşteri olarak adlandırıldığında ise hekimi satın almış gibi bir yaklaşım içine girmektedir. Oysa her işletmenin etik kuralları vardır. Özellikle hizmet işletmeleri kapsamında yer alan sağlık işletmelerinde iki önemli faktör; etik kurallar ve hizmet kalitesidir (Fox, 2000; Payne & Dimanche, 1996). Her işletmede olduğu gibi sağlık işletmelerinde de çalışanların hangi davranışları yapmaları, hangilerini yapmamaları gerektiğini ortaya koyan kurallar dizini vardır. Bu kurallar ihlal edildiğinde işletme kapsamında personel çalıştırmanın takip, kontrol, denetleme, ceza verme ve sözleşmesini **fesih etme** işten çıkarma gibi sorumluluklarını yerine getirmesi ile etik kurallar ile hukuk kuralları birleşecektir. **Yöne-**

**timde etik**, iyi **yönetimin** temel anahtarıdır. **Etik** davranış kuralları ile yasalar arasında yakın **bir** ilişki vardır. Yasaların düzenlemediği öznel durumları etik davranış kuralları düzenlemekte, belli bir stüye tâbi olanların nasıl davranmaları gerektiği yönünde kurallar koymakta ve böylece bu kurallara uyulmasını sağlamaktadır.

Yönetici etik ihlalleri yapanları öncelikle uyarmalı ve ihlalleri devam eden kişileri yetkili makamlara bildirmeli ve gerekli cezaları almalarını sağlamalıdır. Yoksa yöneticinin yönettiği bireyler üzerinde etkisi kalmaz.

## **KOBİ'lerle ASM'lerin Benzerliği**

**KOBİ modeli olan ASM'lerin aynı KOBİ'lerde olduğu gibi** çevreyle ve buldukları bölgenin halkı, eşrafı, esnafı ile dayanışma, güven ve örgütlenme gibi birtakım ortak özellikleri vardır. Ayaktan sağlık hizmetlerinin yerinde ve etkin ihtiyaca göre şekillendirilebilmesi için hastaneler gibi hantal yapılara sahip değildir. Sağlık hizmetlerinin niteliğine ve halkın ihtiyaçlarına göre yapılabilmektedirler. ASM'lerde aynı KOBİ'lerde olduğu gibi daha az bürokratikler. Örneğin ASM lerde çalışan aile hekimleri bir sarf malzemesinin gelmesi için dilekçe yazıp cevabını beklemek zorunda değildirler çünkü her ay harcama kalemleri standart ve otomatik olarak ödenmektedir.

KOBİ'lerin tanımlanmasında kullanılan niceliksel ölçütler:

- İşletmede çalıştırılan personel sayısıdır. Devlet İstatistik Enstitüsü 1-9 arası işçi istihdam eden işyerlerini küçük işletme olarak tanımlamaktadırlar (KOBİAS, 2011)
- Belirli bir süre içinde kullanılan enerji miktarı, belirli bir süre içinde verilen hizmetlerin toplamı, işletme sermayesinin miktarı, işletmede kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sayıları ve güçleri gibi kriterlerdir.

KOBİ'lerin tanımlanmasında kullanılan niteliksel ölçütler:

- Hizmet ve yönetim işlevlerinde uzmanlaşma,
- İşletmesinin çalışmalarını sürdürdüğü sağlık pazarının büyüklüğü ve yeniliklere açık olması.
- Gerekli krediyi sağlayabilme saygınlığı ve olanakları,
- Üretimde bilgi öğrenme için (Know-how) sermaye ve emek öğelerinin payları gibi kriterlerdir. ( Hilal Yıldırım Keser, 2011).

ASM çalışanları olan aile hekimliği uzmanları ve AH kayıtlı nüfusun sağlık hizmeti gereksinimlerinin çoğunu bilmekte ve karşıla-

maktadırlar. Herhangi bir aile hekiminin veya aile sağlığı elamanın ASE eksikliği durumunda bu boşluk ASM'de çalışan başka bir aile hekimi ile anında doldurularak sağlık hizmeti üretim prosesinde doğabilecek bir aksamaya meydan verilmemektedir.<sup>1</sup>

Bir işyerinde bürokratik işlemler ne kadar fazla ve karar alıcılara ulaşmak o kadar zor ise verimlilikte buna bağlı olarak düşmektedir (Türkoğlu, 2002). ASM'lerde tek yönetici vardır. Bürokrasi ve yazışmalar ise nispeten azaltılmıştır. Çalışanlar sözleşmeli personel olup devlet memuru statüsünde değildirlir.

ASM'lerde çalışanlarla ASM'nin yöneticisi olan aile hekimi arasında daha yakın ilişkiler vardır. Aksamalar, sorunlar ve yapılan olumlu çalışmalar ASM gibi işyerlerinde çalışan veya yönetici ayrımı yapılmadan karşılıklı güven ve yakınlık duygusu içinde anında fark edilebilmekte ve gereği yapılabilmektedir. ASM küçük bir işletme olduğundan bir aile havası içerisinde görevlilerinin (tıbbi sekreter ve temizlik elemanı) işlerini sevmeleri sağlanmakta verimlilik ve kalite artmaktadır. Çalışanlar ASM den her an tayin, görevlendirme vb nedenlerle uzaklaştırılmadıkları için yaptıkları işle özdeşleşmekte ve benimsemektedirler. ASM'lerin ayrıca çevrelerinde oturan temizlik elemanı, sekreter vb elemanlara iş sahsı sağladıkları için istihdama katkıları vardır (OECD, 2011).

Yapılandıklara yerlere yakın oturan AH, ASE, çalışan ve hizmet talep edenlerle hastalar yakın çevreden olduğu için büyük şehirlerde trafik maliyetinden çevrelerindekielerin daha az etkilenmesini sağlarlar.

### ***ASM'lerin Yönetilebilmesi İçin KOBİ lerin Faydalandığı Şebeke Organizasyonlardan Faydalanmaları***

Şebeke adı altında incelenen organizasyon yapısı; ortak girişim, dış kaynaklardan yararlanma ve stratejik birlikler gibi işletme uygulamalarının farklı kombinasyonlarda kullanılmasıdır. (Koçel, 2005.)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ASM henüz yeni kurulduğu için bölgelerindeki diğer ASM'lerle işbirliği içine girerek gerek yönetsel fonksiyonlarını sürdürmek gerekse hizmet içi eğitim işlevlerini güçlendirmek için 'Şebeke Organizasyonlar' (Yılmaz & Kabadaı, 2000). oluşturamamışlardır. Ama zaman içinde bu tip stratejik işbirliklerinin oluşması birinci basamak sağlık hizmetlerini güç-

1 Aile Hekimliği Uzmanları, Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanarak (TUS) aile hekimliği disiplinin ilkerelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Aile Hekimleri ise tıp fakültesi mezuniyeti sonrası Bakanlığın öngördüğü orientasyon (aile hekimliğine yönlendirme-bir hafta) programı ile henüz aile hekimi uzmanı yetersiz olduğu için ASM lerde çalışan pratisyen tabiplerdir.

lendirecektir. Yapısal anlamda farklılıklar taşımasına rağmen genel anlamda aynı bölgede veya yakınında bir hekimli veya 3-4 hekimli ASM'lerin bir araya gelerek ölçek ekonomilerinin sağladığı dışsallıklardan faydalanmak, rekabet üstünlüğü yakalamak ve daha ucuza yönetilebilmek/yönetmek için birlikeliler oluşturabilecektir<sup>2</sup>.

ASM yönetiminde oluşturulacak yönetim stratejilerinin en önemlisi ve önde geleni büyük şehirlerde ve bu şehirlere bağlı kırsal bölgelerde ASM ler için şebeke tirü organizasyonlar oluşturmak için AH lerine destek vermektir. Bu şekilde her ay her AH , bölgesinde kendi ASM için ayrılan tetkik ve kendisi için ayrılan cari maliyet paralarından arttırdıkları ile işletmesi için sermaye birikimi yapacaktır. Verilen hizmetin niteliğini bozmadan sermaye birikimi için sağlık yönetimi bilgisine ihtiyaç vardır.

Sağlık Bakanlığı, o bölgede bulunan üniversite ve çeşitli kurumlardan oluşacak (örneğin hıfzısıhha vb kurumlarla) iş birlikleri ile Aile Hekimliği Eğitim Akademisi geliştirilebilir. Bu akademi uzmanlık eğitimi vermez sadece aile hekimi uzmanların, pratisyen aile hekimlerinin, ASE hizmet içi eğitim ihtiyacını destekler. Bu akademiye bağlı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek ve bölgenin kalkınmasında Merkez güdümlü ama yerel organizasyonlarla sağlık hizmetlerinin nitelikli ve nicelikli verilmesini sağlamak ve planlamak mümkündür. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin ve iş gücünün hizmet içi eğitim yanı sıra; bölge halkının sağlık bilgi düzeyinin desteklenmesi ve artırılması temel hedef olarak kabul ederek halkın sağlık ihtiyaçlarına yönelik eğitici sertifikasyon kursları da verilebilir. Örneğin hamile eğitimi, anne eğitimi, sağlıklı çocuk, huzurlu aile eğitimi, evlilik eğitimi, sağlık eğitimi vb. Bu amaca hizmet için sağlık sektöründe ASM sayesinde iş geliştirme merkezleri diğer adı ile iş kuluçkaları oluşturulabilir. İşletme terminolojisinde kullanılan bu kuluçka deyiminden kasıt edilen bölgede ASM'lerin ihtiyaçları için oluşturulacak tıbbi cihaz, biyomedikal destek firmaları, temizlik, güvenlik, yönetim şirketleri, yemek, evde bakım, yaşlı bakım evi gibi merkezler sayılabilir.

ASM'lerde yönetsel olarak yönetim süreçlerinin yataklı tedavi kurumları, klasik hizmet ve üretim işletmelerinden farklı olarak değişik bileşenleri vardır: ASM buldukları bölgede sağlık hizmetlerini eksiz ve kaliteli olarak ancak etkin yönetilebildiklerinde vere-

2 "Şebeke organizasyonlar(Network), belirli bir hedef pazar için daha etkin bir üretim süreci geliştirerek daha düşük maliyetlerle ve daha kaliteli ürün veya hizmetler sunarak rekabet avantajı geliştirmek amacıyla bir araya gelmiş işletmeler topluluğudur."



bilirler. ASM'lerin şebeke organizasyon şeklinde yönetimi ile yakın ASM'ler birbirlerinin hizmetlerini ve cihazlarını geçici olarak eksikliğini tamamlama ve iç denetim ancak bu şekilde çözebilirler (Fattore & Salvatore, 2010)

ASM lerin bölgelerinde ve ilçelerinde daha sonra illerinde stratejik iş birliği sonucu

- Yeni Finansal Kaynaklar Sağlanabilir (örneğin turistik bölgelerde başvuran turistlere sağlık hizmeti ücretle sağlanır, okul, sporcular, sürücü raporları için sağlık hizmeti dışında fazla mesai yapılabilir, Cumartesi, Pazar, akşam saatlerinde fazla mesai uygulanabilir) ve ASM'ler Finansman Yönetimi sağlanabilir.
- ASM'lerde Maliyet Paylaşımı Gerçekleşir ve Maliyetlerde Azalma Olur,
- Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Her ASM'nin kendi bölgesinde Birinci Basamakta Gidilmedik Görülmedik Hasta Kalmaması Gerçekleşir.
- Şebeke Sınırları İçerisinden Kaynak ve Bilgi Sağlama (Know-How) Gerçekleşir,
- ASM'lerin Elemanlarının İş Gücü Kaybı Sonucu veya Çeşitli Nedenlerle Oluşan Sorunlarda ASM deki İnsan Kaynaklarının Etkin Kullanımı Gerçekleşir.
- Gerek ASM'ler içinde Gerekse Çevre ASM'lerle İş Birliği Yolu İle Sinerji Yaratılabilir.
- ASM'lerden Gelen ve Giden Bilgi Akışının Doğru ve Hızlı İletilmesi Gerçekleşir, Bilgi İşlem Alt Yapısı Güçlenir.
- ASM'lerde Çalışan Hekim, ASE ve Diğerlerinin öğrenme düzeyleri Artar.

Yurtdışında örneğin İtalya'da Şebeke Organizasyonlar' konusunda önemli adımlar atılmış ve mali yönetim kontrol altına alınmıştır (Longo, 2007).

Sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alanların bütün istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek yönetim şekli ancak sağlık ekibinin tüm üyeleri olan sağlık profesyonellerinin, hatta hastaların katılımı ile gerçekleşir. Bu katılım, her ülkede ve yörede toplumun genel gelişme ve eğitim düzeyinin elverdiği ölçüde olabilir. Mükemmel bir ASM yönetimi hizmet alan aile, bireylerin temsilcileri, hekimlerin temsilcileri, ASE'lerin temsilcileri, TSM yöneticileri vb temsili ve desteklenen aile sağlığı ve aile birlikleri aracılığı ile olacaktır.

**Sonuç** olarak ASM leri yönetmek oldukça zordur. Zaman içinde gerekli ve etkin önlemler alınmazsa birinci basamak sağlık hizmetlerini nitelikli olarak vermek zorlaşacaktır. Şüphesiz halkımızın, hekimlerimiz, hemşirelerimiz, ASE ile tüm sağlık personelinin çok zarar göreceği bu alanda yolun başında iken aile hekimlerinin bu konunun önemini kavramaları geleceğimiz açısından gereklidir.

## Kaynaklar

- Ates M. (2011). Sağlık Sistemleri. Beta basın yayın dağıtım. İstanbul.
- Glendinning, C. (1999), GPs and Contracts: Bringing General Practice into Primary Care. *Social Policy & Administration*, 33: 115–131.
- Heath I. *The Mystery of General Practice*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995.
- Fattore G. Salvatore D. (2010). Network organizations of general practitioners: antecedents of formation and consequences of participation *BMC Health Services Research*, 10:118.
- Fox, J., (2000). "Approaching Managerial Ethical Standards in Croatia's Hotel Industry", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 12, 1, ss.70-74.
- ITUP(2008).[http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health\\_Care\\_Systems\\_Around\\_World.pdf](http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf).
- Kaptanoğlu-Yıldırım A. (2011). Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi. Ss:78. İstanbul.
- Koçel T (2005). İşletme Yönetimi. 393-394. 10 basım. Arıkan Basın Yayın Dağıtım. İstanbul.
- Langley G.L. Nolan K.M. Nolan T.W. Norman C.L. Provost L.P (2009) *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd Edition). Jossey Bass, San Francisco.
- Longo F (2007). Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations? *Health Care Manage Rev*, 32:213-25.
- NHS (2012). [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/plan\\_do\\_study\\_act.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/plan_do_study_act.html). Ekleme Tarihi 1/29/2012.
- Özcan Y (2009). *Quantitative Techniques Quantitative Methods in Health Care Management: Techniques and Applications*, 2nd Edition. Jossey-Bass/Wiley, San Francisco, CA. ISBN: 978-0-470-43462-8
- TAHUD (2012). <http://www.tahud.org.tr/hukuk/duyurular/ucret-yonetmeligi-4-bolum-odemeler-hakkinda-yorumlarımız/290>. Ekleme Tarihi 1/29/2012.

- Türkoğlu M. (2002). Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmelerin Bölgesel Kalkınmadaki Etkileri ve Bölgesel Kalkınmada KOBİ Temelli Stratejiler. Süleyman Demirel Üniversitesi. İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Y. C-7. S-1. 277-300.
- Raudsepp, E., (1981). "Delegate Your Way To Success", Computer & Communications Decisions, Hayden/VNU, March, page 157-158, 163-164.
- Payne, D. And Dimanche, F. (1996), "Towards a Code of Conduct for the Tourism Industry", Journal of Business Ethics, 15, ss.997-1007.
- Yılmaz C., Kabadayı E. T. (2000). KOBİ'ler İçin Yapısal Çözüm Önerileri (I): Şebeke Tipi Örgütsel Yapılanmalar Ve KOBİ'ler Arası İşbirliği, Krizden Çıkışta KOBİ'lerin Yeniden Yapılanması Ve 2000'li Yıllar İçin Değişim Stratejileri Kongresi, Çukurova Ün. İ.İ.B.F. Dergisi, Adana, Temmuz. 285.
- Yönerge, (2011). [saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf).
- OECD, 2011. <http://www.oecd.org/dataoecd/5/11/31932173.pdf>. Erişim Tarihi 21.08.2011.
- NHS, (2011). <http://www.nhs Careers.nhs.uk/details>. Erişim Tarihi.12/11/2011.
- Teşkilat Yasa Taslağı (2011). <http://www.medimagazin.com.tr / templates/default/ ckfinder/userfiles/files/pdf/teskilattaslagi.pdf>. (Madde 24). Erişim Tarihi.1/29/2012
- İlerleme Raporu (2008).[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi\\_acilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf). Erişim Tarihi 1/29/2012.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, (2011).<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html> 21.08.2011.
- Mevzuat, (2012). <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.5258&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>. Erişim Tarihi 21.08.2011.
- Worldbank (2011).<http://www.worldbank.org.tr>. Erişim Tarihi 21.08.2011.
- Yönerge,(2011).<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf>. Erişim Tarihi 21.08.2011
- Mevzuat, (2011).<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html>. Erişim Tarihi 21.08.2011.
- Ozbek, (2011). <http://www.mfa.gov.tr/data/Kutuphane/yayinlar/EkonomikSorunlarDergisi/sayi31/Zerrin%20ozbek.pdf>. Erişim Tarihi 21.08.2011.
- KOBİAS, (2011). <http://www.kobias.com.tr>. Erişim Tarihi 21.08.2011

Hilal Yıldırım Keser, (2011). <http://www.hilalyildirkeser.com/hilal/mesleki-uygulama/230730023.pdf>. Erişim Tarihi 21.08.2011.

NHS, (2011). <http://www.nhscareers.nhs.uk>. Eklenme Tarihi 1/29/2012.

Foxton, (2012). <http://www.foxtons.co.uk> Eklenme Tarihi 1/29/2012.

MFA, (2011).<http://www.mfa.gov.tr/data/> Kutuphane/yayinlar. Eklenme Tarihi 1/29/2012.

<http://www.gppracticemanager.co.uk>. Eklenme Tarihi 1/29/2012.

## AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖRGÜTLENME

Vatandaşların sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesinin ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin temini, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması ve gerekli denetimlerin yapılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleştirilmesi, devletin görevidir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982:madde 56). Sağlık Bakanlığı, bu görevi yerine getirmek için, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile temasa geçerek sağlık hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili en üst kurumdur. Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler. (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname [KHK/663], 2011: madde 2 - 2. f. ).

Bu amaçla strateji ve hedefleri ortaya koyar, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar, acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür, bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.

### ***Türkiye’de Sağlığın Kilometre Taşları:***

Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı, Dr. Adnan Adıvar’dır. T.C. Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı ise Dr. Refik Saydam’dır (1923-1937). Refik Saydam’ın sağlık hizmetlerinin sunulduğu temel ilkesi “*koruyucu hizmetlere öncelik*” olmuştur. Bu dönemdeki örgütlenme biçimi ise “*dikey örgütlenme*”dir. Yani; bir hastalıkla (sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıkları) savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurulmuştur. Daha

sonra yıllar içerisinde aşağıda belirtilen tarihlerde ilgili kanunlar çıkarılarak düzenlemeler gerçekleştirilmiştir:

- Köy Kanunu, 1924
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961
- Tam Gün Çalışma Kanunu, 1978

İl ve ilçe bazında örgütlenme biçimi olan Hükümet Tabipliği'nin kurulmasından sonra, (1923-1961), 1945 yılında İdare Hastaneleri'nin devletleştirilmesini, 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu'nun çıkarılması izlemiştir. 1950-1960 yıllarında, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu olduğu ilkesiyle, il ve bazı ilçelerde devlet hastaneleri açılmaya başlanmıştır. Uzman hekim oranının artması ile koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalmış, hükümet tabiplerinin görevleri adli hekimlik ve aşıların yapılmasına kadar sınırlandırılmıştır. 1950 yılında ilçelerde Sağlık Merkezleri, 1952'de Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmaya başlanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (224 sayılı Kanun, 1961) ile yeniden koruyucu hekimlik ön plana çıkarılmaya çalışılmış, bu çerçevede nüfus esasına göre örgütlenme, yani; 2000-2500 kişiye sağlık evi, 5000-10000 kişiye sağlık ocağı, 50-100 bin kişiye bölge hastanesi, sağlık grup başkanlığı planlanmıştır. Bu kanun ile, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulması, kırsal kesimi de kapsayan, herkese eşit hizmetin, ekip hizmeti anlayışı ile sunulması benimsenmiş, ancak koruyucu hekimlikte özellikle de kırsal kesimde çalışacak personelin moral ve motivasyonunu sağlayacak, başta maddi koşullar olmak üzere özlük haklarında düzenleme olmayışı en önemli başarısızlık nedeni olmuştur (Doğusan vd., 2004:26-31).

Bu yıllardan itibaren, zaman zaman dile getirilmiş olan Aile Hekimliği uygulamasına, 2004 yılında pilot iller ile başlanarak, 2010 yılında bu uygulama tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin örgütlenişinin 2003 yılına kadar karmaşık bir yapıda olduğu düşünülebilir. Bu çok parçalı yapıda, Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra, Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversiteler, birçok bakanlık, kamu kuruluşları, belediyeler ve özel kuruluşlar sağlık hizmeti vermekteydiler. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmeti sunumunun tek elden verilmesi ile sağlık hizmetlerinin örgütlenme modeli değiştirilmiş, en son 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Kanun Hükmünde Kararname ile bir dizi değişiklik daha gündeme gelmiştir. Bu kanun ile öngörülen yeniden yapılanma aşağıdaki gibidir:

## **Teşkilat**

Bakanlık *merkez ve taşra teşkilatı* ile bağlı kuruluşlardan oluşur. (KHK/663, 2011: madde 3-1). *Bakan*, bakanlık icraatından ve emri altındaki faaliyet ve işlemlerinden Başbakan'a karşı sorumludur. (KHK/663, 2011:madde 4-1). *Müsteşar*, Bakan'dan sonra gelen en üst düzey kamu görevlisi olup, bu hizmetlerin yürütülmesinden Bakana karşı sorumludur. (KHK/663, 2011:madde 5-1). Müsteşara yardımcı olmak üzere beş *Müsteşar Yardımcısı* görevlendirilebilir. (KHK/663, 2011: madde 5-2).

### **1. Merkez Teşkilatı**

#### **Sağlık Politikaları Kurulu**

Sağlık Politikaları Kurulu, Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile müsteşar ve müsteşar yardımcılardan meydana gelir. (KHK/663, 2011:madde 6-1). Kurul toplantılarına, görüşleri alınmak üzere üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları ile bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişiler davet edilebilir. (KHK/663, 2011:madde 6-4). Kurul bünyesinde, Bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabilir. (KHK/663, 2011:madde 6-5). Danışma kurullarında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilir. (KHK/663, 2011:madde 6-6).

#### **Hizmet birimleri**

Bakanlığın hizmet birimleri şunlardır (KHK/663, 2011:madde 7-1):

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü,
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,
  - Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
  - Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
- Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü,
- Hukuk Müşavirliği
- Denetim Hizmetleri Başkanlığı

- Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Özel Kalem Müdürlüğü

### ***Yüksek Sağlık Şûrası***

Sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda, mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere kurulan Yüksek Sağlık Şûrası, onbeş üyeden oluşur (KHK/663, 2011: madde 21-1).

### ***Tıpta Uzmanlık Kurulu***

KHK hükümlerine göre kurulan Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun görevleri şunlardır: Tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık dallarının rotasyonlarını belirlemek, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirlemek, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek (KHK/663, 2011: madde 22-1).

### ***Sağlık Meslekleri Kurulu***

Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslekî alan ve dal belirlemesi gibi meslekî düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere teşkil olunmuştur (KHK/663, 2011: madde 23-1).

## ***2. Taşra Teşkilatı***

Bakanlığın taşra teşkilâtı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürleri Bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir (KHK/663, 2011:madde 25-1). Acil sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür. Bu müdürlükler söz konusu hizmetlerin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir (KHK/663, 2011:madde 25-3). Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki



müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir (KHK/663, 2011:madde 25-5). İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilir. Bu başkanlıklara ayrıca kadro tahsisi yapılmaz ve buralarda gerek duyulan hizmetler ilgili ilçede bulunan personel eliyle yürütülür (KHK/663, 2011:madde 25-6). ASM'ler idari olarak bu birimlere bağlı olarak çalışırlar.

### ***Türkiye Halk Sağlığı Kurumu***

Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olarak kurulmuştur (KHK/663, 2011:madde 4-1).

### ***Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu***

Bakanlığa bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmakla görevli, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz olarak kurulmuştur (KHK/663, 2011:madde 27-1).

### ***Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü***

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Türk boğazları, hudut ve sahilleri ile ilgili uluslararası sözleşme ve mevzuat hükümlerinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirmekle görevli, Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz olarak kurulmuştur (KHK/663, 2011:madde 28-1).

### ***Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu***

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı olarak kurulmuştur (KHK/663, 2011:madde 29-1).

### ***Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu***

Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları,

il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir (KHK/663, 2011:madde 30-1). Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur (KHK/663, 2011:madde 30-2). Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur (KHK/663, 2011:madde 30-3). Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir (KHK/663, 2011:madde 30-4). Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur (KHK/663, 2011:madde 30-5).

### ***Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi***

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir (KHK/663, 2011:madde 34-1).

### ***Bağlı Kuruluşların Teşkilatı***

Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu merkez teşkilatından, diğer bağlı kuruluşlar, merkez ve taşra teşkilatından meydana gelir (KHK/663, 2011:madde 35-1).

Merkez teşkilatları (KHK/663, 2011:madde 35-2);

- a. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Genel Müdür, iki genel müdür yardımcılığı, daire başkanlıkları ile strateji geliştirme daire başkanlığından,

**b.** Başkanlıklar, Başkan, beşer başkan yardımcılığı, daire başkanlıkları, ihtiyaca göre kurulacak danışma ve denetim birimleri ile strateji geliştirme daire başkanlıklarından meydana gelir.

Bağlı kuruluşların taşra teşkilatı, ilgili mevzuata göre kurulan hizmet birimlerinden meydana gelir. Bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşradaki yönetim görevi halk sağlığı müdürlüklerince, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşradaki yönetim görevi kamu hastane birliklerince kurumlarına bağlı olarak yerine getirilir (KHK/663, 2011:madde 35-3). Bağlı kuruluşların taşra teşkilatında çalışan personel, lüzumu halinde bir yılı aşmamak üzere bağlı kuruluşlar arasında 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu çerçevesinde geçici olarak görevlendirilebilir. Yapılan görevlendirme, personelin kurumuna bildirilir ve on gün içinde uygun görülmediğine dair bildirim yapılmadığı takdirde, görevlendirme işlemi uygulamaya konulur. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde, on günlük süre beklenmeden görevlendirme işlemi uygulamaya konulabilir (KHK/663, 2011:madde 35-4). Bağlı kuruluşların personeli 657 sayılı Kanuna tâbidir (KHK/663, 2011:madde 35-5).

### ***Bağlı kuruluş yöneticilerinin görev, yetki ve sorumlulukları***

Bağlı kuruluşların en üst amiri olan Başkanlar ve Genel Müdür, yürütülen hizmetlerden ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Bakana karşı sorumludur (KHK/663, 2011:madde 36-1).

### ***Sağlık Serbest Bölgeleri***

Ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlar Kurulunca belirlenir (KHK/663, 2011:madde 49-1).

### ***Yurt dışı sağlık hizmet birimleri***

Bakanlık ve bağlı kuruluşları insanî ve teknik yardım amacıyla yurt dışında geçici sağlık hizmet birimleri kurabilir, kurdurabilir, işletebilir ve işlettirebilir; bu amaçla ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, finans ve yardım kuruluşları ile işbirliği ve ortak çalışma yapabilir, insan ve malî kaynakları ile destek sağlayabilir (KHK/663, 2011:madde 51-1).

## **Gönüllü sağlık hizmeti ve sağlık gözlemciliği**

Sağlık hizmeti sunmaya yetkili gerçek ve tüzel kişilerce sosyal dayanışma ve yardımlaşma amacıyla gönüllü ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilebilir (KHK/663, 2011:madde 52-1).

### **Kaynaklar**

Doğusan A.R., Üstü Y., Kasım İ., Korukluoğlu S., Uğurlu M. (2004). "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Amacına Ulaştı mı?" *Temel Sağlık*, 2: 26-31.

Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname [KHK/663]. (2011), *T.C. Resmi Gazete*, 28103, 2 Kasım 2011.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.(1982). *T.C. Resmi Gazete*, 17863, 9 Kasım 1982.

## ÖZLÜK İŞLERİ (AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ AÇISINDAN)

Halen ülkemizde uygulanan Aile Hekimliği modelinde sadece Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Elemanı (ASE) olarak çalışan kişilerin mevzuatta tanımı yapılmış ve görev, yetki ve sorumlulukları sıralanmıştır. Bunun dışında kalan örneğin tıbbi sekreter, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, temizlik görevlisi gibi yardımcı hizmetlere yönelik çalışanlara mevzuatta yer verilmemiştir, ancak fiilen ASM'lerde bu meslek grupları çalışmakta ve çalıştırılmaktadır. Bu alanda çalışanların maaş, sosyal güvenlik ve özlük hakları gibi hususları genel çalışma mevzuatına tabidir (İş Kanunu, 2003).

İdari açıdan Bakanlık, Sağlık Müdürlükleri ve ASM'ler arası her türlü evrak ve yazışma işleri Toplum Sağlık Merkezleri(TSM)'ler aracılığıyla yürütülür, ayrıca ASM'ler arası koordinasyonu sağlamak da TSM'lerin görev alanındadır (Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9,11-3).

### **AH ve ASE'lerin çalışma usulleri:**

Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve ASE olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakati üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir (Aile Hekimliği Kanunu [AHK], 2004: madde 3)

ASE'ler, AH 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, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir. Ayrıca ihtiyaç duyulması halinde, aşağıda sözü edilen şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve ASE'leri, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi, Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine, sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir ( AHK, 2004: madde 3).

ASM çalışanlarının göreve başlama veya ilişik kesme, personelin izinli olduğu durumlarda diğer personelin görevlendirilmesi işlerini ve yazışmalarını yürütmekle TSM'ler görevlendirilmiştir (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9).

**AH ve ASE'lerde aranacak genel şartlar, uyumlu çalışma**  
(Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik [A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği].2010: madde 5):

1. Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili olup tıpta uzmanlık eğitimi mevzuatına göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan diğer uzman tabip ve tabipler AH olabilirler. Ancak sadece aile hekimliği uzmanları, sözleşmeli olarak çalıştıkları dönemde "Uzman Aile Hekimi" ünvanını kaşe ve tabelalarında kullanabilir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [TSH GM], 2008/21535). Sağlık meslek liseleri veya yüksek öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu (toplum sağlığı) veya acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar ASE olabilirler.
2. Sözleşmeli olarak çalıştırılan AH'leri ve ASE'lerin 65 yaşından gün almamış olmaları ve aşağıda belirtilen şartları (Devlet Memurları Kanunu, 1965: madde 48 A bendi) taşımaları gerekmektedir;
  - Kamu haklarından mahrum bulunmamak,
  - Ağır hapis ve 6 aydan fazla hapis veyahut affa uğramış olsalar dahi zimmet, ihtilas, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, inancı kötüye kullanma, dolanlı iflas gibi yüz kızartıcı bir fiilden dolayı hapis cezasından hükümlü bulunmamak,

- Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek vücut veya akıl hastalığı veya vücut sakatlığı ile özürlü bulunmamak (Altmış beş yaşın üzerinde olanlar ile sözleşme imzalanabilmesi için, sağlık durumunun AH ve ASE görevini yapmasına engel teşkil etmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu alma şartı aranır).
3. AH ile ASE, ekip anlayışı içinde çalışır. AH, birlikte çalıştığı ASE'yi yönlendirme ve denetleme yetkisine sahiptir.

**AH / ASE pozisyonlarının tespiti** (Aile Hekimliği Uygulama [A.H.U.] Yönetmeliği, 2010: madde 16):

AH'lerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. Aile hekimliği uygulanan illerde ortalama 3500 kişiye bir AH düşecek şekilde AH çalışma bölgeleri tespit edilir. İdari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda AH'ye kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir. Bu nüfus değişiklikleri gerekçeleri ile birlikte Bakanlık onayına sunulur. Bakanlık onayı alındıktan sonra pozisyonlar ilan edilir.

Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerin bulunduğu ilçe merkezlerindeki bütün aile hekimliği birimleri bu merkezlerin bünyesinde açılır.

Bölgedeki nüfus hareketleri ve hizmet ihtiyacındaki değişiklikler göz önüne alınarak Valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile yeni aile hekimliği birimleri açılabilir veya kapatılabilir.

Her AH'nin yanında en az bir ASE çalışır. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı AH'ye/ lere; idari yönden ise TSM'lere bağlı olarak çalışırlar.

ASE, AH'lerince belirlenir ve zorunlu sebepler hariç, sözleşme imzalanmadan en az bir ay önce müdürlüğe bildirilir.

**Sözleşmelerin içeriği, süresi ve dönemi** (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: madde 6):

Sözleşmeli olarak çalıştırılan AH'ler ve ASE'ler ile yapılacak sözleşmeler, Ek 1 ve Ek 2'ye göre düzenlenir. Bu sözleşmeleri Bakanlık adına imzalamaya ve sözleşmeleri sona erdirmeye vali yetkilidir. Vali, sözleşme yapma yetkisini, vali yardımcılarında birine veya il sağlık müdürüne devredebilir. Sözleşmenin süresi ve dönemi en fazla iki malî yıl olup, sözleşmenin imzalandığı ve takip eden malî yılı kapsar. Sözleşmeler iki nüsha halinde düzenlenir. AH veya ASE'nin talebi halinde tek nüsha olarak düzenlenirse, orijinal nüsha

personel dosyasına eklenir (TSH GM, 2009/36129). AH'ler ve ASE'lerle yapılacak sözleşme binde 7.5 oranında damga vergisine tabiidir (TSH GM, 2009/626).

Sözleşmeli olarak çalışan AH'lerin eski çalıştıkları yerlerden aldıkları aylıkları kesileceğinden, bu AH'lerin çalışacakları iş yerlerince göreve başladıkları tarihten itibaren bir ay içerisinde SGK'ya bildirilmesi gerekir (TSH GM, 2007/17106).

ASM'lerin durumunun, AH'ler ile ASE'lerin sahada verdiği hizmetlerin mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluğunun izleme ve değerlendirme çalışmaları TSM'ler tarafından yapılır (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 13-1).

Bu kapsamda AH'lerinin resmi kayıt ve evrak niteliğinde kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan verilerini belirli aralıklarla düzenli olarak toplar ve zamanında müdürlüğe bildirir. Bölgesinde hizmet veren ASM'lerin ve buralarda görev yapan AH'lerinin çalışmalarını yerinde ziyaret ederek veya tuttuğu kayıtlarından izler ve değerlendirir (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 13-2).

***Kazanç getirici başka iş yapma yasağı*** (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: madde 7):

Sözleşmeli olarak çalıştırılan AH'ler ve ASE'ler, bu görevleri dışında, bilimsel faaliyetler ve telif hakları hariç olmak üzere, mesleklerinin icrasından menfaat temin edemezler. Sanatsal ve sportif faaliyetler dışında esnaf veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamazlar. Herhangi bir yerde hizmet akdi ile çalışmazlar. Ticaret ve sanayi müesseselerinde görev alamazlar, ticarî mümessil, ticarî vekil, kolektif şirketlerde ortak veya komandit şirketlerde komandite ortak olamazlar.

Sözleşmeli olarak çalışan AH ve ASE'ler kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personel, talepleri halinde eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken AH ve ASE statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır (AHK, 2004: madde 3/3.f.).

Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Bakanlıkça AH ve ASE olarak görevlendi-



rilenlere verilecek ek ödeme, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun hükümlerine göre yapılmaz. Bunlara yapılacak ek ödeme, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak sözleşmeli AH ve ASE için belirlenen tutarın yarısını aşmamak üzere tespit edilecek miktarlarda ödeme yapılır (AHK, 2004: madde 3/5.f.).

Sözleşme yapılan AH ve ASE'ler, 657 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin AH için (6) katını, ASE için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren on beş gün içerisinde ödenir (AHK, 2004: madde 3/6.f.).

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 (AHK, 2004: madde 3/7.f.).

AH ve ASE'lerin 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 AH tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması 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 (AHK, 2004: madde 3/8.f.).

### **Çalışma saatleri** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 10):

AH ve ASE'ler, görevlerini haftalık çalışma süresi 40 saatten az olmamak kaydıyla çalışırlar, ancak; Bakanlık Aile Sağlığı Merkezlerinin haftada en az 54 saat açık olmasını sağlayacak şekilde esnek mesai uygulanmasını da istemektedir. Bu durumda AH'ler ile beraber çalışan ASE'nin de çalışma saatlerinin AH'ler ile aynı olacağı öngörülmüştür (TSH GM, 2011/27320). AH ve ASE'lerin, pozisyonlarının bulunduğu mahalde ikamet etmeleri esastır (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: madde 9).

Ancak sözleşmeli olarak çalışan AH'ler ve ASE'lerin görevlerini aksatmamak kayıt ve şartıyla görev yaptıkları aile sağlığı merkezinin bulunduğu belediye ve köy hudutları dışında ikamet etmelerine ilgili mülki idare amirleri veya yerel sağlık idare amirlerince izin verilebilir (TSH GM, Genelge, 2008/55).

AH ve ASE'ler tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak AH tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilir. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenebilmesi sağlanır. AH ve ASE'ler deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler. AH'lerin çalışma saatlerine uyumunu ve çalışmalarını TSM'ler izler, değerlendirir (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9).

Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde AH'lere ve ASE'lere nöbet tutturulmaması esastır.

Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde (büyükşehirler, ilçe belediye alanları bir mahal olarak kullanılır) yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde otopsi hizmetleri, mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince, mesai saatleri dışında öncelikle TSM hekimleri olmak üzere AH'leri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dahil edilebileceği icap nöbeti şeklinde sunulur.

1. Büyükşehirler dışındaki hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki toplam hekim sayısı altı veya daha az ise icap, altıdan fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür.
2. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde toplam hekim sayısı altı ve altıdan az ise mesai saatleri dışındaki adli tıbbi hizmetler ve acil sağlık hizmetleri; münavebeli olarak icap nöbeti şeklinde, toplam hekim sayısı altıdan fazla ise münavebeli olarak aktif nöbet şeklinde yürütülür.
3. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde AH sayısı birden fazla ise AH'ler hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini müdürlüğün onayı ile güne yayarak düzenlerler.

**Yetkilendirilmiş AH'ler** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 10;TSH GM, 2011/26024):

Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti verilebilir. Bu kurumlarda Bakanlığın öngördüğü eğitimleri almaları şartı ile, herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine Valilik onayı ile kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, aile hekimliği yetkisi verilir. Kurumlar gerekli fiziki şartları ve teknik donanımı sağlamakla yükümlüdür (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 18,19,20). Yetkilendirilmiş AH'ler Bakanlıkça belirlenen hizmete özel sözleşmeyle göreve başlatılırlar. (Ek 3) Yetkilendirilmiş AH, AH'nin yaptığı iş ve işlemleri yapmakla yükümlüdür.

Yetkilendirilmiş AH, aile hekimliği görevi dışında kalan hususlarda kendi mevzuat hükümlerine tabidir.

Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarına ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerine 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. Yetkilendirilmiş AH'den hizmet alanların AH seçme hakkı saklıdır. 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 AH'yi bilgilendirir. Sevk, reçete ve rapor gerektiren acil hallerde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte AH'ye gönderir. Bu kişilerin AH'lerce takip edilmesi zorunludur.

**Görevlendirme** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1 madde 4):

Pilot ilde boş AH ve ASE pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde, görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça altı ayı geçemez. Görevlendirme yapılan hekimin cari gideri ödenmez. Aynı şekilde görevlendirme yapılmayan, ama nüfusu başka AH'ye vekaleten verilen kişilerin, cari giderleri de AH'ye verilmemektedir.

**Sözleşmeli ASE'ler** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1 madde 3):

Sözleşmeli ASE'ler aşağıdaki usul ve esaslara göre yerleştirilir.

1. Ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kendilerinin talebi ve Bakanlık veya kurumlarının mu-

vafakati ile aşağıdaki öncelik ve şartlar gözetilmek suretiyle sözleşmeli ASE olarak istihdam edilirler.

- a. Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak şartıyla o ilin kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve AH'lerce talep edilen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurları (toplum sağlığı), ASE sözleşmesi imzalayabilirler.
  - b. Kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurlarının (toplum sağlığı) yerleştirilmesi; Pilot ilde ASE pozisyonlarının doldurulmaması halinde Valilik ASE olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan yerleri ve sayıyı belirleyerek Bakanlıktan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun üçüncü 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) AH ile anlaşılanlar anlaştıkları pozisyon için ASE sözleşmesi imzalarlar. (Ek 2)
  - c. Bakanlık kadro ve pozisyonlarında 657 sayılı "Devlet Memurları Kanunu"nun dördüncü maddesi (a) bendi kapsamında çalışan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlardan "A" hizmet grubu illerde görev yapanlar AH ile anlaşmaları durumunda anlaştıkları pozisyonlar için ASE olarak sözleşme imzalarlar. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadro ve pozisyonlarında ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlar ise AH ile anlaşmaları durumunda kurumlarının muvafakati sonrası anlaştıkları pozisyonlar için ASE olarak sözleşme imzalarlar. Bu bende göre istihdam edilen sözleşmeli ASE'lere, yukarıdaki ikinci maddenin ikinci fıkrasının (c) bendinin ikinci paragrafındaki hükümler uygulanır.
2. ASE sözleşme imzaladığı AH'nin 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 AH sözleşme imzalayacak bir ASE bulamaz ise AH'nin talebi üzerine Valilik, sözleşme imzalamak isteyen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru (toplum sağlığı) ile o pozisyon için sözleşme imzalayabilir.

**Kamu görevlisi olmayan ASE istihdamı (TSH GM, 2011/22100):**

Kamu görevlisi olmayan ASE olarak çalışmak üzere başvuran kişilerin aşağıda belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde başvurularının kabul edilerek sözleşme imzalanabilir. Söz konusu pozisyonlara Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve orta öğretim veya yüksek öğretim kurumlarının ebelik, hemşirelik, sağlık memuru, acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar başvurabilir. Ayrıca vekil ebe-hemşire-sağlık memuru olarak çalışan kişiler de başvuru yapabilir.

1. Başvuru için ilde ikamet şartı aranmaz, ülke genelinde başvuru yapılabilir.
2. Başvuru tarihi itibarıyla 3 ay öncesine kadar kamu görevlisi olanlar (657 sayılı kanun 4/A, 4/B, 4924 sayılı kanun, 399 sayılı KHK, 5393 sayılı kanunun 49. Maddesine göre çalışanlar v.b ) başvuramaz.

Başvuru bir dosya ile doğrudan ASE olarak sözleşme yapılacak kişi tarafından İl sağlık müdürlüğüne yapılacak olup posta ve diğer yollarla yapılan başvurular kabul edilmez. Başvuru dosyasında kişiye ait; T.C kimlik numarası bulunan geçerli bir kimlik belgesinin onaylı fotokopisi, Sağlık bakanlığınca tescil edilmiş diplomanın noter onaylı sureti, makamlarca verilmiş adli sicil ve sabıka kaydını gösterir belge, Görevini devamlı yapmasına engel olabilecek akıl hastalığı bulunmadığına ilişkin sağlık raporu, ASE olarak sözleşme imzalamak istediğine ve 3 ay öncesine kadar başvuru tarihi itibarıyla kamu görevlisi olarak çalışmadığına dair imzalı dilekçe ile, dört adet vesikalık fotoğraf yer alır. Kişiye ait bu belgelere ek olarak, ilde görev yapmakta olan sözleşmeli bir AH’ce imzalanmış, kişi ile çalışmak istediğini açıkça beyan eden imzalı dilekçe bulunur.

Başvuru dosyasında eksiklik bulunmadığı tespit edildikten sonra kişi, çalışacağı sözleşmeli AH ile birlikte ASE sözleşmesi imzalar. Başvuruya ilişkin usul ve esaslar, il sağlık müdürlükleri ve Bakanlık internet sayfalarında ilan edilir. Müdürlük internet sayfasındaki ilanda ayrıca; ilan tarihi itibarıyla yanında sözleşmeli ASE bulunmayan AH’lerin isimleri, irtibat telefon numaraları ve adresleri bulunur.

Her başvuru dosyasına müdürlüklerden resmi evrak numarası verilir. Bildirilen sayıda pozisyon sayısından fazla başvuru bulunduğu takdirde evrak giriş numarasına göre işlem yapılır. Başvuru dosyasının eksik olması veya gerçeğe aykırı beyan yapıldığının tespiti halinde başvuru yapılmamış sayılır, sözleşme yapılmışsa feshedilir.

ASE’ler, müdürlüklerin planlamasına göre göreve başladıktan

sonra en kısa süre içinde 30 saatlik uyum eğitimine tabi tutulur. Bu eğitime ilişkin; teorik ve uygulamalı dersler, eğitimciler, eğitim yeri v.b tüm işler Müdürlüklerce ve Müdürlük imkanlarıyla gerçekleştirilir.

**Göreve başlangıç ve ayrılış** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 12):

AH veya ASE olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder.

Sözleşmeli personel statüsünde görev yapmaktayken AH'lik veya ASE sözleşmesi imzalayanlar AH'lik hizmetinden ayrılmalari halinde, genel hükümlere ve Bakanlık mevzuatına göre eski görev yerlerinde bir pozisyona dönerler.

Bakanlık, ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde AH veya ASE 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 TSM'ye 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.

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

AH'ler ve ASE'lerin yurtdışında 2 aya kadar sağlık hizmeti sunmak üzere görevlendirilmeleri mümkün olup daha uzun süre görevlendirmelerine ilişkin bir düzenleme bulunmamaktadır (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği,2010: madde 17-3).

**Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakillerle İlgili Usul ve Esaslar** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1):

Sözleşme ile çalıştırılan AH'ler: Tüm Türkiye Aile Hekimliği sistemine geçtiği için ildeki ilk yerleştirmeden bahsetmeye artık gerek yoktur. İlde herhangi bir nedenle aile hekimliği pozisyonlarının boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda, en geç bir ay

içinde şu sıralamaya göre nakil veya yerleştirme işlemi yapılır (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1 madde 2):

1. Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan AH'ler: Bu grupta bulunan AH'lerde, öncelik kriteri askerlik veya doğum sonrası kamu görevine başlama tarihidir. Kamu görevlisi olmayan hekimler için ise müdürlüğe başvuru tarihidir.
2. İldeki ilk yerleştirme sırasında, ASM'de uzman aile hekimliği kontenjanı var ise, o pozisyonu önce aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları, daha sonra ise kadrosu veya pozisyonu ilde olan aile hekimliği uzmanları,
3. İlde sözleşmeli AH olarak görev yapanlar, AH olma hakkını kazanmakla beraber, idari görevlerinden ayrılmaları uygun görülmeyen il sağlık müdürü, müdür yardımcıları veya şube müdürleri ile ilde AH iken askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkını kullanmayan AH'ler,
4. Varsa yedek liste:

İlk yerleştirme esnasında yedek listeye giren hekimler, müteakip yerleştirmede sıra kendilerine gelmesine rağmen yerleşmezler ise yedek listeden çıkarılırlar.

5. Kadrosu veya pozisyonu ilde olan tabip/uzman tabipler:

Kadrosu başka kurumlarda olan hekim ve yardımcı sağlık personelinin muvafakat işlemlerinde şu noktalara dikkat edilmektedir (TSH GM, 2011/11017):

1. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarından sözleşmeli AH/ASE olmak üzere müracaat eden personel kurumlarınca muvafakat verilmesi halinde yerleştirme işlemine alınmaktadır.
2. Halen sözleşmeli AH/ASE olarak görev yapan ve zımni olarak aile hekimliği uygulamasına geçmesi için muvafakat verilen personelin mevcut durumları sözleşmeli olduğu müddetçe ve sözleşme yenilenirken de korunmaktadır.
3. Sağlık Bakanlığı'nın kadro ve pozisyonlarında görevli aile hekimliği uzmanları dışındaki diğer uzman hekimlere muvafakat verilmemektedir.
4. 4924 sayılı kanuna tabi olarak görev yapan sözleşmeli personelden ASE olarak aile hekimliği uygulamasına geçmek isteyenlerin pozisyonu vize edildiği ilçe sınırları içindeki ASM'lerde çalıştırılmalarına çalışılmaktadır.

5. Bir sertifikaya sahip olması nedeniyle özellikli birimlerde görev yapan (diyaliz sertifikası, yoğun bakım hemşireliği sertifikası v.b ) ve aile hekimliği uygulamasına geçmek isteyen personel için, ilin hizmet ihtiyacı göz önünde bulundurularak muvafakat verilip verilmeyeceğine il sağlık müdürlüklerince karar verilmektedir.
6. Aile hekimliği uygulamasında görev almak için başvuruda bulunanlar arasında hizmetin ifasından kaynaklı veya hekimlik mesleğiyle bağdaşmayan suçlar ile 657 sayılı devlet memurları kanununun 48. maddesinin (A) bendinin beşinci fıkrasına göre adli yönden incelemesi devam eden ve bu nedenle de aile hekimliği uygulamasında görev almasında sakınca bulunan personelin dosyalarının Sağlık Bakanlığı'na gönderilerek muvafakat verilmesi halinde yerleştirmeye alınmaktadır.
7. Yukarıda sayılan maddelere girmeyen tüm personele aile hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için muvafakat verilmektedir.

Yerleştirme yapılırken, Bakanlığın internet sayfası üzerinden en az beş gün süreyle boş pozisyonun ilanı yapılır ve il içinde yer değiştirme talebi olan personelin belirlenen yer, gün ve saatte yerleştirme toplantısında hazır bulunmaları duyurulur. Halen sözleşmeli AH olarak görev yapan personelin boş pozisyonları tercih etmesi halinde bu personelin boşalttığı pozisyonlar ile birlikte tüm yerleştirme işlemleri tek oturumda tamamlanır. Bu işlemler ilanda duyurulan gün ve saatte elektronik ortamda da yapılabilir. Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan AH'leri hariç olmak üzere diğer durumlarda bulunan personel kendi içinde hizmet puanına göre sıralanır ve en yüksek hizmet puanı olan personelden başlamak üzere tercihlerine göre yerleştirme yapılır.

İlde boş pozisyonlar bu sıralamaya göre doldurulamaz ise:

1. ASM'de uzman aile hekimliği kontenjanı var ise o pozisyonu önce aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları daha sonra ise kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olan aile hekimliği uzmanları.
2. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'a tabi olarak pilot ilde sözleşmeli AH olarak görev yapanlar, AH olma hakkını kazanmakla beraber idari görevlerinden ayrılmaları uygun görülmeyen il sağlık müdürü, müdür yardımcıları veya şube müdürleri ile pilot ilde AH iken askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkını kullanmayan AH'ler şeklinde sıralama yapılarak yerleştirme yapılabilir.



Aile hekimliği pozisyonunda göreve başlayan sözleşmeli AH, bu pozisyonda fiilen bir yıl çalışmadan aynı ilde başka bir aile hekimliği pozisyonuna nakil talebinde bulunamaz. Bir yıllık fiilen çalışma süresinin hesaplanmasında, hafta sonu ve resmi tatil günleri fiili çalışmadan sayılır. Ancak yıllık, mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise fiili çalışmadan sayılmaz. Bu kısıtlama, uygulamaya geçilen pilot ilde ilk bir yıllık dönemde uygulanmaz.

**AH'ler ve ASE'lerin atama ve yer değiştirmeleri** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1 madde 5):

A. AH'leri: Naklen atanma talebinde bulunan AH'leri ile yeniden veya ilk defa işe başlamak isteyen uzman tabip ve tabipler aşağıdaki gruplar halinde hizmet puanına göre, hizmet puanı bulunmayanlar ise müracaat tarihine göre sıralanır:

1. Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimliği uzmanı tabipler,
2. AH'ler,
3. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip/diğer uzman tabipler,
4. Diğer tabip ve uzman tabipler.

Boşalan veya yeni açılan aile hekimliği pozisyonuna, birinci alt grubun hizmet puanı en yüksek olan personelden başlamak üzere kabul eden uzman tabip veya tabibin naklen, yeniden veya ilk defa atanması gerçekleştirilir. Açıktan atama yapılabilmesi için bütçe imkânlarının uygun olması, Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü şarttır.

B. ASE'ler: AH'nin tercih ettiği, kendisi kabul eden ve çalıştığı kamu kurum ve kuruluşunca muvafakat verilen ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memuru (toplum sağlığı) ASE olarak yerleştirilir. Bu olmaz ise;

1. Naklen atama talebinde bulunan ASE'lerin,
2. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni veya sağlık memurları (toplum sağlığı), sıralamasına göre birinci grubun hizmet puanı en yüksek personelden başlamak üzere kabul eden ebe, hemşire veya sağlık memurunun (toplum sağlığı), naklen ataması gerçekleştirilir.

Boş aile hekimliği ve aile sağlığı pozisyonlarının duyurulması, müracaat gibi işlemler Bakanlıkça internet üzerinden yapılır.

Boşalan pozisyona müracaatı kabul edilen AH veya ASE on beş gün içinde görevine başlamak zorundadır.

AH veya ASE yukarıda sayılan 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 yukarıda bahsedildiği şekilde sıralamaya girebilir. Sözleşmeli AH'lerin ve ASE'lerin kadroları ile ilişkisi devam ettirilerek her yıl düzenli olarak kadro – derece ilerlemeleri ile intibakları yapılarak kayıtlara işlenir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde bu bölümdeki özel düzenlemeler dışında 8/6/2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasına devam edilir (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: Ek 1 madde 6).

AH'ler ve ASE'lerin il dışı tayin istemleri ve il dışı nakilleri ile başka bir düzenlemesi halen bulunmamaktadır.

***İzinler*** (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: madde 8):

1. Sözleşme ile çalışan AH'ler ve ASE'ler:
  - a. Yıllık izin süreleri otuz gündür. Malî yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan AH ve ASE'lere, malî yıl sonuna kadar çalışacakları sürenin bir yıllık çalışma süresine oranının, yıllık izin süresi ile çarpılması suretiyle bulunacak süre kadar yıllık izin verilir; hesaplamada kesirler tama iblağ edilir. AH'ler ve ASE'ler tarafından kullanılmayan izin süreleri bir sonraki sözleşme dönemine aktarılamaz. Ancak sözleşme dönemi içerisinde bir sonraki yıla aktarılabilir. Sözleşmeli olarak çalıştırılan AH'ler ve ASE'lere mazeretleri sebebiyle yıllık izninin bitiminden sonra beş gün daha izin verilebilir.
  - b. AH'ler ve ASE'lerin isteği üzerine, kendisinin veya çocuğunun evlenmesi, annesinin, babasının, eşinin, çocuğunun veya kardeşinin ölümü hâlinde veya erkek AH ve ASE'ye, eşinin doğum yapması sebebiyle beş gün izin verilir.
  - c. Kadın AH ve ASE'ye doğumdan önce sekiz hafta ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere, toplam onaltı hafta süreyle ücretli izin verilir. Çoğul gebelik hâlinde doğum öncesi sekiz haftalık izin süresine iki hafta eklenir. Ancak beklenen doğum tarihinden sekiz hafta öncesinde sağlık durumunun uygun olduğunu hekim raporuyla belgeleyen AH ve ASE'ye, isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar çalışabilir. Bu durumda

kadın AH ve ASE'nin isteği hâlinde, doğum öncesinde çalışılan süreler doğum sonrası ücretli izin süresine eklenir. Doğumun erken gerçekleşmesi nedeniyle doğum öncesi sekiz haftalık ücretli iznin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası ücretli izne eklenir. Anneye, çocuğunu emzirmesi için doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde bir saat süt izni verilir. Süt izninin kullanımında annenin saat seçimi hakkı vardır. Seçim hakkını yapan AH ve ASE çalışma saatlerini ASM'nin görünür bir yerinde duyurur.

- d. AH ve ASE'ye, görev yapmalarını etkileyecek hastalıkları hâlinde, bir sözleşme dönemi içinde bir malî yılda, tek hekimin uygun görmesiyle en çok on günlük dönemler hâlinde, toplam kırk güne kadar hastalık izni verilebilir. Bir defada on günü aşan hastalık izni için sağlık kurulu raporu gereklidir. İdarenin sağlık raporlarının fenne ve usûle uygunluğunu sorgulama hakkı saklıdır. Doksan günü aşan hastalık raporlarının Bakanlığın belirlediği hakem hastane tarafından onaylanması zorunludur. Bir sözleşme dönemi boyunca rapor süresi yüz seksen günü aşan AH ve ASE'nin sözleşmesi fesh olunmuş sayılır.
- e. Sözleşmeli olarak çalıştırılan AH ve ASE, izinli veya raporlu olduğu süre içinde, 5. maddede belirtilen şartları taşıyan hekim ya da sağlık personeli ile anlaşarak hizmetin görülmesini geçici olarak sağlar. Bu anlaşma, müdürlükçe uygun görülmesi hâlinde uygulanır. Bu mümkün olmadığı takdirde, müdürlükçe geçici AH veya geçici ASE görevlendirilir.
- f. AH ve ASE'lerin Bakanlıkça öngörülen hizmet içi eğitimler için görevlendirilmeleri veya acil hâller ile doğal afet gibi olağanüstü durumlarda valilikçe başka yerde görevlendirilmeleri hâlinde hizmetin devamı için müdürlükçe gerekli tedbirler alınır.
- g. Askerlik nedeni ile sözleşmesini usûlüne uygun olarak sona erdirenler terhis tarihinden itibaren bir ay, doğum nedeni ile sözleşmesini usûlüne uygun olarak sona erdirenler doğum nedeniyle kullandıkları ücretli izin süresinin bitimi tarihinden başlayan bir yıllık süre içinde müracaatları üzerine, ayrılmadan önce çalıştıkları ilde, atama ve nakille ilgili usûl ve esaslar çerçevesinde AH olarak başlatılırlar.
- h. ASE'ler, sözleşme imzaladığı AH'nin görevinden ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda, sözleşme döneminin bi-

timine kadar o pozisyonda görevine devam edebilir ya da sözleşmesini sona erdirebilir. Bu sebeple sözleşmesini sona erdirmek istemesi hâlinde bir yıl süreyle AH ve ASE olamaz hükmü geçerli değildir (A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: madde 15).

- i. İzin vermeye ve hastalık raporlarını izne çevirmeye sağlık müdürlüğü yetkilidir.
2. Aile hekimliği uygulamaları için aile hekimliği sözleşmesi olmaksızın valilikçe görevlendirilen uzman tabip, tabip ve ASE'ler, izin kullanmaları yönünden kendi mevzuatına tâbidirler (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 11-2).

AH'ler ve ASE'lerin 6 aydan daha uzun süreli rapor kullanmalarına ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

***Meslek ilkeleri*** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 9):

AH ve ASE'ler, 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.

Diploma numaraları diploma tescil numarası yerine geçmemekte olup AH'lerin kullanacakları kaşelerde diploma tescil numaralarının bulundurulması zorunludur (TSH GM, 2007/9290).

Aile hekimliği uygulaması kapsamında yer alan söz konusu düzenleme ve tanımlama işlemlerinde birliğin sağlanması için kaşe düzenlemesi ve aile hekimliği birimlerinin buna uygun olarak tanımlanması (örnek: yeni düzenlemeye göre Aile hekimliği biriminin adı: A ili merkez ilçesi 001 Nolu Aile hekimliği birimi kaşesinde yer alan AHB'yi tanımlayıcı kod ise İl kodu. İlçe kodu.AHB kodu -01.01.001- olacak şekilde) ve Valilik Makamından gerekli onay alındıktan sonra Sağlık Bakanlığına bildirilmesi gereklidir (TSH GM, 2009/14725).

**Ek 1****AİLE HEKİMLERİNİN SÖZLEŞME ÖRNEĞİ****T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞMESİ**

1. T.C. Sağlık Bakanlığı adına .....Valiliği ile ..... arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 3 üncü maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda bu sözleşme imzalanmıştır.
2. Sözleşmede geçen;
  - a. İlgili: Sözleşmeyi imzalayan aile hekimini,
  - b. Kanun: 5258 sayılı Kanunu,
  - c. Kurum: Sağlık Bakanlığını,
  - d. Sözleşme: Bu hizmet sözleşmesini,
  - e. Sözleşme Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği,
  - f. Uygulama Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğini, ifade eder.
3. İlgili, Kurumca belirlenen aile hekimliği çalışma bölgelerinden Uygulama Yönetmeliğine uygun olarak tercih ettiği ..... nolu aile hekimliği biriminde, yürürlükteki kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara, hasta haklarına, mesleki ve genel etik kurallarına uygun olarak aile hekimliği görevini ifa etmeyi sözleşme süresince kabul eder.
4. Çalışma saatleri ve izinler konusunda Uygulama Yönetmeliği ile Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
5. İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.
6. İlgiliden her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılır.
7. İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükümleri uygulanır.

8. İlgili tarafından Kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesinde bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemeler için genel hükümler çerçevesinde ilgiliye rücu edilir.
9. İlgili, görevi sırasında edindiği gizlilik taşıyan bilgileri ve kişisel verileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.
10. Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hâllerde Kanun, Uygulama Yönetmeliği ve Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
11. Sözleşmenin süresi 2 mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme ..... tarihinden ..... tarihine kadar geçerlidir.

Bu sözleşme 11 maddeden ibaret olup .../...../..... tarihinde ... (.....) nüsha olarak düzenlenmiştir.

AİLE HEKİMİ

KURUM YETKİLİSİ

Adı Soyadı :

.....

Görev Yeri :

.....VALİSİ

Adresi :

(imza-tarih)

(imza-tarih)

**Ek 2****AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ SÖZLEŞME ÖRNEĞİ****T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI HİZMET SÖZLEŞMESİ**

1. T.C. Sağlık Bakanlığı adına ..... Valiliği ile ..... arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununun 3 üncü maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda bu sözleşme imzalanmıştır.
2. Sözleşmede geçen;
  - a. İlgili: Sözleşmeyi imzalayan aile sağlığı elemanını,
  - b. Kanun: 5258 sayılı Kanunu,
  - c. Kurum: Sağlık Bakanlığını,
  - d. Sözleşme: Bu hizmet sözleşmesini,
  - e. Sözleşme Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği,
  - f. Uygulama Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğini, ifade eder.
3. İlgili, Kurumca belirlenen aile hekimliği çalışma bölgelerinden Uygulama Yönetmeliğine uygun olarak tercih ettiği ..... nolu aile hekimliği biriminde, yürürlükteki kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara, hasta haklarına, mesleki ve genel etik kurallarına uygun olarak aile sağlığı elemanı görevini ifa etmeyi sözleşme süresince kabul eder.
4. Çalışma saatleri ve izinler konusunda Uygulama Yönetmeliği ile Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
5. İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.
6. İlgiliden her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılır.
7. İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükümleri uygulanır.
8. İlgili tarafından Kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen

zararlar neticesinde bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemeler için genel hükümler çerçevesinde ilgiliye rücû edilir.

9. İlgili, görevi sırasında edindiği gizlilik taşıyan bilgileri ve kişisel verileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.
10. Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hâllerde Kanun, Uygulama Yönetmeliği ve Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.
11. Sözleşmenin süresi 2 mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme ..... tarihinden ..... tarihine kadar geçerlidir.

Bu sözleşme 11 maddeden ibaret olup .../...../..... tarihinde ... (.....) nüsha olarak düzenlenmiştir.

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI

Adı Soyadı :

Görev Yeri :

Adresi :

(imza-tarih)

KURUM YETKİLİSİ

.....

.....VALİSİ

(imza-tarih)



**Ek 3****YETKİLENDİRİLMİŞ AİLE HEKİMLİĞİ SÖZLEŞME ÖRNEĞİ****T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
YETKİLENDİRİLMİŞ AİLE HEKİMLİĞİ SÖZLEŞME BELGESİ**

T.C. Sağlık Bakanlığı adına ..... Valiliğince aşağıdaki düzenlemeler çerçevesinde ..... kurumunda/işyerinde çalışan Doktor ..... 'a yetkilendirilmiş aile hekimi belgesi verilmiştir.

Bu belgede geçen "Bakanlık" ifadesi Sağlık Bakanlığını, "Kurum" ifadesi yetkilendirilmiş aile hekimini istihdam eden kurum veya işyerini, "ilgili" ifadesi yetkilendirilmiş aile hekimini, "Yönetmelik" ifadesi 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğini, "Ücret Yönetmeliği" ifadesi 30/12/2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmeliğini "belge" ifadesi yetkilendirilmiş aile hekimi belgesini ifade eder.

1. Ülke düzeyinde birinci basamak sağlık hizmetlerine eşit erişimi sağlamak, kurum çalışanlarının mesai kaybını önlemek ve tüm vatandaşların tek tip kişisel sağlık kayıtlarının tutularak hayat boyu sağlık durumlarının düzenli olarak takibini temin etmek ve hizmette tekrarı önlemek amacı ile Yönetmeliğin 25 inci maddesindeki hükümler doğrultusunda yetkilendirilmiş aile hekimliği sözleşme belgesi düzenlenmiştir.
2. Belge, ilgili tarafından kurum çalışanlarına verilen sağlık hizmetlerinden, aşağıda belirtilen aile hekimliği mevzuatı kapsamındaki sağlık hizmetlerinin, hizmet sunumu yönünden aynı esas ve usullere göre yürütülmesini düzenler. İlgili tarafından bunun dışında verilen sağlık hizmetleri ve kurum ile olan istihdam ilişkisi bu belgenin kapsamı dışındadır.

Kurumda çalışanlar ile kurum ve ilgilinin muvafakatı halinde kurum çalışanları ile aynı hanede yaşayan yakınları, ilgiliye kayıt olabilir. İlgili; kişisel kayıtları tutmak, takip ve muayeneleri yapmak ve gerekli verilerin aktarımını sağlamak üzere Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kullanmak zorundadır.

3. İlgili yetkilendirilmiş aile hekimi olarak görevini Yönetmeliğin; 4, 5, 7, 9, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28 ve 29 uncu maddeleri ve bunlarla ilgili talimatlarına uygun olarak yürütmekle yükümlüdür.
4. Yönetmeliğin;
  - a. 8 inci maddesi gereği ilk kayıt doğrudan yetkili aile hekimince yapılır.
  - b. 10 uncu maddesi gereği çalışma saatleri ilgili ile kurum arasında belirlenir. İlgili kurum dışında icapçı veya aktif nöbet uygulamasına tabi değildir. Ancak yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde kendisine görev verilebilir.
  - c. 11 inci maddesi gereği ilgilinin izinleri kurum ile olan istihdam ilişkisi hükümlerine tabidir. Ancak ilgilinin izinli olduğu dönemlerde yerine kurumca hekim temin edilir.
  - d. 17'nci maddesi gereği ilgili aile hekimlerine yönelik eğitimlere katılmak zorundadır.
5. İlgilinin yetki belgesi, Ücret Yönetmeliğinin 12, 13, 14 üncü maddelerindeki hükümlerin yerine getirilmemesi halinde, varsa gerekçeleri değerlendirilerek iptal edilebilir.
6. Belge, ilgili veya kurumun iki ay önceden bildirimini ile her zaman iptal edilebilir.

Yetkilendirilmiş Aile Hekimi İle İlgili Bilgiler

Vali a.

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Diploma No:

**Ek 4****AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ**

<b>UYGULANACAK İHTARLAR</b>	<b>İHTAR PUANLARI</b>
Çalışma saatleri planına uymamak	3
İzinsiz işe gelmemek (işe gelmediği her gün için)	5
Afiş ve duyuruları usûlüne uygun şekilde asmamak	5
Aile Sağlığı Merkezi içi yönlendirme tabelalarının ve Aile Sağlığı Merkezi dış tabelalarının usûlüne uygun olmaması	5
Görevi esnasında ilaç reklamı içeren malzeme kullanmak	5
Görevleri ile ilgili kayıtları düzenli tutmamak veya müdürlük ya da Bakanlığa bildirmemek	10
Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını devretmemek	10
Aile Sağlığı Merkezinin tıbbi donanım eksikliğini on gün içinde gidermemek (eksik olan her malzeme için)	10
Verilen eğitimler için belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak	10
Miadi geçmiş ilaç bulundurmak	10
Yeşil ve kırmızı reçeteye tâbi ilaçları usûlüne uygun muhafaza altına almamak	10
Mesai saati içinde ilaç firma temsilcilerini aile sağlığı merkezi içinde kabul etmek	10
Bekleme ve tedavi alanlarında aydınlatmanın yetersiz olması	5
Veremli hastaların doğrudan gözetim tedavisini yapmamak veya yapılmasını sağlamamak	5
Evde bakım hizmetlerinden görevi olan kısımları yapmamak	10
Gezici sağlık hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak	10
Mevzuatla verilen diğer görevleri yapmamak	5
Forma giymemek	5
Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	20

Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	50
Aile Sağlığı Merkezinin asgarî fizikî şartlarını 10 gün içinde uygun hâle getirmemek	10
Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uymamak	20
Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri ibraz etmemek, gerçek dışı beyanda bulunmak	20
Mevzuatına göre mal bildiriminde bulunmamak	20
Koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek, gerçek dışı beyanda bulunmak	20
Performansa tâbi aşılardan her birinin aşılama oranlarını mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, % 90'ın altına düşürmek	10
Performansa tâbi gebelik izlem oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, % 90'ın altına düşürmek	20
Koruyucu hekimlik uygulamalarından bebek-çocuk takip oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, % 90'ın altına düşürmek	20
Soğuk zincir kurallarına uymamak	20
İlgili mevzuat hükümlerince hasta haklarına ve hasta mahremiyetine uymamak	20
Mesleki ve etik kurallar bakımından Tıbbi Deontoloji Nizamnamesine uymamak	20
İş arkadaşları veya hizmet alanlara hakarete bulunmak ya da bunları tehdit etmek	20
Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek	50
Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek	50

## Kaynaklar

- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. (2010). Sağlık Bakanlığı, 27 Ocak 2010.
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2010). Resmi Gazete, 27801, 30 Aralık 2010.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.
- Devlet Memurları Kanunu. (1965). T.C. Resmi Gazete, 12056. 23 Temmuz 1965.

- İş Kanunu. (2003). T.C. Resmi Gazete, 25134, 10 Haziran 2003.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2007. Sağlık Bakanlığı, 9290, 7 Mayıs 2007. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). Sağlık Bakanlığı 21535, 7 Temmuz 2008. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2007). Sağlık Bakanlığı, 17106, 16 Temmuz 2007. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). Sağlık Bakanlığı, 2008/55, 19 Ağustos 2008.(Genelge)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). Sağlık Bakanlığı, 626, 8 Ocak 2009. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). Sağlık Bakanlığı, 36129, 11 Aralık 2009. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 11017, 28 Mart 2011. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 22100, 1 Temmuz 2011. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 26024, 10 Ağustos 2011. (Genel yazı)
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 27320, 23 Ağustos 2011. (Genel yazı)

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

## BÖLÜM 3 3.3

*Uzm. Dr. Aylin Baydar ARTANTAŞ*

Aile Hekimliği uygulamasında, bir aile hekimliği biriminin; bir aile hekimi (AH) ve en az bir aile sağlığı elemanı (ASE) olmak üzere asgari iki personelden oluşması planlanmıştır.

AH, aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri, ASE ise AH ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenini tanımlar (Aile Hekimliği Uygulama[A.H.U.], Yönetmeliği 2010: madde 3). Bu kişiler, AH tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakati verilen bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Bakanlık, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir (Aile Hekimliği Kanunu [AHK], 2004: madde 3). Sözleşmeli çalışacak ASE bulunana kadar görevlendirme yoluyla hizmet devam ettirilir.

Kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni de ASE olarak çalışmak üzere başvurabilmektedirler. Başvurularının kabul edilebilmesi için bu kişilerin başvuru tarihi itibarıyla altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmamaları gerekmektedir. Vekil ebe-hemşire-sağlık memuru olarak çalışan kişiler de bu uygulamaya dahildirler. Başvuru için ilde ikamet şartı aranmamakta, ülke genelinden başvuru yapılabilir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [TSHGM], 2011/22100; 2011/22548). ASE'nin maaşı devlet tarafından ödenmektedir.

AH'leri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalori-

fer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 18).

A, B, C ve D grubu ASM'lerde temizlik personelinin hekim başına haftalık 10 saat çalışacak şekilde planlanması gerekmektedir. Buna ek olarak B ve C tipi ASM'lerde her hekim için haftalık 10 saat çalışmak koşuluyla ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni veya tıbbi sekreterden birisinin çalıştırılma zorunluluğu vardır. A grubu ASM'lerde bu sayı ikiye çıkmaktadır. Örnek verilecek olursa 4 AH'nin birlikte çalıştığı herhangi bir ASM'de mutlaka günlük 8 saat çalışmak koşuluyla bir temizlik elemanının çalıştırılması gerekmektedir. Eğer bu ASM, B veya C grubu bir ASM ise ek olarak bir tane sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter), eğer bu ASM, A grubu bir ASM ise ek olarak iki sağlık personeli çalıştırılma zorunluluğu vardır. Çalıştırılan ek personel sigortalı olarak çalışmakta ve ücretleri AH tarafından ödenmektedir.

Sağlık personeli kapsamında ebe, hemşire veya sağlık memurunun eğitim süreçleri ve iş tanımları ile ilgili net bilgilere sahip olmamıza rağmen, "tıbbi sekreterlik" ile ilgili zaman zaman tereddüde düşülen durumlar olabilmektedir. Ülkemizde tıbbi sekreter olarak çalışabilmek için sağlık meslek liselerinin Tıbbi Sekreterlik bölümleri ile üniversitelerin Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinden mezun olmak gerekmektedir. Tıbbi sekreterlik alanında örgün eğitim verildiğinden bu konuda Bakanlık tarafından düzenlenmiş veya uygun görülmüş bir sertifika programı bulunmamaktadır (TSH GM, 2010/45646).

Bir ASM'de, ASM'nin organizasyonu ve iletişim yönetimi ile ilgilenecek hekim dışında bir personelin olması gerekmektedir. Burada tıbbi sekreter iyi bir seçenek olabilir. Finlandiya'daki uygulamada birinci basamak sağlık hizmeti iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreterden oluşan ekipler tarafından verilmektedir (Aile Hekimliği Türkiye Modeli, 2004: 34-35). ASM'de insan kaynakları planlamasını yaparken ihtiyaçlar doğrultusunda hareket edilmelidir. Örneğin bölgesin doğurganlık çağındaki kadın nüfusu bir hekimin ASE'yi veya ilave sağlık personelinin seçerken tercihini ebeden yana kullanması akıllıca olabilir. Aynı şekilde bölgesinde diyabet hastası oranı nispeten yüksek olan bir hekim, diyabetik hastaların ve yakınlarının eğitimi, diyabetik hastaların beslenmesi, insülin uygulama ve eğitimi, diyabetik ayak bakımı, evde kan şekeri takibi gibi konularda tecrübeli bir hemşireyi tercih edebilir.

Aile hekimliğinin temelinde bir ekip işi olduğu düşünüldüğünde, bu ekibin doğru kişilerden oluşmasını sağlamak birincil olarak heki-

min görevidir. AH'nin bu görevini hakkıyla yerine getirebilmesi için her şeyden önce kendisine bağlı olan nüfusu iyi tanınması ve buna göre sağlık hizmetini en iyi nasıl ve kiminle birlikte verebileceğini planlaması gerekmektedir.

### **Kaynaklar**

- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.
- Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. (2004). Ankara: Mavi Ofset.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Sağlık Bakanlığı, 45646, 25 Kasım 2010.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 22100, 1 Temmuz 2011.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 22548, 7 Temmuz 2011.



## AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İŞ TANIMLARI

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanununda ve Aile Hekimliği uygulama yönetmeliğinde Aile Hekimi (AH); *“Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir”*

Aile Hekimliği Kanunu [AHK], 2004: madde 2; Aile Hekimliği Uygulama [AHU] Yönetmeliği, 2010: madde 3-1a) şeklinde tanımlanmıştır. Yine aynı kanunda ve yönetmelikte Aile Sağlığı Elemanı (ASE) şu şekilde yer almaktadır AHK, 2004: madde 2; A.H.U Yönetmeliği, 2010: madde 3c): *“ASE, AH ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni gibi sağlık elemanıdır”*. Adı geçen yönetmelikte ayrıca ‘geçici AH’ ve ‘geçici ASE’ tanımlanmakta ancak görev, yetki ve sorumluluklar açısından AH’lerden veya ASE’lerden bir farkı bulunmamaktadır (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 3f,3g).

Mevzuatta AH ve ASE, dışında başka bir sağlık meslek grubu tanımlanmamıştır. Ancak fiili uygulamada tıbbi sekreter, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, hizmetli gibi bazı meslekler çalışmakta ve çalıştırılmaktadır. Bu konuda 1219 sayılı kanunda geçen meslek gruplarının iş tanımları geçerlidir. Genel kural olarak; sağlık mesleklerini icra edecek kişilerin örgün eğitimle en az orta öğretim kurumlarının ilgili alanlarından mezun olması bir gerekliliktir. Tıbbi sekreterlik alanı da sağlık meslekleri içerisinde değerlendirilen bir alan olup, ülkemizde tıbbi sekreter olarak çalışabilmek

için sağlık meslek liselerinin tıbbi sekreterlik bölümleri ile üniversitelerin tıbbi dökümantasyon ve sekreterlik bölümlerinden mezun olmak gerekmektedir (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [TSH GM], 2010/45646).

**AH'nin görev, yetki ve sorumlulukları** (AHK, 2004: madde 5; A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 4): *"Aile Hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür ve kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar"* denilerek görevleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar.
2. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunan toplum sağlığı merkezine bildirir.
3. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer.
4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.
5. Ağız ve diş sağlığını korumak da AH'lerinin görevleri arasında sayılmış ve Bakanlığın bu konuda uygulama yapabileceği belirtilmiştir (AHK, 2004: madde 7).
6. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir.
7. Periyodik sağlık muayenesi yapar.
8. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar.
9. Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir. Yapacakları ev ziyaretleri sırasında ASM'lerde çalışan personeller için vatandaşın kamu sağlığı hizmeti sunan kişileri tanıyabilmesi ayrıca vatandaşa sağlığı hizmeti sunan kişileri tanıyabilmesi ayrıca vatandaşa resmi geçerli bir belge sunulabilmesini sağlamak amacıyla tek

tip olarak tanıtım kartları il sağlık müdürlükleri tarafından düzenlenir (TSH GM, 2011/5111).

10. ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar. ASM'lerden ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerin işlemlerinin izlenmesi, ikinci basamak sağlık kuruluşlarından geri bildirim sağlanması ve değerlendirilmesinde oluşabilecek aksamaları tespit etmek ve giderilmesini sağlamak da TSM'lere verilmiş bir görevdir (Aile Hekimliği [A.H.] nin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkez [TSM] lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 11-7). Dolayısıyla sevk işlemleri ve geri bildirimlerde TSM'lerle iletişim içinde çalışır.
11. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir.
12. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar.
13. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller.
14. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.
15. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar.
16. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tablolarla kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler.
17. Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır.
18. Aylık olarak yapılan gezici sağlık hizmeti bölgelerinin planlamasını bir önceki ayın son haftası içinde TSM'lere bildirir (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 13-3).
19. Verem kuşkusu olan hastaları ilgili kuruluşlara sevk eder ve bölgesindeki toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu kuruluşlarla işbirliği içinde şüpheli kişinin kayıtlarını tutar ve takip eder. Belirlenen programa uygun olarak hastasını izler, ilaçlarının doğrudan gözetim ile verir ve kontrollerini düzenli olarak yapar (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 15-1).

20. Sıtma şüpheli hastaları ilgili kuruluşa sevk eder. Tedavisinde kullanılan ilaçları TSM'lerden alarak kullanır (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 16).
21. Öğrencilerin okul muayenelerini yapar. Okul sağlığı öğrenci muayene formunu doldurur (TSH GM, 2007/27083).
22. Toplum sağlığı merkezinde yeterli hekim olmadığı durumlarda mesai saatleri dışında öncelikle toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dahil edilebileceği bir havuzla hizmetin devamlılığını sağlayacak şekilde ve Sağlık Müdürlüğü'nün koordinasyonu altında nöbet tutabilir ( A..H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 20).
23. Mesai saatleri dışında toplum sağlığı merkezinde, ASM'lerde veya başka yerde toplum sağlığı merkezi personeli, AH'leri, ASE'ler ve yardımcı sağlık personelinin de dahil olduğu fiili veya icap şeklinde bir nöbet sistemine girebilir (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 21).
24. Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

AH'lerinin çalışmalarını izleme ve değerlendirme görevi TSM'lerin sorumluluğundadır (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 9, 13).

***ASE'lerin iş tanımı (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 5):***

ASE, AH 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. Bu görevlerin yerine getirilmesinde AH ile birlikte çalışır denilerek görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmıştır:

1. Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder,
2. AH'nin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular,
3. Yara bakım hizmetlerini yürütür,
4. Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlar,
5. Poliklinik hizmetlerine yardımcı olur, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlar,

6. Gereken tetkikler için numune alır, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapar veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlar,
7. Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde AH'ye yardımcı olur,
8. Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,
9. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında AH'nin verdiği diğer görevleri yerine getirir,
10. Bakanlıkça, Müdürlük ve TSM'lerce mevzuata uygun ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Yukarıda sıralanan AH ve ASE'nin görevlerinden bazılarında ayrıntıya girilmiş ve yerine getirme şekillerinden bahsedilmiştir. Hangi hizmetlerde kimin ne yapması gerektiği açıklanmıştır. Bu hizmetler şöyle özetlenebilir:

### ***Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri:***

Bu hizmetlerin tanımı yapılarak özellikleri şöyle sıralanmıştır. (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 3ğ,3k, 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 bulunduğu çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşam alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Bakanlıkça onaylanır. Aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra yapılmak istenen değişiklikler ilgili AH'lerin de görüşleri alınarak her yıl Aralık ayının başında müdürlükçe belirlenerek Bakanlığın onayına sunulur.
2. Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların bulunduğu çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları AH'lerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı, ya da AH'lerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan, ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok AH yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hiz-

meti veren AH'leri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, AH'lerinin 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 işlahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır.

3. AH'lerin 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 her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere AH tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.
4. AH gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar, toplum sağlığı merkezine bildirir ve bunu sözleşme döneminin sonuna kadar uygular. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde AH her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. AH; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00'ye kadar programının duyurulmasını sağlar. ASE'nin görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının AH'ince sağlanması kaydıyla ASE tarafından da yapılabilir. ASE'ce yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi AH'nin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz.

### **Bağışıklama hizmetleri** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 7):

Bağışıklama hizmetleri AH tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlıkça yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşilar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından AH'lerine ulaştırılır. AH'leri ASM'de soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok AH'nin görev yaptığı ASM'lerde, AH'lerin müştereken muhafaza ettikleri aşilar için üçer aylık aralıklarla bir AH ve bir

ASE soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. ASM'de yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki AH ile ASE'ye aittir.

**ASM'nin işletilmesi** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 22):

ASM'de birden çok AH hizmet veriyor ise, AH'leri 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, ASM'nin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir.

Sorumlu AH konusunda daha ileri bir tanım ve ibare mevzuatta tariflenmemiştir.

**Tetkik ve tahlil işlemleri** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 23):

Tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri ASM'lerde yapılabilir. AH'lerin 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.

**Sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve AH'nin bilgilendirilmesi** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 24):

1. AH, 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. Bakanlığın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Bakanlıkça oluşturulmak kaydıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi AH'ye elektronik ortamda bildirilir.
3. Gebe ve bebek tespiti ile izlemleri, doğum ve bildirim zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili AH'ye iletmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir.

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

Ayrıca, Danıştay 10. Dairesi'nin kararı doğrultusunda belediyelere ait semt polikliniklerinin, birinci basamak resmi sağlık kuruluşu olarak kabul edilerek, belediyelere ait semt polikliniklerinin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri için kurumdan herhangi bir ücret talep edilmeyip, bu birimlerde görevli hekimler tarafından, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve eki listelerde yer alan usul ve esaslar dahilinde reçete edilmiş ilaç bedelleri SGK tarafından karşılanmaktadır (SGK Başkanlığı, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü [GSS GM], 2009/88).

5. Ölü muayenesi yapılan ve defin ruhsatı verilen kişilerin kayıtları defin ruhsatını veren makam tarafından müdürlüğe bildirilir. İlgili AH en kısa sürede bilgilendirilir. Ölü muayenesi ve defin ruhsatı cenazenin bulunduğu yerdeki belediye tabibi tarafından, belediye tabibi bulunmayan yerlerde toplum sağlığı hekimi, toplum sağlığı hekiminin bulunmadığı yerlerde AH'leri de ölü muayenesi yaparak gecikmeksizin defin ruhsatı verirler.
6. AH, 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 belgeler AH'ince düzenlenir ve bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.
8. AH'lerinin kendi kendilerini muayene etmeleri ve reçete düzenlemeleri yürürlükteki mevzuata aykırı değildir. Ancak uygulamada sıkıntılara ve muhtemel mahzurlara meydan verilmesi bakımından, tek hekimin bulunduğu yerlerde, bu hekimin kendisini muayene ederek reçete düzenleyebilmesi makul olarak karşılanmakta ise de, birden fazla sayıda hekimin bulunduğu yerlerde ise idari ve etik açıdan sorun yaratabileceğinden bunun yapılmaması daha uygundur (TSH GM, 2009/24822).

### ***Evde sağlık hizmetleri:***

Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri konusunda son yıllarda yeni bir düzenlemeye gitmiş ve AH'lerini de belirli koşullarda bu



hizmetleri vermekle yükümlü kurum ve kişiler arasında saymıştır (Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge [Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge], 2010: madde 5-1). Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimlerinin öncelikli olarak sorumlu olduğu bu hizmette toplum sağlığı merkezleri, ASM'ler ve AH'leri, Sağlık Müdürlüğü'nün koordinasyonu altında ortak hizmet verecek şekilde planlanmıştır.

Kişiler çeşitli yollarla hizmet alma başvurusu yapabildiği gibi, AH'leri de hastasının evde sağlık hizmeti almasını talep edebilir (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge 2010: madde 16-1). Hastanelerin evde bakım birimleri tarafından yapılan değerlendirmeler sonucu evde sağlık hizmetlerine uygun durumu bulunursa hizmetin kapsamı, hizmetin hangi seviyede, ne kadar süreyle, ne şekilde ve hangi sıklıkta verilmesi gerektiği ilgili birim tarafından programa alınır ve bu durum hastanın kayıtlı olduğu AH'ye de bildirilir (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: madde 17-1). Ancak; hizmet birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek ise, birim aracılığı ile ve ilgili tüm bilgi ve belgeleri ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli değerlendirmeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için, kayıtlı olduğu ASM veya AH'ine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirim yapar (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: madde 16-3).

ASM veya AH kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek, hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da muvafakatini alarak doldurduğu başvuru formunu (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: ek-2), hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: madde 17-2).

AH hizmetin sağlık kurumu bünyesinde kurulu birim vasıtası ile verilmesini gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu doldurarak koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir ve gerekçeleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiğini karara bağlar. Komisyonun kararı doğrultusunda başvuru gerekçeli kararı ile birlikte ya birim sorumlusu tabibe havale edilir ya da başvuruyu yapan AH'ine gönderilir. Karar hizmetin birim tarafından verilmesi yönünde ise, AH'ye de ayrıca bilgi verilir. Birim veya AH karar doğrul-

tusunda işlem yapmakla yükümlüdür (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: madde 17-4).

Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında itilafa düşülmesi halinde koordinasyon merkezi itilaf konusunu, komisyon marifetiyle karara bağlar. Koordinasyon merkezinin kararı kesindir (Evde Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2010: madde 17-5).

***Tutulacak kayıtlar (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 26):***

AH'lerin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir. 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, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri veriler evrak kayıt kriterlerine göre belirli aralıklarla düzenli olarak basılı veya elektronik ortamda Bakanlığa bildirilir. AH'lerin ve ASE'lerin kendileri ile ilgili kayıtları müdürlükte tutulur.

***Kayıtların tutulma şekli ve muhafazası (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 27):***

AH, kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti AH'nin sorumluluğundadır.

Sağlık kayıtları ve belgeleri gerekli yedekleme ve güvenlik önlemleri alınarak elektronik ortamda tutulur, iş ve işlemler bu ortamda gerçekleştirilir. Bu verilerin güvenliğinin sağlanması ve korunmasının sorumluluğu veriyi tutan AH'ye ve sağlık müdürlüğüne aittir. Aile hekimliği uygulamasına geçen bütün illerde protokol defteri uygulaması, ildeki aile hekimliği uygulaması 6. ayını doldurduğu günden itibaren sadece elektronik ortamda yapılır, sadece elektronik protokol defteri uygulaması yapılır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) haricinde bir program kullanan iller kullandıkları programda yaptıkları protokol defteri kayıtlarını sağlık bakanlığı Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) veri havuzuna gönderirler. Ayrıca ASM'lerde, elektrik kesilmesi halinde en kısa süre içinde otomatik olarak devreye girebilecek ve 24 saat boyunca elektrik kesintisini tolere edebilecek uygun güç ve nitelikte bir jeneratör bulundurulur. Veri kaybını önlemek amacıyla AH'leri elektronik protokol defterine yaptıkları kayıtları günlük olarak ESK veri havuzuna aktarırlar. Reçeteler AHBS ya da ilin kullandığı bilgisayar programı üzerinden elektronik ortamda

oluşturulur, hastalara elektronik ortamda oluşturulan bu reçetelerin çıktısı verilir (TSH GM, 2009/154).

### ***Kayıtların devri:***

Bu konuda hem AH'leri (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 28) hem de TSM'lerin (A.H.'nin Pilot Uygulandığı İllerde TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2010: madde 10) ortak sorumluluğu vardır. Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan AH kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak AH'ine devreder. Devir teslim yapılamadığı durumlarda ayrılacak olan AH bu verileri bölgedeki toplum sağlığı merkezine teslim eder. Ayrılan AH'nin hiç bir şekilde verileri devredemediği hallerde toplum sağlığı merkezi gerekli verileri temin ederek sorumlu olacak AH'ye verir ve devir teslimi yapmayan AH ile ilgili tutanak tutarak müdürlüğe bildirir. TSM'ler de, AH'nin, görevinden ayrılması veya kişinin AH'yi değiştirmesi halinde AH'ce tutulmuş olan kayıt ve belgeleri eksiksiz olarak teslim alır. Bu belgeleri ve bilgileri eksiksiz muhafaza ederek sorumlu olacak yeni AH'ye devreder.

Denetim sırasında talep edilmesi halinde, AH hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır.

Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını AH'inden talep edebilir.

AH'lerin, lisans hakları Bakanlığa ait olan veya Bakanlıkça belirlenip ilan edilen, standartlara haiz bir aile hekimliği bilgi sistemi yazılımı kullanmaları şarttır.

AH'ler, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.

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

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.

### ***Yetkilendirilmiş AH'ler:***

Yetkilendirilmiş AH'yi, AH'nin yaptığı iş ve işlemleri yapmakla yükümlüdür (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 25-1).

## ***Aile hekimliği yetkisi verilmemiş olan kurum ve işyerlerinde çalışan hekimler:***

Bu birimlerde çalışan hekimler, oluşacak acil durumlarda hasta-ya gerekli ilk müdahaleyi yapmak ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek en kısa süre içerisinde AH'yi bilgilendirmekle yükümlüdür. Sevk, reçete ve rapor gerektiren acil hallerde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte AH'ye gönderir. Bu kişilerin AH'lerce takip edilmesi zorunludur (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 25-5).

### **Kaynaklar**

- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. (2010). Sağlık Bakanlığı, 27 Ocak 2010.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. (2010). Sağlık Bakanlığı, 3895, 1 Şubat 2010.
- SGK Başkanlığı, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü. (2009). Sağlık Bakanlığı, 2009/88, 6 Temmuz 2009.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.(2007). Sağlık Bakanlığı, 27083, 14 Eylül 2007.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). Sağlık Bakanlığı, 154, 5 Ocak 2009.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009). Sağlık Bakanlığı, 24822, 21 Ağustos 2009.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Sağlık Bakanlığı, 45646, 25 Kasım 2010.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlık Bakanlığı, 5111, 8 Şubat 2011.

## AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE SAĞLIK EKONOMİSİ

### *Sağlık Ekonomisinin Konusu*

Sağlık hizmetine ulaşanların sayısının artması ve teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetinde kullanılabilirliği sonucu tanı ve tedavi hizmetlerinde devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır. Hastaların tedavisinde kullanılan tüm tanı koydurucu cihazlar, tedavi hizmetlerinde kullanılan tüm yöntemler, teknolojik gelişmelerden beslenir. Bu yöntemlerin ise ekonomik açıdan bir değeri vardır. Hekimlerin ve hemşirelerin, diyetisyen, fizyoterapist vb tüm sağlık personelinin bilgi ve becerilerinin artması için yapılan eğitimlerin ekonomik bir girdisi vardır. Sağlık hizmetlerine olumlu katkı kazandıran tüm bu girdilerin nasıl karşılanacağı ise sağlık ekonomisinin konusudur. **Sağlık ekonomisi elindeki bütçeyi nasıl kullanacağını seçme ve öncelikleri belirleme, kıt kaynaklarla halkın sağlığını koruma ve hastalıkları tedavi etme sanatıdır.**

Sağlık ekonomisti halktan toplanan sağlık primleri ile oluşturulan genel sağlık sigortası (GSS) paraları, özel sigortalar ve cepten ödemelerle oluşturulan kaynaklarla halkın sağlığın korunması, hastalıklarda tanı koyma, tedavi ve takip etme işlemlerinin dengelemesini sağlar.



**Şekil 1.** Kaynaklar ile harcamalar arasındaki denge

## **Sağlık Ekonomisi ve Genel Sağlık Sigortaları**

20 ve 21.yy. da ülkelerin en büyük sorunu sağlık hizmetlerine ayrılacak paranın kaynağının nasıl ve nerden karşılanacağı yönünde olmuştur. İngiltere, İspanya, İskandinav ülkeleri, Yeni Zelanda, Küba, Hong Kong vb ülkelerde sağlık harcamalarını genel vergilerden sağlamaktadır. Bu sisteme **Beveridge** sistemi denir.

Bireylerden toplanan primlerle verilen sağlık sigortası ise Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre, Latin Amerika ülkelerinde, kısmen Türkiye'de uygulanır. Bu sisteme de **Bismarck** sistemi denir.

Amerika Birleşik Devletleri ise günümüzde özel, kamu sigortaları, cepten ödeme, vakıflar vb ile **karma** bir sağlık finansman sistemine sahiptir (Mooney G. 1994: 151-154).

Hiç bir ülkede sağlık hizmetleri bedava verilemez. Halktan toplanan vergilerden, bireylerden düzenli olarak toplanan primlerden, yada cepten olmak üzere ama muhakkak bir bedel karşılığı verilir. Hangi finansman kaynağından faydalanırsa faydalansınlar tüm ülkeler sağlık hizmetlerinin maliyetlerini, hastalara nitelikli sağlık hizmeti vermek ön koşulu ile, azaltmak yolunda uğraş vermektedirler.

## **Sağlık Hizmetlerinde Ekonomi Yapma Ön Koşulu**

Sağlık hizmetlerinde maliyeti azaltmanın ön koşulu güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetleri yapılanmasını halkla beraber ve onları bunun etkinliğine inandırarak kurmaktan geçer. Bu nedenle aile hekimliği uygulaması sağlık ekonomisi biliminin uğraş alanıdır. Asıl istenen bireylerin hastalanmamasını sağlayan koruyucu ve anında müdahale ederek tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetleridir. Ayrıca aile hekimi sevk ettiği hastasını takip ederek onun en kısa zamanda tanı konarak tedavi edilmesini takip ettiği için sağlık ekonomisi bilimine katkı sağlar. Çabuk tanı konan ve tedavi edilen yada kronik hastalıklarda etkin takip ve tedavi edilen tüm hastalar sağlık ekonomisi açısından kazançtır.

Hastaların tanı koydurmak için hastane hastane dolaşması ve her seferinde defalarca tahlil yaptırması sonucu genel sağlık sigortaları fonu ekonomik açıdan zarar görmektedir.

Yapılan çalışmalarda bireylere koruyucu sağlık hizmetinden ne anladığı sorulduğunda buna istisnasız aşılama, aile planlaması vb cevaplar verilmiştir. Halk eğitim değişkeninden bağımsız olarak sağlığını korumanın kendisinin değil devletin hizmeti olduğu savında birleşmiştir (nationalphysiciansurvey, 2002). Oysa, sağlığını korumak, yaşam ve düşünce tarzından kaynaklanan hastalıkları engellemek bireyin sorumluluğundadır. Hastalandıktan sonra sağ-

lık hizmetlerine ulaşım oldukça maliyetli ve uzun bekleme süreleri sonucunda olmaktadır. Eski sağlık durumuna ulaşmak her zaman mümkün olamamaktadır.

### **Ülkeler Gayri Safi Milli Hasılasının Ne Kadarını Sağlık Hizmetlerine Ayırmaktadır?**

Amerika sağlık hizmetlerini vermek için bir yıllık kişi başına düşen gayri safi milli hasılanın (GSMH)<sup>1</sup> %14-16 arasında bir harcama yapmaktadır. Ayrıca nüfusunun 1/7 sinin sağlık sigortası yoktur. İspanya, Hollanda, İtalya, Japonya ve İngiltere'de herkesin genel sağlık sigortası vardır. GSMH'nın % 9-7 ile sağlık hizmetlerini Amerika'ya göre daha nitelikli olarak vermektedirler. Japonya ve İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde özellikle aile hekimliği uygulamalarında koruyucu ve tedavi edici hem nitelikli, hem de sağlık ekonomisi kurallarına uygun nicelikli hizmet vermektedir. ([http://posp.ca/media/39542/about\\_posp.pdf](http://posp.ca/media/39542/about_posp.pdf)).

1941'de İngiltere sosyal güvenlik sisteminin kurulması için rapor hazırlamakla görevlendirilen milletvekili Beveridge'in hazırladığı rapor, halen İngiltere'nin sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerine temel teşkil eder. Bu raporda tüm İngiltere vatandaşlarının sosyal güvenlik kapsamına alınması, ulusal sağlık hizmeti (NHS= National Health Service) ağının oluşturulması ve sadece vergilerle finanse edilmesi parlamentoda kabul edilmiştir. 1980 ve 1990'lı yıllarda İngiltere'de artan sağlık hizmetleri finansmanın baskısı ile sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinde Beveridge ilkeleri ile birlikte özellikle birinci basamakta bireyin sağlık sorumluluğunu kendisinin üstlenmesi ilkesine ağırlık vermeye başlar.

2000'li yıllara gelindiğinde ise, İngiltere'de hükümet sağlığa dönüşüm programı kapsamında, birinci basamakta sağlık hizmeti veren GPC lerin (General Practice Center, bizdeki adı aile sağlığı merkezi ASM) yavaş yavaş işletme haline getirilmesine ön ayak olur. GPC'nin sahibi aile hekimleridir. Hekim birinci basamakta sözleşme ile çalışır. Bazı GPC'ler ise hekim, hemşire, yönetici tarafından ortak sahip olarak işletilmektedir. GPC sahibi hekimler vb sağlık personelleri ihtiyaçları kadar hekimi, hemşire, eleman ve yöneticiyi kendi işletmelerinde sözleşmeli olarak maaşla çalıştırmaktadırlar. Hastadan para alınmaz, belli bir nüfus başına (örneğin 2300-2400 hekim

1 Gayri safi milli hasıla (GSMH) = Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) [Tarım + Sanayi + İnşaat + Ticaret + Ulaştırma, Haberleşme + Mali Kuruluşlar + Konut + Hizmetler Toplamı (Kamu ve Özel) + İthalat Vergisi]] + Yurtdışında bulunan vatandaşların gelirleri - Yurtiçindeki yabancıların gelirleri]

görevlendirilmiştir). NHS tarafından GPC' deki hekim hesabına para gönderilir. Hekim kendisine gelen parayı GPC'nin ortak bir havuzunda toplar. Çalışan hekim dahil tüm personelin maaşı ve cari maliyetler ödendikten sonra GPC sahibi hekim, hemşire, yönetici payını alır. Zarar eden GPC, hastaların mağdur olmaması için el değiştirir. Kendi GPC'lerini son derece etkin işleten ve hastalara verilen hizmet kalitesini düşürmeyen aile hekimleri bu tip yerleri satın alır. Yukarıdaki satırlardan da anlaşılacağı üzere her GPC de en az 5-6 hekim, 5-6 hemşire, 1 yönetici, muhasebe elemanı (istenirse), temizlik elemanları vardır. Küçük ve 1-2 kişilik GPC tercih edilmemeye başlanmıştır (<http://nationalphysiciansurvey>). İngiltere örneğinden bahis edilmesinin sebebi sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık reformları yapan ve ASM yönetiminde bizim ülkemizden daha deneyimli olan İngiltere'nin tecrübelerini aile hekimlerine aktarmaktır.

Almanya'da 19.yy da "Sosyal güvenlik sistemi" ya da "sigorta sistemi" olarak adlandırılan sağlık sisteminin, temellerini atan kişi başbakan Bismarck olduğu için "Bismarck modeli" de denir. Finansmanı, bireyler tarafından zorunlu ödenen sigorta primleri ile sağlanır. Nüfusun % 98'i, (çok yüksek gelirliler, kaçak göçmenler dışındakiler) zorunlu sigorta kapsamındadır, zenginler özel sigorta bünyesindedir. Fakat isterlerse yüksek gelirlilerde zorunlu genel sağlık sigortalı olabilirler. Herkesin geliri ile orantılı olarak yapılan sağlık sigortaları katkıları ile sağlanan sosyal karşılıklar Alman Genel Sağlık Sigortası Fonu'na oldukça önemli finansman kaynağı sağlar. (<http://www.oecd>).

Almanya, Bulgaristan, İtalya, Polonya dahil kıta Avrupa'sında İrlanda ve İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde sorumlu olduğu nüfusa koruyucu ve tedavi edici uygulamalarını sürdüren aile hekimleri çalışmaktadırlar. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerince verilmektedir. Harcamalar ise kamu finansmanından vergilerle veya sağlık sigorta primlerinden bireylerce ödenen genel sağlık sigortaları ile karşılanmaktadır (Yıldırım-Kaptanoğlu, 2011).

Yurt dışında birinci basamakta aile sağlığı merkezlerinde ASM sağlık hizmetlerinin fiyatları, hekim ücretleri aile hekimlerinin yerel sağlık otoriteleri [il sağlık müdürlüğü, toplum sağlığı (TSM) benzeri] ile birlikte kurduğu bölge konseyleri aracılığı ile pazarlık yöntemiyle belirlenir. Bizde ASM'lerden hizmeti satın alan sosyal güvenlik kurumu SGK'dır (Yıldırım-Kaptanoğlu, 2011).

Sağlık hizmetlerinde esen neoliberal politika rüzgarları sağlık harcamalarının kısılmasına yönelik bütçe uygulamaları değildir. Aksine sağlık sigorta hizmetlerinin kapsamının daraltılması, sağlıkta katkı payının artırılması biçimindedir. Amaç halka öncelikle sağlığını korumak için yaptırım uygulamak bunu da ekonomik yöntemler-



le yapmaktır. Eğer birey sağlığını korumak için bilgi alacaksa ASM'ler eğitim amaçlı sosyal mobilizasyon programları yapmak zorundadır. ASM'lerdeki DVDler ve LCD televizyonlar bunun içindir. Ayrıca sigarayı bıraktırma hatları vb hizmetler bu amaca yöneliktir.

Sağlıkta dönüşüm sürecinde dış sağlığı hizmetleri, çocuklar ve doğuştan bazı dış eti ve dış hastalıkları haricindekiler için, kıta Avrupa'sında ve İngiltere ve İrlanda'da bireyin kendi öz bakım sorumluluğundadır. Bu nedenle dış sağlığı hizmetlerinde tedavi ücretlerine hasta katılım payları artırılmıştır. Bu pay dolgu gibi işlemlerde daha düşük, köprü vb tedaviler için daha yüksektir. 17£ ila 204£ arasında değişmektedir. (<http://www.albertapci.ca>)

### ***Reçete Edilen İlaçlar ve Sağlık Ekonomisi İlaç Ekonomisi***

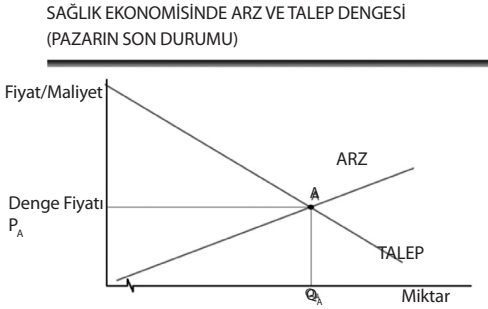
Reçeteye yazılan ilaçlar için her bir ilaç başına İngiltere'de 7.40£ (24TL) alınmaktadır. Almanya'da ise 10 €'dan fazla tutardaki reçetelerde ise hasta katılım payı % 10'dan % 20'ye çıkarılmıştır. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Burada temel amaç karşılaştırmalı sağlık sistemleri anlatmak değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği yolu ile verildiği ülkeler arasında niteliği bozmadan çoğunluğa hizmet vermek için sürekli stratejiler geliştiren İngiltere ve Almanya'nın bu konuda yaptıkları üzerinden aile hekimleri ile sağlık hizmetleri ekonomisi alanında bilgi paylaşmaktır. (Sarma, Sira, Devlin, Rose Anne & Hogg, William. 2010).

### ***Sağlık Hizmetlerinde Türetilmiş Bir Talep Söz Konusudur***

Kamu finansmanlı sağlık hizmetleri ekonomisinde temel amaç sağlık işletmeleri oluşturmaktır. Bu işletmelerin sunduğu hizmeti bireyler adına satın alan genel sağlık sigortasıdır. Ama sağlık hizmeti sadece ihtiyacı olana (müşteriye) verilir. Talep eden müşteriye arz edilmez. Hizmete ihtiyacın belirleyicisi ise aile hekimidir. Genelde, işletmelerde talebi belirleyen müşteridir. Oysa sağlık işletmelerinde talebi belirleyen hekimdir. Aynı şekilde arzı da hekim belirler. Bu yönü ile sağlık işletmeleri diğer işletmelerden ayrılır. BU DURUMA TÜRETİLMİŞ TALEP DENİR.

Sağlık hizmetlerinde arz ve talep ayrıca arz ve talebin doyma noktası fonksiyon eğrilerinde x ve y eksenlerinde gösterilmiştir.

İlk başvuru noktası olan aile hekiminin ihtiyacı düzgün şekilde belirlemesi için aile hekiminin belirtilerden ayırıcı tanıyı hatasız koyacak şekilde çok iyi eğitim alması ve tanı koymaya yardımcı tıbbi cihaz ile donatılmış olması gereklidir. Ayrıca bu tanı koydurucu cihazları çok iyi kullanıyor olması gereklidir. (Schoen, Cathy, Osborn,



Şekil 2. Sağlık hizmetlerinde arz ve talep dengesi

**Eğer hastanenin arzı ve hastanın talebi şeklinde sağlık hizmetleri kamu kaynakları ile verilmeye devam edilirse, hiçbir sağlık sigortası sistemi hiçbir ülkede düzgün olarak işletilemez.** Örneğin beli ağrıyan hasta, üniversite veya eğitim araştırma hastanesinin polikliniğine başvurur orada çeşitli tahliller yaptırır, daha sonra başka hastaneleri gezer ve aile hekimliği merkezine sadece ilaçlarını yazdırmaya uğrarsa, hiç bir ülkenin hiç bir sağlık sigortaları finansmanı bu harcamaları karşılayamaz. Beli ağrıyan her hasta bölgesindeki kayıtlı olduğu aile hekimine gittiğinde aile hekimi hastanın kayıtlarını gözden geçirip sağlık alanındaki geçirilmiş hikayesini okuyacaktır. Zamanla o hastayı tanıyacağı için onun hayatındaki hastalıkları ve hatta çocukluğundan beri olan sağlık sorunlarını bilecektir. Düzgün bir ayırıcı tanı ile o hastaya teşhis koyup tedavisini yapacaktır. Eğer birinci basamak sınırları içinde tanı konamayacak bir hasta ise 2. basamağa sevk edecektir. Daha sonra ikinci basamakla beraber hastanın hastalığını yöneteceklerdir. En kısa ve en uygun zamanda hasta tekrar birinci basamakta takip ve tedavi edilecektir. Eğer 2. basamak söz konusu hastayı 3. basamağa sevk etti ise o zaman aile hekimi 3. basamak ile irtibat kuracaktır. Örneğin; hasta kanser ise bu hastanın kanser tedavisi için aldığı hastane tedavileri bitince gene aile hekimi onu takip edecek, 2. veya 3. basamağa doğru zamanda gitmesi ve düzgün olarak takip olması, tedavisini ihmal etmemesi için üzerine düşen sorumluluğu alacaktır. Aile hekimi bireyin sağlık alanındaki avukatıdır da denebilir.

Burada sağlık ekonomisi açısından sorun şudur. Aile hekimin çalıştığı bölgede ve sorumlu olduğu nüfus içinde eğer çok fazla yaşlı,

kanser veya kronik hasta varsa o aile hekiminin daha pahalı ilaçları sık reçete etmesi gerekecektir. Ya da sağlık göstergeleri zayıf, sağlık alanında daha fazla eğitime ihtiyacı olan bir bölgede daha fazla ilaç vb harcama yapmak gerekebilecektir. Bu takdirde kronik hastası fazla olan veya veya bulunduğu bölge itibari ile daha fazla sağlık hizmeti vermek zorunda olan aile hekimleri için sağlık hizmetlerinde öncelikli bölge (yoksun bölge) tanımı yapılması ve o bölgeye ona göre ilaç ve cari hizmet maliyeti kullanılması gerekebilir.(Starfield B., Shi, Leiyu & Macinko, James. 2005). Yoksun bölge kavramı aile hekimini zor şartlarda ve sağlık eğitimine daha fazla ihtiyaç duyan bireylerin olduğu bölgelerde çalışmaya teşvik edecek bir uygulamadır.

Halen bizde geçiş aşamasında olduğu için ilaçların kullanımını birinci basamaktan takibi vb maliyet yönetimi çalışmaları gelişmemiştir. Ama en kısa zamanda hastaların hizmet maliyetleri takibinin, kayıtlı olduğu ASM aracılığı ile yapılması yöntemine geçilmesi ile sağlık hizmetlerinin maliyeti azalacaktır.

Sağlık ekonomisinin amacı hastaların tedavilerinin maliyetlerini, verilen tedavinin niteliği bozmadan azaltmaktır. Yani israfı azaltmaktır. Ayırıcı tanısı konmuş hastanın tedavi planlarının sırf tedavi planı pahalı olduğu için engellemesi hiç bir zaman sağlık ekonomisi bilimi içinde yer alamaz. Eğer A hastalığı için farklı tedavi yöntemleri varsa, bu tedaviler arasında yaşam kalitesi etkin olan tedavi yöntemleri tercih edilir. Yaşam kalitesi etkin olan tedaviler arasında maliyeti daha ucuz olan tedavi yöntemi ise en arzu edilen tedavi şeklidir.

Sağlık ekonomisi, sağlık personelinin verimli çalışmasını denetler, ayırıcı tanı ve tedavi hizmetlerinde hasta için yapılan masraflarda israfı azaltır. Hiç bir ülkede tedaviye ihtiyacı olan hastayı tedavi etmeyip yerine ne kadar çocuğu aşılayabiliriz şeklinde bir çalışma yapılmamaktadır.

Sağlık ekonomisi yöntemleri ancak birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygulamaları tam anlamı ile oturmuş ülkelerde söz konusudur.

## Kaynaklar

Mooney G. Management Brief, November. (1994). Editorial: What Else Do We Want From Our Health Services? Social Science & Medicine;39(2):151-54. Erişim tarihi 11.12.2011.

National Physician Survey (2004). The College of Family Physicians of Canada. Available at: <http://nationalphysiciansurvey.ca/nps..> Erişim tarihi 11.10.2011.

- National Physician Survey (2007). The College of Family Physicians of Canada. Available at: <http://nationalphysiciansurvey.ca/nps>Erişim tarihi 11.10.2011.
- OECD (2009). Health at a Glance: OECD Indicators. Available at: [http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html)Erişim tarihi 11.10.2011.
- Physician Office System Program (POSP) (2010). POSP Fact Sheet. Available at: [http://posp.ca/media/39542/about\\_posp.pdf](http://posp.ca/media/39542/about_posp.pdf)Physician Resource Planning Committee Erişim tarihi 11.10.2011
- A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health. Primary Care Initiative (2010). About PCNs. Available at: <http://www.albertapci.ca>. Erişim tarihi 1.10.2011.
- Yıldırım-Kaptanoğlu., (2011). Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı. Yüksek Öğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science. Cilt/Volume 1, Sayı/Number 3, Aralık/December 2011; Sayfa/Pages 142-151
- Yıldırım-Kaptanoğlu., (2011). Sağlık Ekonomisi. Ed: Yıldırım-Kaptanoğlu. Sağlık Yönetimi. Beşir Kitabevi. İstanbul.
- Sarma, Sisira, Devlin, Rose Anne & Hogg, William (2010). Physician's Production of Primary Care in Ontario. Health Economics 2010;19:14-30.
- Schoen, Cathy, Osborn, Robin, Doty, Michelle M., Squires, David, Pugh, Jordon & Applebaum, Sandra (2009). A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Cost, And Experiences. Health Affairs 5:w1171-w1183
- Starfield B., Shi, Leiyu & Macinko, James (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly ;83(3):457-502.
- World Health Organization (2008). Primary Health Care: Now More Than Ever. Available at: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)(Erişim tarihi 1.09.2011).

## AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE FİNANSMAN YÖNETİMİ VE MALİYET MUHASEBESİ

Doç. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU, Doç. Dr. Cahit ÖZER

Değişim kaçınılmaz bir süreçtir. Milattan önce 540 yılında yaşamış Doğu Roma İmparatoru Heraklius'un 'değişmeyen tek şey değişimin kendisidir' sözü günümüze kadar gelen ve değişimin önemini vurgulayan tarihe mal olmuş bir sözdür. Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık kurumlarında yaşanan değişim, yıllardır sağlık kurumlarının içinde bulunduğu ortamın değiştirilme çabalarının bir ürünüdür. Bu değişim birinci basamakta aile hekimliği uygulamaları ve aile hekimliği merkezlerinin (ASM) kurulması ikinci, üçüncü basamakta kamu hastane birlikleri yasa tasarısının geliştirilmesi gibi sağlık kurumlarını ve hizmetlerini kökten etkileyen değişikliklerdir.

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış alt sistemlerden oluştuğu kabul edilirse, her bir basamağın bir diğerinin değişiminden etkilenmeyeceğini düşünerek sağlıkta değişimi gerçekleştirmek imkansızdır. Örneğin birinci basamağın alt ve iç yapısı değiştirilirken 2. ve 3. basamağın da birbirine paralel doğrultuda değiştirilmesi gereklidir. Eğer ayaktan ve yataklı tedavi kurumları birbirlerine uyum sağlayacak halde değiştirilemezse, değişim büyük olasılıkla o sağlık örgütlerinin hizmet veren ve alanları tarafından kabul görmeyecektir. Sadece tek başına bir basamakta yapılan sınırlı değişim diğer basamaklar tarafından geçersiz hale getirilecektir. O nedenle tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütleri olan sağlık kurumlarında da değişim ancak tüm örgütün tüm sistemleri ile birlikte ve top yekün yapılabilir. Örgüt içinde yapılacak değişim son derece planlı, yönetsel ve stratejik bir çabayı gerektirir. Aksi halde bir örgüt içinde yapılmak istenen değişim çabaları çok sı-

nırlı bir alana sıkışır ve her toplumda statükoyu korumak arzusunda olan çoğunluklar tarafından etkisiz kılınır.

Ülkemizde, tüm dünyada olduğu gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoğun hızlı ve kaçınılmaz bir değişim yaşanmaktadır. Birinci basamakta aile hekimliği uygulamalarının başlaması ile aile sağlığı merkezleri (ASM) birer işletme haline gelmiştir. Küçük ve Orta Büyüklükte İşletme (KOBİ) tarzı bir işletme modeli olan ASM'lerin finansal olarak yönetimi ve maliyet hesapları şimdilik aile hekiminin görevleri arasındadır. Fakat ileride muhtemelen işletme bilgisine sahip aile hekimleri veya birkaç ASM'yi birden yöneten profesyonel sağlık yöneticileri tarafından sağlık işletmesi yönetimi kurallarına göre yapılacaktır.

Özellikle hekimler tarafından finansman yönetimi çok karmaşık bir konu gibi görülmektedir. Bu işlerin aile hekimine bırakılması bir çok birinci basamak sağlık çalışanını rahatsız etmektedir. Oysa bir ASM'nin finansman yönetimi birinci basamak sağlık hizmetlerinin kontrolü ve denetlenmesi için gereklidir.

### ***Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Kavramı***

Sağlık hizmetlerinin maliyetine konu olan unsurlara ilişkin bir kaç sınıflama vardır. Sağlık hizmetlerinin dolaylı ve dolaysız maliyetlerinin sınıflandırılması yanında, sağlık hizmetinin içeriği temel alınmak suretiyle yapılan sınıflandırmalar söz konusudur. Bu sınıflandırmada ilk olarak bireysel sağlık hizmetleri ele alınmaktadır. Bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik olan bu hizmetler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olabilir. Bu hizmetlerin maliyeti ve bu hizmetleri üretecek personel araç ve gereçlerin maliyeti finansman açısından bu kapsamda ele alınır. Bunun yanında uzmanların eğitimi, eğitimin devamı, sağlık araştırmaları ve geleneksel doktor harcamaları bu başlık altındadır. İkinci olarak, sağlıkla ilgili faaliyetler ve bunların maliyetleri ele alınmaktadır. Bu da kendi içinde temel gereksinimleri karşılayan harcamalar ve sağlık amaçlı çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir. Bu çerçevede bağlantılı olarak ortaya çıkan maliyetler ele alınır ve bu harcamaların finansmanını içerir. Teşhis veya tedavi sürecinde hastaneler üç temel maliyete katlanmaktadır. Bunlar, ilk madde ve malzeme maliyetleri, işçilik maliyetleri ve genel üretim maliyetleri olarak sınıflandırılmaktadır.

Maliyet belli bir amaca ulaşmak amacıyla katlanılan ya da katlanılacak kaynak olarak tanımlanabilir. Her işletmenin kendi faaliyet konusunu oluşturan mal veya hizmetleri elde etmek için harcadığı çeşitli üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değerine o ürünün

maliyeti denilmektedir. Maliyetinden bahsedilenler ise maliyet özneleri olarak adlandırılabilir. Bu bir ürün olabileceği gibi, bir etkinlik, bir eğitim programı, bir marka, bir proje ya da bir hizmet olabilir. Bir maliyetleme sistemi maliyetleri iki aşamada muhasebeleştirir: verilerin (belgelerin) toplanması ve maliyet özneleri olarak sınıflandırılması.

Maliyetle ilgili en önemli sorun maliyet öznesiyle ilişkisinin doğrudan mı dolaylı mı olduğunun belirlenmesidir. Maliyetin doğrudan ya da dolaylı olarak sınıflanmasında pek çok faktör etkili olabilir. Doğrudan maliyetler belirli bir maliyet öznesiyle doğrudan ilişkili olan ve maliyet etkin bir şekilde düzenlenebilecek maliyetlerdir. Başka bir deyişle belli bir ürün ya da hizmet için yapılacak saptanabilen etkinlikler ya da malzeme harcamalarıdır. Örneğin pansuman malzemeleri, dil basacağı vb. sarflara ayrılan kaynak doğrudan maliyet olarak sınıflanır. Dolaylı maliyetler belirli bir maliyet öznesiyle doğrudan ilişkili olan ancak maliyet etkin şekilde ya da kolaylıkla düzenlenemeyen maliyetleri ifade etmektedir.

Ürün ya da hizmet üretimi sırasında, ürün ve hizmet miktarından bağımsız olarak ortaya çıkan maliyetler sabit maliyet olarak adlandırılır. Doğrudan ya da dolaylı olarak sınıflanabilirler. Değişmez maliyetler olarak da adlandırılan sabit maliyetler, sağlık işletmelerindeki belirli bir hizmet üretim aralığında, üretim hacmindeki değişimlere bağlı olmayan maliyetlerdir. Başka bir ifade ile belirli bir zaman diliminde ve belirli bir kapasiteye kadar faaliyet hacmindeki değişimlerden etkilenmeyen maliyetlerdir. Bu tür maliyetler, sağlık işletmelerindeki faaliyetlerin durması halinde dahi oluşan maliyetlerdir. Sağlık işletmelerinde sabit maliyetlere örnek olarak, hastane binası ve teçhizatına ilişkin amortisman maliyetleri, doktor ve diğer sağlık personellerine ait ödenen ücret ve maaşlar, ısınma ve aydınlatma maliyetleri verilebilmektedir.

Değişken maliyetler, sağlık işletmelerindeki belirli bir hizmet üretim aralığında, üretim hacmindeki değişimlere bağlı olan maliyetlerdir. Başka bir ifade ile faaliyet hacmindeki dalgalanmalara paralel olarak değişme gösteren maliyetlerdir. Bu tür maliyetler, hastane işletmelerindeki faaliyetlerin durması halinde kendiliğinden ortadan kalkmaktadır. Sağlık işletmelerinde değişken maliyetlere örnek olarak, hastalara verilen ilaçlar, hasta giysisi giderleri, yemekhane maliyetleri verilmektedir. Bu maliyetlere değişken maliyetler denilmesinin nedeni, hastanelerde yatmakta olan hasta ve refakatçi sayılarına bağlı olarak farklılık göstermeleridir.

Toplam maliyeti etkileyen her hangi bir etken *maliyet sürücüsü* (maliyet belirleyici, maliyet saptayıcı) olarak adlandırılır. Hizmet sek-

törü için maliyet sürücülere sunulan hizmet çeşitleri, hizmet saatleri, hizmet verilen hasta sayıları örnek olarak verilebilir.

Bir hizmetin üretim maliyetinden söz ederken 3 önemli faktör dikkate alınmalıdır. Bir harcamanın o hizmetin maliyetine girebilmesi için; işletmenin faaliyet konusunu oluşturan hizmeti elde etmek amacıyla yapılmış olması, yapılan harcamanın parayla ölçülebilir olması ve üretim faaliyeti kapsamının hizmetin üretilebilmesi için kullanılan tüm faktör harcamalarını kapsamaması gereklidir.

Bu bilgiler doğrultusunda ASM'lerde hizmet üretim maliyetini, sağlık hizmetinin üretilmesinde katlanılan her türlü fedakarlığın parasal değeri olarak tanımlayabiliriz. ASM'lerde gereksinimleri karşılayacak maliyet bilgilerini elde edebilmek için istatistiki ve mali kayıtları en iyi şekilde tutan maliyet muhasebesi sisteminin varlığı gereklidir. Maliyet muhasebesi, hizmetlerin üretimi ile ilgili direkt ve endirekt maliyetlerin çeşitli unsurlarını saptayan, ölçen, analiz eden ve raporlayan bir bilgi sistemidir. Bir başka ifade ile; maliyet türlerinin oluş yerleri ve ilgili oldukları hizmet türleri bakımından saptanmasına ve izlenmesine yarayan hesap ve kayıt düzeni olarak tanımlanabilir. İşletmelerin varlıklarını sürdürdürebilmeleri ve işlevlerini yerine getirebilmeleri için sahip oldukları kaynakları etkili ve verimli bir tarzda kullanmaları gerekmektedir. Maliyet-performans analizleri, mevcut kaynaklarla maksimum nitelik ve nicelikteki hizmetlerin topluma sunumunda yöneticilere planlama ve kontrol bağlamında yardımcı olacaktır. Etkin bir maliyet muhasebesi sistemi kurulurken yöneticilerin ihtiyaç duyduğu bilgiler dikkate alınmalıdır. Maliyet muhasebesi sistemleri kurulurken dikkate alınması gereken bir diğer husus da sistemin oluşturulabilmesi için katlanılan maliyettir. Sağlık yöneticileri fayda-maliyet analizi yaparak kurum için en uygun maliyet muhasebesi sisteminin kurulmasını sağlamalıdır.

ASM'lerin asıl amacı kar elde etmek olmamakla birlikte finansal amaçları, sağlık hizmetini en düşük maliyetle üreterek maliyet minimizasyonunu sağlamak ve böylece faaliyet ve yatırımlarını sürdürdürebilmektir.

### ***ASM'lerde Gider Yeri Birim Maliyetleri ve Maliyet Analizi***

Tüm işletmelerinde olduğu gibi sağlık işletmeleri olan sağlık kurumlarında da üretilen sağlık hizmeti çalışmalarını sonucu pek çok bölüm ve pek çok gider yeri oluşur. İster hizmet ister mamul üretimi olsun maliyet analizi karmaşıktır. Sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi aynı diğer işletmelerdeki işlem akış şemasına göre fakat sağlık kurumlarına özgü bazı değişikliklerle yapılabilir fakat maliyeti



meydana getiren giderlerin, öncelikle gider türü olarak belirlenip kaydedilmesi, sonra gider yerlerine aktarılması hususunda daha dikkatli olunması ve sağlık işletmelerine özgü muhasebe hesapları gerekir.

Tüm işletmeler maliyet muhasebesi yapmak zorundadır. Hizmet işletmelerinde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de maliyet muhasebesi yapmak tek bir ürün üreten işletmeye göre karmaşık ve zordur. Pek çok maliyet sürücü vardır. Maliyeti nelerin oluşturduğunun ortaya konması sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesinin temelini oluşturur.

Ülkemizde Maliye Bakanlığı tarafından 26.12.1992 tarihinde yayımlanan "Muhasebe Sistemi Uygulama Genel Tebliği"; göre maliyet muhasebesi işlemleri yapılmaktadır. 1.1.1997 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Türkiye muhasebe standartları (TMS) ihtiyaçlara güncelleştirilmekte ve yenileri yayımlanmaktadır.

Maliyet muhasebe sisteminde yayımlanan tebliğlerin genel amacı, işletmelerin faaliyetlerinin ve faaliyet sonuçlarının sağlıklı ve güvenilir bir biçimde muhasebeleştirilmesi; ve mali tablolar aracılığı ile ilgililere sunulan bilgilerin tutarlılık ve karşılaştırılabilir olması ve işletmelerde denetimin yapılabilir hale gelmesidir. Tekdüzen Hesap Çerçevesi, Hesap Planı ve İşleyişi adı verilen tek düzen hesap sistemi 01.01.1994 tarihinden itibaren tüm ülke düzeyinde uygulanması zorunludur. ( istisnalar ilgili tebliğde belirtilerek yazılmıştır).

Tekdüzen hesap planında tüm işletmelerde maliyet hesaplarının 7/A ve 7/B seçeneğine ayrılma zorunluluğunun getirilmesi, şüphesiz içinde ticaret, üretim ve hizmet birimlerinin olduğu şirket topluluklarının *Tekdüzen Hesap Çerçevesine* uygun bir genel hesap planında toplanma kolaylığını ve konsolide bilanço ve gelir tablolarının oluşturulması imkanını verecektir. Halen yataklı ve ayaktan sağlık kurumlarının tabii olduğu hesap sistemi tek düzen planıdır.

Bu nedenle tek düzen hesap planının temelini oluşturan genel muhasebe – maliyet muhasebesi ilişkisinin açık ve süratli bir şekilde anlaşılması, sadece muhasebe mesleğini uygulayanlar için değil, sağlık yöneticilerine, ASM yöneticilerine, ASM sini hem mali hem de yönetsel açıdan denetlemek isteyen hekimlere bir referans kaynağıdır.

Sağlık işletmelerinde de aynı diğer üretim işletmelerinde olduğu gibi giderlerinin dağıtımı üç aşamada gerçekleşir. Aşağıdaki tabloda dağıtımın nasıl üç aşamada yapıldığı ve 1. dağıtım, 2. dağıtım, 3. dağıtım adı altında 3 ayrıldığı ve ana hatları ile kabaca hangi giderlerden oluştuğu gösterilmiştir.

Dağıtım Basamakları	Dağıtılacak Gider	Dağıtılacak Yer
1. Dağıtım	Toplam Üretim Giderleri - DİMMG - DİG - GÜG	Gider Yerlerine Esas Üretim Gider Yerlerine
2. Dağıtım	Gider Yerlerinin Giderleri	Esas Üretim Gider Yerlerine
3. Dağıtım	Esas Üretim Gider Yerleri	Mamüllerin Maliyetine Yüklenir

(Kaynak: Mert A., Yıldırım Kaptanoğlu A., Yılmaztürk H. 2012).

**DİMMG: Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri** (Bu kalem ASM çok fazla yeri olan bir gider değildir) Fakat Tıbbi Malzeme Gideri bu gider kapsamında ele alınabilir.

**DİG: Direkt İşçilik Gideri** (ASM de en önemli gider sağlık çalışanının ve yardımcı hizmetlilerin gider kalemleri ASM de üretilen hizmetin maliyeti)

**GÜG: Genel Üretim Giderleri** (ASM de Sağlık hizmetini üretirken oluşan giderler önemli bir gider grubudur, genel yönetim gideri vb)

### **ASM de Birinci Dağıtım (Temel Gider Dağıtımı)**

ASM deki giderlerini bilmeyen bir aile hekimi birinci basamakta kendi cebinden ödeme yapmaya mahkum olacaktır. Ayrıca giderlerin hangi kalemlerden kaynaklandığını bilmek için bu tip hesaplamaları ana hatları ile bilmesi gereklidir.

Giderlerinin ASM' deki tüm gider yerlerine dağıtılabilmesi için birinci dağıtım tablosuna ihtiyaç vardır Ancak o zaman bir ASM yöneticisi ASM'ne ait giderleri (amortisman, kira, enerji ve su, doğal gaz, telefon, dışarıdan sağlanan bakım-onarım vb.) ASM içindeki tüm gider yerlerine dağıtabilecektir.

ASM deki gider yerleri esas hizmet, genel yönetim ve yardımcı hizmet gider yerleri olmak üzere üç grupta ele alınmıştır. Bu gider yerlerine ilişkin örnekler aşağıda sunulmuştur:

### **Esas Üretim (Hizmet) Gider Yerleri**

- Kayıtlı Bireylerin Gebe Ve Loğusa İzleme Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Yeni Doğan-Bebek Ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri,

- Kayıtlı Bireylerin Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Kronik Hastalıklar İle Mücadele,
- Kayıtlı Bireylerin Bağışıklama Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Evde Bakım Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Yaşlı Sağlığı Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Eğitimi,
- Kayıtlı Bireylere Sağlık Eğitimi,
- Kayıtlı Bireylerin Poliklinik Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Erken Tanı ve Tedavi Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Laboratuar Hizmetleri,
- Kayıtlı Bireylerin Hastaların veya Henüz Tanı Konamamış Bireylerin Gerekliğinde Sevki, Eğer olursa Acil Sağlık Hizmetleri ve İlgili ve en Yakın Acil Servise Sevki,

### **Genel Yönetim Gider Yerleri**

- ASM Yöneticisi Hekim ve ASM Yönetimi
- Tıbbi Bilgilerin Otomasyon ve Kağıt Üzerinde Arşivlenmesi Yönetimi
- ASM de Tıbbi Sekreterlik Hizmetleri ve Yönetimi

### **Yardımcı Üretim (Hizmet) Gider Yerleri**

- Arşiv Evrakı Deposu,

### **İlk (Dolaysız) Madde ve Malzeme Giderleri:**

- Tedavi ve ayırıcı tanı hizmeti, takip hizmeti üretmek için harcanan ve ne kadar harcandığı doğrudan hesaplanabilen giderlerdir.
- Tıbbi Sarf Malzeme Giderleri
- Kırtasiye Sarf Malzemeleri
- Acil Dolabı İlaç Giderleri

### **Direkt (Dolaysız) Sağlık Personeli Giderleri:**

Ayırıcı tanı, tedavi, bakım, takip vb sağlık hizmetleri için çalıştırılan ASE, tıbbi sekreter, temizlik elemanı, varsa mutfak elemanı için tahakkuk ettirilen giderler.

### **Genel Üretim Giderleri:**

Dolaysız madde ve malzeme ile dolaysız işçilik dışında kalan her türlü giderlerdir. Kısacası yönetim gideridir.

Elektrik giderleri  
Su giderleri  
Yakacak giderleri



Elektrik, su ve yakacak giderlerinde ASM'in m<sup>2</sup>'sine oranlayarak dağıtım yapılmıştır.

Genel sarf malzemesi giderleri  
Haberleşme giderleri  
Demirbaş amortisman giderleri



Genel sarf malzemesi olarak kullanılan malzeme çeşitleri ve kullanılan miktarlar ASM'deki faturalar ve varsa defter kayıtlarına göre hesaplanmıştır.

### ***Tıbbi Sarf Malzeme Giderleri***

Bu giderleri oluşturan tıbbi malzemeler tek tek belirlenmiştir. Aylık tüketilen tıbbi sarf malzemesi miktarları tespit edilmiştir. Bu malzemelerin maliyetleri hesaplanmıştır.

### ***İlaç Giderleri***

Satın alınan acil ve hayat kurtarıcı ilaçlar. ASM de bulunması gereken acil ilaçlar Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen ve ASM bulunan ilaçlara ilişkin kayıtlar taranmış miktar, maliyet ve hangi birimde oldukları belirlenmiştir.

### **Direkt Madde ve Malzeme Giderleri**

Direkt madde ve malzeme giderleri olarak, tıbbi sarf malzeme giderleri ASM'lerin aylık tıbbi sarf malzemesi gideri ortalama 1327.38 TL. (1327TL) olarak hesaplanmıştır.

### **Direkt Personel Giderleri**

Direkt personel giderinin hesaplanmasında, ASM deki personelin halen ve daha 4 ay daha devam edecek henüz performansla bağlı olmayan maaşları esas alınmıştır. Direkt personel gideri olarak yalnızca ASM'lerdeki hekim ve Aile Sağlığı Elemanlarının (ASE) ücretleri alınmıştır. Tablo 1. de ASM Hizmet Birimindeki Yıllık Direkt Personel Giderleri ve Direkt Cari Maliyetler verilmiştir.

Bu dağıtım tablosu en az üç hekimli, üç ASE, bir tıbbi sekreter, bir temizlik elemanı ve A, B veya C sınıfı ASM için geçerlidir. Diğerleri için aynı şekilde yapılabilir ve maliyetler daha da düşer.

**Tablo.1.** ASM Hizmet birimindeki yıllık direkt personel giderleri ve direkt cari maliyet

Personel	Aylık Maaş (Ortalama) Kamu Tarafından AH ve ASE'ye verilmektedir.	Aylık Personel Gideri (Tıbbi Sekreter ve Temizlik Elemanı için)	Aylık ortalama Cari Maliyet (Genel Sarf Giderleri hekim başına kira ve temizlik dahil)
Aile Hekimi	4500 TL	2450 TL	1850TL
ASE	2200 TL		
Toplam	6700TL.	2450 TL	

**ASM'de Aylık Elektrik, Su, Yakacak ve Haberleşme Giderleri**

ASM'deki elektrik faturalarından; su faturalarından; yakıt giderlerinden; haberleşme giderlerinden aylık olarak hesaplandı. Araştırma yapılan ASM'ler için kış aylarının giderleri. Tablo 2. de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Kışın ortalama elektrik, su, yakacak ve haberleşme giderleri

GİDERLER	MIKTARI
Su	200TL
Doğalgaz	350TL
Telefon	200TL
İnternet	
Elektrik	300TL
TOPLAM	1050 TL

**ASM'de Giderlerin Dağıtımı**

Giderlerin dağıtımını, ASM de maliyet hesaplamak için, ASM de toplanmış veya devam etmekte olan maliyetleri tanımlamaya yönelik genel bir kavramdır ASM'ler için giderlerin dağıtılması, giderlerinin öncelikle ASM'deki tüm gider yerlerine dağıtılmasını (I. Dağıtım), daha sonra yardımcı hizmet gider yerleri (YHGY) ile ilgili gider yerlerine dağıtımını (II. Dağıtım), yardımcı üretim gider yerlerinde (YÜGY) yardımcı üretim gider yerlerine oluşan giderlerin esas üretim gider yerlerine (EÜGY) dağıtılmasını (III. Dağıtım), birim maliyetlerin belirlenmesini (IV. Dağıtım), son olarak da hastalık maliyetlerinin belirlenmesini (V. Dağıtım) kapsamaktadır (Horngren and Foster; 1991:26).

### **Demirbaş Amortisman Giderleri**

ASM'de özellikle sanal olarak adlandırılan yeni kurulan ASM'lerde alımı yapıp halen kullanılmakta olan demirbaşların sayımı ve hesabının tutulması için Demirbaş Esas Eşya Defteri gereklidir. Fakat yeni kurulduğu için halen ASM'lerde bu defterler halen yoktur. Tüm demirbaşlar faturaları üzerinden amortisman hesabına tabi tutulmuştur. Demirbaşların ekonomik ömürleri bakılırken malzeme kaynak yönetim sistemi (MKYS) sistemine göre de demirbaşların ömrü yapılmıştır(<http://www.mevzuat.com.tr/bulten.asp>). Buna göre B, C tipi bir ASM'lerde yıllık demirbaş amortisman gideri ortalaması  $4200 \pm 200$  TL'dir.

### **Aile Sağlığı Merkezinin Gider Yerleri ve Toplam Hizmet Maliyeti**

ASM'nin hizmet merkezinin gider yerleri ve toplam hizmet maliyetini gösteren birinci dağıtım tablo 3. de görülmektedir. Tablo incelendiğinde birinci dağıtım sonucunda toplam maliyetin 71005 TL olduğu ve gider kalemleri arasında % 49.01'lik oranla en fazla giderin aile hekimi ve ASE haricinde bir ASM bulunması zorunlu olan tıbbi sekreter, temizlik elemanı giderlerine ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.** Asm hizmet birimi birinci dağıtım tablosu

<b>Giderler</b>	<b>Tutar (TL)Yıllık Yaklaşık ve Öngörülerek alınmıştır</b>	<b>%</b>
Direkt İlk Madde Ve Malzeme Giderleri olarak ASM lerde Cari Maliyet (Genel Sarf Giderleri hekim başına kira, bilgisayar işletim sistemleri de dahil) Tıbbi Sarf ve amortisman vb.	22.200	31.78
Aile Hekimi ve ASE Hariç Direkt Personel Giderleri(Tıbbi sekreter ve temizlik hizmetlisi)	29.400	42.14
<b>Genel Üretim Giderleri(Yıllık)</b>		
Elektrik	3.600	
Su	2.400	
Doğalgaz	4.200	
Temizlik malzemesi vb gider	1.200	
Haberleşme ve Internet	2.400	
Demirbaş Amortisman	4.200	
<b>Toplam Yıllık Genel Üretim Giderleri</b>	<b>18.000</b>	<b>26.08</b>
<b>Yıllık ASM'nin tüm giderlerinin Toplamı</b>	<b>69.600</b>	<b>100</b>

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi 1. dağıtım tablosunda ASM en önemli ve yüksek oranda tutan gider kalemi tıbbi sekreter ve temizlik hizmetlisidir. Hizmet işletmelerinde en önemli gider kalemi her zaman iş gücüdür. (% 42.14)

Eğer bu işletme tamamen özel olsaydı, hekim ve ASE maliyetini hesaba katmak gerkecekti ve gene giderler içinde en yüksek harcama kalemi bu bölümde olacaktı. ASM'lerde Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri ise *Cari Maliyet (Genel Sarf Giderleri hekim başına kira dahil)* Tıbbi Sarf ve amortisman vb. (% 31.78) iken genel üretim giderlerinin oranı % 26.08 dir. Bu giderler nisbeten tüm sağlık işletmelerinden daha azdır. Bu nedenle sağlık iş gücü maliyetlerini azaltmak nitelikli çalışan bulmak açısından mümkün olmasa da kira ve tıbbi sarf giderlerini azaltma yoluna gitmek daha doğrudur.

ASM'nin gider maliyetini hesaplayabilmek için bu gider merkezi ile fonksiyonel ilişkisi olan diğer gider merkezlerinin maliyetlerinin ilişkilerini bilmek oranında yansıtılması başka ifade ile dağıtılması gerekmektedir. Çalışma yapılan ASM'de gider merkezinin sadece ASM'nin bir ev gibi idare edilmesinden kaynaklanan ev idaresi gider merkezi ile fonksiyonel ilişkisi bulunmaktadır. Bu dağıtım sonucunda ev idaresi gider merkezinden 18000 TL gider yüklenmiş ve ASM gider merkezi toplam maliyetinin 69600 TL olduğu belirlenmiştir.

Aile hekimlerinin hizmet maliyetlerini çok iyi hesaplamaları ve maliyetlerini aşağıya çekerek verilecek hizmetleri sunabilmek için kaynak yaratmaları gereklidir. Maliyet muhasebesi kısa dönemde ASM'yi finansal açıdan yönetebilmek için gereklidir. Uzun dönemde sözleşme yapmak için Sağlık Bakanlığı yetkileri ile Aile hekimleri dernekleri ve sözleşme yapılacak aile hekimi masaya oturduğunda çok gerekli olacaktır. Hatta çok yakın bir gelecekte ASM'ye yeni bir aile hekimi gerekli olduğunda yeni gelecek aile hekimi bu hesapları inceleyecek ona göre ASM çalışmaya veya ortak olmaya gelecektir. Bankalardan ASM büyütme için kredi istendiğinde de mali tablolar önemlidir. Gelecekte, kaynaklarını etkin kullanamayan ASM'lerin yerine daha büyük ASM'ler açılacaktır.

Halen ASM'lerin en az 5 hekimli veya daha çok hekimli olması, aile hekimlerinin genel tababeti tüm kuralları ile uyguladıktan sonra bazı alanlarda daha fazla bilgi ve deneyim birikimine sahip olmaları ile ASM'ye başvuran ve nitelikli hizmet alanların sayısı artacaktır.

Halen aile hekiminin aylık kazancının ve verilen cari maliyet kalemlerinin düşük olduğunu vurgulamak için bu hesaplar her ay

ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Kanıt olmadan kesinlikle sözlü yapılan itirazların çok fazla önemi olamayacaktır. Yönetim hatalarından kaynaklan fazla maliyetler varsa bunlarda ancak bu tablolar aracılığı ile aydınlanır ve hekimler kendilerini ve ASM'yi denetlerler. ASM yönetimi aynı apartman yönetiminde olduğu gibi tek bir kişinin üzerine atılacak ve sadece kendine payına düşen giderlerin verildiği bir süreç değildir. Diğer hekimlerin de yönetici ile işbirliği içinde maliyet konusunda en az ayda bir toplantı yapmaları gereklidir.

Tek hekimin çalıştığı ASM'lerde aile hekimi, birden fazla aile hekiminin çalıştığı ASM'lerde ise aile hekimlerinin aralarından seçtiği *yönetici aile hekimi* merkezi yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

### **ASM'lerde Gider Yeri Birim Maliyetleri**

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanundan gücünü alan 01.01.2011 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğe göre ASM'de çalışan aile hekimine ödenecek ücret uygulaması ana hatları ile şu şekildedir.<sup>1</sup>

1. Kayıtlı kişi başına ödenecek ücret,
2. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti,
3. Aile sağlığı merkezi giderleri,
4. Gezici sağlık hizmeti giderleri,
5. Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri.

Aile hekimleri ve ASE sözleşmeli personel olarak çalıştırılmaktadır. Onlara ödenecek tutarlar ise baktıkları hastaların durumlarına ve özelliklerine göre belli katsayılara göre belirlenir. Bu katsayılar şu şekildedir:<sup>2</sup>

- 1 [www.asm.gov.tr](http://www.asm.gov.tr), Aktaran; Yıldırım Kaptanoğlu, A., Bektaş, G., Peksu, S., "İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Gider Yeri Birim Maliyetleri: Örnek Uygulama", 9. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 26-29 Mayıs 2011, s.1-5.
- 2 Yıldırım Kaptanoğlu, A., Bektaş, G., Peksu, S., "İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Gider Yeri Birim Maliyetleri: Örnek Uygulama", 9. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 26-29 Mayıs 2011, s.1-5.



1. 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,
2. Gebeler için (3) katsayısı,
3. 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,
4. Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
5. Diğer kişiler için (0,79) katsayısı.

Giderlerinin ASM' deki tüm gider yerlerine dağıtılması işlemi maliyet muhasebesinde birinci dağıtım işlemi olarak adlandırılır. Örneğin, ASM binasına ait giderler (amortisman, kira, enerji ve su, doğal gaz, telefon, dışarıdan sağlanan bakım-onarım vb.) ASM için-deki tüm gider yerleri için ortak giderdir.<sup>3</sup>

Ekim 2011 tarihinde yürürlüğe giren *'Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'* ile artık **Aile Hekimliği** Uygulamaları pilot özelliğini kayıp etmiş ve kanunlaşmıştır. Halen yeni kanuna göre Türkiye genelindeki ASM ve ASM maliyetleri ayrıntılı olarak incelendiğinde bir hekimli, iki veya daha fazla hekimli A, B, C, D sınıflandırması standartlarına sahip veya sınıflandırma dışı ASM'ler incelenerek maliyetleri hesaplanmış ve ortalamalar alınmıştır.

## **1. Halen Türkiye genelinde bulunan ASM'lerin Maliyetleri:**

### **1.1. Tek hekimli ASM'nin Kurulum Masrafları ve Cari Maliyetler**

Bir Hekimli ASM'nin kurulum masrafları ve cari maliyetler hesaplanırken demirbaş, sarf, genel gider sabit maliyetler ile değişken maliyetler ve ASM kurulurken bir kereye mahsus ödenen gider maliyetleri ayrı ayrı ele alınmıştır. Doktor odasında bulunan 5 yıllık amortismanlı demirbaşların maliyetleri 5.852,63 TL (Tablo 1), 1 yıllık amortismanlı demirbaşların maliyetleri ise 526,79 TL olarak bulunmuştur (Tablo 2).

---

3 A.g.e.

**Tablo 1:** Tek hekimli asm doktor odası demirbaşı  
(5 yıllık amortismanlı)

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Bilgisayar (Laptop)	1	2.300,00	2.300,00
2	Bilgisayar Yazıcısı	1	150,00	150,00
3	Boy kilo ölçer	1	200,00	200,00
4	Çalışma Koltuğu	1	196,47	196,47
5	Çalışma Masası	1	299,90	299,90
6	Dolap metal	1	150,00	150,00
7	Elbise askısı	1	45,00	45,00
8	Görme eşeli	1	70,20	70,20
9	Hasta Muayene Masası	1	1.000,00	1.000,00
10	İlaç dolabı	1	150,00	150,00
11	Klima	1	700,00	700,00
12	Misafir Sandalyesi	2	50,00	100,00
13	Negatoskop	1	80,00	80,00
14	Otoskop-Oftalmoskop	1	100,00	100,00
15	Otoskop-Oftalmoskop Set	1	130,56	130,56
16	Sehpa	1	88,50	88,50
17	Serum askısı	1	92,00	92,00
5 yıllık Amortisman			TOPLAM	5.852,63
			Yıllık Amortisman	1.170,53 TL
			Aylık Amortisman	97,54 TL

**Tablo 2:** Tek hekimli asm doktor odası demirbaşı  
(yıllık amortismanlı)

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Çöp Kutusu	1	5,00	5,00
2	Derece dijital	1	80,00	80,00
3	Dr.Kaşesi	1	15,00	15,00
4	Duvar Saati	1	5,00	5,00
5	Duvar Termometresi	1	2,00	2,00
6	Eskabo	1	28,08	28,08
7	Paravan	1	94,71	94,71
8	Refleks Çekici	1	20,00	20,00
9	Sıvı Sabunluk	1	7,00	7,00
10	Stetoskop	1	100,00	100,00
11	Tansiyon Aleti	1	170,00	170,00
1 Yıllık Amortisman			TOPLAM	526,79
			Aylık Amortisman	43,90

1 Hekimli ASM bekleme salonunda bulunan 5 yıllık amortismanlı demirbaşların toplam maliyeti 2.530,00 TL olarak (Tablo 3), 1 yıllık amortismanlı demirbaşların maliyetleri ise 127,00 TL olarak bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 3: Tek hekimli ASM bekleme salonu demirbaşları  
(5 yıllık amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Dvd player	1	80,00	80,00
2	İkili bekleme koltuğu	2	150,00	300,00
3	Lcd tv	1	1.000,00	1.000,00
4	Malzeme Dolabı	1	900,00	900,00
5	Sandalye	5	50,00	250,00
5 yıllık Amortisman			TOPLAM	2.530,00
			Yıllık Amortisman	506,00
			Aylık Amortisman	42,17

**Tablo 4: Tek hekimli ASM Bekleme Salonu Demirbaşları  
(1 Yıllık Amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Çöp Kutusu	1	12,00	12,00
2	Mantar pano	1	15,00	15,00
3	Yangın Söndürme tüpü	1	100,00	100,00
4	1 Yıllık Amortisman	1	TOPLAM	127,00
			Aylık Amortisman	10,58

Tek hekimli ASM aşı odasında bulunan 5 yıllık amortismanlı demirbaşların toplam maliyeti 4322,73TL olarak (Tablo 5), 1 yıllık amortismanlı demirbaşların maliyetleri ise 565,00TL olarak bulunmuştur (Tablo 6).

**Tablo 5 : Tek hekimli ASM Aşı Odası Demirbaşları  
(5 Yıllık Amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Bebek muayene sedyesi	1	95,90	95,90
2	Bilgisayar	1	1048,25	1048,25
3	Bilgisayar tarayıcısı	1	186,24	186,24
4	Bilgisayar yazıcısı	1	100,00	100,00
5	Buzdolabı	1	660,80	660,80
6	Çalışma koltuğu	2	150,00	300,00
7	Çalışma masası	1	299,90	299,90
8	Ecza Dolabı	1	379,84	379,84
9	Elbise Askısı	1	45,00	45,00
10	Etejer	1	171,10	171,10
11	Karekot okuyucu	1	250,00	250,00
12	Sehpa	1	88,50	88,50
13	Tartı dijital çocuk	2	210,60	421,20
14	Tekerlekli sandalye	1	190,00	190,00
15	Vantilatör	1	86,00	86,00
5 yıllık Amortisman			TOPLAM	4322,73
			Yıllık Amortisman	864,55
			Aylık Amortisman	72,05

**Tablo 6: Tek hekimli ASM Aşı Odası Demirbaşları(Yıllık Amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Çöp kovası	1	5,00	5,00
2	Aşı nakil kabı	3	80,00	240,00
3	Bilgisayar Programı (Aşı Takip İçin)	1	130,00	130,00
4	Duvar Saati	1	10,00	10,00
5	Kağıt Havlu Askısı	1	10,00	10,00
6	Sıvı sabunluk	1	10,00	10,00
7	Steteskop (Çocuk)	1	20,00	20,00
8	Tansiyon aleti (Çocuk)	1	40,00	40,00
9	Yangın Tüpü	1	100,00	100,00
1 Yıllık Amortisman			TOPLAM	565,00
			Aylık Amortisman	47,08

Tek hekimli ASM acil ve laboratuvar odasında bulunan 5 yıllık amortismanlı demirbaşların toplam maliyeti 6.750,17 TL olarak (Tablo 7), 1 yıllık amortismanlı demirbaşların maliyetleri ise 736,07 TL olarak bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 7: Tek hekimli ASM Acil ve Laboratuvar Odası Demirbaşları (5 Yıllık Amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Acil canlandırma çantası	1	696,60	696,60
2	Aspiratör	1	408,24	408,24
3	Ayaklı lamba	1	50,00	50,00
4	Bebek bakım masası	1	140,00	140,00
5	EKG cihazı	1	2.090,20	2.090,20
6	El dopleri	2	116,64	233,28
7	Eskabo	1	50,00	50,00
8	İlaç dolabı (iki kapılı)	1	379,84	379,84
9	Muayene masası	1	80,00	80,00
10	Nebülizatör	2	100,00	200,00
11	Oksijen Tüpü (Tekerlekli)	1	200,00	200,00
12	Pansuman arabası	1	196,60	196,60
13	Sandalye	2	50,00	100,00
14	Santrifüj cihazı	1	1.275,29	1.275,29
15	Serum askısı	1	95,00	95,00
16	Sterilizatör	1	555,12	555,12

5 yıllık Amortisman

TOPLAM

6.750,17

Yıllık Amortisman

1.350,03

Aylık Amortisman

112,50

**Tablo 8: Tek hekimli ASM Acil ve Laboratuvar Odası Demirbaşları (1 Yıllık Amortismanlı)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Cerrahi set	1	81,65	81,65
2	Paravan	2	94,71	189,42
3	Steteskop	1	20,00	20,00
4	Tansiyon aleti (Duvar)	1	150,00	150,00

5	Tromel	3	40,00	120,00
6	Ambu	1	50,00	50,00
7	Çöp kovası	1	5,00	5,00
8	Çöp kutusu (Tıbbi atık)	1	5,00	5,00
9	Enjektör atık kutusu	1	5,00	5,00
10	Etejer	1	100,00	100,00
11	Sıvı sabunluk	1	10,00	10,00
1 Yıllık Amortisman			TOPLAM	736,07
			Aylık Amortisman	61,34

Tek hekimli ASM doktor odasında bulunan safların 1 aylık toplam maliyeti 189,50 TL olarak bulunmuştur (Tablo 9).

Buraya kadar ASM'deki demirbaşların aylık sabit maliyetleri hesaplandı. Buradan itibaren hasta sayısına göre değişeceği için değişken maliyet olarak kabul edeceğimiz ilaç, sarf vb. tıbbi malzemenin hesabını görelim.

**Tablo 9: 1 Hekimli ASM Doktor Odası Sarfları (1 Aylık)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	A4 kağıdı (Paket)	4	6,00	24,00
2	Abeslank (100 Adet)	4	2,00	8,00
3	Çöp Poşeti (Normal)	20	0,15	3,00
4	Çöp Poşeti (Tıbbi Atık)	20	3,00	60,00
5	Eldiven (100 Adet)	4	9,50	38,00
6	Kağıt Havlu (4'lü Paket)	4	4,00	16,00
7	Kalem	12	1,00	12,00
8	Kalem Pili (Işık kaynağı ve Otoskop için)	4	1,50	6,00
9	Protokol Defteri	1	20,00	20,00
10	Sıvı Sabun 200 mg	1	2,50	2,50

TOPLAM 189,50

Tek hekimli ASM aşı odasında bulunan sarfların 1 aylık toplam maliyeti 186,00 TL olarak bulunmuştur (Tablo 10). 1 Hekimli ASM acil ve laboratuvar odasında bulunan sarfların 1 aylık toplam maliyeti 363,95 TL olarak bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 10: Tek hekimli ASM Aşısı Odası Sarfları (Aylık)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	A4 kağıdı (Paket)	4	6,00	24,00
2	Alkol (Litre)	1	4,25	4,25
3	Aşı enjektörü (100 lü)	3	10,00	30,00
4	Çöp Poşeti (Normal)	5	0,15	0,75
5	Çöp Poşeti (Tıbbi Atık)	5	3,00	15,00
6	Dijital derece	1	15,00	15,00
7	Eldiven (Kutu)	3	7,50	22,50
8	Flaster 5X5	2	2,50	5,00
9	Kağıt Havlu (4'lü Paket)	4	4,00	16,00
10	Kalem	10	1,00	10,00
11	Lanset (Kutu)	1	10,00	10,00
12	Pamuk (Kg)	1	6,00	6,00
13	Protokol Defteri	1	20,00	20,00
14	Sıvı Sabun 200 mg	3	2,50	7,50
<b>TOPLAM</b>				<b>186,00</b>

**Tablo 11: Tek hekimli ASM Acil ve Laboratuvar Odası Sarfları (Aylık)**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Abeslang (Kutu)	1	2,00	2,00
2	Alkol ( Kg)	1	4,25	4,25
3	Anjio-cut (No:18-20-22)	15	2,00	30,00
4	Çöp poşeti (Normal)	20	0,15	3,00
5	Çöp poşeti (Tıbbi Atık)	20	0,50	10,00
6	Eldiven (Kutu)	1	9,50	9,50
7	Endotrakeal tüp (3 boy)	3	6,00	18,00
8	Enjektör 10'luk	200	0,30	60,00
9	Enjektör 2'lik	100	0,20	20,00
10	Enjektör 5'lik	200	0,25	50,00
11	Hematokrit kapiler tüp	100	0,06	6,00
12	İdrar stripi	100	0,20	20,00
13	İpek flaster (5X5)	1	2,50	2,50
14	Kağıt havlu (20'li Paket)	2	12,00	24,00
15	Kalem	3	1,00	3,00
16	Oksijen maskesi (3 boy)	6	10,00	60,00
17	Pamuk (1 Kg)	2	6,00	12,00
18	Protokol defteri	1	20,00	20,00
19	Sargı bezi (10x5)	1	0,40	0,40
20	Sargı bezi (5x5)	1	0,30	0,30

21	Sıvı sabun 200 mg	1	4,00	4,00
22	Steril gaz bezi 7,5X7,5 (Kutu)	1	4,50	4,50
23	Turnike	1	2,50	2,50

TOPLAM 363,95

Tek hekimli ASM acil odasında bulunan ilaç sarflarının toplam maliyeti 171,46 TL olarak bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12:Tek hekimli ASM Acil Odası İlaç Sarfları**

Sıra No	Malzeme Adı	Adet	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	Adrenalin 1 mg 10 amp	1	2,13	2,13
2	Aminocardol 3ml/10 amp	1	4,28	4,28
3	Lidocain %2,5 10 amp	1	32,76	32,76
4	Atropin 1 ml 10 amp	1	3,10	3,10
5	Avil 2 ml 5 amp	1	3,29	3,29
6	Beloc 5 ml/5 mg amp	1	1,13	1,13
7	Buscopan 6 amp	1	5,00	5,00
8	Citanest 1 20 ml Flk	1	4,91	4,91
9	Prednol L 20 mg 1 amp	1	3,45	3,45
10	Prednol L 40 mg 1 amp	1	4,35	4,35
11	Diazem 2 ml 10 amp	1	6,81	6,81
12	Diltizem 25 mg tb	1	2,25	2,25
13	Emedur amp	1	5,00	5,00
14	Jetokain amp	1	8,97	8,97
15	Lasix amp	1	3,75	3,75
16	Novalgine amp	1	5,63	5,63
17	Voltaren 5 amp	1	8,32	8,32
18	Calcium sandoz amp	1	6,09	6,09
19	Sodyumbicarbonat amp	1	6,85	6,85
20	Ulcuran amp	1	5,40	5,40
21	SF100 ml 10 amp	1	5,93	5,93
22	Ventolin İn	1	6,72	6,72
23	Ventolin Nebul	1	9,91	9,91
24	Anestol Pomat	1	1,80	1,80
25	Silverdin Pomat	1	4,32	4,32
26	İsordil 5	1	1,67	1,67
27	Kaptoril 25 mg tab	1	5,90	5,90
28	%5 Dextroz 500 cc (Setsiz)	1	3,39	3,39
29	Izotonic Sodyum Klorür 500 cc (Setsiz)	1	3,34	3,34
30	Ringer laktat 500 cc (Setsiz)	1	3,47	3,47
31	Minoset Tablet	1	1,54	1,54

TOPLAM 171,46



Tek hekimli ASM kurulurken tek sefere mahsus ödenen kurulum masraflarının toplam maliyeti 840,00 TL olarak bulunmuştur (Tablo 13).

**Tablo 13: Tek hekimli ASM’de Tek Seferlik Kurulum Masrafları**

Sıra No	Masraf Kalemi	Tutar
1	BAKIM ONARIM	250,00
2	DOĞALGAZ ABONELİK BEDELİ	180,00
3	ELEKTRİK ABONELİK BEDELİ	180,00
4	SU ABONELİK BEDELİ	80,00
5	TELEFON + İNTERNET BAĞLANTI ÜCRETİ	150,00
	5 yıllık Amortisman	840,00
	Yıllık Amortisman	168,00
	Aylık Amortisman	14,00

Tek hekimli ASM’de 1 aylık genel giderlerin toplam maliyeti 2.625,07 TL olarak bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 14: Tek hekimli ASM’de Aylık Genel Giderler**

Sıra No	Malzeme Adı	Aylık Toplam
1	Doğalgaz	150,00
2	Elektrik	80,00
3	İnternet	58,00
4	Su	40,00
5	Telefon	45,00
6	Temizlik malzemesi	40,00
7	Temizlik personeli	500,00
8	Ulaşım	100,00
9	Yemek gideri	200,00
10	Dr odası giderleri	330,94
11	Bekleme salonu giderleri	52,75
12	Aşı odası giderleri	305,13
13	Acil odası giderleri	709,25
14	Tek seferlik giderler	14,00
	Toplam (aylık)	2.625,07

Tek hekimli ASM’de; ASM binası eski sağlık ocağı olup kira bedeli henüz belirlenmemiştir. ASM’de bulunan malzemelerin bir kısmı İl

Sağlık Müdürlüğüne ait olup satış fiyatları belirlenmediğinden malzemelerin ilk demirbaş alım fiyatları temel alınmıştır.

Sonuç olarak; tek hekimli D sınıfı olan ASM'de devletin vermiş olduğu 1.937,04 TL cari gider yardımı yeterli değildir. ASM'deki cari harcamalar 2.625,07 TL tespit edilmiştir. Bu gider içine Milli Emlak tarafından belirlenecek aylık kira bedeli eklendiğinde ise cari maliyetler artacaktır. Emsal ASM'lere bakıldığında ise aylık kira bedeli olarak büyük illerde 500 ila 1500 arasında, daha küçük illerde ise 150 ila 450 arasında ortalama kira bedeli olduğunu görmekteyiz. Tek hekimli ASM'lerde ortalama en az aylık gider 3.000,00 TL dir denebilir.

## Kaynaklar

- Finkler, S.A., David M. Ward, D. M., Baker, J.J. (2007). Essentials Of Cost Accounting For Health Care Organizations. Jones & Bartlett Learning; 3 edition
- Horngren, C.T., Foster, G., Datar, S. M., An Introduction to Cost Terms and Purposes, In Eds, Horngren, C.T. et al. Cost Accounting. A Managerial Emphasis. Ninth Edition. Prentice Hall International Editions. 25-47
- Mert, A., Yıldırım Kaptanoğlu, A., Yılmaztürk H. (2012). Hastanelerde Maliyet Yönetimi. İletişim(ce) yayınları. 2012.
- Young, D. W., (2008). Management Accounting in Health Care Organizations. Jossey-Bass; 2 edition

# SAĞLIK HİZMETİ PLANLAMASI VE PAZARLAMASI

Doç. Dr. Cahit ÖZER

## 1. Hizmet Kavramı

Hizmeti tanımlamak kolay olmadığından hangi işletmelerin üretim veya hizmet işletmesi olduğunu anlamak da zordur. Bunun yanında artık üretim işletmeleri de misyonlarında hizmet vermekten bahsetmektedir. Hizmetin tanımıyla birlikte özelliklerini gözden geçirmek bize yol gösterecektir. Hizmetin tanımı günümüze kadar pek çok yazar tarafından yapılmıştır. "Hizmet bir tarafın diğerine sunduğu, temel olarak dokunulmayan ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan bir faaliyet ya da faydadır. Üretilmesi ise fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir" şeklinde tanımlanabilir (Kotler P, 2009)

Her geçen gün yeni hizmet alanları ortaya çıkmakta ve gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün ekonomi içindeki payı giderek artmaktadır. Bilgi toplumuna geçişle birlikte, gelişmiş ülkeler mal üretimini sanayi ülkelerine devretmekte ve bilgi üretip satmaktadır. Artık endüstri sonrası toplumdaki söz edilmektedir ve bu toplumun yaşam standardı sağlık, eğitim, dinlenme ve eğlenme gibi hizmetlerden yararlanma oranına göre belirlenmektedir (Öztürk, S.A.. 2003).

## 2. Sağlık Hizmeti ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve sağlık kavramları kişi ve toplumların kültür ve eğitim seviyesine göre farklılık gösterebilir. Sağlık, insanların içinde yaşadıkları doğal ortam (iklim, toprak, su vb.), ve sosyal faktörler, doğuştan sahip oldukları kalıtım, yaşam tarzı ve tutum-davranış özellikleri ve toplumda sunulan sağlık hizmetleri tarafından farklı oranlarda da olsa etkilenir (Öztek, Z.,2006). Dünya

Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik” halidir.

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Öztek, Z.,2006).

## 2.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Dünyada ve ülkemizde ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay her geçen gün artmakta, dolayısıyla da sağlık hizmetleri daha önem kazanmakta ve sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Tüm sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, ister özel ister kamusal olsun, ister binlerce ister de tek kişiden oluşsun birer işletmedir. Bu nedenle de hizmet işletmelerinin sahip olması gereken tüm özellikleri taşırlar (Tengilimoğlu D, 2011-2).

Hizmetler soyut olmaları sebebiyle, hizmet pazarlamasında birçok sorunla karşılaşılır. Hizmetler depolanamaz, patentle korunamaz, sergilenemez, reklamları resimlendirilemez, örnekler verilemez; alıcılar, alımdan önce, hizmetin niteliğini ve değerini ölçemezler. Aile Hekimi sunduğu hizmetin içeriği, yani kişinin sağlığı hakkında yeterince bilgi vererek bilgiden gelen gücünü paylaşırsa, hizmet alanlar sunulan hizmetin kalitesini daha iyi değerlendirebilir. Bu da memnuniyeti etkileyebilir (Tengilimoğlu, D., 2011-1). Hizmetler homojen değildir. Kişilerin sundukları hizmet performansları da kişilere, zamana ve yere göre değişiklik gösterebilir. Bu hizmetlerin çoğunluğunun emek-yoğun oluşu sebebiyle, hizmetleri standartlaştırmak güçtür. Hizmetlerin temel üretim şekli, insan davranışlarıyla gerçekleşir. Bu yüzden, aynı kişinin üretip sunduğu hizmetler bile, birbirinden farklı olabilir. Muayene olmak üzere gelen her hasta, aynı yakınmaları da olsa farklı biyolojik, sosyal, psikolojik ve varoluşsal özellikler taşıdığından aile hekiminin sunacağı hizmet aynı olamaz.

Yasal düzenlemeler ve etik sebepler sağlık hizmetleri pazarını diğer mal ve hizmet pazarlarından ayırır. Üretici ile tüketici arasında yakınlık ve yüz yüze ilişki, hizmet pazarlamasında, önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok hizmetin pazarlamasında, alıcı ile satıcı arasında, sıkı ilişki kurulur. Aile hekimleri hastalarla zaman içinde yakın bir ilişki kurarlar.

Hizmetler stoklanamadığı için, birçok hizmet işletmesi, talep ve arzı dengelemek konusunda, büyük problemlerle karşılaşılır. Hizmetler, performansın ön planda olduğu bir sektördür ve bu sektörde, talep dalgalanmaları oldukça sık karşılaşılan bir durumdur (Yükselen C., 2003). Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kaç kişinin başvuracağını, ne tür yakınmaları olacağını, ne tür hizmetler sunmak gerekeceğini ön görmek her zaman çok kolay olmaz.

Sağlık hizmetleri yatırım ve sunumu maliyetli bir sektördür. Teknolojik ve bilimsel gelişmeler, uzmanlaşma ve makine-teçhizat yatırımını, sarf ve ilaç giderlerini artırmaktadır. Bunların akılcı yönetimi ise hekime düşmektedir. Oysa bireyler diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi en yeniyi, en iyi talep etmektedirler (Tengilimoğlu, D., 2011-1).

## **2.2 Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık kurumları, ürettikleri temel sağlık hizmetleri ölçüt alınarak sınıflandırılabilir. Kişileri ve toplumu hastalık oluşumundan korumak amacıyla verilen hizmetlerdir. Çevreye yönelik ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki başlıkta incelenebilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; çevrede insan sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek kişileri etkilemesini önleme çabaları ve çevreyi olumlu hale getirme çalışmalarını kapsar. Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, hava kirliliği, gürültü ve radyasyon ile savaş, temiz su sağlanması bu hizmet grubuna girmektedir (Kavuncubası, Ş, 2010).

İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; bireyleri hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmak, hastalanmaları halinde ise erken teşhis ve tedavi ile iyileşmelerini sağlayan aşılama, ilaçla koruma, erken tanı ve tedavi, sağlık eğitimi beslenmenin iyileştirilmesi gibi hizmetleri kapsamaktadır.

## **2.3 Tedavi Hizmetleri**

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için verilen sağlık hizmetidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci, üçüncü basamak tedavi edici hizmetleri olarak üçe ayrıldığı kabul edilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ayakta sağlık hizmetlerinin verildiği Aile Sağlığı Merkezleri, resmi ve özel hastanelerin poliklinikleri ve özel muayenehaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsar. İkinci basamak Sağlık Hizmetleri ise devlet hastaneleri ile özel hastaneler gibi sağlık kuruluşlarında verilen yataklı hizmetlerdir. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri ise üniversite hastaneleri ve

eğitim araştırma hastaneleri, üst ihtisas hastaneleri gibi sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir.

## **2.4 Rehabilitasyon Hizmetleri**

Hastalık ve kazaların sonucunda kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilememesi için ya da bu etkinin en aza indirgenmesi için, kişinin kendi kendine yaşamını sürdürebilmesi için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Tıbbi ve sosyal esenlendirme (rehabilitasyon) olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi esenlendirme hastalık veya kaza sonrasında işlevi güçsüzleşen organın fizik tedavi ile güçlendirilmesi ya da işlevini kaybeden organın yerine ortez – protez takılarak kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetleri kapsar. Sosyal esenlendirme ise fiziki ya da psikolojik olarak özürlü kimselerin ailesine ve topluma yük olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yapılarına uygun iş bulmaları veya bakımlarını sağlamak için verilen hizmetleri kapsamaktadır.

## **2.5 Sağlığın Geliştirilmesi**

Sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi sağlamaya çalışmak olarak tanımlanabilir. Sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.

## **2.6 Temel Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmeti anlayışı 1978 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı sonrası yeniden şekillenmiş ve Temel Sağlık Hizmetleri kavramı ortaya atılmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri “Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımıyla, ülke ve toplumca karşılanabilecek bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ulusal sağlık sisteminin, insanların çalıştığı ve yaşadığı yerin mümkün olduğunca yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur” şeklinde tanımlanmıştır (Öztek, Z.,2006). Bu tanım koruyucu hizmetlerle, ayaktan ya da evde verilen tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. İlk başvuru basamağında sunulan temel sağlık hizmetlerinin ülkemizde verildiği başlıca kuruluşlar ASM’lerdir.

### 3. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında ASM'lerde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması*

Sağlık hizmeti planlaması aslında bir üretim yönetimi yaklaşımı olarak algılanabilir. Üretim kaynakların hammadde ve malzemelerin insan gereksinimlerine daha uygun mal ve hizmet biçimine dönüştürülmesi sürecidir. Sağlık hizmeti için bu tanıımı elimizde bulunan malzeme, makine-teçhizat ve insan gücünü sunulacak hizmeti zamanında, istenilen nitelikte ve en düşük maliyetle üretmeyi sağlamak şeklinde geliştirebiliriz. Sağlık hizmetleri, sunulan hizmetin karmaşıklığı, doğrudan insan hayatını etkilemesi, tüketicilerin talep, satın alma kararı gibi bazı konularda diğer hizmet tüketicilerinden farklılık göstermesi nedeniyle planlaması da öznelikli bir sektördür. Planlamasında pek çok sektörler de sıkı işbirliğine ihtiyaç duyulan yönetsel etkinlikler zorunludur. Sağlık hizmetleri özellikle de aile hekimliği pratiği kişiye özel olarak sunulan hizmetlerdir. Her birey için ayrı planlanır ve sunulur.

#### 3.1 *Durum Analizi*

Durum analiziyle Aile hekimi iç çevre, hizmet sunduğu çevre ve dış çevre olmak üzere üç çevreye göre merkezinin ya da sadece kendi pratiğinin şimdiki ve gelecekteki durumlarının tam bir resmini çizer. ASM'nin fiziki, beşeri ve mali kaynaklarını ortaya koymaya çalışır. Maliyetleri ve gelir ve giderleri analiz eder, mali raporlar hazırlar ve yorumlar.

##### 3.1.1 *İç çevre analizi*

ASM ya da aile hekimi olarak kontrol altında tutabildiğimiz her şey iç çevre olarak adlandırılır. Amaçlar, stratejimiz, insan kaynakları ve finans kaynakları, sunulan hizmetler gözden geçirilmelidir.

##### 3.1.2 *Hizmet çevresi*

Sağlık işletmelerinde hizmet çevresi hastalar, yakınları, koruyucu ve önleyici hizmet sunulması gereken toplum, ödeme kurumları (SGK, vb); ve çalışanlardır. Sağlık hizmeti planlarken mevcut ve gelecekteki hastalarımızı yani hedef nüfusu, öncelikli ihtiyaçlarını, mevcut hizmetlerimizin temel özelliklerini ve hasta ihtiyaçlarında beklenen değişiklikleri ortaya koyacak çalışmaları yapmamız gerekir. ASM'ler açısından göz önüne alınması gereken önemli paydaşlar ve kamuoyu grupları olarak şunlar sayılabilir:

- Resmi kurumlar (Sağlık Bakanlığı, SGK)
- Meslek Örgütleri (Uzmanlık dernekleri ve odalar)

- Sendikalar
- Hasta hakları dernekleri
- Medya
- Yerel örgüt ve gruplar
- Bağışçılar
- Çalışanlar

### **3.1.3 Dış çevre analizi**

Rekabet içinde başarılı olmanın temel kuralı pazarda rakiplerden farklı bir konuma, daha üstün bir imaja sahip olmaktır. Aile hekimi kendi üstün niteliklerini ve sunduğun hizmetin farklılıklarını vurgulayan pazarlama stratejileri uygulamalıdır.

## **3.2 SWOT Analizi**

Sağlık hizmeti planlaması sürecinin ikinci aşaması SWOT analizidir. Sunduğumuz hizmetin güçlü-zayıf yönlerini ve fırsat-tehditleri belirleyerek stratejik konumunu ortaya çıkarmak gerekir. Bu sayede güçlü yönlerimizi geliştirmek ve çevrenin sağladığı fırsatlardan yararlanmak mümkün olurken, tehditler bertaraf edilebilir ve zayıf yönlerde iyileşme sağlanabilir.

## **3.3 Misyon, Vizyon, Amaç ve Hedef Belirleme**

Aile hekimi planlarını hazırlarken öncelikle misyonunu ve vizyonunu belirlemelidir. Amaç ve hedefler bu misyon ve vizyona göre belirlenir. Bunları yaparken durum ve SWOT analizleri sonucunda elde ettiği verileri kullanır. İç ve dış çevre analizi ve hizmet çevresinden elde edilen veriler, alınan geribildirimler yani hedef kitlenin gereksinim ve talepleri, sağlık bakanlığının düzenlemeleri, meslek örgütünün yol göstericiliği, meslek odasının kuralları, hasta hakları ASM ve hekimin bireysel uygulamalarının amaçlarını ve hedeflerini belirlemede etkilidir.

## **4. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması ve Sosyal Pazarlama**

Pazarlama işletmelerin müşterileri için değer yarattığı ve değerlerini anlamak üzere müşterileriyle güçlü ilişkiler kurduğu süreç olarak tanımlanabilir (Kotler P, 2008).

Sağlık hizmetlerinin pazarlanması yeni gündeme gelmiş olmasına karşın hekimler kadar sağlık işletmeleri de, hizmetlerin pazarlanması gereğinin farkına tam olarak varamamıştır. Sağlık hizmeti sunanlar ve bu hizmeti alanlar, bu hizmeti temel insan hakları çerçes-



vesinde görerek pazarlama kavramıyla birlikte düşünemeyebilirler. Bununla birlikte çağdaş pazarlama anlayışı açısından bakıldığında kar amacı güdülmese de pazarlama veya sosyal pazarlama alanına girebilecek faaliyetlerin tüm hizmet işletmelerinde olduğu veya olması gerektiği görülecektir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımına karşı yürütülen çalışmalar, obezite ile savaş kampanyaları amacı kar yada satış olmayan pazarlama etkinlikleridir (Eser, Z., 2006).

Bunun yanında sağlık alanında maliyetlerin artışı, tüketicilerinin gereksinim ve beklentilerinin değişimi, özel sağlık hizmetlerinin gelişimi, hekim-hasta ilişkisindeki yenilikler, hasta haklarına verilen önem sağlık hizmetlerinde pazarlama uygulamalarını önemli hale getirmiştir.

Sağlık hizmetleri pazarlaması, “sağlık hizmeti tüketicilerinin neye ihtiyaç duyduğunu belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için hizmetlere şekil vermek, yeni hizmetler üretebilmek ve hastalara sunulan bu hizmetleri kullanmaya teşvik etme sürecidir” (Berkowitz, E.N. 2011).

**Şekil 4.1.** Aile hekiminin sağlık hizmeti pazarlaması kapsamında yapacakları: (Kennett,P.A., 2005)

- Hedef nüfusunu demografik ve toplumsal açılardan taramak.
- Hedef nüfusunun sağlık anlayışını, sağlık hizmeti talebine etkili faktörleri anlamak
- Hedef nüfusun gereksinimlerine göre hizmetler üretmek ve bunların nasıl geliştirileceğine karar vermek.
- Hizmetlerin fiyatlarını belirlemek, diğer paydaşlarla (geri ödeme kurumları, sosyal güvenlik kurumları, sigorta şirketleri) pazarlık etmek.
- Hedef nüfusunun tamamıyla iletişim kurmak ve sürdürmek.
- Diğer aile hekimleriyle ve sağlık profesyonelleriyle ilişkileri geliştirmek.

#### **4.1 Sağlık Hizmeti Pazarlamasını Etkileyen Faktörler**

İnsanlar sağlık hizmeti almayı diğer hizmetler gibi her zaman kendiliklerinden talep etmeyebilir. Geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler kadar, kültürel nedenler, kişisel ve toplumsal sağlık anlayışı hizmet talebini ortaya çıkarabilir ya da ortaya çıkan gereksinime rağmen talebi erteleyebilir.

Sağlık hizmeti pazarlamasında amaç hizmetin yararlarının anlatılmasıdır. Bireylerin bilgilendirilmesi hasta-hekim ilişkisini de geliştirir. Aile hekimleri bireyin uzun dönemdeki sağlığı ve yaşam

kalitesinde yaptığı değişiklikleri izlemelidir. Aile hekimleri pazarlama sürecinde bireyin yanında toplum, diğer paydaşlar ve çevresel faktörleri dikkate almak zorundadırlar. Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından belirlenen kurallar ve teknolojik buluşlar sağlık hizmetleri sunumunu ve pazarlamasını etkilemektedir.

#### **4.2 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Önemi**

Sağlık hizmetlerinde pazarlama, hizmet pazarlaması anlayışının yaygın biçimde kullanılmaya başlamasıyla gündeme gelmiştir. Geçmişte sağlık hizmetleri sunanlar tarafından reklam vermekle bir tutulan pazarlama, reklam yapmaktan, hastaların gereksinimlerini anlamaya doğru değişim göstermiştir. Artık insanların eğitim düzeyleri, bilgiye ulaşma olanakları eskisinden çok farklıdır. Pek çok kaynaktan bilgi edinmekte, teknik ve fonksiyonel ihtiyaçlarının hem klinik hem de hizmet açısından karşılanmasını talep etmektedirler. Özel klinikler ve büyük sağlık hizmeti işletmeleri gibi, bireysel hekimler de bu yeni hasta tavrını kavramalı ve hizmetleri tüketicilerin arzu ettiği şekilde sunmalıdır. Hasta memnuniyeti hekim-hasta işbirliğini, hizmette sürekliliği, tedavi uyuncunu ve başarısını artırır. Sağlık hizmetleri alanında pazarlama kavramının gelişimi hasta memnuniyetini ön plana çıkaracak ve bu sayede verimlilik artacaktır.

#### **4.3 Sağlık Hizmetleri Pazarlamasının Özellikleri**

Sağlık hizmeti pazarlamasının diğer ürün ve hizmet alanlarına göre bazı farklılıkları olduğu için pazarlaması da özellik arz eder (Ak-kılıç, M.E., 2002).

Bireyler her zaman sağlık hizmeti gereksinimlerinin farkında değildir. Bu durumda aileleri, yakınları ya da kamu çalışanlarınca hizmet almaya yönlendirilebilir. Bunun yanında hizmet gereksinimi aile hekimi ya da ekibin diğer üyeleri tarafına hatırlatılabilir.

Sağlık hizmetlerinde değişim ilişkisi genellikle hükümet ve yasa koyucular tarafından belirlenir. Yeni bir düzenleme ile karlı olan bir kuruluş birdenbire kar edemez duruma düşebilmektedir (Odabaşı, Y., 2008).

Sağlık hizmeti sunumunda önemli olan sağlık çalışanlarıdır. Aile hekimi, hemşire, kayıt sekreteri ve ekibin diğer üyeleri hizmet alanların iletişim içinde oldukları kişilerdir ve kalitenin ve memnuniyetin belirleyicileri durumundadırlar.

Sunulan hizmetin fiyatının belirlenmesi Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nca yapıldığından aile hekimin bu konuda yapabileceği maliyetlerini izlemektir. Hasta-hekim ilişkisi karşılıklı güven ve inanca dayanır. Hastalar sağlık hizmet alacakları

zaman diğer hizmetlerde olduğu gibi fiyat araştırması yapmazlar. Sağlık hizmetleri tüketicilerin söz sahibi olmadığı bir satıcılar pazarı özelliğini taşımaktadır. Tüketicinin yalnızca tek bir karar alması söz konusudur o da bir doktorla görüşmektir.

Sunulan hizmetin kalitesini kesin olarak ölçmek olanaksızdır. Verilen ilacın nasıl bir etkide bulunduğu, anesteziye kullanılan tekniğin ne gibi sonuçlar getirdiği ya da ameliyat sonrası bakım hizmetinin kalitesi konusunda kesin ölçme ve denetleme yapmak oldukça zordur (Odabaşı, Y., 2008).

Bir hizmetin farklı satıcıları arasında standardizasyonu genellikle imkânsızdır. Hatta, bir hizmeti, tek bir hizmet sağlayıcı içinde standardize etmek bile çok zordur. Sağlık hizmetleri, hizmet sektöründeki standardizasyon eksikliğinin örneği olarak sıklıkla gösterilir.

Sağlık kuruluşları sıkı denetime tabidirler. ASM'nin mülkiyet yapısı (kamu, özel), büyüklüğü, sınıfı, yeri ve bazen hedef nüfusu veya hizmet bölgesine (kırsal veya kentsel) ve bölgedeki diğer sağlık kurumları devlet kurumları tarafından belirlenir. Bunun yanında yasal düzenlemeler de pazarlama stratejileri seçmelerini kısıtlamaktadır. Aile hekimleri hizmet politikalarını bunlardan bağımsız olarak belirleyemezler.

Sağlık hizmetleri pazarlamasında görülen temel problemlerin nedenlerinden birisi de hasta talebinde görülen zaman ve miktar belirsizlikleri ve dalgalanmalardır. Bir salgının ortaya çıkacağını öngörmek mümkün olmadığı gibi, hava durumu, mevsim, afetler vb. ASM'de hasta başvurularını etkileyebilecek beklenmedik olaylardır.

#### **4.3.1 Sağlık Hizmet Pazarlamasının Olumlu ve Olumsuz Yönleri**

Bütün eleştirilerin temelinde pazarlamanın yanlış anlaşılması ve pazarlamanın yalnızca satış, reklam ve promosyon olarak tanımlanması yatmaktadır.

Sağlık hizmetleri konusunda pazarlamaya yöneltilen en önemli eleştiri pazarlama faaliyetlerinin gereksiz masrafa yol açtığı sekinindedir. Bu eleştiriler özellikle tutundurma harcamalarına yöneliktir. Pazarlama kavram ve teknikleri yaşam kalitesinin yükseltilmesine olumlu katkıda bulunurlar. Gerçekte sağlık hizmetleri konusunda yapılan tutundurma harcamaları diğer harcamalarla karşılaştırılacak olursa çok düşük düzeydedir. Tutundurma harcamalarının asıl amacı sağlık yeni gelir kaynaklarının sağlanmasıdır. Pazarlamanın yararlı olabilmesi için maddi kaynak ayrılmalı ve bu alanda yetişmiş uzmanlara göre v verilmelidir.

Sağlık kurumları hizmetlerdeki arz fazlalığından ötürü rekabet edeceklerdir. Rekabet her zaman kötü değildir. Bu, gereksiz veya atıl durumda olan hizmetlerin kaldırılması, daha çok verimlilik ve pazarın talep ve isteklerine uygun ve kaliteli hizmetlerin sunulmasını sağlayacaktır(Tengilimoğlu, D., 2011-1).

Sağlık hizmetleri pazarda alım satımı yapılan ve bu yolla fiyatı oluşan herhangi bir mal ve hizmet gibi düşünülemez. Talep yaratma, fiyatlandırma gibi konuların sağlık hizmetlerinde diğer mal ve hizmet sektörlerine göre farklılık göstermesi normaldir. Sağlık, oldukça kıymetli, temel bir ihtiyaç ve haktır. Dolayısıyla fiyatı, ne miktarda ve nerede alınıp satılacağı pazar güçlerine bırakılamaz. Bu nedenle sağlığın serbest rekabet düzenine ve sıkı bir denetim olmaksızın özel girişim eli ile üretimine izin verilemez (Tengilimoğlu D, 2011-1).

Pazarlama araştırmaları ile tüketici tutum ve davranışları, gereksinimleri araştırılmaktadır. Sağlık alanında kişisel mahremiyetin saldırgan yaklaşımlarla araştırılması ve ifşa edilmesi olasılığına dair endişe ve eleştiriler bu alanda meslek etiğine azami özeni zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin boyutu ve kapsamını kişiler değil hizmeti sunan hekimler ve sağlık çalışanları belirler. Kişiler bu hizmetten ne kadar, nasıl yararlanmaları gerektiğine karar veremezler. Bu durum kötüye kullanıldığında pazarlamanın etkileme ve istenmeyen davranışlara yol açma gücüyle gereksiz talep yaratma gibi yanlış uygulamaları ortaya çıkarabilir. Estetik cerrahi uygulamalarının bazı durumlarda gerekli olmayan bir talep sonucu doğurduğunu söyleyebiliriz.

Kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları, siyasal partiler de kar amacı gütmeyen pazarlama teorilerinden amaçları doğrultusunda yararlanmaktadırlar.

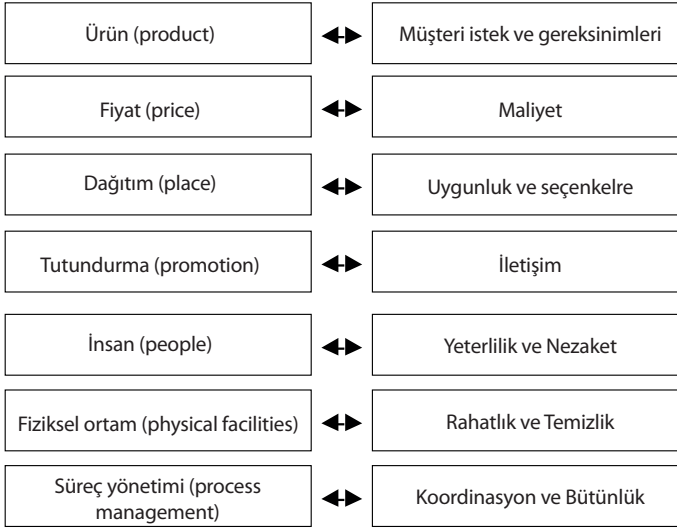
Kaynakların iyi kullanılıp, hasta memnuniyetinin artırılması ancak pazarlama anlayışı ile olanaklıdır. Ülkemizde ne kamu ne de özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde modern pazarlama yaklaşımlarından bahsetmek mümkün değildir (Odabaşı, Y., 2008).

#### **4.4 Sağlık Hizmetleri Pazarlama Stratejisi**

Başarılı bir pazarlama stratejisi bu mal veya hizmetin kim tarafından neden kullanılacağına saptanması, tüketicinin bakış açısının kavranmaya çalışılması ile mümkündür. Sağlık işletmelerinde pazarlama stratejisi geliştirilirken önce iç ve dış çevrenin sonra da hedef kitlenin analizi yapılır. Ardından da SWOT analizi dediğimiz, güçlü ve zayıf yanlarımız, fırsat ve tehditler ortaya konarak kuru-

mun misyonu, vizyonu, amaç ve hedefleri belirlenmelidir. Bu aşamalardan sonra bir pazarlama planı yaparak uygulamaya konur. Stratejik planımızda önemli nokta “pazarlama karmasının” tüketici gereksinimleri ile örtüşecek şekilde düzenlenmesidir (Şekil 4.4.2).

**Şekil 4.4.2** Pazarlama karması ve tüketici gereksinimleri



#### 4.5 Sağlık Hizmetleri Pazarlama Karması

Sağlık işletmeleri pazar çevresini oluşturan gelir dağılımı, yasalar, örf ve adetler gibi değişkenleri kısa dönemde değiştiremezler. Yapmaları gereken bunları anlamak, yarattıkları fırsatları en iyi biçimde değerlendirmek, bunlardan kaynaklanan sınırlamalara en iyi biçimde uyum sağlamaktır. İşletmeler çevre koşullarına kendi denetimleri altındaki pazarlama bileşenleri aracılığıyla uyum sağlar. Pazarlama bileşenlerinin işletmenin kontrolü altında olmaları yanında diğer bir özelliği birbirleri yerine ikame edilebilmeleridir.

Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları olan ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, insan, fiziksel çevre ve süreç yönetimi ayrıntılı olarak tek tek açıklanacaktır.

##### 4.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Ürün

Pazarlama karmasının en önemli elemanıdır. Sağlık hizmetlerinde ürün (hizmet), tüketicilerin problemlerini çözmek için sunulan

ilaç, tıbbi araç ve gereçler gibi somut; tanı, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi gibi soyut faaliyetleri veya süreçleri kapsar. Hizmet planlama ve geliştirme işletmede pazarlama faaliyetlerinin ilk aşamasıdır. Hizmet planlarken bazı hususlara dikkat etmek gerekir:

Hizmet pazara yönelik olmalıdır. Bunun için müşteri istek ve arzularının pazarlama araştırmaları ile incelenmesi gerekir (Mucuk, İ., 2000).

Sunulan hizmet işletmenin saygınlığını ve rakiplere karşı durumunu yakından etkiler. Sunulacak hizmetlerin seçiminde rekabet gücü olanlara öncelik verilmelidir. Hizmet bileşimi pazardaki değişimlere kısa sürede uyum sağlayabilecek biçimde geliştirilmelidir.

Hizmet bileşimi belirlenirken işletmenin iç koşulları da dikkate alınmalıdır. Kar ve risk gibi faktörler gözden uzak tutulmamalı ve geliri arttırıcı, maliyeti azaltıcı hizmetlerin seçimine özen gösterilmelidir (Berkowitz, E.N., 2011).

#### **4.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Fiyat**

Bir ürün ya da hizmet için ödenen para ya da hizmete sahip olma veya kullanma karşılığında verilen değerler fiyattır (Kotler, 2008). Sağlık sektörünün karmaşık yapısı ve hizmet çeşitlerinin çokluğu fiyatlandırmayı zorlaştırmaktadır (Karahan, K. 2006).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin fiyatları sosyal güvenlik kurumu, maliye ve sağlık bakanlığı, meslek örgütleri tarafından belirlenmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'yla anlaşması olmayan özel işletmeler fiyat belirlemede özgürdür. Devlet kurumları fiyat belirlerken toplumsal ve politik amaçları da ekonomik amaçlar kadar göz önünde bulundurur. Sağlık hizmetleri ücretsiz ya da düşük katılım payları ile sunulur ve tüm harcamalar merkezi denetim altında devlet bütçesinden ya da sigorta primlerinden karşılanmaya çalışılır (Odabaşı, Y. 2008). Bir hizmetin fiyatı belirlenirken dikkat edilecek üç değişken maliyet, talep ve rakiplerin fiyatlarıdır (Odabaşı, Y. 2008). Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma daha çok maliyete göre yapılırsa da maliyetleri tam ortaya koymak her zaman mümkün olmamaktadır. Talebe dayalı fiyatlandırmada pazarın dayanabileceği miktara göre fiyat belirlenirken, rekabete dayalı fiyatlandırma da ise fiyat, rekabetçi pazar durumunu karşılamak için ayarlanmaktadır.

#### **4.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Dağıtım**

Hizmetlerin mallar gibi dolaylı dağıtılması uygun değildir, kişiler sağlık hizmeti almak üzere bizzat başvurmalı ya da hizmet kişiye ulaştırılmalıdır. Sağlık hizmetinin dağıtımı zaman, mekan ve mülki-

yet faydaları yaratmak üzere nerede, ne zaman, nasıl sunulacağı gibi soruları yanıtlamaya yönelik çalışmalardır (İslamoğlu, H.A., 2006). Sağlık hizmetleri konusunda dağıtım; muayene için bekleme zamanı, park yeri, ulaşım gibi konuları içerir. Gezici sağlık hizmeti, gebe ve bebek saptamak üzere yürütülen saha çalışmaları, aşı kampanyaları, evde bakım hizmetleri uygun hizmetlerin uygun yerlerde sunulması konusunda verilen karar ve uygulamalara örnek oluşturur. Sağlık hizmetleri konusunda dağıtım hastanın verilen hizmete nasıl ulaşacağı konusuna odaklanır. Kolay ulaşılabilir olma aile hekimliğinin temel prensiplerinden birisidir. Hizmetin çabuk, yeterli ve zamanında verilmesi, sağlanacak yararı en üst düzeye çekecektir.

#### **4.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Tutundurma**

Bir ürün veya hizmetin, bir kurumun, bir kişinin veya bir fikrin kamuya (hedef pazara) olumlu bir biçimde tanıtılıp benimsetilmesine tutundurma denir. Bunun için de hedef pazardaki müşterilerin tanıtılıp benimsetilecek ürün, hizmet, kurum, kişi, fikir hakkında bilgilendirilmeleri ve olumlu yanıt vermeye ikna edilmeleri gerekir ki bu da etkin bir iletişim sistemi gereksinimini ortaya koyar (Eser, Z., 2007). Sağlık sektöründe tutundurma ise sağlık kuruluşlarının ya da hekimlerin vermek istedikleri mesajlarını potansiyel kullanıcılara iletişim yoluyla bildirmek ve sağlanacak yararlar hakkında onları ikna etmektir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı büyüme ve kalite artışı, toplumun eğitim düzeyinin artması, daha fazla bilinçli olmaları farklı kurumlar tarafından sunulan hizmet kaliteleri arasındaki farkı daha iyi ayırt edebilmelerini sağlamaktadır. Bu durum ASM'lerin ve aile hekimlerinin birbirleriyle olduğu kadar, özel ve kamu hastaneleri hatta üçüncü basamak araştırma ve uygulama merkezleriyle rekabet etme zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu ortamda tutundurma daha da önemli hale gelmektedir. Özel işletmeler pazarlamaya ve tutundurmaya kısmen de olsa yer vermekte, kamu hastanelerinde ve özellikle de birinci basamak sağlık kurumlarında bu alan daha çok sağlık bakanlığının belirlediği sağlığın geliştirilmesine yönelik kampanyalarla sınırlı kalmaktadır. Aile hekimlerinin bireylere yönelik sunmayı planladıkları hizmetlerin duyurulması, sağlıklı yaşam tarzı önerilerinin benimsetilmesi amacıyla vermek istedikleri mesajların iletilmesi, hasta ve sağlık eğitimini tutundurma çalışmaları, koruyucu sağlık bakımının özendirilmesi gibi çabaları tutundurma olarak nitelendirebiliriz (Chang, D.I., 2007). Aile hekiminin kayıtlı bireylere e-posta, mektup, SMS vb. yollarla ulaşarak ASM'ye davet

etmesi ve periodik sağlık muayenesi yapması tutundurma çalışması kapsamında doğrudan satış olarak nitelendirilebilir.

Sunduğumuz hizmetin elle tutulabilir yararlarını öne çıkarmaya ve onları somutla hedef kitle ile sağlıklı iletişim kurmak için bazı noktalara özen gösterilmelidir:

1. Hedef kitle iyi belirlenmeli
2. Hedefler belirlenmeli ve hedef kitlede yaratılacak tepki saptanmalı
3. İletişim tasarlanmalı
4. Hedef kitleye uygun mesaj seçilmeli
5. En uygun iletişim kanalı seçilmeli
6. Geribildirim sağlanmalı, sonuçlar ölçülmeli
7. İletişimi önleyen faktörler ortadan kaldırılmalı

Ülkemizde sağlık alanında reklam 1219 sayılı kanunun 24. Maddesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 6023 sayılı TTB Yasası, Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun, Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin 58. Maddesi gibi pek çok yasal düzenlemeye tabi tutulmuştur. Sağlık hizmeti pazarlamasında reklamdan çok sunulan hizmetler ve çalışmalar konusunda toplumda olumlu imaj yaratılması yönünden halkla ilişkiler ön plandadır.

#### **4.5.5. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılar**

Hizmet pazarlamasında, hizmet üreten ve pazarlayanlarla birlikte, tüketiciler ve hizmet faaliyet alanı içerisinde bulunan tüm kişiler katılımcılar olarak adlandırılır (Karahana, K.,2006).

Hasta ve hasta yakınlarının sunulan sağlık hizmetinden memnuniyetini etkileyen en önemli faktör sağlık personelinin bilgi, beceri ve yetenekleri bağlamında ortaya koyduğu performansdır. Hasta memnuniyetini artırmanın en kolay başlangıçta hasta beklentilerini araştırmak ve bu beklentiye yanıt vermeye çaba sarfetmektir. Hizmetle ilgili yakınmalarda sorunun gözden geçirilmesi, hasta beklentilerinin karşılanmama nedeninin ortaya konması ve bununla ilgili kişiye bilgilendirme yapılması önerilir. Tüm hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetinde çalışanların farklı beklentilere hazır olması, bunları karşılama konusunda bilgi, beceri ve tutum kazanmış olması gerekir. Aile Sağlığı Merkezinin tüm elemanları; kayıt sekreterleri, ebeler, hemşireler ve hekimler hasta memnuniyetini misyon olarak benimsemelidir. Sadece hekimin kaliteli sağlık hizmeti sunması ve hastalarla iyi iletişim kurması yeterli olmaz.



Sağlık hizmeti pazarlamasında hizmeti alan bireyler karmanın en önemli elemanıdır. Ne tür bir hizmete ihtiyacı olduğunun dahi farkında olamayabilir ya da verilen eğitimlerle hizmetin kapsamının asıl belirleyicisi haline gelecek şekilde güçlendirilmiş olabilir. Diyeti olan bir hasta neyi ne zaman ne kadar yemesi gerektiğine, ne kadar ilaç alması gerektiğine kendisi karar vererek adeta aile hekimin rakibi konumuna gelebilir, gelmelidir de.

#### **4.5.6. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Ortam ve Olanaklar**

Hastalar sağlık hizmet alıp almama konusunda kararlarını verirken çok değişik faktörlerden etkilenirler. Sağlık kuruluşunun fiziksel özellikleri de etkili faktörlerden birisidir. Muayene ortamı, bekleme alanları, tıbbi araç gereç çeşitliliği de hekim ve birinci basamak ekibinin sunacağı hizmetleri tamamlar. Fiziksel ortam çalışanların ve hastaların en rahat iletişim kurabilecekleri ve mahremiyetin korunacağı şekilde düzenlenmelidir. Işıklandırma, ısıtma, dekorasyon, ses, müzik sistemleri, video ve projeksiyon sistemleri, görsel eğitim materyalleri vb. hasta bekleme sürelerinde uygun mesajların sunulması amacına hizmet edecek tarzda tasarlanıp yerleştirilmelidir. Muayene ve bekleme odalarında mobilyaların ve tıbbi araç-gerecin çalışan ve hastanın kolayca kullanabileceği bir uyum içinde olması gerekir (Karahan, K., 2006).

#### **4.5.7. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi**

Süreç yönetimi, "hizmetin tüketicinin ihtiyaç duyduğu zamanda hazır bulundurulmasını ve tutarlı kalitede sunulmasını" kapsamaktadır (Karahan, K. 2006). Aile Sağlığı Merkezinde tüm çalışanların yeterli mesleki bilgi ve becerilerle donanmış olmalarının yanında bir ekip ruhu içinde etkin ve koordineli bir biçimde çalışmalarını hizmetin başarısı için zorunludur. Ekibin üyesi olan saha ebesi ve hemşire işlerini iyi yapamazlarsa, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerindeki personeller doktor gibi duyarlı davranmaz ve hizmetin kalitesi için çaba göstermezlerse doktorun gayreti boşa çıkacaktır.

#### **Kaynaklar**

- Akkılıç, M.E. (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (12): 203-218.
- Berkowitz, E.N. (2011). Essentials of Health Care Marketing, 3rd Edition, USA: Jones and Bartlett Learning.
- Chang DI, Bultman L, Drayton VL, Knight EK, Rattay KT, Barrett M. (2007). Beyond medical care: how health systems can address children's

- needs through health promotion strategies. *Health Aff* ;(26):466-73.
- Eser, Z. (2007). *Hizmetlerde Pazarlama İletişimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi).
- Eser, Z., Özdoğan F.B. (2006). *Sosyal Pazarlama. Toplumun Refahı ve Kaliteli Yaşam İçin*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- İlhan, M.N., Tüzün, H, Aycan, S., Aksakal, F. N., Özkan, S. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*(25): 33-41.
- İslamoğlu, H.A., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş., Aydın, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta.
- Karahan, K. (2006). *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta
- Kavuncubası, Ş, Yıldırım S. (2010): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi II. Baskı*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kennett, P.A.; Henson, S.W.; Crow, S.M.; Hartman, S.J. (2005): "Key Tasks in Healthcare Marketing: Assessing Importance and Current Level of Knowledge", *Journal of Health and Human Services Administration*, (27): 414-424.
- Kotler P and Keller K.L.(2009). *Marketing Management*, 2009, Prentice Hall, 386-387)
- Kotler P, Armstrong G. (2008). *Principles of Marketing*, New Jersey: Prentice Hall, 4-5).
- Mucuk, İ. (2000): *Pazarlama İlkeleri*, Onikinci Basım, İstanbul: Türkmen Kitabevi,.
- Odabaşı, Y., Oyman M. (2008): *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Öztek, Z., Eren N. (2006). "Sağlık Yönetimi". Çağatay Güler, Levent Akın (Eds.). *Halk Sağlığı. Temel Bilgiler* (998-1001). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- Öztürk, S.A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Souba WW, Haluck CA, Menezes MA. (2001). Marketing strategy: An essential component of business development for academic health centers. *The American Journal of Surgery* (181): 105-114
- Tengilimoğlu, D. (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Tengilimoğlu, D., Akbolat M., Işık, O. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi III. Baskı*, Ankara: Nobel Yayınevi
- Yükselen, C. (2003): *Pazarlama İlkeler-Yönetim*,4. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.

# AİLE HEKİMLİĞİNDE BİLİŞİM SİSTEMLERİ

## 1. Giriş

Bilginin literatürde pek çok tanımı bulunmaktadır. Ancak en yalın haliyle bilgi bir deneyim veya eğitim sırasında bir kişinin ihtiyaç duyduğu uzmanlık ve yetenekler, bir öznenin teorik veya pratik açılardan kavradıkları, belli bir alanda veya toplamda bilinen gerçekler ve malumat veya bir gerçeğin veya durumun tecrübesiyle kazanılan farkındalık veya aşinalık olarak tanımlanabilir. İnsanlar çağlar boyu bilgiyi kaydetmek tekrar kullanmak ve nakletmek ihtiyacı duymuşlardır. 20. yüzyılın ortalarına kadar yazılı metinler bilginin saklanması, kullanılması ve nakledilmesi için mevcut tek yöntem iken bilgisayarların icadı ile bilginin kullanımı yepyeni bir anlayışa kavuşmuştur. Özellikle 1980'lerden sonra kişisel bilgisayarların ortaya çıkışı, ucuzlayıp yaygınlaşması ile pek çok organizasyon, şirket, hükümetler, hizmet sunucular bilginin işlenmesinde bilgisayarları yoğun olarak kullanmaya başlamışlardır. Bu da bilişim sistemleri adı altında yeni bir kavramın ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bilişim sistemi, teknik olarak işlevi organizasyonlardaki karar verme desteğine kadar bilgiyi düzenlemek, saklamak, işlemek, toplamak olan birbirleriyle ilgili parçaların kümesi olarak tanımlanabilir. Daha özel anlamında ise bilgisayar sektöründeki gelişmelerin sonucunda ortaya çıkmış ve verileri saklamak, iletmek ve işlemek için kullanılan bilgisayar donanım ve yazılım teknolojilerini içeren (bilişim teknolojileri=information technologies; popüler kullanımıyla BT ya da IT) bir alandır (Durmaz, 2005). Bilişim sistemlerinin 3 temel işletim adımı vardır:

**1.Girdi (input):** Organizasyonun içinden veya dış çevresinden, ham bilgileri (veri) ele geçirmek veya toplamak.

**2.İşlem (processing):** Elde edilen bu verileri belirlenen yöntemlerle işlemden geçirerek yeni ve anlamlı bilgilere ulaşmak.

**3.Çıktı (output):** İşlenmiş bilgiyi (information), insanlara veya kullanılacak olan süreçlere aktarmak.

## **2. Türkiye’de Bilişim Sistemleri**

Türkiye’de de dünyadaki gelişmelere paralel olarak özellikle 2000’li yıllarda hizmet sektöründe ve kamusal alanda bilgisayar kullanımı ve yaygınlığı artmıştır. Pek çok devlet kurumunun verdiği hizmetler dijital ortama taşınmış ve 2002 yılında başlatılan e-devlet uygulaması ile de verilen bu hizmetler bir başlık altında toplanmıştır. Sağlık sektöründe de benzer olarak bilgisayarlar ve internet yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründe kullanılan bilişim sistemleri 3 ana başlık altında toplanabilir.

### **2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu ile 2. ve 3. basamak hastaneler arasındaki ilişkiyi düzenleyen sistem;**

MEDULA: Genel Sağlık Sigortası (GSS) Türkiye’deki sosyal güvenlik kurumları olan Emekli Sandığı, Bağkur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile Yeşilkart’ı tek bir çatı altında toplamayı hedeflemiştir. MEDULA (MEDikal ULAK) bu çalışmanın bilişim ayağıdır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri, diyaliz merkezleri ve daha bir çok sağlık kuruluşunun verdikleri hizmet, kullandıkları tıbbi malzeme ve ilaçların bedelinin geri ödeme kurumu tarafından ödenmesi için GSS MEDULA web servislerini kullanmaları gerekmektedir. Kısacası Medula sistemi, sağlık kuruluşlarının GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında olan hastalarının provizyon, ücretlendirme ve tahakkuk işlemlerini SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirmesini sağlar. Bu sistemin hastane ayağında kullanılan programlara ise Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) denmektedir.

### **2.2. Sosyal Güvenlik Kurumu ile eczaneler arasındaki ilişkiyi düzenleyen sistemler;**

İlaç Takip Sistemi ve **MEDULA Eczane:** Tüm sağlık kuruluşlarından yazılan reçetelerin geri ödenmesini düzenleyen sistem.

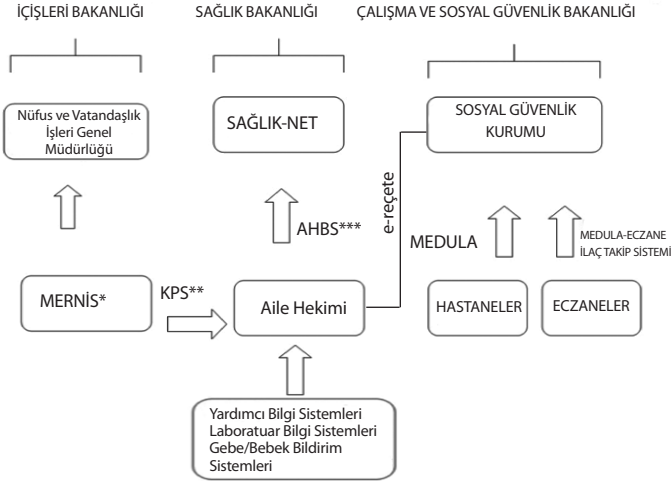
### **2.3. Aile Hekimleri ile Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı arasındaki ilişkiyi düzenleyen sistemler; AHBS:**

Aile Hekimlerinin kaydettikleri hastalar, muayeneler, gebe, bebek ve çocuk izlemleri ile yapılan aşılardan bakanlık merkez teşkilatında yer alan Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veri tabanına elektronik ortamda aktarılmasını sağlayan Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri Sağlık-NET'in bir parçasıdır. Sağlık-NET ise sağlık alanındaki tüm bilişim sistemlerinin ortak platformudur (Kırıcı, 2008). Bu konudaki tüm hizmetleri bir çatı altında toplar.

Burada dikkat çeken nokta 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları bilişim sistemleri (MEDULA) ile aile hekimliği bilişim sistemleri arasında bir bağın olmamasıdır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde; "Bakanlığın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Bakanlıkça 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." denmektedir. Bu madde gelecekte bu sistemlerin entegre edileceğini düşündürmektedir. Bu durumda aile hekimleri hastalarının diğer sağlık kuruluşlarında aldıkları hizmetleri de izleyebilecektir. Yine hastalarının gebelik tespiti, doğum gibi durumlarından anında haberdar olabileceklerdir. Benzer şekilde eczanelerin de bu sisteme dahil edilmesi ile aile hekimleri hastalarının ilaç muafiyet raporlarını, eczanelerden temin ettikleri ilaçları, ilaç kullanım sürelerinin ne zaman dolacağını görebilir hale gelecektir. Bu entegrasyon birinci basamak hizmetlerinin daha verimli ve maliyet etkin bir biçimde verilmesini sağlayabilir.

Bunların dışında bu sistemlere veri sağlayan yardımcı bilişim sistemleri de mevcuttur. Bunların en önemlisi İç İşleri Bakanlığı Nüfus İdaresi Genel Müdürlüğü'nün MERNİS (Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi) ve Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT) uygulamalarıdır. Aile Hekimleri AHBS programları aracılığı ile Kimlik Paylaşım Sistemi'ni (KPS) kullanarak bu servislerden yararlanabilmektedir. Aile hekimlerinin yararlandığı diğer bir bilişim sistemi laboratuvar uygulamalarıdır. Her ilde farklı otomasyon sistemleri kullanılmaktadır. Yine Aile hekimlerinin kullandığı yardımcı sistemlerden birine örnek olarak İstanbul ilinde kullanılmakta olan ve aile hekimlerine özellikle yeni gebe tespitlerinde yardımcı olan Gebe-Bebek-Lohusa-Çocuk İzlem Modülü (GEBLİZ) sayılabilir. Şekil 1'de sağlık sektöründe kullanılan bilişim sistemleri özetlenmiştir. 2.4. Aile hekimleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu Arasındaki İlişkiyi Düzenleyen Sistemler;Mecula Eczane-AHBS entegrasyonu,e-reçete:

Kısa bir süre önce aile hekimleri yazmakta oldukları reçeteleri AHBS programları ile Medula Eczane altyapısı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumuna sunucularına göndermeye başladılar. Bu reçeteler eş zamanlı olarak tüm eczanelerden görülebilmektedir. Ayrıca aile hekimleri hastalarının ilaç geri ödeme bilgilerinin bir kısmını görebilmektedir. Sistem henüz çok yenidir ve geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır.



**Şekil 1:** \*: mernis: merkezi nüfus idare sistemi, \*\*:kps: kimlik paylaşım sistemi, \*\*\*:ahbs: aile hekimliği bilgi sistemi

### 3. Aile Sağlığı Merkezinde Kullanılan Bilişim Teknolojileri

Aile Sağlığı Merkezi'nde aile hekimleri Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde verilen görev, yetki ve sorumlulukları yerine getirebilmek ve günlük çalışmalarını yürütebilmek için pek çok bilişim teknolojilerini (BT; Information Technologies-IT) bir arada uyumlu kullanmak zorundadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde;

“Bakanlıkça özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri ile ilgili asgari şartlara uyulur” ve “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.” denmektedir.

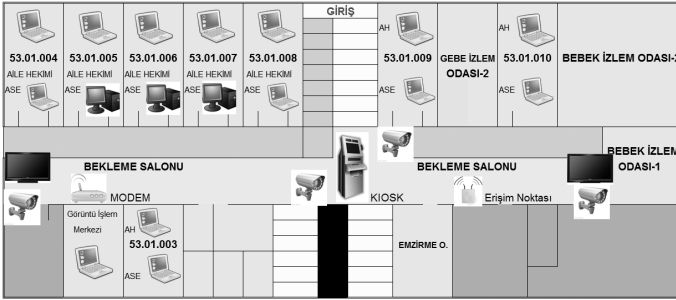
Aile hekimlerince kullanılan bu teknolojileri ikiye ayırarak incelemek daha yararlı olacaktır.

1. AHBS dışında Aile Hekimlerinin günlük pratiğinde yerine getirdiği iş öbeklerini yürüten donanımsal ve yazılımsal teknolojiler.

2. Aile Hekimlerinin görevlerini yerine getirirken kullandıkları temel bilgisayar programı AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri)

### 1. ASM'de Kullanılan AHBS Dışındaki Donanımsal ve Yazılımsal Teknolojiler:

#### RİZE 1 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ BT ŞEMASI



Şekil 2: \*\*\*\*\*Rize 1 No'lu ASM IT şeması Rize.xls excell dosyası

**Modem:** Modemlerin temel işlevi bilgisayarların diğer bilgisayarlara bağlanmasını sağlamaktır. Şekilde de görüleceği gibi örnekteki Aile Sağlığı Merkezi'ndeki (ASM) tüm bilgisayarlar bir kablosuz (wi-fi; wireless fidelity) modemle birbirine bağlanmıştır. Kablosuz modemler cep telefonunda kullanılan teknolojiye benzer bir şekilde 2,4 GHz frekans aralığında iletişim sağlarlar. Masaüstü bilgisayarlarda notebook ya da laptoplarda olduğu gibi bir kablosuz ağ alıcısı olmadığı için birer USB kablosuz modem kullanılmıştır. Böylelikle tüm bilgisayarların ve KİOSK'un birbirleri ile iletişime geçebileceği bir yerel ağ (Local Area Network-LAN) oluşturulmuştur. Bu ağ aynı zamanda modem tarafından İnternet'e bağlanır.

**Ağ anahtarı-Switch:** Modem çıkışlarının yetmediği durumlarda ya da kısıtlı çıkışı bulunan kablosuz modemlere kablo ile bilgisayar ya da erişim noktası bağlamak için kullanılır. Kısacası modem çıkışlarını çoklayan bir ağ donanımdır.

**Erişim Noktası-Access Point:** Kablosuz Sinyal Tekrarlayıcı Noktası da diyebileceğimiz bir cihazdır. Almış olduğu kablosuz ağ sinyalini tekrar güçlendirip yayınlamak için kullanılır. Mesafeyi ve sinyal kalitesini artırır ya da kablolu bir yayını kablosuz yayına çevirir. Genellikle

kablosuz bir modemin sinyal gücünün yetmediği durumlarda örneğin ASM'nin modemden uzak noktalarına yerleştirilebilir.

**Kişisel Bilgisayar (PC); masaüstü, laptop, notebook, netbook, tablet PC:** Daha hafif olmaları ve daha az yer kaplamaları nedeni ile taşınabilir bilgisayarlar ASM'lerde aile hekimlerince daha çok tercih edilmektedir. Aile hekimlerinin yeni bir dizüstü bilgisayar alırken (notebook; laptop) dikkat etmeleri gereken bir kaç nokta vardır. Öncelikle kullanılacak olan AHBS programı ile alınacak bilgisayarın işletim sisteminin birbirine uygun olması gerekmektedir. Dizüstü bilgisayarlarda en sık kullanılan ve en güncel işletim sistemi Microsoft firmasının Windows 7 İşletim Sistemidir. Yeni bir dizüstü bilgisayarla genellikle lisanslı olarak verilir. Çeşitli sürümleri vardır. Ancak ASM' de kullanabilmek için en azından "Ev Sürümü (Home Edition)" olmalıdır. 32 bit veya 64 bit olabilir. Günümüzde hemen tüm AHBS programları 64 bitlik güncel işletim sistemleri ile de çalıştığından sorun teşkil etmemektedir.

Yeni bir dizüstü bilgisayar alırken internetten bazı satın alma rehberleri araştırılabilir. Unutulmaması gereken ASM'de çalışırken en hızlı bilgisayara ihtiyaç olmadığıdır. Ancak AHBS programları yanında anti-virüs programları, anında mesajlaşma programları, internet tarayıcı vb gibi pek çok program aynı anda kullanılacağı için (çoklu-işlem, multi-tasking) belli güçte bir bilgisayara ihtiyaç vardır.

**Yazıcılar:** Yazıcılar aile hekimliği pratiğinde önemli bir yer tutmaktadır. Elektronik reçete, raporlar, çeşitli formlar, hasta listeleri ve benzeri pek çok belgenin yazdırılmasında kullanılırlar. Günümüzde en sık iki yazıcı türü; lazer yazıcılar ve inkjet (mürekkep püskürtmeli) yazıcılar kullanılmaktadır.

**LCD Televizyonlar; Güvenlik kameraları; USB Video Kaydetme Cihazı; Video Dağıtıcı; ses dağıtıcı:** Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te (Ücret Yönetmeliği) D grubundan başlayarak "Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır." kriteri konulmuştur. Bunun için Şekil 2'de görüldüğü gibi iki LCD televizyon VGA (görüntü taşıma kablosu) ve ses kabloları ile ayrı bir dizüstü bilgisayara bağlanmıştır. Cihazla birlikte gelen video yakalama programı ile 24 saat görüntü kaydı alınmaktadır. İstendiğinde istenilen süre aralığındaki görüntüler bir CD'ye ya da taşınabilir belleğe kaydedilebilmektedir. Bu bilgisayar aynı zamanda LAN ve internete bağlı olduğundan aile hekimleri bu video kameraları hem ofislerinden hem de isterlerse evlerinden izleyebilmektedir. Yine internetten ya-



yın yapan multimedya organları (tv, radyo, eğitici videolar vb.) LCD televizyonlara iletelebilmektedir.

**KİOSK:** Kiosk sistemleri kabin içine gizlenmiş bir bilgisayar, dokunmatik bir ekrandan oluşan tanıtım, bilgilendirme, yönlendirme amaçlı kullanılan interaktif bir tanıtım ve hizmet terminalidir (Eşkom, 2011). ASM'lerde hasta yönlendirme amacı ile kullanılmaktadır. Aile Sağlığı Birimlerinin Gruplandırılması ile ilgili genelgede A ve B grupları için "Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir." kriteri konmuştur. ASM'lerde çok farklı hasta yönlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Hastaların KİOSK'a Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaralarını girip aile hekimi ofisinin kapısının üzerindeki monitörde isimlerinin yazılıp sıralarının gelmesini beklediği aile hekiminin kullandığı AHBS programına entegre tam otomatik sistemler olduğu gibi sadece bir karşılama elemanının yönlendirmeyi yaptığı uygulamalar da mevcuttur. Ya da Rize 1 No'lu ASM'de kullanıldığı gibi hibrid sistemler de mevcuttur. Burada bir karşılama elemanı hastanın TCK No'sunu KİOSK'a girer. KİOSK veribankasından hastanın aile hekimini bulur ve içerdiği bir barkod yazıcı ile bir sıra numarası verir. Hastaya bu sıra numarası ile muayene olabileceği söylenir. Bu arada bu giriş KİOSK karşılama programı ile aile hekiminin bilgisayarına iletilir. Aile hekimi kendi bilgisayarından bu KİOSK sistemine giriş yaparak kendisi için sıra alan hastaları görebilir. Yine bu sisteme entegre edilen laboratuvar programı ile başka bir giriş yapmadan hastalara tetkik isteyebilir veya laboratuvar sonuçlarını görebilir. KİOSK aynı zamanda internet üzerinden Halk Sağlığı Laboratuvarı sunucusu ile haberleşebilmektedir. Ancak AHBS programı ve KİOSK programı arasında bir ilişki olmadığından aile hekimi sıradaki hastayı AHBS programından çağırmak zorundadır. AHBS programına entegre sistemlerde ise aile hekiminin programın "bekleme odası" bölümünü açması ve tıklayarak sıradaki hastayı seçmesi yeterlidir. Gelecekte elektronik kimlik kartları devreye girdiğinde hastaların bu kartları KİOSK'a okutması yeterli olacaktır. Yine bazı ASM'lerde randevu sistemi uygulanmaktadır. Bunun için bir sekreter randevuları AHBS ile entegre sisteme aktarmaktadır. Gelecekte hastaneler için uygulanan ve Sağlık-NET'in bir parçası olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)'nin Aile Hekimliği uygulamasının sürdürüldüğü ülkelerde Aile Hekimleri hastalarının çoğunu randevu usulu ile kabul etmektedir.

Karekod okuyucu; stok takibi: Ücret Yönetmeliğinde A-B-C-D grupları için "Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmaktadır." ve "İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmaktadır. Miat ve stokları takip edilen ilaç ve aşılardan listeleri güncel olarak elektro-

nik ortamda takip edilmektedir.” kriterleri bulunmaktadır. Burada ASM’de kullanılan aşı ve ilaçların takibinin otomasyonu amaçlanmaktadır. Karekod okuyucu USB üzerinden bu iş için ayrılmış bir bilgisayara bağlanabilir. Rize 1 No’lu ASM örneğinde olduğu gibi stok takip programı KİOSK hasta karşılama ve yönlendirme programına entegre edilmiştir. Lokal ağdaki tüm bilgisayarlar (istemci) KİOSK’a (sunucu) bağlanıp bu stok programını çalıştırabilir. Stok takibinde mevcut ilaçların sayısı ve son kullanma tarihleri sisteme girilmektedir. Sistem, mevcut olan ilaç ya da aşı miktarı önceden belirlenen bir sayının altına düştüğünde ya da son kullanma tarihi yaklaştığında uyarı verebilmektedir. İlaç ya da aşı çıkışı için USB karekod okuyucu kullanılabilir. Bu şekilde hangi kullanıcının hangi tarih ve saatte hangi ilacı ya da aşığı kullandığı sisteme kaydedilmektedir. Gelecekte karekod okuyucu ile AHBS programları entegre edildiğinde AHBS’ye aşı girişi için aşının kodunun okutulması yetecektir. Stok takibi diğer tüm tıbbi malzemeler, sarf malzemeleri, temizlik malzemeleri için de kullanılabilir. Bazı AHBS programları bünyelerinde bu stok takibi programlarını içermektedir.

Aşı dolabı ısı takip sistemleri: Ücret yönetmeliğinde A-B-C-D grupları için “Aşı dolabının sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmekte ve kayıtları tutulmaktadır.” kriteri istenmektedir. Güç kesintilerinin sık olduğu Türkiye’de aşı dolaplarının ısı güvenliği önem arz etmektedir. Bunun için geliştirilmiş Isı Takip Sistemleri vardır. Bu sistemler Aşı Dolapları içerisindeki sıcaklığı sürekli gözlemler ve acil bir durumda SMS ve diğer iletişim yolları ile aile hekimlerini uyarır. Bu sistemlerin bazıları AHBS programlarına entegredir.

## **2. Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri; AHBS**

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları sayılırken Aile Hekimleri yasa ve yönetmeliklerce tanımlanan kayıt tutma, kayıtları belli aralıklarla güncelleme ve düzenli bildirimlerle ilgili yetki ve sorumluluklar çerçevesinde, görevlerini yerine getirebilmek için Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) denen programları kullanırlar. Yönetmelikler paket programlarının kullanımı zorunlu hale getirmiştir.

Şu an otuzbeşten fazla AHBS programının mevcut olduğu bilinmektedir. AHBS programının nasıl çalıştığını anlamak için iki kavramın bilinmesi gerekmektedir. Sunucu-istemci (server-client) ve veritabanı kavramları.

**Sunucu-İstemci:** Bir ağ mimarisi şeklidir. Burada sunucu ağ ortamında idari görev yüklenmiş bir bilgisayardır. Ağ ve ağ kaynakla-

rına erişimi denetlemek için bir yazılım çalıştıran ağ içinde bulunan bir bilgisayardır. Sunucu veya diğer adı ile server ağda bir yönetici gibi davranır. Ağdaki diğer bilgisayarlar (istemci) bir ağ kaynağına ulaşmak istediklerinde sunucuya başvurur. Sunucu aranan kaynağın yerini bulur ve başvuruda bulunan kullanıcının erişim haklarına göre kaynağa ulaşmasını sağlar. Sunucu tabanlı ağda server ağın yöneticisi konumundadır. Ağdaki diğer bilgisayarlardan üstün konumdadır. Sunucu yazılımı genelde, bir iş yazılımı için adanmış güçlü bir bilgisayarda çalışır. İstemci ise genelde sıradan bir PC veya iş istasyonunda çalışır.

Aile Hekimliği uygulamasında istemci programlar aile hekimlerinin kullandığı AHBS programlarıdır. Sunucu ise Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatındaki veribankası yönetim programını çalıştıran güçlü bilgisayarlardır.

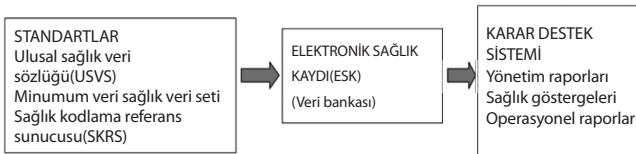
**Veritabanı:** Bir bilgisayarca sistematik bir şekilde kaydedilmiş veri yığını tanımlar. En basit haliyle veri alanı, kayıt ve dosyalardan oluşur. Telefon rehberi örneğinde olduğu gibi isim, adres ve telefon numrasının her biri bir veri alanıdır. Veri alanlarından oluşan bu üçlü kümeye veri seti ya da kayıt denir. Tüm telefon defteri ise bir dosyadır. Telefon rehberinde olduğu gibi kayıtların nasıl yazılacağı ve istendiğinde nasıl aranıp bulacağı sistematik bir şekilde (burada isimlerin alfabetik sırasına göre) belirlenmiştir. Veritabanına veri yazmak, verileri organize etmek ya da okumak için Veri Tabanı Yönetim Sistemi'ne (VTYS) ihtiyaç vardır.

AHBS programlarının işleyiş mantığını anlayabilmek için bir parçası olduğu Sağlık-NET yapısının da bilinmesi gerekir.

### **Sağlık-NET**

AHBS, sağlık alanındaki tüm bilişim sistemlerini bünyesinde top-  
layan Sağlık-NET'in bir parçasıdır. Sağlık-NET, 2003 yılında Sağlıkta  
Dönüşüm Programı ile birlikte geliştirilmeye başlanmıştır (Sağlık  
Bakanlığı, 2011). AHBS'nin nasıl çalıştığını anlamak için Sağlık-NET  
mimarisini bilmek gerekmektedir. Şekil 3 bu mimariyi özetlemektedir  
(Kırıcı 2008'den değiştirilerek alınmıştır).

**Şekil 3**



**Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS):** Bu sözlük oluşturulmadan önce içerisinde çoğunlukla veri değil, verilerden elde edilmiş bilgiler içeren, aralarında ortak bir standart bulunmayan ve yeniden kullanımları oldukça zor olan formlar mevcuttu (Akdağ, 2008). Türkiye'deki tüm sağlık kuruluşlarının sağlıkla ilgili verileri paylaşırken ortak bir dil kullanması amacı ile USVS geliştirildi. Sözlük; Minimum Veri Setleri, veri elemanları ve çeşitli eklerden oluşmaktadır. Sözlüğün sürekli güncellenmesi planlanmaktadır (Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü Sürüm 1.1, 2008).

USVS'nin 2012 yılı içerisinde 2. versiyonu geliştirilerek kullanıma sunulmuştur.

**Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS):** Uluslararası bir veri seti tanımlama standardına uygun olarak hazırlanan MSVS, veri elemanlarından oluşur. Bu veri elemanları zorunlu, koşullu ya da seçimli olabilir. USVS 2.0 sürümünde 65 MSVS ve 395 veri elemanı bulunmaktadır. Bu veri setleri 10 farklı grupta incelenmektedir:

1. Kayıt Veri Setleri
2. Doğum-Ölüm Veri Setleri
3. Bebek-Çocuk Veri Setleri
4. Kadın Sağlığı Veri Setleri
5. Bulaşıcı Hastalık Veri Setleri
6. Muayene Grubu Veri Setleri
7. Yatan Hasta Veri Setleri
8. Kronik Hastalık Veri Setleri
9. Organ ve Kök Hücre Nakil Veri Setleri
10. Akıl ve Ruh Sağlığı Veri Setleri

**Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) :** Sağlık-NET'in standardizasyon aşamalarından biri olan Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) mevcut sağlık bilgi sistemleri standart ve kodlama sistemlerini bir araya getirmeyi, bunları açık standartlarla (internet servisleriyle) paylaşmayı ve gerektiğinde kolay güncelleme ve geliştirme arayüzlerini geliştirmeyi sağlayan bir referans ve paylaşım sistemidir. SKRS'nin son kullanıcıları, hastane, toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri ve diğer sağlık kurum ve çalışanları ile ödeyici kurumlar (SGK), istatistik kurumları ve benzer kurum ve kuruluşlardır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

SKRS aşağıda belirtilen sistemleri kapsamaktadır:

- Tanı Sınıflama Sistemi (ICD-10)
- Tanı Sınıflama Sistemi (ICPC2)
- İlaç ve İlaç Sınıfları Kodlama Sistemi (ATC)

- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Kodları
- Klinik Kodları
- Branş Kodları
- Sağlık Kurumu Kodları
- Adres Kodları
- Aşı Listesi
- Aşı Takvimi Değerleri Listesi
- Meslek Grupları Listesi
- Parametreler Listesi
- Bebek İzlem Listesi
- Gebe İzlem Listesi
- Çocuk İzlem Listesi
- Persentil Değerleri Listesi
- Olası Tanı Kriterleri
- Enfeksiyon Etkenleri Tanı Kriterleri
- Tümör Yerleri
- Kesin Tanı Kriterleri
- Histoloji Kodları
- Doktor Bilgi Bankası
- Sözlük Veri Kapsamı Alan Kodları

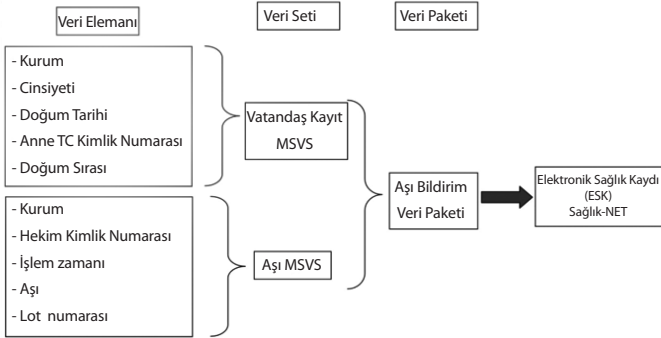
SKRS'nin belki de en önemli bölümü ICD-10 ("International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems"; ya da kısa ismiyle "International Classification of Diseases") 'dur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1992 yılında geliştirilmesi tamamlanmış ve klinik kullanıma sunulmuştur. Türkiye'de 2005 yılından bu yana tüm sağlık kuruluşlarında kullanılmaktadır.

**Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) :** Tüm sağlık kuruluşlarından alınan veri paketlerinin saklandığı ve korunduğu veri bankasını betimler. Aile hekimleri verilerini AHBS yardımıyla ESK'ya yollamakta ve tüm aile hekimlerinin verileri burada organize edilmekte ve saklanmaktadır. Yine izin verilen veriler aile hekimlerince geri çağrılabilir.

**Karar Destek Sistemi (KDS) :** Tüm sağlık kuruluşlarından elde edilen veriler çeşitli yönetsel ve operasyonel raporların ve sağlık göstergelerinin oluşturulmasında kullanılırlar. Bu rapor ve göstergeler sağlık politikasına yön verecek kararlar alınmasına yardımcı olabilir.

AHBS Programları: AHBS programlarında bir veri hiyerarşisi mevcuttur. Buna göre veri elemanı en temel veri ögesidir. Veri setleri ilgili veri elemanlarından oluşur. Son olarak veri setleri de Sağlık-NET'e gönderilmeye hazır veri paketlerini meydana getirir. Bu ilişki Şekil 4'de özetlenmektedir.

**Şekil 4**

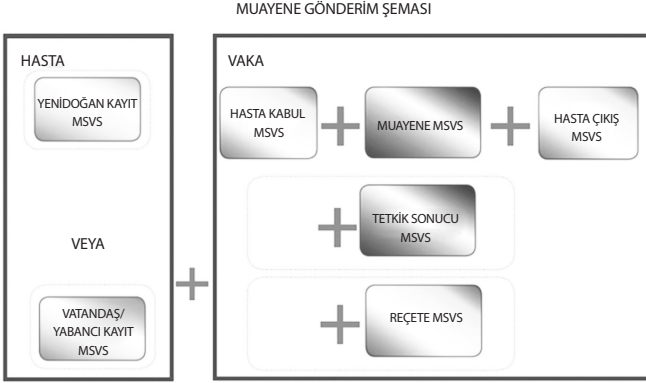


Aile hekimi AHBS programları ile programın kullanıcı ara birimi ya da grafik ara birimi vasıtası ile ilişki kurar. (User interface; graphical user interface) Her AHBS programının kendine has bir kullanıcı ara birimi vardır. Farklı kullanıcı ara birimleri aile hekimi için kullanım kolaylığı açısından farklılık gösterir. Bir hekimin kolay bulunduğu bir programa bir diğeri alışmakta zorlanabilir. Bu yüzden çoğu yazılım firması ürünlerinin 2 ay gibi bir süre ücretsiz denenmesine izin vermektedir.

Aile hekimi AHBS programına hastalarını yüklediğinde kendi bilgisayarında (ya da bazı AHBS modellerinde lokal ağdaki sunucu bir bilgisayarda) bir veritabanı (database) oluşturur. Bunu fiziksel bir dosya dolabına benzetebiliriz. Dolabın içerisinde hastalar TC Kimlik Numarasına göre sınıflanırlar. AHBS ve diğ er tüm Sağlık-NET işlemlerinde anahtar referans TC Kimlik numarasıdır.

Örnek olarak bir aile hekimi muayene için gelmiş bir hastasına tetkik yapıp ilaç da yazmışsa kendi bilgisayarında Yenidoğan Kayıt MSVS (hasta yenidoğansa) ya da Vatandaş/Yabancı Kayıt MSVS, Hasta Kabul MSVS, Muayene MSVS, Tetkik Sonucu MSVS, Reçete MSVS, Hasta Çıkış MSVS'den oluşan bir veri bildirim paketi oluşturulur ve saklanır (Kırıcı, 2008) (Şekil 5).

## Şekil 5



Aile Hekimi Sağlık-NET'e bu verileri göndermek istediğinde AHBS bakanlıktaki sunucular ile istemci olarak iletişim kurar. Sunucu bu erişim isteğini değerlendirir (Aile hekimi kullanıcı adı ve parolası) ve erişim yetkisi verir. (authentication) AHBS programı sunucu ile iletişim kurarken (mesajlaşırken) HL-7 (Health Level 7) denilen bir haberleşme standardını kullanır (Şekil 6).

## Şekil 6



HL-7 ilk kez 1987'de geliştirilen ve 55'ten fazla ülkede kullanılan elektronik sağlık verilerinin takası, ilişkilendirilmesi, paylaşılması ve kullanımına hizmet eden geniş çaplı bir çalışma ortamı geliştirmeyi amaçlayan bir standarttır. En yalın anlatımı ile sağlık verilerinin paylaşımında bilgisayarların aynı lisansı kullanması için geliştirilmiştir (hl7.org, 2011). AHBS programı sunucuda hazır olan bazı programları çalıştırarak (web servisleri) AHBS veri tabanında hazırlanan bu veri paketini sunucudaki veri tabanına gönderir. Sunucudaki Veri Tabanı Yönetim Sistemi bu verileri organize eder. Dilenirse uygun yetkilendirme ile bu verilerin izin verilen bir kısmı çağrılabilir. Aile hekimlerinin performans takibi yaparken web üzerinden kullandıkları program buna örnektir.

Veri yollama dışında AHBS programlarının özellikleri de birbirinden oldukça farklıdır. Elektronik reçete düzenleme, raporlar, sevk

işlemleri, hasta özlük bilgileri kaydetme gibi ofis işlemleri için herbirinin farklı bir yaklaşımı (arayüzü) vardır.

Şimdilik yukarıda sözü geçen işlevleri yerine getirmekle yetinen AHBS programlarının özellikle kronik hastalıkların takibi açısından potansiyeli çok yüksektir. Son yıllarda oldukça önem kazanan Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi'nin AHBS programlarınca tüm hastalar için yapılması çok kolaydır. Risk değerlendirilmesinde kullanılan parametrelerin çoğu AHBS programlarında zaten mevcuttur. Böylelikle AHBS programları kardiyovasküler riski yüksek hastaları önceden belirleyip aile hekiminin primer koruma görevine yardımcı olabilir.

Yine AHBS programları bir karar destek sistemi gibi aile hekimlerine klinik karar vermede yardımcı olabilir. Buna Türkiye'de bir ilk olarak yazarın Rize İl Sağlık Müdürlüğü ile birlikte hazırlamış olduğu Hipertansiyon Takip Programı (HTP) iyi bir örnektir. Program hastanın özlük bilgilerini MERNİS'ten çağırmakta, aile hekiminden aldığı birkaç veri ile Avrupa Kardiyoloji Derneği kılavuzu temelinde hasta için bir risk değerlendirmesi yapmakta, girilen Tansiyon Arteriyel'i evrelemekte ve aile hekimine klinik önerilerde bulunmaktadır. Hastanın aldığı tedaviyi ve takibini kaydetmektedir. Yine aynı programa hasta internetle ulaşip evinde ölçtüğü tansiyon değerlerini aile hekimine ulaştırabilmektedir. Ancak proje program AHBS'ye entegre olmadığı için istenilen başarıya ulaşamamıştır. Aile hekimi programa ulaşabilmek için AHBS penceresini aşağıya indirip internette bir adrese girip, programa giriş yapıp programda hastayı bulmalıdır. Bu günlük iş yükünde önemli bir artış demektir. AHBS programına entegre edilen böylesi bir program aile hekimlerinin hipertansiyon hastalarını etkin bir şekilde izlemelerini sağlayabilir.

Benzer şekilde diyabet hastalarının takibinde de AHBS programlarının potansiyeli yüksektir. Halihazırda basılı olarak mevcut 1.basamakta kullanılmak üzere hazırlanmış olan Diyabet Takip Formu (DTF)'nun dijital hale getirilerek AHBS programlarına entegre edilmesi Türkiye'deki diyabet hastalarının takibini önemli ölçüde iyileştirebilir.

Sonuç olarak, aile hekiminin çalışma alışkanlıklarına uyum gösteren, özellikle kronik hastalıkların takibinde hekime klinik kararlarında yardımcı olan, günlük işlerini daha da hızlandıran ve kolaylaştıran, diğer aile hekimleri, 2.basamak ve Sağlık Müdürlüğü ile iletişimini en üst düzeye çıkaran, örneğin video konferans yöntemi ile aynı hasta dosyası üzerinden konsültasyon sağlayabilen, tüm ASM işlevlerini bünyesinde içeren suni zeka özelliklerine sahip robotik AHBS programları çok da uzağımızda değildir.



#### 4. Veri Güvenliği ve Yedekleme

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'nca 2005/153 sayılı genelgeye ve ekinde yer alan Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği Politikası'na göre aile hekimleri, hastalarının verilerinin güvenliğinden sorumludurlar. Bu genelgede;

"Hastanın rızası olmadan hiçbir çalışan sözle de olsa hasta sağlık bilgilerini hastanın yakınları dışında üçüncü şahıslara ve kurumlara iletemez." denmektedir.

25 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde kayıtların tutulma şekli ve muhafazası bölümünde;

"Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır." ve yine aynı bölümde

"Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." denmektedir.

Veri güvenliği 10 Eylül 2011 tarihli Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte de yer almıştır. Burada yayınlanan Aile Hekimliği Uygulaması'nda Uygulanacak İhtar Puanı Cetveli'nde;

"Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamak" 20 ihtar puanı ile; "Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak" 50 ihtar puanı ile cezalandırılmaktadır.

AHBS programları sunan firmalar için ise Uygulama Yönetmeliği'nde ;

"Herhangi bir vatandaşa ait kişisel veriler ile kişisel sağlık verileri, müdürlük ya da Bakanlık haricindeki herhangi bir kayıt ortamında (bilgisayar, harddisk, cd, dvd, yazılı doküman gibi) yüklenici firma tarafından kaydedilemez. Bu durumun tespiti halinde bu yazılımın kullanımı iptal edilir." denmektedir ve hasta kayıtlarının bu firmalar tarafından kaydedilmeden bakanlık veritabanına gönderilmesi zorunluluğu getirilmiştir.

Aile hekimi tuttuğu kayıtları Uygulama Yönetmeliğine göre;

"Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını aile hekiminden talep edebilir." maddesi uyarınca hastanın kendisiyle ve

"Denetim sırasında talep edilmesi halinde, aile hekimi hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır." maddesi uyarınca da denetime gelen yetkililerle paylaşabilir.

Aile hekimliği görevinin sona ermesi ile kayıtların devri hususunda aynı yönetmelikte;

“Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devreder. Devir teslimin yapılmadığı 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.” denmektedir. Yine ücret yönetmeliğinde;

“Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını devretmemek” 10 ihtar puanı ile cezalandırılır denmektedir.

Aile Hekimlerinin ayrıca bilgisayarlarını güvenlik altına almaları gerekmektedir. Bunun için piyasada pek çok anti-virüs ve zararlı yazılım önleyici programlar mevcuttur. Bunların bazıları ücretsizdir. Yine elektrik kesintilerine karşı masaüstü bilgisayarlar UPS denen akıllı güç kaynakları ile veri kaybına karşı korunabilir. Modem ve ağ elemanları da bu güç kaynaklarına bağlanarak elektrik kesintisinde bile internet bağlantısı devam ettirilebilir.

Yedekleme tüm AHBS programlarınca sunulan bir hizmettir. Çoğu program, program kapatıldığında veri bankasının bir yedeğini kullanıcının belirlediği bir klasöre yedekler. Böylelikle veriler korunmuş olur. Aşağıda Rize 1 No’lu Aile Sağlığı Merkezi’nin yedekleme protokolü özetlenmiştir:

**1.** Her gün AHBS programının kendi yedeğinin bilgisayar üzerinde ikincil hard disk bölümüne alınması. (örneğin AHBS programı “C:” bölümünde ise yedeğin “D:” bölümüne alınması) Bu AHBS programınca gün sonunda ya da programdan çıkıldığında otomatik olarak gerçekleştirilmektedir.

**2.** Günlük alınan AHBS yedeğinin harici bir hard disk üzerindeki Yedekler klasörüne hergün kopyalanması. Bu, bilgisayarınıza veya hard diskinize onarılamayacak bir hasar geldiğinde verilerinizin güvenliğini sağlar.

**3.** Ayda bir AHBS programının ve işletim sisteminin bulunduğu hard disk bölümünün bir ayna imajı programı (imaging software) ile harici bir hard diske kaydedilmesi. Bu oldukça pratik bir yöntemdir. Çünkü bilgisayarınız herhangi bir nedenle kullanılamaz hale geldiğinde (virüs, fiziksel hasar, hard disk bozukluğu) üstteki yöntemler bilgisayarınızın tamir edilip veya format atılıp işletim sisteminin, AHBS ve yardımcı programlarınızın hepsinin yeniden yüklenmesi sonrası ancak yedekten dönülerek kaldığınız yerden devam

edebilmeyi sağlar. Oysa ayna imajı programları çalıştırdığınız hard disk bölümünün bir kopyasını çıkarır ve saklar. Bilgisayarınızın ya da hard diskinizin başına bir şey geldiğinde bu imajdan geri dönerek işletim sisteminizi, AHBS'yi veya diğer programlarınızı yüklemeyen hiçbirşey olmamış gibi işinize devam edebilirsiniz. Bu yöntemin dezavantajı tüm hard disk bölgesinin tam bir kopyası çıkarıldığından zaman almasıdır. Bu yüzden işletim sisteminin ve AHBS'nin bulunduğu hard disk alanı boyut olarak mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır. Boyuta göre bu işlem 45 dakika ile 1.5 saat arasında sürecektir. Bu yüzden günlük kullanıma uygun değildir. Bu yöntemle son üç aylık hard disk imajları eksternal hard diskte saklanır. Bunun sebebi; bilgisayarınıza zarar veren sebep bir önceki imajda olabilir. Bu imaj istediğiniz sonucu vermezse bir öncekine rahatlıkla dönebilirsiniz. Bu yöntem sonrası bilgisayarınız eski haline döndükten sonra yine harici hard diskte bulunan ve günlük kaydettiğiniz AHBS yedeğinden dönerek AHBS programını da en güncel hale geri getirebilirsiniz. Piyasada pek çok imaj programı satılmaktadır (Norton Ghost, Acronis True Image, Paragon Drive Backup vb..).

Ayrıca verilerinizi internet üzerinde yedekleyen internet hizmetleri de mevcuttur. Bu hizmetler İnternet Servis Sağlayıcınız tarafından belli bir kapasiteye kadar ücretsiz veriliyor olabilir. Örneğin TTNET, NETDİSK hizmeti ile sınırsız kota kullanan abonelerine 1 GB internet yedekleme hizmetini ücretsiz sunmaktadır. AHBS yedeklerinizi sıkıştırıp şifreleyip (Winzip ya da WinRAR gibi bir programla) internette saklayabilirsiniz.

## **Kaynaklar**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005). T.C. Resmi Gazete, 25867, 6 Temmuz 2005.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (2010). T.C. Resmi Gazete, 27801, 30 Aralık 2010.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete, 27871, 11 Mart 2011.

Akdağ,R.(2008) "Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü Önsöz".Erişim Tarihi:27 Kasım 2011,

[url://sagliknet.saglik.gov.tr/.../soner\\_kirici\\_sayed\\_usvs\\_kds.pdf](url://sagliknet.saglik.gov.tr/.../soner_kirici_sayed_usvs_kds.pdf)

- Durmaz,A.(2005)."Bilişim Teknolojileri". Erişim tarihi:16 Ekim 2011, url://bakaml.k12.tr/dosyalar/bt\_nedir.ppt.
- Eşkom A.Ş.(2011)."KİOSK Nedir?" . Erişim tarihi:16 Ekim 2011, url://www.eskom.com.tr/Diger-Cozumlerimiz.aspx?k1=1
- Health Level 7 International.(2011) .About HL7. Erişim tarihi:22 Kasım 2011 url://www.hl7.org/about/index.cfm?ref=common.
- Kırıcı,Soner.(2008) "Sağlık Bakanlığı Karar Destek Sistemi-Tıp Bilişimi Kongresi 14 Kasım 2008" Erişim tarihi:27 Kasım 2011, url://sagliknet.saglik.gov.tr/.../soner\_kirici\_sayed\_usvs\_kds.pdf
- Microsoft Corporation (2011). Sık sorulan sorular: 32 bit ve 64 bit Windows. Erişim tarihi:16 Ekim 2011, url://windows.microsoft.com/tr-TR/windows-vista/32-bit-and-64-bit-Windows-frequently-asked-questions
- Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Veri Güvenliği Hakkında Genelge (2005) Sayı: B100BİDB – 010.06-1249 Tarih: 07/10/2005

## GEZİCİ VE YERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

### GİRİŞ

Aile Hekimliği Uygulamasının yasal temeli olan Aile Hekimliği Kanunu'nda aile hekimi tanımlanırken diğer özelliklerinin yanı sıra "gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren" olarak da belirtilmekteydi (Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 2) Yine aynı kanunda aile hekimlerine yapılacak ödemelerin tespitinde esas alınacak konular arasında gezici sağlık hizmetleri (GSH) de sayılmakta ve GSH ödemelerinden damga vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılamayacağı hükmü yer alıyordu (Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 3). Çok genel bir çerçeve çizen bu kanunun uygulanmasıyla ilgili olarak çıkarılan ve gezici sağlık hizmeti ile düzenlemelere yer veren ilk yönetmelik, 2005 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik idi kısaca pilot yönetmelik olarak bilinen bu yönetmelik, 2010 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY) ile yürürlükten kaldırıldı. AHUY'da 2011 yılında gezici sağlık hizmetleriyle ilgili maddeleri de kapsayan değişiklikler yapıldı. Bölüm hazırlanırken bu değişiklikler de dâhil güncel durum dikkate alınmıştır. Ayrıca GSH ile ilgili olarak aile hekimlerine yapılacak ödemeleri düzenleyen, kısaca ödeme ve sözleşme yönetmeliği olarak anılan yönetmeliğin 2010 yılında çıkarılan güncel şekil esas alınmıştır. Birçok il, GSH uygulaması ile ilgili kendi illerinde geçerli olmak üzere talimatnameler yayınlamıştır. Bunlar genellikle yönetmeliklere aykırı maddeler içerebilen ve illere göre farklılıklar içeren metinlerdir. Yönetmelikte GSH'nin hangi usul ve esaslara göre yürütüleceğinin "Bakanlıkça" belirleneceği belirtilmiş olduğundan (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [AHUY], 2010: madde 3ğ), yani

illere GSH usul ve esaslarını düzenleme yetkisi verilmediğinden, bu talimatnamelerin geçerli olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle, yeri geldiğinde değinilmekle birlikte bu talimatnamelere fazla vurgu yapılmayacaktır.

## **GEZİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ (GÜNCEL YÖNETMELİKLERE GÖRE)**

GSH, aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır (AHUY, 2010: madde 3ğ). GSH uygulamasıyla ilgili konular soru – cevap şeklinde aşağıda ele alınmıştır:

### **1. GSH Kimler Tarafından Verilir?**

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı (ASE) tarafından birlikte, ayrı ayrı veya sadece aile hekimi tarafından verilir. ASE tarafından verilmesi durumunda ulaşım ve donanım aile hekimince sağlanmalıdır ve ASE tarafından verilen GSH aile hekiminin süresinden sayılmaz (AHUY, 2010: madde 3ğ ve madde 6(4)). GSH bölgesine faal sağlık evi varsa, burada görevli ebe, hizmet yönünden aile hekimine bağlı olduğundan GSH'ne katılabilir (AHUY, 2010: madde 16(5)).

### **2. GSH Nereelerde Verilir?**

GSH Sağlık Müdürlüğünce tespit edilen uzak mahalle, belde, köy ve mezra gibi yerleşim yerlerine giderek verilir (AHUY, 2010: madde 3ğ). Buralarda Bakanlığa ait sağlık tesisi (Sağlık Evi, eski Sağlık Ocağı vb.) varsa bunlar kullanılabilir (AHUY, 2010: madde 6(3)).

Aile hekiminin GSH bölgesinde hizmet sırasında kullandığı Sağlık Bakanlığına ait olan ya da olmayan her türlü tesis için hiçbir harcama yapma yükümlülüğü bulunmadığı akılda tutulmalıdır. Bunlar için kira, elektrik, su, ısınma vb. bir harcama yapması gerekmez. Bazı aile hekimlerine köy muhtarlarınca yer tahsis edildiği ancak daha sonra bu yerlerin giderlerinin hatta kiralalarının aile hekiminden alınmak istendiği olmuştur, bu konuda aile hekiminin hiçbir ödeme yapma yükümlülüğü olmadığı gibi kendisine buralarda yer edinme zorunluluğu olmadığı da unutulmamalıdır.

### **3. GSH sırasında hangi hizmetler verilir?**

AHUY'da, GSH'nin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre yapılacağı belirtilmesine rağmen bunlarla ilgili ayrıntılar belirlen-

memiştir. Bunların Bakanlıkça belirleneceği hususu açık olduğundan illerde müdürlüklerce belirlenen usul ve esaslar geçerli sayılmamalıdır. Yönetmelikte GSH sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verileceği belirtilmektedir (AHUY, 2010: madde 4g). Aile hekimi GSH sunduğu bölgenin gereksinimlerine göre hangi hizmetleri ne ölçüde vereceğini kendisi belirlemelidir. "Köy ve mahalle muhtarları aracılığıyla bir önceki ayın son iş günü saat 12.00'ye kadar programın duyurulmasını sağlar" (AHUY, 2010: madde 6(4)) denilmesi yönetmeliği hazırlayanların daha çok poliklinik hizmeti verileceğini öngördüğünü düşündürse de bu konuda zorlayıcı bir düzenleme yoktur. Çoğu aile hekiminin GSH sırasında poliklinik hizmeti verdiği bilinmektedir ancak vermeyen aile hekimleri de vardır (Topallı, 2010: 82). Birçok kez bu poliklinik hizmeti sağlık tesisi olmayan uygunsuz ortamlarda verilmektedir (Topallı, 2010: 82). Sağlık tesisi olmayan yerlerde poliklinik hizmeti verilmesi, hizmet kalitesi ve saygınlığı açısından olumlu görünmemektedir. Özellikle eskiden hekimli Sağlık Ocağı olup, aile hekimliği uygulamasına geçildiğinde ASM yapılmamış birimler için poliklinik hizmeti verilmesi uygun olabilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi hizmetin kapsamına ve ne ölçüde verileceğine aile hekimi karar vermeli ve uygulamalıdır. Yönetmelikte aile hekiminin nerelere, ne kadar süre gideceği ile ilgili düzenleme bulunmaktadır ancak bu sürede ne yapacağı ile ilgili bağlayıcı hüküm yoktur.

GSH sırasında öncelikle verilmesi gereken hizmetler ASM'ye ulaşım zorluğu olan kişilere ulaşarak verilecek hizmetlerdir. Yatalak, mobilite güçlüğü olan yaşlı, ileri derecede kalp, solunum sistemi ya da nörolojik bozukluğu olan kişilere evlerinde ya da evlerine yakın yerlerde sağlık hizmeti sunulmasına öncelik ve özel önem verilmelidir.

GSH sırasında poliklinik hizmeti verilmesi düşünülüyorsa bu eski sağlık ocağı ya da sağlık evi gibi sağlık tesislerinde ya da benzer koşulların sağlanabileceği yerlerde verilmelidir. Sağlık evi ebelerinin hizmet yönünden aile hekimine bağlı olduğu (AHUY, 2010: madde 16(5)) ve GSH sırasında destek sağlayabilecekleri unutulmamalıdır.

#### **4. GSH ne kadar süre ile verilmelidir?**

AHUY'un en çok eleştirilen yönlerinden birisi GSH için öngörülen sürelerdir (AHUY, 2010: madde 6(3)). 2011 yılında yapılan değişiklikle (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011: madde 2) her 100 kişi için verilecek GSH süresi ayda iki saate indirilmiş ancak her bir yerleşim birimine haftada en az bir kez gidilmesi hükmü getirilmiş; bazı aile hekimle-

ri için ASM'de hizmet verecek zaman bulmak güçleşmiştir. Bu düzenleme ile birçok aile hekimi için yönetmeliğe uygun şekilde GSH verme olanağı kalmadığından bu süreler de önemini yitirmiştir. Aile hekimleri bu sürelerin uygulanabilir olmadığını düşünmektedirler (Sağlık-Sen, 2011). Getirilen düzenleme sanki aile hekiminin açığı arandığında kolayca bulunması ve ihtar puanı verilebilmesi için planlanmış gibidir. Gezici sağlık hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak 10 ihtar puanı ile cezalandırılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: Ek2).

Yönetmeliğe uygun planlama yapmak isteyenler için bir örnek durumu açıklamak yerinde olacaktır: Bir aile hekiminin dört ayrı köye GSH verdiğini düşünelim. Her bir köyde aile hekimine kayıtlı nüfus A (450), B (325), C (150) ve D (60) olsun. Bu arada planlanmanın köyün toplam nüfusu değil, o köyde o aile hekimine kayıtlı nüfus üzerinden yapılacağını hatırlatmakta yarar var. A köyünde kayıtlı 450 kişi var, 100 kişiye ayda 2 saat hesabıyla bu köye ayda  $(450/100) \times 2 = 9$  saat hizmet vermek gerekecektir. Aynı hesapla B köyüne  $(325/100) \times 2 = 6,5$  saat; C köyüne  $(150/100) \times 2 = 3$  saat ve D köyüne  $(60/100) \times 2 = 1,2$  saat GSH verilecektir. Her köye her hafta gidilmesi zorunluluğu getirildiğine göre, bu sürelerin hafta başına düşenlerini belirlemek için her biri aydaki hafta sayısına (yaklaşık dörde) bölünecektir. Bu hesapla, A köyüne haftada 2 saat 15 dakika; B köyüne, 1 saat 40 dakika, C köyüne, 45 dakika ve D köyüne 20 dakika asgari sürede GSH verilmesi gerekmektedir. Köylere ulaşım için harcanacak süre de bu sürelerin içerisinde. Örneğimizdeki 985 GSH nüfuslu aile hekimimizin haftada en az beş saat gezici hizmeti olacaktır. Tabi her aile hekimi örneğimizdeki gibi şanslı olmayacaktır, yirmiden fazla birime GSH veren, 2000'den fazla gezici nüfusu olan aile hekimleri bulunmaktadır (Topallı, 2010: 82) ve bunlar için yönetmeliğe uygun hizmet vermek neredeyse olanaksızdır.

### ***5. Gezici Sağlık Hizmetleri için ulaşım neyle sağlanmalıdır?***

Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimlerine giderler için ayrı bir ödeme yapıldığından her türlü ulaşım aile hekimince karşılanmak durumundadır. Çoğu aile hekimi GSH sırasında kendi aracını kullanmaktadır (Topallı, 2010: 82). Kiralama araç, taksi ya da toplu taşımla GSH sunan hekimler de vardır. Yeni ödeme ve sözleşme yönetmeliği ile Sağlık Müdürlüklerine ait gezici sağlık araçlarının da aile hekimlerine kullanılabilmesi hükümü getirilmiştir (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalış-



tırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16(1)ç). Yine aynı maddeye göre iklim ve ulaşım şartları nedeniyle normal araçlarla GSH verilemediği durumlarda müdürlüklerce kar paletli araç, 4 x 4 arazi aracı tahsisi yapılabilmektedir. Müdürlükçe araç tahsisi yapılan durumlarda GSH ödeneğinin tahsis yapılan döneme ait kısmı müdürlük döner sermayesine aktarılacaktır.

## **6. GSH sırasında bilgisayar kullanımı**

Aile hekiminin yaptığı her türlü uygulama kullanmış olduğu Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kayıt edilmelidir. GSH sırasında vermiş olduğu tanı, tedavi, izlem, bağışıklama hizmetleri de bu kapsamda olduğundan bilgisayara girilmelidir. Bu durumda iki seçenek ortaya çıkmaktadır: GSH sırasında bilgisayarı taşıyarak verileri anlık kayıt etmek ya da yapılan çalışmalarını not alıp daha sonra ASM'de ya da evde bilgisayara girmek. Özellikle GSH sırasında poliklinik yapmayan, önceden belirlenmiş, bildiği hastalara sağlık hizmeti veren hekimler gidecekleri hastalarla ilgili bilgilere önceden göz atıp bilgisayar taşımadan da bu işi rahatlıkla yürütebilirler ama GSH sırasında poliklinik hizmeti veriliyorsa başvuran kişinin önceki muayenelerini görmek, kendi hastası olup olmadığını kontrol edebilmek için bilgisayar kullanmak iyi olur. GSH sırasında misafir hasta diye bir uygulama olmadığından kayıtlı olmayan kişilere hizmet verilme zorunluluğu yoktur. Yeni kayıt olmak isteyenlerin durumunun sorgulanması istenirse 3G vb. GSM şebekeleri üzerinden internet bağlantısı ile sorgulama yapılabilir. Bazı GSM şebekelerince Mernis sorgusu için gereken sabit IP hizmeti de verilmektedir. ÇKYS kodu, tarih ve sıra numarasının entegre edilmesiyle oluşan yeni protokol numarası sistemi ve giderek yaygınlaşacak e-reçete uygulamaları el ile reçete düzenlemeyi zorlaştırmıştır. Bu yüzden gezici hizmet sırasında yazıcı bulundurmak, yukarıda anılan mobil internet bağlantıları kullanarak e-reçete göndermek, protokol numarasının tamamını ya da sadece sonda yer alan sıra numarasını elle yazarak reçete düzenlemek, reçetelerin daha sonra ASM'ye gelerek alınmasını söyleyip gezici hizmet sırasında elden hiç reçete vermemek gibi çeşitli çözümler üretilmektedir.

## **7. GSH için verilen ücret nasıl hesaplanmaktadır?**

GSH giderleri için aile hekimine verilen ücret GSH kapsamındaki nüfusa göre hesaplanmaktadır. GSH giderleri aynı nüfusa sahip aile hekimleri arasında bile önemli farklılıklar içerebildiği için sadece nüfusa dayanan bir ücretlendirme adil değildir. Eski yönetmelikte

500 kişinin altına gider ödeneği ödenmezken artık 100 kişilik dilimlere göre değişen ödeme yapılması haksızlığı bir miktar düzeltmiş olmakla birlikte 10 km uzağa giden aile hekimine de 60 km uzağa giden aile hekimine de nüfusları aynı diye aynı ödemenin yapılması haksızlıktır.

Halen yürürlükteki mevzuata göre her 100 kişi için tavan ücretin binde 16'sı oranında ödeme yapılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16(1)ç). Güncel rakamlarla (Eylül 2011) tavan ücret 2999 TL olduğuna göre her 100 kişi için 47,98 TL ödeme yapılmakta ve bundan sadece damga vergisi kesilmektedir (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16(3), Aile Hekimliği Kanunu, 2004: Madde 3).

### **8. GSH giderleri ücreti hangi durumlarda kesilebilir?**

GSH giderleri ödemesinde kesinti sadece iki durumda tanımlanmıştır:

1) Yıllık izin nedeniyle izindeki aile hekiminin yerine geçici aile hekimi görevlendirmesi yapılmışsa, o süreye ait GSH giderleri ödemesi aile hekiminden kesilerek geçici aile hekimine ödenir (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 17(1)ç) .

2) Yukarıda 5. maddede bahsedildiği gibi GSH için Sağlık Müdürlüğünden araç tahsisi yapılmışsa bu döneme ait GSH giderleri ödeneği de aile hekiminden kesilerek müdürlük döner sermayesine aktarılır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16(1)ç) .

Yukarıda anılanlar dışında GSH giderleri ödeneğinde kesinti yapılamaz. Bazı il müdürlüklerince çıkarılan GSH talimatnamelerinde gezici sağlık hizmetine gidilmemesi durumunda ücretin kesileğinden bahsedilmektedir. Gerek kanunda, gerekse yönetmeliklerde bu tür bir kesinti tanımlanmamış olduğundan ve kanunda açıkça "gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılamaz (Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 3)" yazıldığından bu düzenlemeler mevzuata uygun değildir. Gezici Sağlık Hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak şeklinde tanımlanan eylemin karşılığı yönetmelikte 10 ihtar puanı olarak tanımlanmış olup bunun için ayrıca bir para kesintisi cezası tanım-

lanmamıştır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: Ek2). Yönetmeliğin 18. maddesinde "Aile hekiminden yapılacak kesintiler" başlığı altında sayılan kesintiler arasında da bu tür bir kesinti yer almamaktadır.

### **9. GSH ile ilgili doldurulması gereken formlar nelerdir?**

GSH ile ilgili olarak aile hekimliği mevzuatında yer alan ve aile hekimince düzenleneceği tanımlanan iki belge bulunmaktadır: Gezici ve/veya Yerinde Sağlık Hizmeti Planı ve Gezici ve/veya Yerinde Sağlık Hizmet Faaliyet Raporu (AHUY, 2010: madde 6(4)) (Örnekler için Bkz. Ek1 ve Ek2). Hizmet planı sözleşme dönemi başında yapılarak Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) gönderilir ve değişiklik yapılmadıkça sözleşme dönemi boyunca yeniden düzenlenip gönderilmesi gerekmez.

Faaliyet raporu ise her ayın sonunda hazırlanarak TSM'ye iletilir. Sağlık Bakanı imzasıyla yayınlanan 2010/48 sayılı Genelge ile aile hekimlerince düzenlenecek formların kaldırılmasıyla faaliyet raporunun gönderilmesi işleminin sona ermiş olması gerektiği düşünülebilir, bazı iller bu ve başka formları istemeye devam ederken, bazılarında istenmemektedir. Yine bazı illerin talimatnameleri ile gezi beyanı gibi eski Sağlık Ocağı döneminden kalan alışkanlıkla istedikleri formların ise mevzuatta yeri yoktur ve gönderilmemesi gerekir.

Mevzuatta tanımlanan formlar dışında aile hekimi ihtiyaç duyar sa kendi hizmet planlamasına yardımcı olabilecek formları oluşturup kullanabilir, özellikle GSH sırasında bilgisayar kullanmayan aile hekimleri sonradan AHBS'ye girerken eksiklik olmaması açısından gerekli bilgileri unutmadan kayıt etmeyi sağlayacak formlar geliştirip kullanabilir, bunlar dosyaları geriye dönük araştırmalarda kullanılabilir. Örnek bir form için <http://www.tahud.org.tr/guncel/kose-yazilari/gezici-saglik-hizmeti-uzerine-notlar/74> adresine bakılabilir.

### **10. GSH'nin duyurulması nasıl yapılmalı?**

Yönetmelikte aile hekiminin köy ve mahalle muhtarları vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00'ye kadar programının duyurulmasını sağlayacağı ibaresi yer almaktadır (AHUY, 2010: madde 6(4)). Daha çok poliklinik hizmeti verileceği varsayılarak konmuş olan bu hükmün, özellikle son yapılan değişikliklerle her birime her hafta gidilmesi zorunluluğu getirildikten sonra işlev ve gerekliliği kalmadığı düşünülebilir.

## **YERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ (GÜNCEL YÖNETMELİKLERE GÖRE)**

2010 yılında yasal metinlere giren yerinde sağlık hizmeti (YSH), 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 Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek yerinde ve-receği sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır (AHUY, 2010: madde 3k).

### **1. YSH Kimler Tarafından Verilir?**

Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanı (ASE) tarafından birlikte veya ayrı ayrı ya da sadece aile hekimi tarafından verilebilir. ASE tarafından verilmesi durumunda ulaşım ve donanım aile hekimince sağlanmalıdır ve ASE tarafından verilen YSH aile hekiminin süresinden sayılmaz (AHUY, 2010: madde 3ğ ve madde 6(4)). YSH verilen kurumda, kurum içerisinde yer alan sağlık biriminde (revir vb.) görevli sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru vb.) bulunuyorsa aile hekimine yardımcı olur. Böyle bir personel varlığında ASE'nin YSH'ye katılmasına gerek kalmayabilir.

### **2. YSH Nereelerde Verilir?**

Müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslah evi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşam alanlarında verilir (AHUY, 2010: madde 3k).

YSH için hizmetin verileceği kurumun talepte bulunması gerekmektedir, yine kurumlar aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yükümlüdür (AHUY, 2010: madde 6(2)).

Uygulamada YSH genellikle ceza infaz kurumlarında verilmektedir. Adalet ve Sağlık Bakanlıkları arasındaki protokole göre mevcudu 1000 ve daha fazla olan ceza infaz kurumlarına ayrı aile hekimliği pozisyonu ihdas edilmesi gerekmekte, yani; bu kurumlara verilen hizmet YSH kapsamında olmamaktadır. Hükümlü ve tutuklu sayısı binden az olan kurumlara ise hizmet YSH kapsamında ve durumu uygun olan en fazla üç aile hekimine bölüştürülerek verilmelidir (Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol, 2009: madde 5). Uygulamada en fazla üç aile hekimi kuralına uyulmayan örnekler bulunmaktadır.

Ceza infaz kurumları dışında YSH genellikle huzurevlerinde verilmekte, yönetmelikte adı geçen çocuk yuvası, yetiştirme yurdu

gibi diğer kurumların hastaları genellikle ASM'lere gelerek hizmet almaktadırlar.

### **3. YSH sırasında hangi hizmetler verilir?**

AHUY'da GSH gibi YSH'nin de Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre yapılacağı belirtilmesine rağmen bunlarla ilgili ayrıntılar belirlenmemiştir. Yönetmelikte yine GSH gibi YSH sırasında da kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verileceği belirtilmektedir (AHUY, 2010: madde 4g). Aile hekimi YSH sunduğu kurumun gereksinimlerine göre hangi hizmetleri ne ölçüde vereceğini kendisi belirlemelidir.

Sağlık ve Adalet Bakanlıkları arasındaki protokolde ceza infaz kurumlarında aile hekimlerinin vereceği sağlık hizmetlerinin, aile hekimlerinin bağlı olduğu mevzuata göre verileceği hükmü mevcuttur (Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol, 2009: madde 6d). Bu itibarla ceza infaz kurumlarında yürütülecek YSH sırasında aile hekiminin görevleri arasında olmayan ama eski mevzuatta cezaevi tabibine verilmiş olan işlerin (koşulların denetimi, gıda kontrolü, vb. gibi) yapılması zorunluluğu yoktur.

Bir kurumda, genellikle ceza infaz kurumunda YSH yükümlülüğü birden fazla aile hekimine bölüştürülmüşse, her hekim YSH sırasında, acil durumlar dışında, sadece kendisine kayıtlı hastalara hizmet sunmalıdır. Aynı kuruma birden çok aile hekiminin YSH vermesi durumu hemen hemen sadece ceza infaz kurumlarına özgü bir durumdur. Genellikle muayene talebinin yüksek olduğu, yine hekimlerin belli ilaçların yazılması ve dışarıya sevk gibi taleplerle sık karşılaştığı bu kurumlarda, hastaların hekimler arasında paylaşılması kararlı bir şekilde uygulanmazsa aynı kişinin, aynı talebini farklı hekimleri deneyerek yinelemesi ile iş yükünün aşırı artması sorunuyla karşılaşabileceği görülmüştür. Böyle bir ayırmada acil olabilecek hastalar diğer hekimlerce de kabul edilmeli ancak sorunun acil olmadığı anlaşıldığında kişinin kendi hekimine başvurması mutlaka sağlanmalıdır.

### **4. YSH ne kadar süre ile verilmelidir?**

YSH verilen kurumlardaki her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere 750 kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 kişiden fazla ise hastada en az iki kez YSH verilir. Cezaevi ve çocuk ıslahevleri için bu süre iki kat, yani altı saat olarak uygulanır (AHUY, 2010: madde 6(2)).

Bir örnek verecek olursak, 400 tutuklu ve hükümlünün kalmakta olduğu bir cezaevine 2 aile hekimi YSH vermek üzere görevlendirilmiş olsun. Her bir aile hekiminin 200'er hastası olacaktır. Kurum bir ceza infaz kurumu olduğuna göre her 100 kişiye ayda 6 saat hizmet planlanacaktır, buna göre 200 kişiye ayda 12 saat YSH planlanması gereklidir; sayı 750'den az olduğuna göre haftada bir kez gidilmesi yeterlidir ama istenirse daha fazla gidilebilir. Ayda dört hafta olduğunu varsayarsak ( $12 / 4 = 3$ ) haftada üç saat YSH uygulaması her bir aile hekimi için yeterlidir. Bu üç saati aile hekimi isterse bir günde isterse daha fazla güne bölerek uygulayabilir.

Aile hekiminin YSH kapsamındaki hizmeti sadece bu saatlerle sınırlıdır. YSH saatleri dışındaki ortaya çıkabilecek acil durumlarda, ceza infaz kurumunun bulunduğu yerleşim yeri ve yakınlarında acil sağlık hizmeti veren Acil Sağlık İstasyonu, Hastane vb. kurum bulunmaması durumu dışında, aile hekimleri kuruma giderek hizmet vermek zorunda değildir.

### **5. YSH sırasında bilgisayar kullanımı?**

Aile hekiminin yaptığı her türlü uygulama kullanmış olduğu AHBS'ye kayıt edilmelidir. YSH sırasında vermiş olduğu tanı, tedavi, izlem, bağıışıklama hizmetleri de bu kapsamda olduğundan bilgisayara girilmelidir. Bu durumda iki seçenek ortaya çıkmaktadır, YSH sırasında bilgisayarı taşıyarak verileri anlık kayıt etmek ya da yapılan çalışmalarını not alıp daha sonra ASM'de ya da evde bilgisayara girmek. Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetinin sunulduğu revirlerde genellikle bilgisayar bulunmakta ancak internet bağlantıları güvenlik önlemleri nedeniyle sınırlı ve yavaş olabilmektedir. Birden çok aile hekimi hizmet verecekse, bir bilgisayara çok kullanıcı için AHBS kurulmasında da sorunlar bulunmaktadır. Her türlü GSM cihazının içeri alınmasının kesinlikle yasak olduğu bu kurumlarda 3G ve benzeri bağlantılardan yararlanmak da olası değildir. Her aile hekiminin kendi dizüstü bilgisayarlarıyla çalışması ve verilerin daha sonra ASM veya evden gönderilmesi de bir yöntem olabilir. Dizüstü bilgisayarın cezaevine getirilmesiyle ilgili cezaevi yönetimiyle önceden konuşulması yararlıdır. Bu konuda bir yasak olmamakla birlikte bazı cezaevlerinde sorunla karşılaşılabilirdiği bilinmektedir.

### **6. YSH için ücret verilmekte midir?**

Eskiden, 2010 AHUY öncesi yönetmelikte YSH tanımı bulunmadığından, bu hizmetin verildiği nüfus çoğu ilde GSH kapsamında değerlendirilen nüfusa dâhil edilip GSH giderleri kapsamında ücretlendirilebiliyordu. Günümüzde geçerli mevzuatta YSH için

tanımlanmış bir ücret yoktur. Ancak, en fazla YSH uygulanan cezaevlerinde kalan tutuklu ve hükümlüler için yüksek katsayı (2,25) tanımlaması yapılmış olduğundan, kayıtlı kişiler için ödenecek ücret kaleminde bir artış sağlanmaktadır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16 (1)a).

### **7. YSH ile ilgili doldurulması gereken formlar nelerdir?**

YSH ile ilgili olarak aile hekimliği mevzuatında yer alan ve aile hekimince düzenleneceği tanımlanan formlar GSH ile aynıdır (Bkz. yukarıda: Gezici Sağlık Hizmetleri, 9. GSH ile ilgili doldurulması gereken formlar nelerdir?) .

### **8. YSH verilecek kurumun yükümlülükleri nelerdir?**

YSH talep eden kurum hizmetin verileceği asgari şartları karşılamak durumundadır (AHUY, 2010: madde 6(2). Hekimin muayenede kullanacağı oda, masa, koltuk, muayene masası, temel muayene araçlar gibi malzemeyi sağlamak kurumun yükümlülüğündedir. Bu madde gereğince hekim kurumda kullanmak ve "asgari şartlar" tanımına uygun olmak koşuluyla her türlü ihtiyacını kurum yönetiminde talep edebilir.

Ceza infaz kurumlarıyla ilgili bakanlıklar arası protokolde Adalet Bakanlığının yükümlülükleri şu şekilde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol, 2009: madde 7):

1) Sağlık hizmeti için amaca uygun ve yeterli fizik mekân sağlayıp bu mekânları uygun şekilde düzenlemek, gerekli tıbbi donanım ve diğer araç gereçleri temin etmek ve hizmetle ilgili Sağlık Müdürlüğünün taleplerini karşılamak.

2) Sağlık hizmeti sunulan mekânların bakım, onarım, temizlik ve güvenliğini sağlamak.

3) Mutat vasıtalarla ulaşımı sağlanamayan yerler için aile hekimlerinin geliş gidişini sağlamak.

4) Hükümlü ve tutukluların sayısı ve nüfus bilgilerini her ayın ilk haftası son iş gününe kadar il sağlık müdürlüğüne iletmek.

5) Aile hekimlerince tutulan kayıtları kurumlarda muhafaza etmek.

Protokoldeki bu yükümlülükler incelendiğinde tıbbi donanım, araç gereç vb. konusunda talepte bulunması gereken kurum sağlık müdürlüğü olarak belirlenmiş görünmektedir. Bu durumda aile he-

kimi ihtiyaçlarını, ceza infaz kurumundan talep edilmek üzere sağlık müdürlüğüne bildirmek durumundadır. Yine mutad vasıta ile ulaşım sorunu bulunan, yani toplu taşıma araçlarının güzergâhı dışında bulunan cezaevleri için aile hekimi ceza infaz kurumunun servis araçlarından yararlanabilecek ya da araç talep edebilecektir.

Burada en önemli husus, hükümlü ve tutukluların sayısı ve nüfus bilgilerinin sağlık müdürlüklerine iletilmesidir. Tutuklu ve hükümlülere ayrı katsayı uygulaması (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 16 (1)a) nedeniyle aile hekimine kayıtlı bireyler arasında hükümlü ve tutukluların ayırt edilmesi önem kazanmaktadır. Bu madde ile bu bilgilerin sağlık müdürlüğüne iletilmesi sürecinin kurumlar arasında halledilmesi gerekirken, uygulamada bu işin takibi aile hekimlerine düşmekte, cezaevi yönetimleri bu listeleri verirken zaman zaman tereddüt etmekte, sorun çıkarabilmektedir. Böyle durumlarda protokoldeki bu madde hatırlatılmalıdır.

### ***9. Birden fazla aile hekiminin YSH sunduğu kurumlarda hasta dağılımı nasıl yapılmaktadır?***

Bu konuda mevzuatta bir hüküm bulunmamaktadır. Birden fazla aile hekiminin YSH sunması örneği hemen hemen sadece ceza infaz kurumlarında görülmektedir. Ceza infaz kurumlarında aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı yönetmelikte vurgulanmaktadır (AHUY, 2010: madde 6(2)), buna göre bu kişilerin aile hekimleri bir şekilde kendileri dışında belirlenecektir. Bu belirleme genellikle müdürlüklerce yapılmaktadır. Alfabetik sıraya göre listeyi sıralayıp eşit gruplara bölmek ya da kurumdaki bloklara, koşullara göre bölmek yöntemlerinden birisi izlenebilir. Bu durumda yeni gelenler, alfabetik olarak listedeki yeri hangi aile hekimine aitse ona kayıt edilir ya da kalacağı blok ya da koşula göre kayıt yapılabilir. Kayıt işlemi, kayıt yetkisinin aile hekimine verilmiş olduğu illerde doğrudan aile hekimi tarafından, diğer illerde ise TSM veya sağlık müdürlüğü tarafından isimlerin kurum ya da aile hekimi tarafından kendilerine ulaştırılması üzerine yapılır.

## **BİRDEN ÇOK HEKİMİN GÖREV YAPTIĞI ASM'LERDE GEZİCİ VE YERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN PLANLANMASIYLA İLGİLİ HUSUSLAR**

***Gezici ve yerinde sağlık hizmeti nedeniyle ASM'de bulunmayan aile hekiminin hastaları***



Yönetmelikte mesai saatleri ve günlerinin çalışma yerinin şartları da dikkate alınarak, çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun şekilde aile hekimince belirleneceği ve çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatlerinin ayrıca belirtileceği hükmü mevcuttur (AHUY, 2010: madde 10 (2)). Buradan açık bir şekilde anlaşılabilirliği gibi her gün ve/veya her saat poliklinik yapılması gerekmemektedir. Gezici veya yerinde hizmet saatleri de çalışma programında poliklinik saati olarak gösterilmemeli ve poliklinik saatleri dışında gelen hastalar geri çevrilmelidir. Gezici veya yerinde sağlık hizmeti için ASM dışında bulunan hekimin hastaları, yönetmelikteki misafir hasta tanımına (AHUY, 2010: madde 8(5)) uymadıklarından bu hastalara ASM'deki diğer hekimlerce misafir hasta olarak hizmet verilmesi uygun değildir.

Bazı iller yapmış oldukları il yönergelerinde gezici hizmetteki hekimin hastalarına diğer aile hekimlerince bakılmasını düzenlemekte hatta yerine bakacak hekimin isminin bildirilmesini isteyebilmektedir. Bu tür düzenlemeler mevzuata aykırı olup bunlarla ilgili olarak gereken itirazlar yapılmalıdır.

### ***ASM içerisinde ortak karar olarak bu kurala bazı istisnalar getirilebilir. Örneğin:***

1) Acil hastalar (acil olup olmadığı değerlendirildikten sonra acil olmadığına karar verilirse kişi kendi aile hekiminin poliklinik hizmeti verdiği zaman gelmek üzere yönlendirilmelidir).

2) Gezici ve yerinde hizmetle ilgili yeni bir düzenleme yapıldığında, yeni düzenleme öğrenilinceye kadar geçici bir süre eskiden poliklinik gün saati olan zamanda gelen hastalar. (Bu şekilde hizmet verilen herkes mutlaka kendi aile hekiminin poliklinik gün ve saatleriyle ilgili bilgilendirilerek bu şekilde mükerrer başvurular önlenmelidir. Kullanılan AHBS uyarı notu düzenlenmesine uygun ise bu şekilde hizmet verilen hastaların kayıtlarına durum işlenerek, kendi AH gezici/yerinde hizmetteyken başvurmayı alışkanlık haline getirmesi önlenmelidir.)

3) Yaşlı, hareket kısıtlılığı olan, uzakta ikamet eden ASM'ye güçlüklerle karşılaşmış kişiler.

İstisnai olarak geçici hizmet verilen bu hastaların akut sorunlarına müdahale ve biten kronik ilaçlarının yazımı dışındaki ihtiyaçları mümkünse ertelenmelidir. Takibi gereken durumları bulunması durumunda kişi eline not yazılarak ya da ASM içi başka bir haberleşme yöntemiyle (örn: e-posta ile) kendi aile hekimi bilgilendirilerek, hastaya kendi hekimine başvurması söylenmeli, müdahale ve takip kişinin kendi aile hekimine bırakılmalıdır.

## **GSH/YSH Günlerinin Planlanması**

Pratikte GSH veya YSH için ASM dışında bulunan hekimin hastaları diğerleri tarafından bakılmayacağı için ASM'deki hekimlerin hepsinin aynı gün ve saatte gezici hizmet için ASM'den ayrılması mümkündür. Ancak ASM'de aşı, enjeksiyon gibi hizmetler devam edecekse olası acil durumlar için hekim bulunması gerekebilir. Yine eskiden kalan alışkanlıkla ASM'nin hekimsiz kalması konusunda müdürlükler isteksiz davranabilir ve bu şekilde düzenlenmiş planları onaylamayabilirler. Bu nedenle yapılması gereken GSH/YSH miktarı ve ASM'deki hekim sayısı izin veriyorsa ASM'de en az bir hekim sürekli bulunacak şekilde plan yapılması tercih edilmelidir.

Gezici hizmet nüfusu, sabit nüfusundan fazla olan ya da çok uzak noktalara gidilmesi gereken bazı kırsal örnekler dışında gezici hizmetin yarım günler şeklinde planlanması o gün ASM'ye gelecek hastalar için iyi olabilir. Aile hekiminin tam gün olmaması nedeniyle ASM'ye gelecek hastaların mağdur olmaları böylece önlenir. Ayrıca, sabah gelen hastaya, öğleden sonra gelmesinin söylenmesi, ya da öğleden sonra gelmiş hastaya, sabah gelmesinin söylenmesi, daha az itiraz edilebilir bir durum oluşturacağından, diğer hekimler üzerine GSH/YSH'deki aile hekiminin hastasının bakılması baskısı daha az olacaktır.

Yine, mümkün olan durumlarda gezici hizmetin sabah saatlerine konulması sabah ASM'ye gelen hastaların ertesi güne değil de, daha az bir gecikmeyle aynı gün öğleden sonraya çağrılmalarını sağlayarak daha az itiraz edilebilir bir durum sağlayabilir.

Eğer esnek mesai kapsamında Cumartesi günü çalışılmıyorsa, Cuma günü öğleden sonraya GSH veya YSH konulması önerilmez, çünkü ASM'ye gelecek hastaların tekrar gelebileceği en yakın iş günü 2,5 gün sonrasındır. Bu durum da ASM'deki diğer hekimler üzerine hastaya bakma baskısı oluşturabilir.

Yine YSH/GSH gün ve saatleri planlanırken izin durumlarında birbirinin yerine bakılmasının gerekebileceği hesaba katılmalıdır.

Bir kez GSH/YSH programı yapıp hastalar bu programa alıştıktan sonra yapılacak değişikliklerin yeniden alışma dönemi ve buna bağlı sıkıntıları doğuracağı hesaba katılarak baştan iyi planlama yapılmalı ve zorunlu haller dışında sonradan değişiklik yapılmamalıdır.

İzne ayrılırken, vekâlet eden hekimin diğer hekimin GSH/YSH'ni yürütmesi de beklenmektedir. Yönetmeliklerde bu beklenti açıkça ifade edilmemiş olmakla birlikte; bazı il talimatnameleri buna vurgu yapmaktadır. Aynı ASM içerisinde vekâlet edilmesi durumunda hekimin GSH/YSH'ini yürütmesi ASM'ye gelen hastalarını mağdur edecek bir uygulamadır. Bu nedenle, vekâlet ettiği izindeki aile he-

kimi yerine GSH/YSH uygulamasına giden aile hekimleri azınlıktadır (Topallı, 2010: 82).

## **Kaynaklar**

- Aile Hekimliği Kanunu (2004). *T.C. Resmi Gazete*, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 25867, 6 Temmuz 2005.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). *T.C. Resmi Gazete*, 27591, 25 Mayıs 2010.
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (2010). *T.C. Resmi Gazete*, 27801, 30 Aralık 2010.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). *T.C. Resmi Gazete*, 27871, 11 Mart 2011.
- Topallı, R. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Gezici Sağlık Hizmetleri. *9. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Kitabı, 3 – 7 Kasım 2010*, (ss. 81 – 83). Antalya.
- Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol (2009). Ankara, 30 Nisan 2009.
- Sağlık – Sen (2011). Aile Hekimliği Türkiye Araştırması. [Erişim: 09 Ekim 2011 <http://www.haber3.com/saglik-sen-genel-baskani-metin-memis-1041768h.htm#ixzz1aH86su87>]

EK-1

**GİRESUN İLİ MERKEZ 28.01.026 NO'LU  
AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ  
GEZİCİ/YERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ PROGRAMI**

İLÇE	MERKEZ
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNİN ADI	TEYYAREDÜZÜ A.S.M.
AİLE HEKİMİ AD SOYAD	RUŞEN TOPALLI
AİLE SAĞLIĞI ELAMANI AD SOYAD	YASEMİN KEKÜLLÜOĞLU
GEZİCİ/YERİNDE SAĞLIK HİZMETİ PLANLANAN AYLAR	AĞUSTOS, EYLÜL, EKİM, KASIM, ARALIK
GEZİCİ/YERİNDE SAĞLIK HİZMETİ VERİLEN YERLEŞİM YERLERİNİN ADI	BOZTEKKE, DARIKÖY, YAYKINLIK, HAMİDİYE, GİRESUN E TİPİ CEZA İNFAZ KURUMU

	<b>KÖYLERİN ADI</b>	<b>GEZİCİ HİZMET VERİLECEK SAAT ARALIĞI</b>
PAZARTESİ	CEZA İNFAZ KURUMU	09:00 – 12:00
SALI		
ÇARŞAMBA	BOZTEKKE, DARIKÖY, YAYKINLIK, HAMİDİYE	13:00 – 16:30
PERŞEMBE		
CUMA		

Her yerleşim birimine haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilecek şekilde düzenlenecek. Program 3 nüsha tanzim edilip müdürlük tarafından onaylandıktan sonra 1 nüshası müdürlükte 1 nüshası T.S.M. 1 nüshası Aile Hekiminde bulundurulacaktır.

AİLE HEKİMİ	TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	MÜDÜRLÜK ONAYI
04/08/2011	...../...../2011	...../...../2011

EK – 2

T.C.  
GİRESUN VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

.....TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ  
.....AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ  
.....NOLU AİLE HEKİMİ

**GEZİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ AYLIK FAALİYET RAPORU**

**YIL:**

**AY:**

GEZİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	
Gezici Hizmet Verilme Sıklığı	Toplam Nüfus (1)
Haftada bir	
İki haftada bir	
Ayda bir	
Ay içerisinde gidilemeyen	
Gezici hizmet verilmesi gereken	

SAYI	Muayene Sayısı	Sağlık Kurumuna Sevk	Küçük Cerrahi Müdahale	Aile Planlaması Hizmetleri (2)				Halk Eğitim Seansları (3)
				RIA	Hap	Kondom	Diğer	

İzlem Sayıları						Aşılama Hizmetleri	
	Gebe	Lohusa	Bebek	Çocuk	15-49 Yaş Kadın	Aşılanan Bebek-Çocuk Sayısı	Aşılanan 15-49 Yaş Kadın Sayısı
SAYI							

**Varsa karşılaşılan problemler ve düşünceleriniz**

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı	
Görevi	
Tarih, İmza	

- (1) Gezici Sağlık Hizmeti götürülecek yerleşim yerlerine göre doldurulacaktır.
- (2) Aile Planlaması Hizmetlerinde toplam RİA, Kondom sayısı (Adet), Hap sayısı aylık paket (1 blister) şeklinde olacaktır.
- (3) Seanslara katılan kişi sayısı değil, konulara göre yapılan seans sayısı yazılır.

**Bu Form her ayın ilk 5 günü içinde Aile Hekimlerince doldurularak TSM'ne gönderilecektir.**

## AİLE HEKİMLİĞİNDE LABORATUVAR YÖNETİMİ

Doç. Dr. Olgun GÖKTAŞ, Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

### *Giriş*

Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamaları ve laboratuvar kullanımı, bu hizmetin kalite göstergesi olmaktadır. Aile hekimi, koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini uygularken laboratuvar kullanımına gereksinim duymakta, laboratuvar kullanımı ile de sunduğu hizmetin kalitesini ve kendi hekimlik performansını artırmaktadır.

Yönlendirilmiş araştırma kapsamına giren laboratuvar testleri, aile hekimlerine ellerindeki verileri akılcı bir şekilde kanıtlara dayandırarak yorumlama yetisini verirken; ayırıcı tanıları hariç bırakarak kesin tanının desteklenmesini sağlarlar. Bireylerin sağlık sorunları konusunda öncelikle bağlı buldukları birinci basamak sağlık kurumlarına başvurduklarını düşünürsek, bu merkezlerde verilecek laboratuvar hizmetlerinin, kalitenin yükseltilmesindeki önemi de açıktır (Öngel ve Türker, 2008a).

Ülkemizde, aile hekimliği uygulamasının başlaması ile birlikte, hekimin kendisine kayıtlı kişilerin sağlığından sorumlu olması ile gelen zorunluluk, hastalıkların hem tanı hem de takip aşamalarında laboratuvar kullanımına olan gereksinimi ve sonucunda da kullanılan laboratuvar tetkiklerin sayı ve çeşitliğinin artmasını sağlamıştır.

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

ile başlamış ve böylece laboratuvar hizmetleri de ayrı bir önem kazanmıştır (AHPUHK, 2004).

### ***Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yapılabilecek Laboratuvar Tetkikleri***

Özellikle birinci basamakta minimum teknolojik donanımla gerçekleştirilebilecek ucuz laboratuvar tetkikleri, birçok hastalık açısından tanı ve izlemede hekimlere yol gösterici olacaktır. Aile Sağlığı Merkezlerinde yönlendirilmiş araştırmalar için kullanacağımız testler; ucuz, doğru, güvenilir, tekrarlanabilir testler olmalı ve bu testlerin sonuçları hasta ofisten ayrılmadan hızlı bir şekilde elde edilebilmelidir (Öngel ve Türker, 2008b). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilecek laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

### ***Laboratuvar Test Süreçleri ve Potansiyel Hatalar***

Laboratuvarda bir örneğin analizi sırasında hatalı sonuca yol açabilen birçok problem ile karşılaşılabilir. Bundan dolayı; bir laboratuvar testinin istenmesinden test sonuçlarının yorumlanmasına kadar geçen toplam test süreci bir bütün olarak ele alınarak yönetilmelidir. Test sürecindeki değişkenler temel olarak üç basamakta incelenir; preanalitik değişkenler (test istenmesi ve örnek alma), analitik değişkenler ve postanalitik değişkenler (test raporlama ve test yorumlama) (Karla, 2004). Tablo 2'de tipik klinik laboratuvar süreçleri ve süreçlerdeki potansiyel hatalar özetlenmiştir.

### ***Laboratuvar Testlerinde Referans Aralığı***

Referans aralığı, referans bireylerin oluşturduğu örnek referans dağılımından belli istatistiksel yöntemlerin kullanılması ile elde edilen referans değerlerinin tanımlandığı aralıktır (NCCLS, 1995). Referans değerler ve referans aralıklar laboratuvar test sonuçlarının değerlendirilmesinde vazgeçilmez bir öneme sahiptirler ve klinisyenlerin sağlıklı ve hastalıklı bireyler arasında bir ayırım yapmasında yardımcı olurlar (Özarda ve Aslan, 2006; Djemli, 2004). Bu açıdan aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilecek her laboratuvar testi için, laboratuvarların kendi referans aralıklarını belirlemeleri gerekir. Bunun yanı sıra referans aralıklarının; yaş, cinsiyet, diet, ilaç kullanımı, fiziksel aktivite, gebelik, kişisel alışkanlıklar, vücut ağırlığı ve biyolojik ritimden etkilenebileceği unutulmamalıdır (Calbreath, 1992).



**Tablo 1:** Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilecek laboratuvar tetkikleri

17-Hidroksiprogesteron	İdrar mikroskopisi	APTT-LA
Alanin aminotransferaz (SGPT)	İdrar tetkiki (Strip ile)	APTT (CARD Test)
Albümin	İdrar tetkiki (Strip ile, otomatik)	Hemoglobin elektroforezi HPLC ile
Alkale Fosfataz	İdrar tetkiki (tam otomatik tarama amaçlı)	Hemoglobin elektroforezi Aqar jel ile
Amilaz	İdrar tetkiki (tam otomatik idrar biyokimyası ve mikroskopisi)	Pıhtılaşma zamanı
ASO (Lateks aglutinasyon)	Kalsiyum (Ca)	Boğaz kültürü
Aspartat transaminaz (SGOT)	Kan üre azotu (BUN) (Üre)	İdrar Kültürü
Beta-hCG	Klor (Cl)	Balgam Kültürü
Bilirubin (total,direkt)	Kolesterol	Direkt parazit incelenmesi (manuel)
CRP (lateks)	Kreatin kinaz (CK)	Gaitada amib-giardia aranması (Gaitada Direk Bakı)
CRP (türbidimetrik)	Kreatinin	Gaitada gizli kan aranması (manuel)
Demir (Serum)	Laktik Dehidrogenaz (LDH)	VDRL
Demir bağlama kapasitesi	LDL kolestrol	Anti HAV IgG (ELISA)
Ferritin	Magnezyum	Anti HCV
Fosfor (P)	Periferik yayma (formül lökosit)(manuel)	Brucella aglütinasyon testi (Rose Bengal)
Gamma glutamil transferaz (GGT)	Potasyum	Brucella tüp aglütinasyonu
Gebelik testi (idrarda)	Romatoid faktör (RF) (Türbidimetrik)	HBsAg (CARD test) (HbsAg)
Glikozile hemoglobin (Hb A1C)	Sedimentasyon	HCV (CARD)
Glukoz (AKŞ)	Serbest T3	HIV 1/2 (hızlı test)
Glukoz Tolerans testi	Serbest T4	Romatoid faktör (RF) (Lateks aglütinasyon)
HDL kolesterol	Sodyum (Na) (serum ve vücut sıvılarında)	Salmonella tüp aglütinasyonu (Grubel-Widal)

Hematokrit (manuel)	Trigliserid (TG)	Balgam, direkt yayma
Tam Kan (Hemogram)	TSH	
B-vitamin düzeyi	Ürik asit	

Kaynak: 2006 yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği-29.04.2006 tarih ve 26153 sayılı Resmi Gazete

**Tablo 2:** Klinik laboratuvar süreçleri ve potansiyel hatalar

Laboratuvar test süreci	Potansiyel hatalar
Test istenmesi	Uygunsuz test istemi
	Okunaksız el yazısı
	Yanlış hasta kimliği
	Özel gerekliliklerin belirtilmemesi
	Maliyet / gecikmiş istek
Örnek alma	Yanlış tüp veya kap
	Yanlış hasta kimliği
	Yetersiz hacim
	Geçersiz hasta örneği
	Yanlış toplama zamanı
	Uygunsuz taşıma koşulları
Analitik ölçüm	Yanlış enstrüman kalibrasyonu
	Örnek karışması
	Yanlış örnek hacmi
	Girişim oluşturan maddelerin varlığı
	Enstrümanın kesinlik problemi
Test raporlama	Yanlış hasta kimliği
	Yerine yerleşmemiş rapor
	Okunaksız rapor
	Gecikmiş rapor
	Kopyasını alma hatası
Test yorumlama	Girişim oluşturan maddelerin algılanmaması
	Test özgüllüğünün anlaşılabilmesi
	Kesinlik sınırlandırmalarının algılanmaması
	Uygunsuz analitik duyarlılık
	Karşılaştırma için önceki değerlerin bulunmaması

Kaynak: Burtis CA, Ashwood ER. Tietz Klinik Kimyada Temel İlkeler. (Ed. Aslan D.) Palme Yayıncılık, Ankara 2005: 289.

## ***Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasında Laboratuvar Kullanımı ile İlgili Yasal Mevzuat***

Laboratuvar tetkiklerinin belirli bir maliyeti olacağı kaçınılmazdır. Bu itibarla aile hekimliğinde laboratuvar kullanımının maliyet etkin olması önem kazanmaktadır. Aile hekimliği pilot uygulamasının 2005 yılında Düzce’de başlamasıyla birlikte daha da önem kazanan laboratuvar hizmetlerinin gelişmesi için önemli bir dayanak olan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 5. maddesinde “Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir” denilmektedir (AHPUHK, 2004).

Pilot kanunu takiben, 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”in 2. Bölüm 4. madde h) bendinde “Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak” denilmekte ve aile hekimlerine bu konuda görev yüklemektedir. Aynı yönetmeliğin 5. maddesinde aile sağlığı elemanlarına da laboratuvar kullanımı konusunda görev tanımı yapılmaktadır. Bunun için de g) bendinde “laboratuvar tetkikleri için numune almak” ve h) bendinde de “Basit laboratuvar tetkiklerini (eğitim almışsa) yapmak” denmektedir. Bu yasal dayanaklarla birlikte aile hekimliğinin ekip anlayışı ile birinci basamakta laboratuvar kullanımının yolu açılmıştır (AHPUHY, 2005).

Aile hekimliğinde laboratuvar kullanımı konusunda, Aile Sağlığı Merkezlerinin ve dolayısıyla aile hekimlerinin, bağlı oldukları Toplum Sağlığı Merkezleri ile de koordineli çalışması gerekmektedir. Bu noktada, 15.09.2005 tarihinde yayımlanan “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”de, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi aralarında ve diğer kurumlar ile ve özellikle Toplum Sağlığı Merkezleri arasında eşgüdümün sağlanması amaçlanmış ve laboratuvar özellikleri belirlenmiştir (AHPUITSMKÇY, 2005).

Bu yönergenin 2. bölüm 7. maddesinde laboratuvar odası olması ve 8. maddesinde de laboratuvar sorumlusu olması gerektiği belirlenmiş ve “Laboratuvar sorumlusu; Müdürlüğün teklifi ve Valiliğin uygun görüşü üzerine, konusunda eğitim almış personel arasından seçilir. Sağlık veya fen bilimleri alanlarının birisinde en az lisans eğitimi yapmış ve daha önce benzer laboratuvar hizmetlerinde en az 1 yıl çalışmış olan personel tercih edilir” şeklinde tanımlanmıştır. Aynı maddede sağlık hizmetleri sınıfından (SHS) olmak üzere, A ve B tipi toplum sağlığı merkezlerinde 3’er, C tipinde 2 ve D tipinde de 1 sağlık memuru (Laboratuvar teknisyeni) olması öngörülmüştür. Aynı yönergenin 3. bölüm, 10 maddesi d) bendi ve iii) fıkrasında da aile sağlığı merkezlerinin görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri

görevini belirtmektedir. Aynı bölümün 11 maddesi c) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri bendinde ise "Aile Sağlığı Merkezlerinde yapamadıkları görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini Toplum Sağlığı Merkezinden talep eder. Toplum Sağlığı Merkezi görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini kendisi yapar veya müdürlüğün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırır" şeklinde açıklama yapılmaktadır.

Yönergenin 4. bölümü 33. maddede sağlık memurunun (Laboratuvar teknisyeni) görevleri belirtilmekte ve "Meslek dalının gerektirdiği tüm hizmetleri verir ve bu görevi yerine getirirken;

- a. Laboratuvar hizmetlerinin acil durumlara öncelik verilerek, en kısa sürede ve en doğru biçimde yapılmasını sağlar.
- b. Mesleki gelişimini artırmak amacıyla her yıl iki hafta bulunduğu ilin hastanesinde uygulamalı eğitim alabilir. Eğitimin süresi gerekiyorsa hastanenin önerisi ve Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Tabibinin onayı ile artırılabilir.
- c. Laboratuvar teknisyeni bulunmadığı durumlarda bu hizmetler, bir sertifika programına dahil olacak ve daha sonra bu hizmetleri verecek bir yardımcı sağlık personeli tarafından yürütülür. Yardımcı sağlık personeli sorumlu hekimin teklifi ile bir laboratuvar eğitimi sertifika programına katılır.
- d. Laboratuvar malzemelerini kullandıktan sonra temiz ve her zaman kullanıma hazır halde tutulmasını sağlar. Laboratuvarın temiz ve düzenli tutulmasını sağlar.
- e. Kayıt tutar ve aylık, yıllık raporla hazırlar.
- f. Toplum Sağlığı Merkezinin sahaya yönelik çalışmalarının yürütülmesinde görev alır.
- g. Sorumlu hekimin vereceği diğer işleri yapar." denilmektedir.

Aynı yönergenin EK 1'nde Toplum Sağlığı Merkezinde bulunması gerekli asgari teşhis cihazı ve diğer tıbbi araç ve gereçler arasında kan sayım cihazı (en az 5 parametrelili) veya 63'den 69'a kadar sıralanan; lam, Petri Kutusu, Thoma Lamı, eritrosit pipeti, lökosit pipeti, Sahli Hemoglobinometer ve hematokrit cihazı bulunmaktadır. Ayrıca laboratuvarda kullanılacak, idrar dansimetresi, mikroskop, mikroskopa uygun illüminatör, boyama seti ve sehпасı, port tüp, idrar tüpü gibi laboratuvar araç ve gereçleri sayılmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında aile hekiminin yapacağı laboratuvar hizmetleri, oluşan maliyet ve ödemelere açıklık getirmesi yönünde ilk mevzuat ise, 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi gazetede yayımlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında

Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik”tir. Bu yönetmeliğin 4. bölüm 17. madde E) bendinde; tetkik ve sarf malzemeleri giderlerinden bahsedilmekte ve şu ifadelere yer verilmektedir: “Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırtmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla giderler karşılığı ödeme yapılır. Yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırtılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılır; belgelen-dirilemeyen kısım için herhangi bir ödeme yapılamaz. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100’ünü geçemez. Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça karşılanmadığı takdirde, bu bentte öngörölen tetkik ve sarf malzemeleri giderleri aynı şekilde karşılanır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine; bu maddenin (A), (B), (C), (D) ve € bentleri uyarınca her ay itibarıyla yapılacak brüt ödemeler toplamı ile Devletçe karşılanacak sosyal güvenlik kurumu prim veya kesenekleri toplamı, tavan ücretin 6 katını aşamaz” (AHPUKSBÇPYÖŞŞHY, 2005).

06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile yaklaşık 5 yıl aile hekimliği pilot uygulaması süregelmiş ve bu süreçte Türkiye’de pilot il sayısı artmıştır. Bu uygulama yönetmeliği daha sonra değişikliğe uğramış ve yeni hali ile, 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yeni uygulama yönetmeliğinde laboratuvar kullanımı ile ilgili 2 değişiklik göze çarpmaktadır. Birinci değişiklik; 4. maddedeki “Temel laboratuvar hizmetlerinin verilmesi” şeklindeyken yeni yönetmelikte “Temel laboratuvar” deyimi yerine “Tetkik” kelimesi getirilerek “Tetkik hizmetlerinin verilmesi” şeklinde değişmiştir. İkinci değişiklik ise; eski yönetmelikte, “Aile Sağlığı Merkezinde yapılamayan tetkikler, ilçe sağlık grup başkanlığı bünyesinde veya il sağlık müdürlüğünün uygun gördüğu sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırtılır” derken yeni yönetmelikte, “öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğu bir laboratuvarında yaptırtılır” demektedir. Ayrıca yeni yönetmelikte “Bu laboratuvarların seçiminde iç ve dış kalite kontrol programlarının uygulanıyor olması dikkate alınır” denmektedir (AHUY, 2010).

Türkiye’de 13.12.2010 tarihinde tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birlikte Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılan laboratuvar hizmetleri, nitelik ve nicelik açısından ilerleme kaydetmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılan laboratuvar tetkiklerinin yanı sıra yapılamayan tetkikler için İl Sağlık Müdürlükleri planla-

malar yapmaktadır. Bu amaçla İl Sağlık Müdürlükleri, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği gereği, genel olarak uygun gördükleri sağlık kuruluşu veya laboratuvarlar ile hizmet protokol yoluna gitmektedir. Özellikle biyokimya, hemogram, bazı hormonal ve serolojik tetkikler ile idrar tetkiki gibi laboratuvar hizmetlerini, il veya ilçe bazında toplu taşıma sistemi ile belirledikleri laboratuvarlarda yaptırmaktadır. Bu tetkikler değişik illerde gün içinde 1 veya 2 kez bu tetkiklerin incelenmesi şeklinde olup, sonuçlar aynı gün veya en geç ertesi gün internet üzerine Aile Sağlığı Merkezlerine gönderilmektedir.

### ***Klinik Laboratuvarda Toplam Kalite Yönetimi***

Sağlık hizmeti organizasyonlarında kalite sistemleri gün geçtikçe artmaktadır (NCCLS, 1999). Sağlık hizmeti laboratuvarında kalite yönetimi için geleneksel yaklaşım kaliteli laboratuvar süreçleri, kalite kontrol ve daha güncel kavram olarak kalite güvencesini vurgular (Burtis ve Ashwood, 2005).

*Kaliteli laboratuvar süreçleri;* işin nasıl yapılacağını ve yapıldığını açıklayan genel politikalar, uygulamalar ve prosedürleri içerir (Burtis ve Ashwood, 2005).

*Kalite kontrol;* istatistiksel kalite kontrol yanında doğrusallık kontrolü, reaktif ve standart kontrolleri ve sıcaklık izlemeleri gibi istatistiksel olmayan kontrol prosedürleri kapsar (Burtis ve Ashwood, 2005).

*Kalite güvencesi;* test istek-sonuç alma süresi, örnek tanıtılması ve testlerden yararlanım gibi laboratuvar performansının daha geniş kapsamda ölçülmesi ve izlenmesi ile ilgilidir (Burtis ve Ashwood, 2005).

### **Kaynaklar**

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 09 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005). T.C. Resmi Gazete, 25867, 06 Temmuz 2005.
- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (2005). Makam Onayı, 9383, 15 Eylül 2005.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (2005). T.C. Resmi Gazete, 25904, 12 Ağustos 2005.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). T.C. Resmi Gazete, 25904, 25 Mayıs 2010.

- Burtis, CA., Ashwood, ER. (2005). Tietz Klinik Kimyada Temel İlkeler (Çev. Ed. D. Aslan). Ankara: Palme Yayıncılık, Ankara 2005: 287-288.
- Calbreath, DF. (1992). Clin Chem: A Fundamental Textbook. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Djemli, A., Vliet, GV., Belgoudi J., Lambert M., Devlin EE. (2004) "Reference intervals for free thyroxine, total triiodothyronine, thyrotropin and thyroglobulin for Quebec newborns, children and teenagers". Clin Biochem 37: 328-330.
- Karla, J. (2004). "Medical Errors: Impact on Clinical Laboratories and Other Critical Areas". Clinical Biochemistry, 37: 1052-1062.
- National Committee for Clinical Laboratory Standards (1995). How to define and determine reference intervals in the clinical laboratory proposed guideline. Vallonia: NCCLS Document C28-A.
- National Committee for Clinical Laboratory Standards (1999). A Quality System Model for Health Care proposed guideline. Wayne, PA: NCCLS Document GP26-A.
- Öngel, K., Türker, Y. (2008). "Birinci Basamakta Laboratuvar Kullanımı-I". Aile Hekimliği Aktüel Bilimsel Tıp Dergisi, 2(3): 22-34.
- Öngel, K., Türker, Y. (2008). Birinci Basamakta Laboratuvar Kullanımı El Kitabı. Ankara: TAHUD Yayınları.
- Özarda, İY., Aslan, D. (2006) "Use of total patient data for indirect estimation of reference intervals for 40 clinical chemical analytes in Turkey". Clin Chem Lab Med, 44(7): 867-876.

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİNİN KOORDİNASYONU VE SOĞUK ZİNCİR YÖNETİMİ

BÖLÜM  
10

Uzm. Dr. Kazım TIRPAN

Aile Sağlığı Merkezi (ASM) içindeki Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) önemli görev başlıklarından biri kayıtlı nüfusa Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin verilmesidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin başında Bağışıklama Hizmetleri gelir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde koruyucu sağlık hizmetleri görevi; 2. ve 4. maddelerde aile hekimine verilmiş, bağışıklama hizmetleri 7. maddede ayrıca açık şekilde ifade edilmiştir.

## **Bağışıklama Hizmetleri**

*MADDE 7 – (1) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlıkça yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşılarda, 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 aşılarda 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 Uygulama Yönetmeliği 2010).*

Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacıyla yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir (Buzgan, 2011). Bağışıklama basitçe vücudun bağışıklık sistemini vücut dışından harekete geçirecek maddeler verilerek özel bir hastalığa karşı savunma oluşturmaktır. Bu hastalıklar genellikle bu-



laşıcı hastalıklardır. Bu savunma antikor düzeyinde gerçekleştirilir. Antikor ilgili antijenle karşılaşınca bağışıklık sistemini harekete geçirecek hastalığın vücutta yayılımını durdurur. Bağışıklama sistemini harekete geçiren bu maddelere “aşı”, bu işleme “aşılama” diyoruz.

Aşılamanın dünyada ilk çiçek hastalığına karşı kullanıldığı düşünülmektedir. Çinlilerin ve Türklerin çiçek virüsü veziküllerinden aldıkları kabukları güneşte bekletip cilt yoluyla diğer insanlara uyguladıkları böylece hastalıktan korundukları bilinmektedir. Bu işleme variolasyon denmektedir. 1700’lerin sonunda Jenner kendi yöntemi ile çiçek aşısını geliştirmiş, 1800’lerin başında dünyada birçok ülkede bu yöntem kullanılmıştır. Jenner ineklerde görülen çiçek virüsü veziküllerinden aldığı sıvıyı insanlara uygulamıştır ve bu işleme vaccination denmiştir (Dirican, 1993).

1885 yılında Pasteur kuduz aşısını bulmuş, 1887 yılında Osmanlı hem aşığı üretmeye hem kullanmaya başlamıştır. 1915 yılında Dr. Rıza Reşat Kor Tifus aşısını bulmuş ve bu aşı Erzurum’da ilk kez kullanılmıştır (Aslan 2005).

### **Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)**

Aşı tek başına spesifik bir hastalığa karşı koruma sağlar. Toplumun bağışıklanması belli düzeyde risk altında olan nüfusun hastalığa karşı bağışıklanmasını içerir. 1970’lerde dünyada çiçek hastalığının eradikasyonu (tamamen ortadan kaldırma) birçok hastalığın dünya üzerinde sorun olmaktan çıkacağı umudunu doğurmuştur. Bu umut Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tün dünyada GBP geliştirilmesini sağlamıştır. 1970’lerde hedef; dünyada her çocuğun difteri, tetanoz, boğmaca, verem, kızamık ve çocuk felci aşılarını alıyor olmasıydı. GBP dinamik bir yapıya sahiptir ve her yeni aşının kendi koşulları dikkate alınarak sisteme eklenebilir.

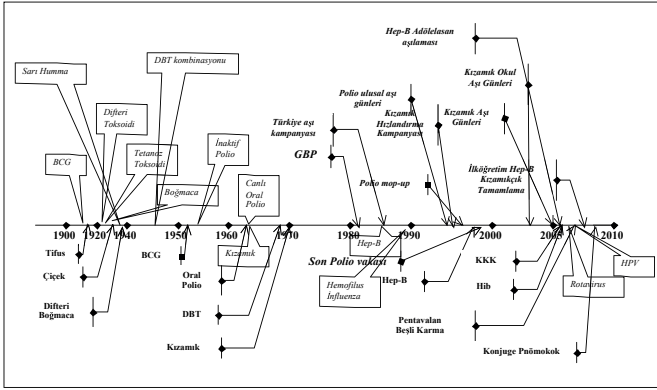
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü GBP genelgesinde;

*Bağışıklama hizmetleri, bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir.*

**Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP),** Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus influenza tip b’ye bağlı hastalıklar ile Streptokokus pnömoniya’ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmak amacı ile hassas yaş gruplarına enfek-

siyona yakalanmalarından önce ulaşım bağışıklanmalarını sağlamak için yapılan aşılama hizmetlerini içirir.

**Şekil 1.** Son yüzyılda Türkiye’de bağışıklamanın seyri



Aşının  
Türkiye’de  
kullanılması

Aşı kampanyaları

Aşının bulunması

### GBP HEDEFLERİ:

- Her bir antijen için etkinliği korunmuş aşı ile ülke genelinde %95 aşılama hızına ulaşmak ve devamlılığını sağlamak,
- 12–23 aylık bebeklerin %90’ını tam aşılı hale getirmek,
- 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşılı çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocuklarının rapel aşılarını tamamlamak,
- Tespit edilen tüm gebelere uygun tetanoz difteri aşısı dozunu uygulamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal ve Neonatal Tetanozu elimine etmek,
- 2010 yılına kadar yerli kızamık virüsünü elimine etmek,
- Kızamıkçık ve Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak,
- Difteri, Boğmaca, Hepatit-B, Tüberküloz, Kabakulak ve Hemofilus influenza tip b’ye bağlı hastalıkları ve Streptokok pnömonya’ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıkları kontrol altına almak,

- Aşı güvenliğini sürdürmek,
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek,
- Toplumun katılımını sağlamak olarak belirlenmiştir.

(GBP genelgesi, 2009)

Her ülke aşı uygulama şemalarını kendi ekonomik, sosyal, kültürel ve coğrafi koşullarını dikkate alarak belirler. Ayrıca aşılardan sosyal güvenlik kurumunca karşılanması ya da temel sağlık hizmetleri paketine alınması yine merkezi otorite tarafından belirlenir. Bağışıklama Danışma Kurulu (BDK) akademisyenlerden oluşur ve GBP konusunda Sağlık Bakanlığı'na önerilerde bulunur (Buzgan 2005).

GBP hedef hastalıkların artması ile kombine aşı kullanımı gereklilik haline gelmiştir. Yaygın inanışın aksine birden çok antijen bağışıklığı azaltmamaktadır. Bazı aşılardan tekrarı gerekir ve tekrarlayan dozlar dikkate alındığında aşı takvimlerinin hazırlanması önemlidir.

Bebeklik çağındaki bağışıklama hizmetlerinin etkinliğinin artması ve yeni aşılardan kullanıma girmesi erişkinlerin özellikle yaşlıların bağışıklanmasını gündeme getirmiştir. Günümüzde erişkin nüfusun hedef gruplarında aşılama oranı %10-20 dir (Ünal 2009). Yaşla beraber difteri ve tetanoz antikoru titreleri azalmaktadır (Vural 2008).

## AŞI TAKVİMİ

### **Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi**

#### **A ) Okul Öncesi Aşılama:**

◇ Doğumda (İlk 72 saat içinde)	Hep B-1
◇ 1. ayın bitiminde (4 haftalık)	Hep B-2
◇ 2. ayın bitiminde (8 haftalık)	DaBT-İPA-Hib-1, BCG, KPA
◇ 4. ayın bitiminde (16 haftalık)	DaBT-İPA-Hib-2, KPA
◇ 6. ayın bitiminde (24 haftalık)	DaBT-İPA-Hib-3, OPA, Hep B-3, KPA
◇ 12. ayın bitiminde (52 haftalık)	KKK, KPA
◇ Rapel doz (18-24 aylık)	DaBT-İPA-Hib-R, OPA (DaBT-İPA-Hib-3'den 1 yıl sonra)

#### **B ) Okul Aşılama:**

- İlköğretim 1. sınıfta OPA, KKK, Td
- İlköğretim 8. sınıfta Td

## Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12. ay	18-24 ay	İlköğretim 1.sınıf	İlköğretim 8.sınıf
Hep B	I	II			III				
BCG			I						
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R		
KPA			I	II	III	R			
KKK						I		R	
OPA					Ö		Ö	Ö	
Td								Ö	Ö

*Hep B: Hepatit B Aşısı*

*BCG: Bacille Calmette-Guerin Aşısı*

*DaBT-İPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus influenza tip b Aşısı (Beşli Karma Aşısı)*

*KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı*

*OPA: Oral Polio Aşısı*

*Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı*

*KPA: Konjuge Pnömonok Aşısı*

*R: Rapel (Pekiştirme)*

*Birden fazla aşı; canlı virüs aşıları olsalar dahi, aynı anda yapılabılır. Ancak aynı enjektörde karıştırılmamaları olabildiğince farklı ekstremitelere yapılmaları uygun olur. 2 aşı arasında en az 4 hafta bırakılmalıdır.*

### 1 Yaş Üstü Hiç Aşılınmamış Çocuklarda Aşılama Şeması

#### A ) 6 yaşından küçük ve yaşamının ilk yılında hiç aşılınmamış çocuklarda aşılama şeması (12-71 ay):

İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib, Hep B, ppd ile TCT
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep B
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA-Hib, Hep B, OPA

Çocukluk çağı aşılamaya takvimine okul aşıları ile devam edilecektir.

ppd: pürifiye protein derivesi

TCT: Tüberkülin Cilt Testi

**B ) 6 yaş üzerinde ve daha önce hiç aşılanmamış çocuklarda aşılama şeması (72 ay ve üzeri):**

İlk karşılaşma	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 1 ay sonra	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	Td, OPA, Hep B

Aşı takviminde belirtilen aralıklara göre aşıları tamamlanmamış çocuklarda önceki aşı dozlarının tekrar yapılmasına gerek yoktur. Aradan uzun bir süre geçmiş olsa bile, aşılamaya bırakılan yerden devam edilir, eksik aşılı çocuk saptandığında yaşına uygun olarak yukarıdaki şemalara göre aşıları tamamlanır.

**Doğurganlık Çağı Kadın/Gebe Aşılamaları**

**Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi**

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

**AŞILAR**

**AŞILARIN BİLEŞİMİ**

Aşıların içeriğinde bulunan bazı maddeler şunlardır;

**1. Temel antijen:** Bakterinin tümü veya bakteriyel ürünler veya virüs veya yapısal elemanları.

**2. Konağın ürettiği antijenler:** Viral partiküller ile taşınan konak dokusuna ait proteinler veya deriveleri.

**3. Değişime uğramış antijenler:** Virüsün ürettiği veya enfekte ettiği hücrede denatüre olan protein ve protein ürünleri.

**4. Koruyucu ve stabilize edici maddeler:** Başka bakterilerin üremesini önleyen veya antijeni stabilize eden kimyasal maddelerdir. Thimerosal (Merthiolate) ve gliserin örnek verilebilir.

**5. Antibiyotikler:** Virüs aşıları vasatta üretilirken eklenir. Neomisin veya streptomisin sık kullanılan antibiyotiklerdir.

**6. Menstruum:** Süspansiyon veya solüsyon halindeki aşının tuz veya doku kültürü ortamından oluşan sıvısı. Menstruumda biyolojik sistemden bulaşan çeşitli proteinler veya yumurta antijenleri, jela-tin ve doku kültürü antijenleri gibi diğer maddeler mevcut olabilir. Özellikle aşidan sonra gelişen allerjik olaylarda bu tip antijenler de etiyojide düşünölmelidir. Toplumda sık görölen yumurta antijeni allerjisi, anafilaktik tipte olmadıkça, ortam olarak civciv yumurtası kullanılan rubella gibi aşilar için kontrendikasyon oluşturmaz.

**7. Bilinmeyen veya istenmeyen maddeler:** Aşı hazırlanırken gösterilen tüm titizliğe rağmen aşida virüs veya diğer antijenler bulunabilir.

**8. Adjuvanlar:** Antijenin antijenik niteliğini arttıran alum, alüminyum fosfat veya alüminyum hidroksit gibi maddeler. Adjuvan ayrıca antijenin depo edildiği bölgede kalıp yavaş yavaş salınımını sağlar (Çamcıoğlu 1998) . Özellikle inaktif aşılara karşı antikor cevabı yeterli olmayabilir. Bu durumda adjuvan aşının yapıldığı bölgede lokal bir inflamatuvar reaksiyon oluşturur ve immünolojik hücreleri o bölgeye çağırarak, bağışıklık antijeni ile bu hücrelerin daha uzun süre temas etmesini sağlar (Yurdakök 2008) .

## AŞI TÜRLERİ

Birçok farklı karakterde mikroorganizmaya karşı mücadele edildiği için hemen hemen her etken için farklı bir aşı hazırlama tekniği vardır.

### 1. ÖLÜ AŞILAR

#### a. Bakteriyel aşilar

##### *Tüm hücre aşiları (Whole-cell)*

Bakterilerin formalin veya diğer maddeler ile inaktive edilmesi sonucu elde edilen aşilarıdır. Boğmaca ve tifo aşiları örnek verilebilir.

##### *Aselöler aşilar*

Hücreden elde edilen saflaştırılmış parçaların kullanılması ile yapılır. Aselöler boğmaca aşısı bu aşilara örnektir.

#### b. Viral aşilar

İnsan ya da hayvan doku kültürleri veya emriyolarda çoğaltılan virüslerin inaktive edilmesiyle üretilir. IPV (İnaktive polio virusu), influenza, hepatit A ve B aşiları, kuduz aşısı bu teknikle üretilmiştir.

### 2. TOKSOİD AŞILAR

Klinikte daha çok toksinlerin etkili olduğu hastalıklara karşı kullanılır. Difteri ve tetanoz aşiları toksoid aşilarıdır.

### 3. CANLI ATTENÜE AŞILAR

#### a. Bakteriyel aşilar

Canlı bakterinin zayıflatılması ile elde edilen aşılardır. BCG ve tifo aşıları canlı attenüe bakteriyel aşılardır.

#### b. Viral aşilar

Virüs aşıları üç ortamda hazırlanmaktadır;

1. Hayvan inkülasyonları ile hazırlananlar
2. Yumurtada üretilen aşilar
3. Hücre kültürlerinde üretilen aşilar

Oral poliomyelit, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği, sarı humma aşıları bu teknikle üretilir

### 4. POLİSAKKARİT AŞILARI

Bakterinin polisakkaritten oluşan duvarının saflaştırılması ile yapılır. Meningokok aşısı *N. meningitidis*'in kapsüler polisakkaritinden yapılmış dört grubu A /C/Y/W135 içeren bir aşıdır.

Pnömonok aşısı, 83 pnömonok suşundan 23'ünün kapsülünden elde edilen saflaştırılmış polisakkarit antijenini içerir. HİB (Haemophilus Type b ) polisakkarit bir aşıdır. Ayrıca polisakkaritler başka proteinlerle konjuge edilebilir. Bu aşılara konjuge aşilar denir.

### 5. SUBÜNİT AŞILAR

Bakteri ya da virüsün alt parçalarını içeren aşılardır. Respiratuvar sinsityal virüs (RSV)'ün zarfında virüsü hücreye bağlayan bir füzyon (F) glikoproteini bulunmaktadır. Bu proteine karşı gelişen antikorlar virüsün hücreye yapışmasını engellemektedir. Bu konuda çalışmalar sürmektedir.

### 7. DNA AŞILARI/ REKOMBİNANT AŞILAR

İlgili antijeni kodlayan DNA parçasının bir vektörle bakteri DNA sına eklenmesi ile hem saf antijen üretimi sağlanmış, hem de üretim miktarı artırılabilmiştir. Rekombinant Hepatit B aşıları bu teknikle üretilmektedir (Çamcıoğlu 1998) (Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2009).

## ÜLKEMİZDE SIKLIKLA KULLANILAN AŞILAR

### **BCG (Bacillus - Calmette - Guerin) (Verem aşısı)**

*Mycobacterium tuberculosis* ve *Mycobacterium bovis*' in yol açtığı hemen hemen tüm organları tutabilen, dünyada yaygın olarak görülen, granülomatöz, kronik seyirli bir hastalıktır. Son yıllardaki

DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz ile enfektedir ve bunların %40'ı 15 yaşın altındadır (Çamcıoğlu 2009).

**Türü:** Canlı Aşı

**Koruyuculuğu:** % 0-80 ( Daha çok milier tüberküloz ve tüberküloz menenjitten korur)

**Saklanması:** Sulandırılan aşı 2-8 °C de 3 hafta, lipofilize aşı -18 °C de 12 ay saklanabilir, ışıktan korunmalıdır.

**Uygulanışı:** Sol deltoid bölgesine intradermal (cilt içine) uygulanır. Uygulanışı özel olduğu için personele kurs aldırılabilir. BCG aşısı doğumdan itibaren yapılabilir, ancak uygulama kolaylığı, daha az komplikasyon olması ve bağışıklığın daha kuvvetli gelişmesi için bebekler 2 ayı doldurduğunda uygulanmalıdır. 6 yaş üzerinde hiç aşılanmamış çocukta BCG gerekli değildir.

DBT ve polio ile birlikte uygulanabilir. Kızamık ve kabakulak aşıları ile arasında 4 hafta olmalıdır (GBP Genelgesi 2009).

**Endikasyon:** 3.aya kadar PPD'siz, 3 aydan sonra PPD kontrolü ile

**Kontrendikasyon:** İmmun sistem baskılanması (özellikle hücrel tip), gebelik.

**ASİE:** Lokal reaksiyon % 90-95 görülür. Parasetamol ve soğuk uygulama yapılmalıdır. Aşı yapılan taraf aksiler lenf bezinde daha sık görülen lenfadenit onbinde 1-10 sıklıkta ve 2-6 haftada gelişir. Yaygın BCG görülme olasılığı milyonda 2'dir ve uygulamadan 12 ay sonraya kadar görülebilir (ASİE Genelgesi 2009).

**Notlar:** PPD'nin tanı değerini azalttığı için gelişmiş ülkelerde rutin aşılama için çıkarılması tartışılmaktadır.

### ***DaBT-İPA-Hib (Beşli Karma)***

**Uygulanışı:** 12 aya kadar bebeklerde radial sinirin yüzeysel yerleşimi ve deltoid kasın aşısı uygun şekilde absorbe edecek kadar gelişmiş olmaması nedeniyle bu bölge güvenli intramuskuler (IM) uygulama için uygun değildir. Dolayısıyla bebeklerde IM uygulama için uyluğun orta veya üst 1/3 kısmında vastus lateralis kasının ön yan bölümü kullanılır.

**Hazırlanışı:** DaBT-İPA-Hib; Difteri, aselüler (hücresiz) boğmaca, tetanoz, inaktif polio, hemofilus influenza tip b içeren beşli kombine aşı aynı paket içerisinde DaBT ve İPA enjektör içinde sıvı formda ve liyofilize Hib içeren flakon ihtiva etmektedir. Liyofilize Hib aşısı sıvı formda olan DaBT-İPA ile sulandırıldıktan sonra hemen uygulanmalıdır (GBP Genelgesi 2009).

**Saklanması:** DaBT-İPA-Hib aşısı buzdolabının orta rafında, 2-8 °C de saklanmalıdır, kesinlikle dondurulmamalıdır (Beşli Karma Genelgesi 2008). Aşı 24 aya kadar saklanır, ancak içindeki boğmaca komponentinin etkinliği zamanla azalır.



**ASİE:** Lokal reaksiyon %20-40, 38 °C'yi geçen ateş % 3-5 görülür. 3 saatten fazla süren çığlık tarzında durdurulamayan ağlama, konvülzyon, hipotonik hiporisponsif atak, anafaksi, ensefalopati, apne – bradikardi nadir görülen komplikasyonlar olup ilk 72 saatte görülür.

DaBT-İPA-Hib aşısı için üst yaş sınırı 6 yaştır (72 ay).

## **İçerdiği Antijenler**

### **Difteri**

*Corinebacterium diphtheriae'nin veya ulcerans'in* toksin üreten suşlarının neden olduğu, daha çok üst solunum yolunu, bazen de deriyi tutan ve toksik etkileri ile yüksek oranda mortaliteye ve komplikasyonlara yol açan bir enfeksiyon hastalığıdır. Difteri enfeksiyonu geçiren kimselerde bağışıklık gelişmeyebileceğinden, bu kişiler iyileşince mutlaka aşılanmalıdır (Aşı Çalışma grubu 2009).

**Türü:** Toksoid

**Koruyuculuğu:** %85-100 (aşı toksine karşı korur, bağışık kişiler hafif nazo-farenjit geçirebilir)

**Notlar:** Difteri toksoidine karşı oluşan reaksiyonlar antijen miktarı ile ilişkilidir ve erişkinlerde daha sık görülmektedir. Bu nedenle 7 yaşın üzerindeki çocuklar ve erişkinlere difteri toksoidinin 8-10'da biri kadar azaltılarak hazırlanmış preparatları (Td-Erişkin tip) uygulanır. Td (Tetanoz +erişkin tip difteri) gebelerde ve yaralanmalarda uygulanmaktadır, 10 yılda bir hatırlatma dozu gerekir (Öztürk, 2011).

### **Boğmaca**

*Bordetella pertussis* adlı bakterinin neden olduğu, yoğun öksürükle seyreden bulaşıcı bir hastalıktır. Boğmaca aşısı tam hücreli ya da toksin ve proteinleri saflaştırılmış aselüler olabilir. Aselüler aşının yan etkisi az bağışıklık etkisi tam hücreli kadardır.

**Türü:** Aselüler

**Koruyuculuğu:** % 80'in üzerindedir

### **Tetanoz**

Rutin aşılama uygulanan hastalıklar içerisinde bulaşıcı olmaması ile farklılık gösteren tetanoz *Clostridium tetani* adı verilen bakterinin neden olduğu bir hastalıktır. Trismus ve ağrılı kas spazmları ile karakterizedir. Bakterinin çevrede bulunan formu sporlardır. Hastalığın gelişimi yavaştır, 1-7 gün içerisinde semptomlar dış uyarılarla ortaya çıkan şiddetli kas spazmlarına doğru ilerler. Bu tablo bir hafta

veya daha uzun sürer. Hastalığın lokal formunda yaraya yakın bölgede kas spazmları vardır (Ceyhan 2007).

Gelişmiş ülkelerdeki vakaların çoğu yaşlılarda görülür ve jeneralize tiptedir. Daha az sayıda lokalize ve sefalik formlar görülebilir. Gelişmekte olan ülkelerde ise vakaların çoğu neonatal tetanozdur.

**Türü:** Toksoid

**Koruyuculuğu:** Primer aşılama tamamlandığında aşılananlardan % 95'i 10 yıl boyunca tetanoza karşı bağışıktır.

### **HİB: Hemofilus influenza tip B**

*Hemofilus influenza* 3 - 36 aylar arasında sık hastalık yapan bir etkindir. Genellikle 6 yaşından küçük çocuklarda çok sayıda sistemik hastalığa neden olan bir mikroorganizmadır. Bu mikroorganizmaya bağlı gelişen menenjitler, sistemik aşılama programları başlamadan önce sıklık açısından bakteriyel menenjitler içerisinde ilk sırada yer almaktaydı. Bu Menenjitlerin % 5-10 mortalite ile seyretmekte ve kurtulan çocukların % 20-40'ında iletim tipi işitme kaybı gözlenmekteydi (Aşı Çalışma Grubu 2007). Doğal enfeksiyon koruyuculuğu düşük olduğundan enfeksiyon geçirenlerde de aşılama önerilir.

**Koruyuculuğu:** 6 aya kadar aşılama %85 civarındadır

### **Çocuk Felci (Polio)**

Enterovirus grubundan poliovirüslerin I, II veya III. tiplerinin neden olduğu fekal-oral yolla bulaşan bir enfeksiyondur. % 95 asemptomatik seyretmesi toplumda izlenmesini zorlaştırır.

OPA (Oral Polio aşısı)'nın 3 serotipi vardır, 3 doz uygulama sonunda %85-95 uzun süreli bağışıklık sağlar. OPA hem humoral hem de mukozal bağışıklık sağlamaktadır. Aşıya bağlı parolitik poliomyelit daha çok tip 3 ile meydana gelir yaklaşık 2.4 milyonda 1 görülür. Vahşi virüs dolaşımının engellenmesi mukozal tip bağışıklığa bağlıdır. OPA yapıldıktan sonra çocuğun beslenmesinin sınırlandırılmasına gerek yoktur. Anne sütü rahatlıkla verilebilir. İshali olan çocuğa OPA uygulanabilir, ancak 4 hafta sonra fazladan bir doz daha OPA uygulanır.

Vahşi virüs dolanımında değilse IPV kullanılır. IPV, poliovirüsün sinir sistemine kan yolu ile geçişini engellemek üzere serumda anti-kor oluşturarak poliomyeliti önlemektedir. IPV'nin en büyük avantajı aşıya bağlı parolitik polio vakalarına neden olmamasıdır.

5 li karma içinde 2 doz IPV sonrası 2 doz OPV verilmesi ile aşıya bağlı parolitik poliomyelitte %50-75 azalma beklenmektedir.

**Koruyuculuk:** %70

## **KKK: Kızamık Kızamıkçık Kabakulak**

**Uygulanışı:** Subkutan

**ASİE:** %10 lokal reaksiyon, %5-15 38 °C geçen ateş görülür, artalji %1 civarındadır. Febril konvüzyon, trombositopeni, anafilaksi, ensefalopati/ensefalit, aseptik menenjit ve artrit nadir komplikasyonlardır.

### ***İçerdiği Antijenler***

#### ***Kızamık***

Kızamık, tek varyantı olan bir virüs tarafından oluşturulan döküntülü bir çocukluk çağı hastalığıdır. Çoğunlukla akut dönemde otitis media, pnömoni gibi komplikasyonlarla seyredebilir. Özellikle malnutrisyonda mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Ayrıca nadiren SSPE (subakut sklerozan panensefalit) olarak adlandırılan kronik bir hastalığa da neden olabilir. Kızamığın yaygın olarak görüldüğü 1988 öncesi kızamık aşısı 12-15. aydan, erken vakaları (1 yaş öncesi görülme sıklığı %25 civarındadır) önlemek için 9. ay aşısı olarak tek doza çekilmiş, 2006 yılında Kızamık eliminasyon programı sonrası 12. ay kızamıkçık ve kabakulak aşılarıyla birlikte üçlü aşı olarak uygulanmaya başlamıştır. Anneden gelen antikorlar ilk 6 aya kadar koruyucudur. Emzirilen bebeklerde 12 aydan önce yapılan aşıların anneden gelen antikorlarla etkileri azalacağından aşı tekrarı uygun olur. Kızamıkla bilinen temasta 72 saat içinde yapılan aşı kızamıktan korumaktadır.

**Türü:** Canlı virüs aşısıdır.

**Koruyuculuğu:** Tek dozda %95-98

#### ***Kabakulak***

Kabakulak virüsünün parotis bezinde yerleşmesi ile (%30-40 olguda) karakterize bulaşıcı bir hastalıktır. Orşit ve menenjit sık olmakla birlikte sekel bırakması nadirdir.

**Türü:** Canlı virüs aşısı.

**Koruyuculuğu:** Tek dozda %95

#### ***Kızamıkçık***

Rubella virüsünün neden olduğu çocukluk çağı döküntülü hastalıklarındandır. Olguların yarısı belirtisiz seyrederek. Erişkin yaşta özellikle hamilelerde, gebeliğin ilk trimesterinde hastalığın geçirilmesi düşüklere ve önemli konjenital anomalilere neden olmaktadır. Gebeler kızamıkçık aşısı olmamalıdır. Aşı olunduktan sonra 4 hafta hamile kalınmamalıdır.

**Türü:** Canlı virüs aşısı.

**Koruyuculuğu:** Tek dozda %95.

## Pnömonokok

Pnömonokok (*Streptococcus pneumoniae*) gram pozitif bir diplokoktur. Günümüzde 90 serotipi tanımlanmış olan bu bakterinin virülans faktörü polisakkarid kapsülüdür. Kapsül antijenine karşı spesifik antikorlar koruyucudur. Ayrıca aynı gruptaki serotipler arasında çapraz koruyuculuk mevcuttur.

Pnömonokoklar bir çok enfeksiyon hastalığının en sık rastlanan etkenidir. Pnömonokokların neden olduğu enfeksiyonlar pnömoni, bakteriyemi ve menenjit gibi invazif enfeksiyonlar yanında otitis media ve sinüzit gibi mukozal enfeksiyonları içeren geniş bir spektrum oluşturur. Toplum kaynaklı pnömoni, akut sinüzit, akut otitis media ve bakteriyemilerde ilk sırada, bakteriyel menenjitte meningokokla birlikte ilk sırada görülürken; osteomyelit, septik artrit, endokardit, peritonit, perikardit ve beyin abselerinde de en önemli etkenler arasındadır (Ceyhan 2006). Enfeksiyonların % 62'sine serotiplerden 10 tanesi neden olmaktadır. Vakaların çoğu çocukluk ve yaşlılık döneminde kümelenir. Kronik böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalıkları, immün sistemi baskılayan durumlar, cerrahi ve fonksiyonel splenektomi, kreşe gitme gibi nedenler enfeksiyon riskini artırır.

**Türü:** İnaktive bakteri aşısı

Polisakkarit (23 serotipin polisakkaritlerini içerir) antikor titrelerinin 5 yıl sürdüğü bulunmuştur. Konjuge aşılar (7 serotipin difteri toksoidine konjuge edilmesi ile yapılmıştır) mevcuttur.

**Koruyuculuğu:** İnvaziv enfeksiyonu %85 engeller. Splenektomi ve orak hücre anemisinde önerilir

**ASİE:** %10-20 lokal reaksiyon ve ateş görülebilir. Konvülzyon ilk 72 saatte ortaya çıkar ve nadirdir.

## Hepatit B

Kan transfüzyonu ve cinsel yolla bulaşan bir viral hastalıktır. %10 civarında kronikleşir ve %1 civarında karaciğer yetmezliği ve karaciğer kanseri yapar. DSÖ 1997 yılında tüm ülkelerde rutin yenidoğan ve çocukluk döneminde Hepatit-B aşılması önermiştir. Özellikle taşıyıcı annelerden bulaş ciddi boyuttadır. Anne hem HBsAg hem de HBeAg pozitif ise bebekler %70-90 enfekte olmakta, sadece HBsAg pozitifliğinde ise bu oran %20 ye düşmektedir. Enfekte bebeklerin % 90'ında hastalık kronikleşmektedir.

**Saklanması:** Hepatit B aşıları ısıya dayanıklı olmalarına karşın, asla dondurulmamalıdır.

**Koruyuculuğu:** %95'tir. Aşı uygulaması 3 doz önerilmekte, antikor titresi düşük olsa bile, temasta hızla yükseldiği düşünülmektedir. Koruma süresi 15 yıl olarak tahmin edilmekle birlikte ilave doz gerekmemektedir.

**ASİE:** Lokal reaksiyon erişkinlerde %15 bebeklerde %5 tir. Ateş beklenmez. Anafaksi nadir oluşur.

## Kuduz

Kuduz virüslerinin çoğu "lyssavirus" genusunda yer alan *rhabdoviruslerdir*. Mermi şeklinde RNA virüsleridir. Geri kalmış ve kuduzu elimine etmeye yönelik aktif bir program uygulamayan ülkelerde kuduz genellikle başıboş köpeklerden bulaşmaktadır. Kedi ısırma-larında ve tirmalamalarında kuduz riski köpek ısırma-larına göre 200 kat daha düşüktür, ancak kediler tırnaklarını yaladıklarından tirmalama sonucu da kuduz hastalığı gelişebileceği unutulmamalıdır (Ünal 2006).

Aşılama kuduz karşı tek etkili tedavidir. Kuduz aşısı ile amaç, kuduz virüsü beyine ulaşmadan önce virüsün durdurulmasını sağlamak, virüsü hastalığın kuluçka döneminde yenmektir. Bu yüzden aşının yapıldığı zaman kritiktir. Temas (çoğunlukla ısırılma) sonrası bol sabunlu suyla yaranın temizlenmesi ve aşı için zaman kaybedilmeden yönlendirilmesi gerekir.

Aşının oluşturduğu immün cevap 7-10 gün sonra ortaya çıkar ve yaklaşık 2 yıl sürer. Aşı deltoid kas içerisine 1 ml olarak 0,3,7,14 ve 28. günlerde yapılmaktadır. Küçük çocuklarda aşılama için bacak bölgesi kullanılabilir, ancak emilim yavaş olacağından gluteal bölgeye aşı yapılmamalıdır. Rutin bağışıklama programında yer almaz.

## Suçiçeği

*Varisella-zoster virusu* (VZV) tüm dünyada yaygın olarak varisella ve herpes zostere yol açan bir alfa herpes virüsüdür. Çocukluk ça-ğında çoğunlukla sırt ve enseden başlayan veziküler döküntülerle karakterizedir. En sık komplikasyonu sekonder enfeksiyonlardır. Su-çiçeği geçirenlerin %20'sinde zona (herpes zoster) görülür. Gebeli-ğin ilk 5 ayı içerisinde suçiçeği geçirilmesi doğacak bebekte ciddi sakatlıklara neden olabilmektedir

**Türü:** Canlı virüs aşısı

**Uygulama:** 12 ay ve 4-6 yaşta toplam 2 doz olarak önerilmektedir. Rutin aşılama içinde yer almaz.

**Koruyuculuk:** %85-90

**Saklama özellikleri:** Liyofilize aşı -15 °C veya daha soğukta saklanmalıdır. Aşığı dilüe etmek için kullanılan solüsyon ise buzdola-

binda veya oda sıcaklığında saklanabilir. Aşı bir kez dilüe edildiğinde otuz dakika içinde kullanılmalıdır. Aşıdan sonra 6 hafta salisilat verilmemelidir. Anneden geçen antikorlar aşı cevabını etkilemez. Gebelerde uygulanması önerilmemektedir. İmmün süpresyonda kullanılmaz.

## İnfluenza

Dünyada en sık gözlenen virüs enfeksiyonları olup pandemi yaparlar. Yılda 10 kişiden 1-4 'ü influenza (Grip) geçirir. *Influenza* Orthomyxoviridae ailesinden üç virüs tipinden (A, B veya C) biri ile oluşur. Influenza A virüsleri 2 yüzey antijenine bağlı olarak iki alt gruba ayrılır; hemagglutinin (HA) ve nöraminidaz (NA). 3 hemagglutin alt grubu (H1,H2,H3) ve 2 nöraminidaz (N1 ve N2) alt grubu insanlarda epidemi yapar. Bu antijenlere karşı antikor oluşması sonucu bağışıklık gelişir. Yeni bir hemagglutinin veya nöraminidaz tipi ortaya çıkması ile oluşan ana değişiklikler antijenik "shift" adı verilir. Alt gruplarda oluşan minor değişiklikler ise antijenik "drift" olarak adlandırılır (Salman, 2011).

Risk gruplarına (kronik akciğer hastalığı olanlar, kalp, böbrek, karaciğer yetmezliği ve 65 yaş üstü olanlar) ülkemiz için eylül-ekim-kasım aylarında hekim önerisi ile aşı yapılabilir (Öztürk, 2011). Yaşlı bakım evlerinde çalışanların baktıkları yaşlılar aşılanırsa dahi bağışıklık yanıtları düşük olacağından aşılanmaları önerilir.

İnaktif influenza aşuları 3 virüs suşu içerir (genellikle 2A tipi, 1 B tipi). Her yıl bir önceki yılda dünyada görülen suşların bu kombinasyonda olmasına dikkat edilir. Ülkemizde bulunan aşı inaktif aşıdır.

**Uygulanışı:** deltoid kasa intramüsküler olarak yapılır.

Febril reaksiyona neden olabileceğinden 6 aylıktan küçük çocuklara yapılmamalıdır. Yumurtaya karşı aşırı duyarlılığı olanlarda kontrendikedir.

**Koruyuculuk:** Genel etkinlik %74 (inaktif aşı % 65, canlı aşı % 80) bulunmuştur.

## Hepatit A

Hepatit A *picornavirus* ailesine ait bir RNA virüsüdür. İnsan tek doğal konaktır. Virüs düşük pH'ya dayanıklıdır; ancak yüksek ısı, formalin ve klorda inaktive olur. Virüs fekal-oral yolla bulaşmakta ve karaciğerde viral replikasyon gerçekleşmektedir. İnkübasyon süresi 30 (15-50) gündür. Virüs 10-12 günde kan ve gaitada tespit edilir. Sarılık 6 yaş altındaki vakaların % 10, 6-14 yaş arasında % 40-50, 14 yaş üzerinde ise % 70-80 oranında görülür. Kronikleşmez, spesifik bir tedavisi yoktur. CDC tarafından yayınlanan önerilerde yıllık orta-

lama insidansın 10-20/100.000 olduğu toplumlarda rutin aşılama-  
nın yapılması gerektiği söylenmektedir.

**Uygulanışı:** 12-23 ayda 6 ay arayla 2 doz olarak.

**Koruyuculuğu:** % 97-99

Rutin aşılama yapılmayan yerlerde; endemik bölgeye seyahat,  
gıda işiyle uğraşanlar, kronik karaciğer yetmezliği olanlar, diğer he-  
patitlerle enfekte olanlar, bakım evi ya da mental retarde hastalarla  
uğraşan personel ve sağlık personelinin aşılanması önerilmektedir.

## Meningokok

*Neisseria meningitidis*'in neden olduğu menenjitler, Hib aşısı ru-  
tine girdikten sonra ön sıralara yükselmiştir. Olguların yarısı 2 yaşın  
altında çocuklardır. Meningokok aşuları 2 (A ve C tipleri) veya 4 (A, C,  
Y ve W-135) serotipe karşı geliştirilmiş aşılardır.

**Türü:** Konjuge aşı

**Uygulanışı:** Tek doz deltoid kasa uygulanır.

**Koruyuculuk:** %80-90.Taşıyıcılığı önlemez. 10 gün içinde bağı-  
şıklık başlamakta, 3 yıl sürmektedir.

5 yaşından sonra risk grubuna önerilir (Splenektomi, HIV, orak  
hücre anemisi, lösemi).

## Rotavirus

Rotavirüsler bütün dünyada, çocukluk çağı gastroenteritinin en  
önemli etkenidir. Hemen hemen bütün çocuklar 2-3 yaşına kadar  
bu virüsle enfekte olurlar. Özellikle hijyen koşullarının iyi olduğu ge-  
leşmiş ülkelerde bakteriyel etkenler daha az görüldüğünden, rotavi-  
rüse daha sık rastlanır. Rotavirüsler reovirüs ailesi içerisinde yer alan,  
11 çift iplikçikli RNA virüsleridir.

**Türü:** Oral atenüe aşıdır. Pentavalan (RV5) ve monovalan (RV1)  
aşılar mevcuttur.

**Koruyuculuğu:** %70-96

İmmün yetmezlikte yapılmaz.

## HPV

*Human papilloma virüsü* zarfsız bir DNA virüsüdür. Yaklaşık 60  
türü olan virüsün birkaç türü servikal kanserle ilişkilidir.

HPV aşılarının, özellikle servikal kanser ve siğillerden (dört-  
değerlikli) koruyucu etkisi olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.  
HPV aşuları cinsel ilişki yaşından önce uygulanmalıdır. Aşı öncelikli  
olarak kız çocuklara uygulanır. Aşı etkin güvenilir ve iyi tolere edilen  
bir aşı olarak bulunmuştur.

**Koruyuculuğu:** 3 dozda % 90 koruyuculuk beklenmektedir, tahmini koruyuculuk süresi 5 yıldır.

## **AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİ**

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE); aşı uygulanan bir kişide, aşı sonrası ortaya çıkan, bilinen aşı yan etkisi ya da aşıya bağlı olduğu düşünülen herhangi bir istenmeyen tıbbi olaydır. ASİE'ler bazı vakalarda aşının kendisine, bazılarında ise aşının uygulanması sırasındaki hatalara bağlı olabileceği gibi, aşı ya da uygulama ile ilgisiz de olabilir. Saptanan ASİE vakalarının pek çoğu, dağıtım ve/veya uygulama hatası nedeniyle ortaya çıkabileceğinden ve genellikle önlenemez olduğundan; veri analizinde ilk aşama aşının depolanması, dağıtımı, sağlık kuruluşunda saklanması, hazırlanması ve uygulanması sırasında hata olup olmadığının araştırılmasıdır (ASİE genelgesi 2009).

## **AŞILARIN KORUNMASI**

### ***Soğuk Zincir***

Doğadaki tüm maddelerin aksine su 4°C de en yoğun halindedir. Soğutmaya devam ederseniz genleşmeye başlar. Bu da su içeren canlıları dondurduğunuzda ölecekler demektir.

Aşılar, ışığa, sıcağa ve donmaya karşı hassas oldukları için üretildiği andan kullanıldığı ana kadar doğru koşullarda korunmaları gerekmektedir. Aşıların uygun ortam, ısı ve şartlarda muhafaza edilip dağıtıldığı, insan ve malzemedan oluşan sisteme 'soğuk zincir' denir. Soğuk zincir buzdolapları, uzun ve kısa süreli aşı nakil kapları, buz aküleri, termometreler ve elektronik izlem cihazlarından oluşur. Personel soğuk zincirin son derece önemli bir parçasıdır. En modern cihazlara sahip olsanız bile personeliniz aşığı ve cihazları gerektiği gibi kullanamıyorsa soğuk zincir etkili olmayacaktır.

Tüm aşılar buzdolabının raflarında saklanmalıdır. Duvarlar ve diğer aşılarla aralarında hava dolaşımına izin verecek boşluklar bırakılmalıdır. ASM'de ihtiyacın üzerinde aşı bulundurulmamalıdır. Aşılar kutularında saklanmalı, sulandırıcıları ayrı ise, mutlaka kendi sulandırıcıları kullanılmalı, sulandırıcılar dondurulmamalıdır. Benzer aşılar gruplar halinde depolanmalı, son kullanım tarihi yakın olanlar önce kullanılacak şekilde yerleştirilmelidir. Çoklu doz aşılar da mutlaka açılma tarih ve saati yazılmalıdır. Buzdolabı mümkünse birden çok ısı izlem aracı ile izlenmelidir. Buzlukta yeterince buz aküsü ve sebzelik bölümünde elektrik kesintilerinde dolap ısını korumak için tuzlu su şişeleri bulundurulmalıdır. Sürekli kaydeden elektronik



termometreler (Fridge-Tag) ve flakon ısı izlemcilerinin nasıl kullanılacağı ilgili birimlere danışılarak öğrenilmelidir.

### İzleme Sistemine Dahil Olan ASİE'ler

1. Lokal Reaksiyonlar	
Aşıdan sonra 48 saat içinde ortaya çıkan	Ciddi Lokal Reaksiyon
Aşıdan sonra 2-7 gün içinde ortaya çıkan	Enjeksiyon yerinde abse (Bakteriyel/steril)
Aşıdan sonra 2 hafta – 6 ay içinde ortaya çıkan	Lenfadenit
2. Sinir Sistemi ile İlgili İstenmeyen Etkiler	
OPA'dan sonra 4-30 gün (temaslılarda 4 -75 gün) içinde ortaya çıkan	Paralitik poliomiyelit
Kızamık bileşenli aşıları takiben 5-12 gün, DaBT-IPA-Hib, KPA aşılarını takiben 72 saat içinde ortaya çıkan	Konvülzyon
Kızamık bileşenli aşıları takiben 5-15 gün içinde ortaya çıkan	Ensefalopati/Ensefalit
DaBT-IPA-Hib aşısını takiben 7 gün içinde ortaya çıkan	Ensefalopati
Tetanoz bileşenli aşılarından sonra 2-28 gün içinde ortaya çıkan	Brakial nevrit
Aşıdan sonra 0-6 hafta içinde ortaya çıkan	Diğer paraliziler
Kabakulak bileşenli aşıları takiben 15-21 gün içinde ortaya çıkan	Aseptik menenjit
3. Diğer İstenmeyen Etkiler	
Aşıdan sonra 1 saat içinde ortaya çıkan	Anafaksi
Aşıdan sonra birkaç saat içinde ortaya çıkan	Toksik Şok Sendromu
Aşıdan sonra 4 saat içinde ortaya çıkan (deri bulguları daha geç görülebilir)	Akut allerjik reaksiyonlar
DaBT-IPA-Hib aşısından sonra 24 saat içinde ortaya çıkan	Hipotonik-hiporesponsif atak
Aşıdan sonra 1 hafta içinde ortaya çıkan	Sepsis
Kızamıkçık bileşenli aşılarından sonra 1-3 hafta içinde ortaya çıkan	Artrit
Kızamık bileşenli aşılarından sonra 1-6 hafta içinde ortaya çıkan	Trombositopeni
DaBT-IPA-Hib aşısından sonra 24 saat içinde ortaya çıkan	Apne - Bradikardi
BCG aşısından sonra 1 – 12 ay içinde ortaya çıkan	Yaygın BCG enfeksiyonu
BCG aşısından sonra 1-12 ay içinde ortaya çıkan	BCG Osteiti

Zaman sınırı olmaksızın	Yukarıda sunulan hastalıklar haricinde sağlık personeli ya da toplum tarafından aşılamayla ilgili olduğu düşünülen; a) Ciddi olgular* b) Kümelenme, c) Toplumda ciddi kaygı ya da olumsuz propoganda nedeni olan durumlar ASİE kapsamında incelenmelidir.
-------------------------	--

## KAYIT ve BİLDİRİM

Aşıların uygulanması kadar aşıların doğru şekilde kaydedilmeleri, sürveyans sistemindeki hastalıkların bildirimleri, ASİE bildirilmesi, buzdolabı ısı çizelgelerinin tutulması, bölge dışı aşı başvurularının karşılanarak bildirilmeleri de önemlidir. Aşı uygulanan kişiye mutlaka aşı kartı verilmelidir.

Bebeklik çağı aşılarının büyük bir kısmı Aile hekimliği Performans sistemine dahildir. Bu aşılar uygulandığında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) girilmeli ve Bakanlık Merkez Sunucuya gönderilmelidir.

Uygulanan aşılar ilgili kartlara da işlenebilir. Aile hekimliği uygulamasına geçiş elektronik ve eski formlarda kayıt tutulması konusunda tereddütler yaratmıştır. Mevcut karar destek sistemleri (KDS) eski veri biçimlerini desteklememektedir. Minimum veri seti üzerindeki çalışmalar kayıtların tamamen elektronik olarak tutulacağını düşündürmektedir. AHBS içindeki kayıt ve bildirim yollarını izlemek, neredeyse günlük olarak değişen uygulamanın güncel tutulmasını sağlayacak tek yol gibi görünmektedir.

### Kaynaklar

Aile hekimliği uygulama yönetmeliği (2010) Sağlık Bakanlığı (indirme 2011)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>

Aslan T.(2005), Türkiye’de Aşılamanın tarihi gelişimi, Birinci Ulusal Aşı Sempozyumu 21-25 Eylül 2005,Ankara

Aşı çalışma grubu internet sitesi (2011 indirme) <http://asicalismagrubu.org>

Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi (2009), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Buzgan, T. (2011) Türkiye’de dünden bu güne aşılama politikaları, J Pediatr Inf 2011; 5 (Suppl 1): 235-8
- Buzgan, T. (2005) Türkiye’de Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Birinci Ulusal Aşı Sempozyumu 21-25 Eylül 2005, Ankara
- Ceyhan M. (2011 indirme), Tetanoz, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>, Şubat 2007
- Ceyhan M. (2011 indirme), Konjuge Pnömonokok Aşısı, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>, Mayıs 2006
- Çamcıoğlu, Y. (1998), Çocuk ve Erişkinde Bağışıklama Sempozyumu, Aşıların Hazırlanışı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri
- Çamcıoğlu Y. (2011 indirme), Tüberküloz, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>
- Dirican R., Bilgel N. (1993) Toplum Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi
- Erişkin Bağışıklama Rehberi Çalışma Grubu (2009), Erişkin Bağışıklama Rehberi, Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Bilimsel Tıp Yayınevi 2009
- Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Hacımustafaoğlu, M. (2011 indirme), Kabakulak, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>
- Öztürk R. (2011), Erişkinde Bağışıklama, Sağlıkta Nabız Dergisi, 23. sayı, Dosya, 2011, <http://www.nabizdergisi.org>
- Salman, N. Badur S. (2011 indirme), İnfluenza, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>
- Ünal S. (2009), Erişkin Aşılama programları, Oranlar, Üçüncü Ulusal Aşı Sempozyumu 29 Eylül-3 Ekim 2009, Ankara
- Ünal S. (2011 indirme), Kuduz, Aşı Çalışma grubu İnternet sitesi, <http://asigrubu.org>, Ağustos 2006
- Vural Ş. (2008) Manisa Bölgesinde Erişkin yaş grubunda Difteri antikör düzeyleri, Uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon hastalıkları ve Klinik mikrobiyoloji AD
- Yurdakök K., İnce T. (2008), Aşı Adjuvanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 225-239

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON

BÖLÜM  
11

## 11.1. KALİTE KAVRAMI

### 11.1.1. Kalite Kavramının Tanımı

*“Kalite asla bir tesadüf değildir, daima akıllı bir  
gayretin sonudur.”*

*John Ruskin*

Modern yaşamın giderek vazgeçilmez bir unsuru olan kalite kavramı bu alanda araştırma yapmış birçok bilim adamı tarafından çok farklı yönleriyle tanımlanmıştır. Edwards kaliteyi 1968 yılında “ürünlerin ihtiyaçları karşılayabilme kapasitesi” olarak tanımlarken, Gilmore 1974 yılında bu tanımları genel çerçeveden çıkararak “belli bir ürünün belli bir müşterinin ihtiyaçlarını karşılama kapasitesi” demiştir (Gökmen, 2001). Broh ve Deming tanımın içine maliyeti de katarak “herkesin sorumluluğu, kullanıcıyı bütünüyle tatmin eden en ucuz değer” diyerek daha önceleri lüks ve pahalı kavramları ile özdeşleştirilen kalite kavramına yeni bir bakış getirmişlerdir (Gökmen, 2001).

Kalite kavramı uzun yıllar üretim sektörüne yönelik düşünülmüş ve geliştirilmiştir. Ancak Deming tıpkı üretim sektörü gibi, hizmet sektöründe de kalite kavramının müşteri memnuniyeti ve fiyat tasarrufu için gerekli olduğuna dikkat çekmiştir. Hizmet sektöründe kalite kontrolü çalışmaları giderek daha fazla önem kazanmıştır. Hizmeti ürünlerden ayıran bir takım özellikler vardır ki, bunlar; soyut olması, üretim ve tüketimin eş zamanlı gerçekleşmesi, hizmeti sunan kişi aynı olsa da farklı zamanlarda farklı hizmet sunabilmesi nedeni ile değişkenliğinin olması ve depolanmasının mümkün olmamasıdır (Karafakioğlu, 1998, s.111-116).

Doç. Dr. Yeşim UNCU, Doç. Dr. Züleyha ALPER

Kalite kavramı bir değer yargısı ifadesi olup, görelî bir kavram olması nedeni ile tanımlamada, üstünlük odaklı, ürün odaklı, kullanıcı odaklı, değer odaklı ve üretim odaklı olmak üzere beş farklı yaklaşım mevcuttur. Bu yaklaşımlardan yola çıkarak yapılan birçok tanım vardır (Gökmen, 2001).

- ASOQ (American Society for Organizational Quality/Amerikan Kalite Kontrol Birliği): Kalite, bir mal veya hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.
- JIS (Japanese Industrial Standards/Japon Sanayi Standartları Komitesi): Kalite, ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üretten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.
- ISO (International Organization for Standardization/Uluslararası Standart Organizasyonu): Bir ürünün veya hizmetin kalitesi, tüketici gereksinimlerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan pazarlama, mühendislik, imalat ve kalitenin devamı özelliklerinin bileşkesidir.

### 12.1.2. Kalite Kavramının Tarihçesi

Kalite kavramı, ilk defa ikinci dünya savaşı sırasında Deming ve Juran tarafından *"kullanıma uygunluk ve kullanıcıyı tatmin eden en ucuz değer"* olarak bilimsel bir tanım almış olsa da, tarihçesini incelediğimizde bu kavramın antik çağlardan beri insanların ilgi odağı olduğunu görmekteyiz. Taş devrine ait arkeolojik kazılarda, kalite kontrolünün temel unsurlarından olan "ölçme"ye ait kanıtlara rastlanmakta, karşılaştırmaya dayalı ölçüm yaptıkları ve standart olarak belirledikleri bir birime göre nesnelerin ölçümlerini yaptıkları bilinmektedir (Yılmaz, 2010). Yine Eski Mısır'da taşçı ustalarının, yonttukları taşların kenar ve yüzey ölçümlerini yaparak piramitleri belirli bir standarda göre yaptıkları bilinmektedir.

M.Ö. 2150 yılı civarında Hammurabi Kanunları'nda inşaat ustasının yaptığı evin çökmesi ve sahibini öldürmesi durumunda ölümle cezalandırılacağına yer verilmektedir (Ünlüoğlu, 2003). Öte yandan Hammurabi Kanunları'nın 215-220. maddeleri arasında hekim hizmetinin kalitesine göre alacağı ödül ya da cezaya yer verilerek *"eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel (16.37 gramlık gümüş para) verilecektir"* denilmekte, bir başka maddesinde ise, *"eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adama derin bir kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ"*

*eli kesilecektir*" denilerek yapılan işin kalitesine göre ödül veya ceza belirlenmiştir (Şimşek, 2001).

Kalite için standartların belirlenmesine verilen önemi ve bununla ilgili ilk yasal düzenlemeleri II.Beyazid Han'ın 1502 yılında çıkardığı "Kanunname-i İhtisab-ı Bursa"da görmekteyiz (Ünlüoğlu, 2003). Bu kararnamede boyama, ambalaj ve kalite gibi esaslar tanımlanmış ve belirlenen ceza hükümleri de yer almıştır.

Ortaçağ Avrupa'sında J. Gutenberg'in geliştirdiği matbaa, değiştirilebilen standart parça üretimi ve kullanımına ilk örnek olarak kabul edilmektedir.

Standardizasyon için bir diğer tarihsel örnek ise, İngiltere Kralı I. Charles'ın kraliyet silahlı kuvvetlerinin kullanacağı tüm silah ve malzemelerin kontrolü ve standardizasyonu için bir komisyon oluşturmuş olmasıdır (Ünlüoğlu, 2003).

Tüm bu bilgilerle birlikte bugün anladığımız anlamda kalite kavramının gelişimi 19. yüzyılda başlamıştır. Bu zamana dek bir ustanın üreterek müşterisine sunduğu ürünün tüm sorumluluğu onu üreten ustaya aitti. Karşılıklı güvene dayanan ve ikili ilişki olarak yürüyen bir süreç vardı. Sanayi devrimi ile birlikte üretimin artması bu ikili ilişkinin ortadan kalkmasına neden oldu. O döneme kadar ihtiyaca yetecek kadar üretim amaçlanırken, sanayi devrimi ile birlikte üretimde bolluk ve buna bağlı olarak da beklentilere dönük kaliteli üretim kavramı gündeme gelmiştir. Seri imalatın başlaması ile birlikte bozuk ürünlerin sağlamlardan ayrılmasına başlanmış, müşteriye sunulmadan önce kalite kontrol birimleri tarafından bozuk malların ayıklanması süreci başlamıştır. Ancak bu üretimde maliyetin katlanmasına neden olmuş ve kalite kavramı yüksek maliyetle birlikte anılır olmuştur. Bunun sonucu olarak farklı bir kalite yaklaşımına ihtiyaç doğmuştur.

Aktan (1999)'a göre çağdaş kalite anlayışı dört aşamadan geçerek günümüze gelmiştir. İlk aşama yukarıda bahsedilen "*kontrol*" aşamasıdır. İkinci aşama, W. Shewart tarafından istatistiksel yöntemlerin kullanılması ile birlikte 1950'li yıllarda "*istatistiksel kalite kontrol*" yaklaşımının ortaya çıktığı dönemdir. Pareto diyagramı, histogram gibi çeşitli istatistikî araçlar kalite kontrolünde kullanılmaya başlanmıştır. Üçüncü aşamada "*toplam kalite kontrol*" kavramı kullanılmaya başlanmıştır ki, burada ilk defa ürünün kontrolünün tasarım aşamasında yapılması öngörülmüştür. Ayrıca kalite kontrol görevinin sadece üretim kontrol birimleri değil tüm birimler tarafından sahiplenilmesi gerektiği öne sürülmüştür. Böylece dördüncü aşama olarak günümüzde "*toplam kalite yönetimi*" kavramı geliştirilmiştir. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) "*kaliteyi arttırarak rekabet gü-*

*cünü geliştirmenin çağdaş yönetim biçimi"* olarak tanımlanmaktadır. Kalite kavramının 'toplam' sözcüğü ile ilişkilendirilmesinin sebebi, kurumun gösterdiği bütün faaliyetleri kapsayan, sürekliliği olan ve tüm çalışanların katılımıyla topluma katkıda bulunabilecek bir anlayışı içinde barındırıyor olmasıdır (Erkılıç, 2007). Juran ve Deming toplam kalite yönetiminde sistemin şu özelliklere sahip olması gerekli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Gökmen, 2001):

- Uygulanabilecek kadar basit,
- Herkesin katılımına ihtiyaç olduğunu anlayabilecek kadar hassas,
- Tüm çalışanları motive edebilecek kadar ilginç,
- Kazançları tanımlayabilecek ve yeni kazançlar tanımlayabilecek kadar güçlü,
- Eski geleneklerin yerini alabilecek kadar ileriye dönük olmalıdır.

## **11.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE**

Sanayinin gelişme sürecine benzer şekilde kalite kavramının yaşantımızdaki yerinin yaygınlaşması ile birlikte, insanların hizmet alanında da kalite beklentileri artmıştır. Tıbbın gelişmesi, yaşamın uzaması, yeni hastalıkların gündeme gelmesi, artan tıbbi bakım, girişimler ve buna bağlı artan maliyetler ve sınırlı bütçeler sağlık alanında 'kaliteli hizmet nedir?' sorusunu gündeme getirmiştir. Üretim sektöründen sonra hizmet sektöründe de artan ilgiye rağmen, kalite kavramı, sağlık sektöründe klinik uygulamalarda gösterdiği gelişimi birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterince gösterememiştir.

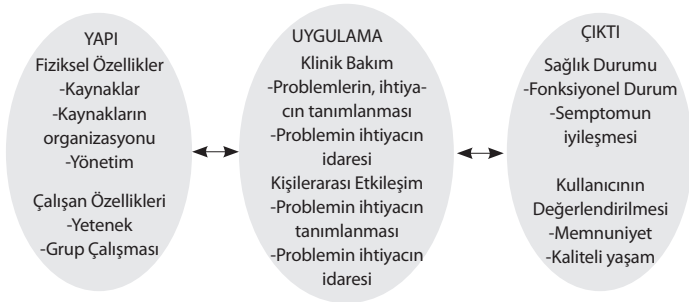
Kaliteli sağlık hizmetini, Sonazura (1980) "*Hastanın mevcut tıbbi bilgi ve imkânlar çerçevesinde mümkün olan en üst fonksiyonel kapasiteye ulaşmasını ve biyopsikososyal iyileşmenin gerçekleşmesini, iyi insan ilişkileri ile sağlayan sağlık hizmeti*" olarak tanımlamıştır. Donabedian (2005) ise, "*Sağlık hizmet sunumunda kurumun yarar zarar dengeleri içerisinde beklenebilecek en üst iyileşme beklentisi*" olarak tarif etmiştir.

Donabedian'ın oluşturduğu sistem temelli sağlık hizmet modeli, kalitenin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde sağlık hizmeti, yapı, uygulama ve çıktı olarak üç kategori ve alt tanımlar ile incelenmektedir.

Bu modelde 'yapı' ile tanımlanan, fiziksel ve çalışan özellikleridir. Verilen hizmetin nasıl organize edildiği, çalışma saatleri, randevu sistemi gibi özellikler, içinde bulunulan sağlık sisteminin bileşenleri ile birlikte burada incelenmektedir. Hizmetin yapısal özellikleri kul-

lanıcıya sağlık hizmetine ulaşma imkânı verir, ancak bu hizmeti garanti etmez. Sistem temelli modelde yapısal özelliklerin uygulama ve sonuçlara direk etkisi vardır. Örneğin, mutlak gerekli bir teknik donanımın olmaması kullanıcının kaliteli sağlık hizmetine ulaşmasını engeller (McGlynn, 1997).

**Şekil 1.** Sağlık hizmetinin sistem temelli modeli



**Kaynak:** Campbell (2000: 51).

'Uygulama', kullanıcı ile sağlık hizmeti yapısı arasındaki ilişkiyi açıklar. Klinik bilginin kişinin özgül probleminin çözümlenmesinde kullanımı uygulamanın bir yönüdür. Burada verilen sağlık bakımının kalitesinden söz ederken, bu bakıma ihtiyaç olması ve verilen bakımın da ihtiyaca uygun olması gereklidir (Kahan vd. 1994). Klinik bakım hastaya verilen hizmetin biyomedikal yönünü açıklayan bir tanımdır. Oysaki aile hekimliği hizmetinde, verilen bakımda kişiler arası ilişkinin niteliği, etkileşimin psikolojik ve sosyal yönleri en az tıbbi bakım kadar önemlidir. Hasta bilgilendirmesine yönelik hekimin iletişim becerisi ya da hekim ve kullanıcı arasındaki güven ilişkisi, bakımın kişiler arası etkileşimine örnektir. Kişiler arası etkileşimi Omachonu (1990) '*algılanan kalite*' olarak tanımlamış ve sağlık hizmetini '*sunulan teknik hizmet*' ve '*algılanan hizmet*' olarak iki farklı alanda incelemiştir. Bazı yazarlar ise sunulan hizmette bu ayrımı hizmetin bilimsel yönü ve sanatsal yönü olarak yapmaktadırlar.

Sistem temelli hizmet modeli, kalite ölçümleri için oldukça uygun bir sınıflama imkânı sağlamaktadır, ancak ölçüm standartları açısından tanımlara ihtiyaç vardır. Klinik bakıma yönelik çok sayıda ölçüm standardı olmasına rağmen kişiler arası etkileşim için çok sınırlı standart tanımlanmıştır. Ayrıca aile hekimliği uygulamalarının önemli bir kısmını oluşturan akut problemlere yönelik kalite göstergelerinin mevcut olmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının eksik yönleridir (Cambell, 2000).



'Çıktı' verilen sağlık hizmetinin sonuçlarıdır. Sonuçlar hem yapı (teknik yetersizlik) hem de uygulama (bilgi veya beceri eksikliği) özelliklerinden etkilenir. Aradaki ilişki her zaman doğrusal değildir. Kalitenin çıktılar açısından değerlendirilmesinde iki alan vardır. Birincisi kullanıcının sağlık durumu, diğeri de kullanıcının memnuniyetidir. Ancak, çıktının kalite ölçümleri içinde yer alması tartışmalı konulardan birisidir (Davies ve Crombie, 1995). Amaç sağlık sisteminde değişim yaratmak ise, kalite göstergesi açısından uygulama ölçümlerinin kullanımı daha uygundur. Uygulama, sağlık profesyonelleri tarafından kontrol edilmekte ve değişim daha hızlı olabilmektedir. Oysaki çıktının değerlendirilmesi daha uzun bir süreçtir ve tıpta yaşanan gelişmeler ile birlikte zaman içinde mevcut yaklaşımlarda değişme görülebilmektedir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin dışında bir çok faktör çıktı üzerine etkilidir. Bununla birlikte uygulamanın ölçümünde, çıktı olarak elde edilen iyileşme mutlaka değerlendirilmelidir.

Bir çok araştırmacı kalite göstergelerini tanımlamıştır (Tablo 1.1). Hepsinin ortak olduğu iki ölçüt ulaşılabilirlik ve etkililiktir. Kişi odaklı kalite değerlendirilmesinde tüm diğer ölçütler bu iki özellik altında incelenebilir Campbell (2000:1615).

Bu bakış açısı ile birinci basamakta sağlık hizmetinin kalitesi iki soru ile özetlenebilir. Birinci soru, 'Kullanıcı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine, gerektiği zaman ulaşabiliyor mu?' ikinci soru ise 'Aldığı hizmet hem klinik bakım hem de kişiler arası ilişkiler açısından etkili mi?'

**Tablo 1.1:** Tanımlanan kalite göstergeleri

Maxwell 1992	HSRG 1992	Donabedian 1990	O'Leary & O'Leary 1992
Ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Ulaşılabilirlik
Etkili (Effectiveness)	Etkili	Etkili	Etkililik
Etkin (Efficiency)	Etkin	Etkin	Etkin
Kabul edilebilir	Hasta merkezli	Kabul edilebilir	Hasta merkezli
Eşit	Sürekli/Koordine	Eşit	Sürekli
Uygun	Kapsamlı	Meşru	Yararlı (Efficacy)

**Kaynak:** Campbell (2000:1615)

## Ulaşılabilirlik

Birinci basamak sağlık hizmetine ulaşımında karşımıza çıkan en önemli engellerden birisi coğrafi/fiziksel engellerdir (Haynes, 1991). Kırsal alanda yaşayanların ulaşımında yaşadığı güçlüklerin yanı sıra, fiziksel engellilik, yaşlılık gibi nedenler de sağlık hizmetine ulaşmayı engelleyici durumlar olabilir. Türkiye’de uygulamaya başlanan yeni sağlık hizmet modelinde aile hekimlerinden beklenen bir görev bu engelleri kaldırmaya yönelik ‘gezici sağlık hizmeti’ vermeleridir (Bkz. Bölüm IX). Mayıs 2010’da yayımlanan yönetmelikte bu hizmetin amacının sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen hizmetin kalitesini arttırmaya yönelik olduğu yer almıştır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010: madde 1).

Yine verilen hizmetin kullanıcı tarafından karşılanabilir olması, hizmetin ulaşılabilir olma özelliklerinden birisidir. Birinci basamak sağlık hizmetinin giriş kapısı olması özelliği, kullanıcıların ikinci ve üçüncü basamağa ulaşmasının anahtarıdır. Kişilerin birinci basamağa ulaşabiliyor olmaları ve birinci basamak hekiminin sevk davranışı buna etken olmaktadır. Bu nedenle, her bir ferdin birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı ne kadar üst düzeyde ise (kapsayıcı birinci basamak sağlık hizmeti), o ülkede sağlık hizmetinin kalitesinin o denli yüksek olduğu söylenebilir. Özellikle sağlık hizmetinin devlet tarafından karşılanmadığı ülkelerde finansal engeller, sağlık hizmetinde ulaşımı en olumsuz etkileyen faktörlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetinin devamlılığı, ulaşılabilir sağlık hizmetinin diğer bir yüzüdür. Örneğin, hekimin hastası ile yeterli bir iletişim kuramaması nedeni ile kesintiye uğrayan bir sağlık hizmetinde, kaliteli sağlık hizmetinin de kesintiye uğraması kaçınılmazdır.

Hizmete ulaşımın ölçümünde, kullanıcının sağlık düzeyi ve kullanıcının hizmeti değerlendirmesi en önemli ölçütlerdir.

## Etkililik

Burada iki önemli etken vardır. Birincisi kullanıcıya sunulan sağlık hizmeti (klinik bakım), ikincisi ise kişiler arası etkileşimdir. Sunulan sağlık hizmetinin kanıta dayalı ve yasal geçerliliği olan bir hizmet olması gereklidir. Hekimin klinik bilgisini, hastanın durumuna uygun ve ne denli etkin kullandığı verilen hizmetten alınan sonucu etkileyecektir. Ancak diğer taraftan hastanın beklentisi de, burada önemli bir faktördür. Unutulmamalıdır ki, kullanıcının aldığı hizmetin kalitesi kendi durumuna ve o kullanıcıya özgü bir durumdur ve her bir kullanıcı için farklı özellikler taşır. Bu nedenle hastaya özgü bakımın planlanmasında hasta ile bir ortaklık kurulması ve paylaşılmış sorumluluk anlayışı burada önemli bir kalite göstergesidir. Ya-

pılan psikodinamik çalışmalar göstermektedir ki, verilen sağlık bakımının hasta merkezli olması, hastanın iyileşmesi üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.

Sonuç olarak, kaliteli sağlık hizmeti '*ihtiyaç duyulduğunda, ulaşılabılır ve etkin bir sağlık hizmeti*' olarak özetlenebilir. Ancak, etkin sağlık hizmeti denildiğinde 'kim için?' sorusu önemli bir sorudur (McGlynn, 1997). Sağlık sektöründe müşteri ve hizmet kavramları diğer sektörlerle göre biraz karmaşıktır. Diğer sektörlerde 'müşteri' olarak tanımlanan ürün ya da hizmetin kullanıcısı bellidir. Müşterinin beklentilerinin bilinmesi ve üretilen bir malın bunu karşılamaya yönelik yapılması yeterli bir yaklaşımdır. Oysaki sağlık alanında müşteri kavramı duruma göre hastanın kendisi, yakını, sağlık sigorta şirketi, bir diğer doktor, tıbbi malzeme tedarikçileri veya benzeri kişiler olabilir.

Sağlık hizmeti planlamasında, kullanıcıların, sağlık profesyonellerinin ve ödeyici kurum veya kişilerin perspektifini koruyan kaliteli sağlık hizmetinin çerçevesini çizen ulusal bir tanım mutlaka yapılmalıdır.

### **11.3. HASTA/ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KAVRAMLARI SÜREÇLERİ**

Sağlık kurumları bir yandan kullanıcıya sağlıklarını geri kazanmak ya da korumak için olanak sağlarken, bir yandan da hasta ve sağlık çalışanları için güvenliği tehdit edici birçok olumsuz faktörü barındırır.

Yanlış taraf cerrahisi, intiharlar, transfüzyon hataları, ameliyat komplikasyonları gibi hasta güvenliği kapsamında incelenen birçok riskli durum doğrudan hastane hizmetleri kapsamındadır. Ancak, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, ilaç etkileşimleri gibi başlıklar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıklıkla karşımıza çıkan hasta güvenliğini tehdit eden durumlardır.

Hasta tedavi sürecinde uygun bir yaklaşım yapılmadıysa ya da verilen tedavi başarısız oldu ise bu 'hata (tıbbi hata)' olarak adlandırılır. Bu hata sonucu hasta zarar görebilir veya görmeyebilir. Eğer hasta zarar gördü ise yani 'ters olay (beklenmeyen olay)' gelişti ise o zaman 'tıbbi kaza' olarak adlandırılmaktadır. Her tıbbi hata ters olay ile sonuçlanmamaktadır (Bkz. Bölüm XIII).

Güvenlik kültürü, ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) tarafından 1993 yılında yayınladıkları raporda "*bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür*" olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde güvenlik kavramının

önemi ancak 1990'lı yıllardan sonra gündeme gelmeye başlamıştır. Kalite kavramının sağlık alanında yaygınlaşmaya başlaması ile birlikte beklenmeyen olayların (ters olayların) kayıtları tutulmaya ve analizleri yapılmaya başlanmıştır. Brennan (1991) ve Thomas (1999) on yıl ara ile yaptıkları çalışmalarda, her yıl ABD'de tıp kazaları sonucu 44.000 ve 98.000 kişinin öldüğünü yayınlamışlardır. Bu tarihten beri "hasta güvenliği" kavramının benimsenmesi ile tıpta kötü yönetimden kaynaklanan birçok ölüm ve sakatlığın önlenebileceğine dair birçok araştırma yayınlanmıştır.

Hasta güvenliği kavramının benimsenmesi yöneticinin yaklaşımı ve bu kavramı doğru algılamasının yanı sıra, çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime karşı tutumları, hatalara etken faktörlere karşı tutumları, yorgunluk, stres, aşırı yüklenme gibi etkenler ve çalışanların risk alma alışkanlıkları ile yakından ilişkilidir. Oysaki yapılan birçok çalışmada sağlık alanında çalışan az sayıda üst düzey yöneticinin, bu konuyu yeterince benimsediği ve hasta güvenliği çalışmalarına yeterince kaynak ayırdığı gösterilmiştir (Laepe, 1994).

Tıpkı kalite kavramında olduğu gibi hasta güvenliği konusunda da, sağlık hizmetinin kendi doğasına göre farklılıkları vardır. Bu nedenle tıpta güvenlik kavramı, üretim sektöründeki güvenlik kavramından farklı özelliklere sahiptir.

Öncelikle, sağlık güvenliği tartışmalarının merkezinde çalışanlar değil, hizmeti alan kişinin doğrudan kendisi vardır. Ayrıca sağlık hizmetinin bu hizmeti sunanlar açısından yüksek düzeyde uzmanlık gerektirmesi, çok farklı birimlerin eşgüdüm içinde çalışma zorunluluğu, hizmetin pahalı bir hizmet olması, karmaşık bir hizmet olması ve standardizasyonunun çok güç olması, acil ve ertelenemez bir hizmet olması, hataya karşı hiç tolerans olmaması, çıktının tanımının ve ölçümünün güç olması gibi faktörler sağlık sektöründe sunulan hizmetin diğer sektörlerden çok farklı olmasına neden olmaktadır (Omachonu, 1990). Sağlık alanında güvenliğin sağlanması için gerekli şartları şöyle özetleyebiliriz;

- Güvenlik ikliminin oluşturulması,
- Güvenlik prosedürlerinin mevcudiyeti,
- Yöneticinin uygun tepkileri,
- Teknolojiyi kullananların eğitimleri,
- Güvenliği içeren performans uygulamaları,
- Fiziksel şartların uygunluğu.

Yapılan araştırmalarda tıbbi hatalara en çok neden olan etkenler araştırılmış ve ilk dört sırada, dikkat dağılması, işin başka bir neden-

le kesintiye uğraması, sağlık personeli başına düşen hasta sayısı ve hastaların yanlış doz veya yanlış ilaçla tedavi edilmesi yer almaktadır (Akalın, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2010).

Sağlık alanında güvenlik kültürünün yaygınlaşması ve tıbbi hataların en aza indirilmesi için dört maddelik bir strateji önerilmektedir (Institute of Medicine [IOM], 2000).

1. Güvenlik kavramının öğrenilmesi, araştırmalar yapılması, alınacak önlemler ve uygulamalara yönelik ulusal bir motivasyon ve liderlik için gerekli alt yapının hazırlanması.
2. Tıbbi hataların bildirim için ülke genelinde zorunlu bildirim sisteminin oluşturulması, sağlık kuruluşlarının ve profesyonellerin gönüllü bildirim yapmalarını özendirici yöntemlerin geliştirilmesi ve bu sayede hataların analiz edilerek sorun çözücü stratejilerin geliştirilmesi.
3. Sağlık hizmeti finans kaynakları, düzenleyici kurumlar ve yetkilendirme merkezleri açısından performans standartlarının yükseltilmesi ile güvenlik beklentisinin artırılması.
4. Sağlık birimlerine güvenlik sistemlerinin yerleştirilmesi ile güvenli hizmetin daha ilk basamaktan başlayarak sağlanması.

Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından da çalışmalar yürütülmektedir. Resmi Gazete'de 6 Nisan 2011'de yayınlanarak yürürlüğe giren 27897 sayılı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" ile bu alana düzenleme getirilmiştir. Bu yönetmelikte amaç, *"tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir"* olarak, kamu, üniversite ve özeldeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

Bugüne dek, sağlık sisteminde çalışan ve hasta güvenliğini izleyebilen sürekli ve kapsamlı bir sistematik henüz geliştirilememiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti güçlü olan ülkelerin hem sağlık harcamalarının daha az, hem de toplumların daha sağlıklı oldukları bugün artık bilinen bir gerçektir. Bu nedenle gelecekte sağlık hizmetlerini bekleyen hedeflere ulaşmada, değişen sağlık anlayışına uyum sağlamada birinci basamak tek adrestir. Entegre edici ve bireysel yaklaşımı ile modern tıp hizmetinin gelecek tasarımında merkezde olmaya devam edecektir.

## 11.4. AKREDİTASYON

### 11.4.1. Tanım ve Genel Bilgiler

Başarılı kurum standartlarının tanımlanması, değerlendirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında üç temel kavramdan söz edilir. Bu kavramlar; akreditasyon, belgelendirme ve ruhsatlandırmadır.

Akreditasyon; ürün, hizmet, kalite yönetim sistemi, çevre yönetim sistemi ve personel gibi uygunluk değerlendirme belgelendirme yapan kuruluşların, laboratuvarların, muayene ve deney kuruluşlarının belirli görevleri yapmaya yeterli olduklarının, uluslararası kabul görmüş teknik kriterlere göre değerlendirilerek onaylanması, belgelendirilmesi ve devamının sağlanması faaliyetidir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 736).

Belgelendirme; yetkili bir denetçi tarafından, dış denetim için onaylanmış bir standart seti ile (örneğin kalite sistemleri için ISO 9000 serisi) yeterliliğin sağlanmasının kamu otoritesi tarafından resmi bir belge ile tasdik edilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 736).

Ruhsatlandırma; alanında herhangi bir uygulamada bulunan bir çalışana/kurum veya kuruluşa ilgili alanda hizmet verebilmesi/ verebilmeleri için, idari bir yetkili merci tarafından, genellikle asgari yasal standartların tespiti amacıyla yapılan resmi bir denetimi takiben izin ya da belgelendirme işlemidir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 736).

Belgelendirme, bir ürünün müşterinin isteği doğrultusunda üretim süreci için oluşturulmuş bir kalite sistemidir ve süreçler üzerinde yoğunlaşır. Akreditasyon ise, bakım kalitesini, hasta ve çalışan personele verilen hizmetin geliştirilmesini amaçlar, dolayısı ile altyapı ve klinik servislere odaklanır (Kuş, 2009). Özellikle sağlık hizmeti veren kuruluşlarca bu kavramların kullanımı giderek önem kazanmaktadır.

18. yüzyılda gerçekleşen sanayi devrimi ile başlayan teknolojik gelişim sürecinde; ekonomik, kültürel ve çevresel alanlarda imzalanılan uluslararası anlaşmalarla, küreselleşme altyapısının adımları atılmıştır. Zaman içinde tüketicilerin güvenliği ve sağlığını dikkate alan güvenlik ve sağlık standartları oluşturulmuştur. Son yıllarda ise, ürünlerin ve hizmetlerin, ilgili standartlara ve teknik düzenlemelere uygunluğunu tespit etme çalışmaları, modern ekonomilerin birbirleri ile olan ilişkilerinde önem kazanan bir konu haline gelmiştir (Aşkın, 2005).

Günümüzde şirketler, rekabet ve serbest piyasa ekonomisinin kurallarını uygulayarak varlıklarını sürdürmektedirler. Tüketicilerse, kaliteli ve uygun fiyatlı ürün ve hizmet talebindedirler. Ülkeler, piyasaya sürülen ürünlerde, insan sağlığı ve güvenliğine, çevre ve ekolojik denge üzerine olası olumsuz etkilerinin önlenmesi için ge-

rekli koşulları, sıklıkla bağımsız çalışan akreditasyon kuruluşlarının yardımı ile belirlemektedirler. Bu ürünlerin koşullara uygun olup olmadığı ekonomik ve idari açıdan bağımsız, tarafsız ve birbirleriyle rekabet içindeki test ve belgelendirme kuruluşları tarafından tespit edilmektedir. Söz konusu test ve belgelendirme kuruluşlarının değerlendirilmeleri ve düzenledikleri belgelerin geçerlik ve güvenilirlik kazanması için, izlenebilir kalibrasyon hizmetleri ile doğru ölçüm yapılması, üretim veya hizmette standartlara uyulması, en önemlisi "Kalite Yönetim Standartları"nın uygulanması ve çalıştırdıkları personelin belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir.

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin en çok dikkat çeken alanlarından birisi hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesidir. "Akreditasyon" kavramı da burada devreye girmektedir. Sağlık kuruluşlarında akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik (genellikle bir sivil toplum örgütü) tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi süreçtir (Rooney ve Van Ostenberg, 1999). Yaygın olan kanının aksine eleman sayısını, binaları veya finansal sistemi tanımlayan akreditasyon standartları bulunmamaktadır. Sağlık hizmetinde göz önünde bulundurulanan standartlar kaynaklarını şu faktörlerden almaktadır (Bohigas vd, 1996; Kuş, 2009):

- Yasal düzenlemeler (çevre sağlığı, iş sağlığı ile ilgili yasalar gibi)
- Ulusal halk sağlığı politikaları
- Ulusal düzeyde hazırlanmış raporlar, değerlendirmeler (Sağlık Sigorta Kurumları, Sosyal Güvenlik Kurumları, gibi)
- Değişik kaynaklardan elde edilen standartlar: Hastanelerin bireysel olarak geliştirdikleri standartlar veya uluslararası kaynaklar (JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Health-care- gibi)
- Yapılan araştırmalar
- Halkın beklentisi
- Sağlık çalışanlarının uzlaşmaları
- Mevcut tıp pratiği

Akreditasyon için standartların belirlenmesinde Maxwell'in (1992) ortaya koyduğu altı boyut (etkinlik, kabul edilebilirlik, verimlilik, erişilebilirlik, eşitlik ve uygunluk) sağlık sektörü için son derece uygun bulunmakla birlikte, pratikteki yorumlama güçlükleri nedeni ile yaygın olarak Donabedian'ın "Sistem temelli hizmet modeli" (yapı, uygulama ve çıktı) kullanılmaktadır (Donabedian, 2005). Standartlar geliştirilirken uyulması gereken önemli noktalar şu şekilde önerilmektedir:

- Kullanmaya kesin olarak karar vermeden standart geliştirilmemesi
- Herhangi bir yerden kopya ile standart geliştirilmemesi
- Çalışanların kendilerinin kullanacağı standartların oluşturulması sürecine dâhil edilmesi (Kuş, 2009).

#### **11.4.2. Dünyada Akreditasyon**

Eşitlik belgesi vermek anlamına gelen akreditasyonun sağlıkta ilk kez kullanımı Dr. Ernest Codman'ın (1869-1940) "hastane standardizasyonunda sonuçlara dayalı bir sistem kurulmalıdır" şeklinde özetlenebilen görüşü ile başlamıştır. Amerikan Cerrahi Birliği tarafından bu görüşün benimsenmesi ile 1917 yılında bir sayfalık "Hastaneler için Minimum Standartlar" yayınlanmıştır. 1951'de Amerikan ve Kanada Tıp Birlikleri, Amerikan Hekimler Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Cerrahlar Birliği "Hastanelerin Akreditasyonu için Birleşik Komisyon"u (JCHA-Joint Commission on Accreditation of Healthcare) oluşturmuşlardır. Kanadalılar 1959'da bu oluşumdan ayrılarak kendi ulusal programlarını başlatmışlardır. Kurumun adı, 1987'de değiştirilerek, hastaneler dışındaki kurumları da kapsayacak şekilde "Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu için Birleşik Komisyon" (JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) olmuştur. Ulusal akreditasyon kuruluşları Avustralya'da 1973, Yeni Zelanda'da 1987'de kurulmuştur.

İngiltere'de 1988 yılında Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi, devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesi'nde hastane akreditasyon programını başlatmış, 1989'da da King's Fund Organizational Audit (bugünkü adıyla Health Quality Service)'in kurulması ile genel olarak hastanelerin değerlendirilmesi gerçekleşmiştir. İspanya'da, Avedis Donabedian Vakfı, JCAHO ile birlikte Katalan bölgesi için bir akreditasyon programı yürütmektedir. Fransa ve İtalya'da 2000 yılında akreditasyon kurumlarının oluşturulmasını takiben her iki ülkede tüm hastanelere beş yıl içinde akredite olmak mecburiyeti getirilmiştir. Önceki örneklerde akreditasyon isteğe bağlı olduğu için bu uygulama Avrupa tipi akreditasyon olarak tanımlanmıştır. Halen dünyadaki en büyük akredite edici kuruluş JCAHO'dur (Bohigas vd, 1996; Kuş, 2009).

#### **11.4.3. Türkiye'de Akreditasyon**

Türkiye'de ürün/hizmet, kalite sistemi ve personel belgelendirmesi başlangıcından itibaren Türk Standartları Enstitüsü tarafından yürütülmüş, ancak bu yetkinin yeterliliği ve akreditasyon prose-



dürüne uygunluğu tartışma konusu olmuştur. Türk Akreditasyon Kurumu, kısa adı TÜRKAK, 27.10.1999'da kabul edilen 4457 no'lu kanun ile, '*laboratuar, belgelendirme ve muayene hizmetlerini yürütecek yurt içi ve yurt dışındaki kuruluşları akredite etmek, bu kuruluşların belirlenen ulusal ve uluslararası standartlara göre faaliyetlerde bulunmalarını ve bu suretle ürün/hizmet, sistem, personel ve laboratuar belgelerinin ulusal ve uluslararası alanda kabulünü temin etmek amacıyla*', merkezi Ankara'da olmak üzere kurulmuştur. Özel hukuk hükümlerine tabidir, tüzel kişiliği ile idarî ve malî özerkliğe sahiptir. Kurumun işleyişine ait yönetmelik ve tebliğler Avrupa Akreditasyon İşbirliği'nin (European Accreditation Cooperation-EA) öngördüğü şekilde hazırlanarak Resmi Gazetede yayınlanmış ve Haziran 2001 tarihinden itibaren akreditasyon başvuruları TÜRKAK tarafından kabul edilmeye başlanmıştır (Aşkın, 2005). TÜRKAK tarafından akredite olma zorunluluğu bulunmamakta, JCAHO başta olmak üzere, diğer uluslararası akreditasyon kuruluşlarına da başvurularak akredite olunabilmektedir.

#### **11.4.4. Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Çalışmaları**

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde ana bileşenlerden biri olarak "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" benimsenmiştir. Bu amaçla, Mayıs 2007 tarihinde sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği alanlarında bakanlığın plan, program ve faaliyetlerini yürütmek üzere Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Kurulduğunda Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde görevlerini yürüten birim, Kasım 2007'den itibaren bağımsız Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmüş, Eylül 2009'dan itibaren ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmeye devam etmektedir.

Akreditasyon, başlangıçta gönüllü bir süreç olarak bilinmesine rağmen, günümüzde hizmet standardının önemli bir parçası haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1. HKS Okulu, 2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 23 Eylül 2004'te JCAHO ile yaptığı toplantıda, ulusal akreditasyon sisteminin yapılandırılması aşamasında birlikte çalışmak ve bilgi alışverişinde bulunmak üzere bir işbirliği anlaşması imzalamıştır. Her ilde İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri oluşturulmuştur. Aile Hekimliği uygulamasında performans değerlendirmeleri ve hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin üçüncü bölümünde yer almıştır (Kutu 1).

## Kutu 1. Performans ve hizmet kalite standartları

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 Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik'te belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

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; Bakanlıkça belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az % 80 ine devam etmekle yükümlüdür.

**Kaynak:** Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği: Bölüm 3 (25 Mayıs 2010-27591 sayılı Resmi Gazete)

### 11.4.5. Akreditasyonun Temel Amaçları

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde en heyecan veren alanlardan birisi hasta bakım ve hizmet kalitesinin değerlendirildiği akreditasyon sistemidir. Akreditasyon sisteminin kaynağı sağlık çalışanlarının sürekli gelişme arzuları, kaliteli sağlık hizmet sunumu ve toplum sağlığının iyileştirilmesi faktörleridir ve temel amaçları da şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamakta optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve

en iyi uygulamalar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,

- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmaktır.

Akreditasyon ile gerçekleşmesi beklenen hedefler ise şu şekilde özetlenebilir (Saufi ve Fieldus, 2003):

- Sağlık bakımının ve verilen hizmetin iyileştirilmesi için yeni yollar bulunması
- Etkinliğin artırılması ve maliyetin azaltılması
- Daha etkin risk belirleme ve idare programlarının geliştirilmesi
- Sigorta primlerinin azaltılması
- Personelin motivasyonu, çalışanlarda mesleğe bağlılık, aidiyet ve mesleki onurun yerleşmesi
- Halkla ilişkilerin ve pazarlama çalışmalarının güçlendirilmesi
- Nitelikli profesyonellerin istihdam edilmesi ve süreklilik sağlanması
- Diğer hizmet sağlayıcılar ile işbirliği geliştirilmesi (hastaneler gibi)

Akreditasyondaki bir başka amaç da daha kaliteli kayıt tutulmasını sağlayarak daha güvenilir sağlık verilerinin oluşturulmasıdır. Akreditasyon, rekabetin bir sonucu olarak müşteri beklentilerini karşılamak için bir sertifikasyon programı olarak kullanılabileceği gibi sürekli tıp eğitimi kredilendirmesi ve ücretlendirmede iyileştirme yapmak şeklinde pozitif motivasyon aracı olarak da kullanılabilir.

Ek olarak; mükemmelliğin doğrulanması, personelin tanımlanması, mesleki gelişim sağlanması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve haklarının korunması ile birlikte sosyal güvenlik kurumları ve sigorta şirketlerinden geri ödemeler açısından da akreditasyonun önemli bir süreç olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Akredite olmak için başvuran sağlık kurumu, akreditasyonu yapan kurum veya kuruluş tarafından, kanıta dayalı olarak belirlenmiş profesyonel standartların ışığında kapsamlı bir incelemeye tabi tutulur ve geribildirim alır. Kuruma verilen randevu tarihine kadar birimin, kendi iç değerlendirmesini yaparak, hazırlanmasına fırsat verilir. Bu amaçla destekleyici kontrol listeleri verilebileceği gibi akreditasyonu yapan kurum tarafından birim çalışanlarına seminer veya

kurslar şeklinde eğitim de verilebilir. Ayrıca akreditasyon talebinde bulunan birimin isteğiyle akreditasyon kurumu yetkililerinin akreditasyon tarihinden önce birimi ziyaret etmeleri ve fikir vermeleri veya belli bir problem üzerinde odaklanarak çalışmaları ve çözüm üretmeleri mümkündür.

Akreditasyon standartlarını belirleyecek olan kurulu genellikle sağlık kuruluşu çalışanları oluşturur, ancak farklı ülkelerdeki farklı kuruluşlarda sağlık bakanlığından üyeler, sağlık yöneticileri, sağlık otoritesi yetkilileri, hemşire temsilcileri, bilişim uzmanları, hasta dernekleri temsilcileri ve tıpta uzmanlık derneklerinden de temsilciler bulunmaktadır (Kuş, 2009; Aktürk, 2011). Akreditasyon kuruluşlarının ana gelir kaynakları akreditasyon hizmeti için alınan ücretlerdir. Bunun yanında danışmanlık hizmeti ve yayınlardan da gelir elde ederler.

Koşullu akreditasyon bir yıl, tam akreditasyon ise üç yıl sürelidir. Ayrıca Kanada'da yeniden ziyaret şartı ile iki yıllık ve Avustralya'da mükemmel hastaneler için beş yıllık tam akreditasyon mevcuttur. Akredite olan sağlık kuruluşları akreditasyon durumlarını yayınlarak duyurmak zorundadırlar (Kuş, 2009; Shin, 1995).

#### **11.4.6. Birinci Basamakta Akreditasyon Çalışmaları**

Temel Sağlık Hizmetleri kavramı ile sıklıkla karışan "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti", tıp merkezli bir yaklaşım olup, bireylerin sağlık sistemi içerisinde ilk başvuru yeri anlamına gelmektedir. Bu yer bir muayenehane ya da aile hekimliği birimi olabilir. Bu noktada verilen hizmetler genellikle pasif ve reaktif hizmetlerdir, hizmeti sunanlar kendilerine yapılacak başvuruları yanıtlamakla yükümlüdürler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin korunması ve iyileştirilmesi amacı ile artan sayıda hizmet akreditasyon programları geliştirilmektedir (Aktürk, 2011). Birinci basamakta akreditasyon kavramı İngiltere, Avusturya, Yeni Zelanda gibi birçok ülkede uzun zamandan beri var olmakla birlikte, yine de hastane akreditasyon kavramı ile karşılaştırıldığında oldukça yeni ve tartışmalı bir kavramdır. Tartışmalar farklı konular üzerinden devam etmekle birlikte birleşilen ortak nokta birinci basamakta akreditasyonun daha zor ve daha az önemli olduğudur (Buetow ve Wellingham, 2003).

Bu durumda akreditasyonun tanımı birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun olarak yeniden yapılacak olursa, *"birinci basamakta, hizmet üretenler ve diğer paydaşlar tarafından önceden belirlenmiş kriterler ve standartlar doğrultusunda ölçülebilir performansın gözden geçirilmesi, kalite ve güvenlikte gelişmenin devamına yönelik geri bil-*

*dirim oluşturulmasıdır*” (Buetow ve Wellingham, 2003). Akreditasyon süreci, maliyet, kalite ve değerler açısından değerlendirildiğinde hastaların çıktısının, birinci basamaktaki yapılanmanın ve sunulan hizmetin verilmiş biçiminden belirgin şekilde etkilendiğini varsayar. Genellikle verilen tüm hizmetin akreditasyonu (geleneksel akreditasyon) veya seçilmiş özellikli bir hizmetin akreditasyonu (odaklanmış akreditasyon) şeklinde olabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetinde, mutlak standartlar her zaman karşılanamayacağı için, standartlar yerel özellikler ve hasta durumlarına göre belirlenmelidir (Campbell vd, 2003). Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde akreditasyon için atılacak adımlar, hizmet etkinliği, maliyet etkinliği, uygunluk ve mesleki bilgi ve ilginin sürekliliğini içermelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar için JCI kalite süreçlerini ve bunları oluşturan standartları beş başlık altında yayınlamıştır (JCI, 2008):

1. Toplum katılımı ve entegrasyon
2. Hasta merkezli hizmetler
3. Organizasyon ve hizmet sunumu
4. Kalite ve güvenliğin geliştirilmesi
5. Uluslararası hasta güvenlik hedefleri

Unutulmaması gereken, akreditasyonun, değerlendirilebilir olması, hizmet kalitesinin gelişmesine katkı sağlaması ve hastalara akredite hizmetlerle ilgili bilgiye ulaşma fırsatı verilmesi gerekliliğidir. Aksi takdirde, sadece birinci basamakta değil, sağlık hizmetinin tüm basamaklarında, kuruma, çalışanına veya hastaya herhangi bir fayda sağlayamayacaktır.

## **11.5. BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLIK HİZMET KALİTE ÖLÇÜTLERİ**

### **11.5.1. Tanım ve Genel Bilgiler**

Ölçme, bireylerin, nesnelere ya da sistemlerin belirli özelliklere sahip olup olmadığının, sahipse sahip oluş derecesinin belirlenerek sonuçların sembollerle ve özellikle sayı sembolleriyle ifade edilmesidir. Değerlendirme ise, ölçme sonuçlarını bir ölçütle kıyaslayarak ölçülen nitelik hakkında bir karara varma sürecidir. Yani, ölçme, bir betimleme (tanımlama) işlemi, değerlendirme, bir yargılama işlemidir ve ölçme sonucunun bir ölçütle karşılaştırılmasına dayanır (1. HKS Okulu, 2011).

Sağlık hizmeti farklı yapılanmalarla ve farklı sistemler içinde sunulabilir. Ancak tüm sağlık hizmeti yapılanmalarında ortak amaç

doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmaktır. Bu, ancak kaliteyi sürekli iyileştirmek ve geliştirmekle mümkün olabilir. Kalite giderek artan biçimde sağlık sistemleri için bir güç olmakta ve kalitenin iyileştirilmesi tüm sağlık sistemini kapsayan bir atılım olarak değerlendirilmektedir. Bu amaç doğrultusunda hareket edebilmek ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmek için ilk önce sistemin nitelik ve nicelik olarak bu hedefin neresinde olduğunu görmek gerekmektedir. Kalite yönetiminde kararlar kanıt (veriye) dayalı olmak durumundadır. Yani, hizmetin kalitesini, verimliliğini, etkinliğini, sonuçlarını izlemek, hesap verebilirlik, ileriye dönük politikalar oluşturmak, planlama ve karşılaştırma yapabilmek için ölçmek ve ölçüm sonuçlarını değerlendirmek gerekmektedir. Bu da kalite ve ölçüm kültürünün birbirinden ayrılmaz iki unsur olduğunu göstermektedir. Ölçüm kültürü bir öğrenme süreci gerektirmektedir. Kurum çalışanları, veri toplama ile ilgili uygulamaları, sonuçları nasıl yorumlayacaklarını ve iyileştirme faaliyetlerini nasıl planlayacaklarını süreç içinde öğrenmelidirler (1. HKS Okulu, 2011).

### **11.5.2. Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde Hizmetin Değerlendirilmesi**

Birinci basamakta hizmet kalitesinin değerlendirilmesi görece olarak yeni bir kavramdır. Halen kullanılmakta olan güncel ölçütler genel ve hastalık spesifik olarak kullanılan ölçütlerdir. Tanım olarak ölçütler, açıkça tanımlanmış ve ölçülebilir parametrelerdir (Campbell vd, 2003). Rutin pratikte kullanılabilmesi için bu ölçütlerin sadece bilimsel dayanaklarının olması yeterli değildir, aynı zamanda kolay uygulanabilir olmaları da gerekir. Hizmette fark yaratabilmek için, bu ölçütlerin sağlık hizmeti alanlar için anlamlı, hizmet sunanlar için de açık ve yalın olmaları şarttır.

Türkiye’de uygulamaya geçen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile Sağlığı Merkezlerinde her bir aile hekimi, kendi nüfusunun sağlığından sorumludur. En önemli işlevleri, yalnızca hastalık nedeni ile kendilerine başvuranların değil, kayıtlı tüm nüfusun sağlığını geliştirici önlemleri almak ve bakım hizmetlerini bu yönde planlamaktır. Bu amaçla, düzenli olarak, bağlı nüfusun sağlık düzeyinin ölçülmesi, sağlıkla ilgili sorunlarının belirlenmesi ve çözümü için planlama yapılması gerekmektedir. Toplumdaki sağlık sorunları ve iyileşmeler ancak bu şekilde izlenebilir ve gereken müdahaleler zamanında yapılabilir. Ancak yalnızca sağlık düzeyinin ölçülmesi yeterli değildir. Sağlık hizmeti sunanlarca verilen hizmetin düzeyi ve niteliği de hizmetin

çıktılarının değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Öztek, 2004). Bu nedenle ölçütler belli bazı temel özelliklere göre oluşturulmalıdır. Bu özellikler ülke şartlarına ve ulusal sağlık politikasına hedeflerine uygunluk, geçerlilik, basitlik (elde edilmesi mali yük getirmemelidir), yüksek veya düşük kalitede hizmet alan kişi veya gruplar arası farklılıkları yansıtılabilmek olmalıdır. Örnekler Kutu 2'de verilmiştir (Roemer ve Montoya-Aguilar, 1988).

Ölçüt geliştirirken dikkate alınması gereken üç temel unsur bulunmaktadır (Campbell vd, 2003).

1. Hizmetin hangi yönlerinin değerlendirileceği belirlenmelidir. Bu üç şekilde gerçekleştirilebilir.
  - a. Yapısal değerlendirme: personel, donanım, randevu sistemleri, vs
  - b. Süreç değerlendirmesi: reçete yazma, araştırmalar, meslektaşlar ve hastalar ile olan etkileşimler, vs.
  - c. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi: mortalite, morbidite ve hasta memnuniyeti
2. İdarecilerin hizmet kalitesi ile ilgili algıları ve bakış açıları net olmalıdır. Hasta için iyi iletişim becerileri daha fazla önemli bulunurken, idareciler tedavi etkinliğini gösteren verilerden daha fazla etkilenirler.
3. Ölçüt geliştirilmesi için destekleyici bilgi ve kanıt gereklidir. Bu bilgi sistematik veya sistematik olmayan metotlarla sağlanabilir. Kanıt düzeyi ne kadar iyi olursa, mortalite ve morbiditeyi azaltmada ölçütün uygulanması ile elde edilecek fayda o kadar güçlü olacaktır (Roemer ve Montoya-Aguilar, 1988).

### **11.5.3. Temel Sağlık Düzeyi ve Hizmetin Değerlendirilmesi Ölçütleri**

Ülkemizde olduğu gibi dünyada da "birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite" ve "kalite ölçütleri" kavramları oldukça yenidir ve kalite ölçütlerinin geliştirilmesinde birinci öncelik ülke şartlarına uygun olma gerekliliğidir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda bu ölçütler, "hastalıklardan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi" ile "akut ve kronik hastalıkların idaresi" olmak üzere iki farklı kategoride değerlendirilmektedir (Katz vd., 2004: 15-45). Ülkemizde ise bu amaçla temel sağlık düzeyi ölçütleri kullanılmaktadır.

Sunulan hizmetin kalitesi ve sağlık düzeyindeki gelişmeler, geliştirilen ölçütler ve değişik zamanlarda bu ölçütlerin karşılaştı-

rılması aracılığı ile değerlendirilmektedir. Bu karşılaştırmalar hiçbir zaman mutlak sayılar üzerinden değil, hız ve oranlar üzerinden yapılmalıdır. Örneğin, bir yıl içinde aşılana çocuk sayısı aşılama hizmetlerinin göstergesi olamaz. Aşı hizmetlerinin değerlendirilmesi, o toplumdaki risk altındaki kişilerin ne kadarının bağışık kılındığı, yani “bağışıklık hızı” ile olur. Değerlendirmeye alınacak verilerin düzenli, doğru ve güvenilir olması en önemli adımdır (Öztek,2004). Hızlar, bir sağlık olayının toplum içinde görülme sıklığını ölçmek için, oranlar ise, bir sağlık olayının diğerine göre boyutunu ifade etmekte kullanılırlar (Tezcan, 2006).

Temel sağlık düzeyi ölçütleri morbidite (ölüm), mortalite (hastalık) ve fertilitte (doğurganlık) ölçütleri olarak üç ana başlık altında toplanırken, sağlık hizmetini gösteren ölçütler şu şekilde sıralanabilir:

1. Doğumların olduğu yere göre dağılımları,
2. Doğum başına ortalama izlem sayısı,
3. Bebek başına ortalama izlem sayısı,
4. Kişi başına ortalama muayene sayısı,
5. Sevk hızı,
6. Bağışıklama hızı,
7. Bir sağlık personeli başına düşen ortalama nüfus.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ‘Aile Sağlığı Merkezleri’nde her bir birim, kendine bağlı nüfusun aşağıdaki değerlendirmelerini yapabilmelidir (Öztek, 2004):

- Sosyodemografik özellikler,
- Poliklinik sayısı,
- Laboratuvar hizmeti sayısı,
- Hasta bakım hizmetleri (takip ettiği kronik hasta, evde bakım hastası, vs),
- Yaş ve cinsiyete göre en sık gözlenen hastalıkların prevalans ve insidans hızları,
- Bulaşıcı hastalıkların vaka sayıları, morbidite, mortalite ve fatalite hızları,
- Doğurganlık hızları (nüfus artış hızı, kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, yaşa özel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı),
- Gebe sayısı, gebe izlem sayısı ve izleme oranları,



- Bebek sayısı, bebek izlem sayısı ve izleme oranları,
- Bağışıklama durumları (tamamlanan aşıları sayısı, aşılarına göre bağışıklama hızları),
- Ölüm hızları ve yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımları.

**Kutu 2.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ölçütleri

### **1. Antenatal Bakım Kalitesi ile ilgili ölçütler**

Öncelikle antenatal bakım gereksinimi olan nüfus ortaya çıkarılmalıdır. Bu nüfusa ait hesaplanması gereken ölçütler kabaca şu şekilde sıralanabilir:

İzlem sıklığı: doğum öncesi en az dört bakım alan gebe yüzdesi

Zamanında bakım: ilk başvurusunu 14 hafta içinde yapan gebe yüzdesi

Bakımın içeriği: en az birkaç kez tansiyon ölçümü, idrar analizi yapılmış olan, tetanoz immunizasyonu sağlanmış olan gebe oranı

Sevk: kanama, hipertansiyon, ödem, proteinüri, vs nedenlerle sevk edilen gebe oranı

Antenatal bakım verenler: bu alanda eğitim alan sağlık personeli yüzdesi

Malzeme ve Kaynaklar: jinekolojik muayene için uygun ortam ve minimal malzeme bulunan poliklinik sayısı (Jinekolojik muayene masası, tansiyon aleti, stetoskop, mezura, Hematokrit cihazı, idrar sribi,..gibi)

### **2. Çocuk Sağlığı, Beslenme ve Bağışıklama ile ilgili ölçütler:**

Hedef nüfusla görüşme sıklığı en basit ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir diğeri ölçüt de minimum standart sağlık bakım hizmeti alan bebek ve çocukların yüzdesidir. Büyüme ve gelişmenin doğru işlenmiş büyüme grafikleri ile takip edildiği ve uygun endikasyonlarda annenin bilgilendirildiği durumların yüzdesi beslenme surveyansını verecektir. Çocuk nüfusun beslenme durumlarındaki gelişme, yaşa göre normal kilolu veya yaşa göre normal boyda ya da yaşa göre normal kol çevresine sahip çocukların sıklığı ile değerlendirilir ve sağlık hizmet kalitesinin önemli göstergelerinden birisidir.

Bağışıklamanın kalitesi daha çok sahip olunan kaynakların kalitesi ile ilişkilidir. Bağışıklama, programlı aşılar uygulandığında etkili olacaktır. Ayrıca, WHO'nun kabul ettiği ve önerdiği, zaman ve ısı monitörleri ile kontrolü yapılan soğuk zincir uygulamaları da gereklidir.

### **3. Sağlık Eğitiminin Kalitesi:**

Kabul edilebilir, güncel, duruma özgü ve kısa anketler veya değerlendirmeler ile toplumun eğitim alan yüzdesinin tespiti ve eğitim alanların sayısının artırılması çabaları eğitimin kalitesinin göstergelerindedir.

#### 4. Epidemiyolojik Sürveyans ve epidemik ve endemik hastalıkların kontrolü ile ilgili kalite ölçütleri:

- spesifik hastalık vakalarının şüpheli tanı sonrası en yakın epidemiyolojik sürveyans birimine iletilme yüzdesi
- tanının doğrulandığı spesifik hastalık vakalarının görülme sıklığı
- ilk vakanın doğrulanmasından itibaren belirlenen sürede standart aksiyon planının işlediği spesifik hastalık salgın sıklığı
- tüm tüberküloz tanılı hastalar içinde tedavilerini tamamlayan tüberküloz hastalarının oranı

#### 5. Sık görülen hastalıkların tedavisi ve gerekli ilaçların temini ile ilgili kalite ölçütleri:

- dehidratasyonun araştırıldığı ve tedavi edildiği ishalleri çocuk vakalarının yüzdesi
- tedavisiz intestinal parazit enfestasyonlu çocukların yüzdesi
- doğru tanının konarak, en uygun tedavinin verildiği cilt hastalığı vakalarının yüzdesi
- oral rehidratasyon tuzları veya tetrasiklin oftalmik pomad gibi bazı esansiyel ilaçları son kullanma tarihini geçmemiş bir şekilde stoklarda bulundurma oranı (bu durum kaynak kalite ölçütüdür)
- kronik hastalıkların izlem ve komplikasyonlarının önlenmesi oranı

**Kaynak:** (Roemer ve Montoya-Aguilar, 1988)

Sonuç olarak, tüm dünyada yaşanan gelişmeler, üretim sektöründe var olan kalite hareketini, hizmet işletmelerine ve özellikle de sağlık kuruluşlarına yöneltmiştir. Bunun en büyük nedeni sağlık sektörüne yapılan yatırımların hızla artması ve kalitesizliğin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Birinci basamakta kaliteli sağlık hizmeti denildiğinde akla gelen ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir ve etkin bir sağlık hizmetidir. Tüm bu özelliklerin ise belirli standartlara göre kesin olarak tanımlanmaları gerekmektedir. Ayrıca, kalitenin devamının sağlanabilmesi için bu standartların ölçülebilir, sürdürülebilir ve karşılaştırılabilir olması, değişen dünya, değişen tıp uygulamaları ve hasta beklentileri ile birlikte sağlık hizmet sunumunda değişen kalite anlayışının vazgeçilmez unsurudur.

### Kaynaklar

ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). (1993). Human Factors Study Group Third Report: Organizing for Safety. UK: HSE Books.

- Akalın, H. E. (2004). "Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?". AN-KEM Dergisi, (18): 12-13.
- Aktan, C. C. (1999). "Çağdaş Yönetim Anlayışı: Toplam Kalite". Yeni Türkiye (Kalite Özel Sayısı), (26): 68-77.
- Aktürk, Z. (2011). "Aile Hekimliği'nde Kalite Kursu". [Kurs Notları]. 10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, 18-22 Mayıs 2011, Lykia World Ölüdeniz, Fethiye.
- Aşkın, Ö. (Haziran, 2005). Sağlıkta Akreditasyon. Erişim: 14 Kasım 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7120/arastirma---ab-de-saglikta-akreditasyon---ab-uzmani-ozl-.html?vurgu=akreditasyon>
- Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi. WHO-Avrupa. (2008). Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları. ISBN: 978-975-590-253-1, (Bakanlık Yayın No: 736), [Elektronik Sürüm]. Ankara
- Brennan, T. A., Hebert, L. E., Laird, N. M., Lawthers, A., Thorpe, K. E., Leape, L. L. vd. (1991). "Hospital Characteristics Associated with Adverse Events and Substandard Care". JAMA, 265: 3265-3269.
- Bohigas, L., Smith D, Brooks T, Donahue T, Heidemann E, Donaldson B ve Shaw C. (1996). "Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation". International Journal for Quality in Health Care. 8: 583-589.
- Buetow, S. A., Wellingham, J. (2003). "Accreditation of General Practices: Challenges and Lessons". Quality and Safety in Health Care. 12 (2):129-135.
- Campbell, S. M., Roland, M. O. ve Buetow, S. A. (2000). "Defining Quality of Care". Social Science & Medicine, 51: 1611-1625.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A. ve Marshall, M. N. (2003). "Improving the Quality of Health Care. Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care". BMJ, 326:816-819.
- Ciocco, A., Hunt, H. ve Altman, I. (1950). "Clinical Services to New Patients in Medical Groups". Public Health Reports, 65: 99-115.
- Collopy, B. T. (2000). "Clinical Indicators in Accreditation: An Effective Stimulus to Improve Patient Care". International Journal for Quality in Health Care, 12: 211-216.
- Davies, H. T. O. ve Crombie, I. K. (1995). "Assessing the Quality of Care". BMJ, 311: 766.
- Donabedian, A. (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care. 1966". Milbank Q, 83: 691-729.
- Erkılıç, T. A. (2007). "Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması". GAU J. Soc. & Appl. Sci, 2: 50-62.

- Freeman, T. (2002). "Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature". *Health Services Management Research*, 15: 126-137.
- Gökmen, C. (2001). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi* [Elektronik Sürüm]. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Haynes, R. (1991). "Inequalities in Health and Health Service Use: Evidence from the General Household Survey". *Social Science Medicine*, 33: 361-368.
- Hensher, M., Keogh, B. (2009). "Quality Metrics". *Surgery*, 27: 393-396.
- Institute of Medicine. (2000). "To Err is Human: Building a Safer Health System". DC: National Academy Press.
- Joint Commission International. (2008). *JCI Accreditation Standards for Primary Care Centers*. 1st ed. [Elektronik Sürüm]. Item No: JCIPC01. JCI.
- Kahan, J. P., Bernstein, S. J., Leape, L. L., Hilborne, L. H., Park, R. E., Parker, L. vd. (1994). "Measuring the Necessity of Medical Procedures". *Medical Care*, 32: 357-365.
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayınları Nr:271.
- Katz, A., De Coster, C., Bogdanovic, B., Soodeen, R. A. ve Chateau, D. (2004). *Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice*. Manitoba: Manitoba University Press.
- Kuş, H. (2009). "Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları". [Erişim: 14.11.2011 [http://www.sagligimicinhersey.com/SaglikY\\_Kalite\\_Detay\\_4\\_Saglik\\_Sektorunde\\_Akreditasyon\\_ve\\_ISO\\_Standartlari.html](http://www.sagligimicinhersey.com/SaglikY_Kalite_Detay_4_Saglik_Sektorunde_Akreditasyon_ve_ISO_Standartlari.html)].
- Laepe, L. L. (1994). "Error in Medicine". *JAMA*, 272: 1851-1857.
- Maxwell, R. J. (1992). "Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action". *Quality in Health Care*, 1: 171-177.
- McGlynn, E. A. (1997). "Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care". *Health Affairs*, 16: 7-21.
- Omachonu, V. K. (1990). "Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evaluation". *Health Care Manage Rev*, 15: 43-50.
- Öztek, Z. (1996). "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı". *Mithat Çoruh* (Ed.). *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu* (s. 37-40). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Öztek, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Roemer, M. I., Montoya-Aguilar C. (1988). "Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care". WHO Offset Publication No:105, WHO, Geneva.

- Rooney, A. L., Van Ostenberg, P. R. (1999). *Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality Instructor Manual*. Center for Human Services. Bethesda, USA.
- Sağlık Bakanlığı (2010). *II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları No: 789.
- Sağlık Bakanlığı (Mayıs 2010). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*, Erişim: 20.10.2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>.
- Sağlık Bakanlığı (Nisan 2011). *Çalışan Güvenliği Mevzuat: Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*. Erişim: 20.10.2011, <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=2313>.
- Saufl, N. M., Fieldus, M. H. (2003). "Accreditation: A "Voluntary" Regulatory Requirement". *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18: 152-159.
- Shin, Y. S. (1995). "Hospital Accreditation—A Universal Perspective". *World Hosp Health Serv*, 31: 22-28.
- Sonazura, P. J. (1980). "Quality Assessment and Quality Assurance in Medical Care". *Public Health*, (37): 37-68.
- Şimşek, M. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi*. Gözden Geçirilmiş 3. bs., İstanbul: Alfa.
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). "1. HKS Okulu Ders Notları". [Kurs Notları]. 1. HKS Okulu, 14-18 Mart 2011, Antalya.
- Tezcan, S. (2006). "Sağlık Ölçütleri". Çağatay Güler, Levent Akın (ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s.107-113). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Newhouse, J. P., Zbar, B. I., Howard, K. M., Williams, E. J. ve Brennan, T. A. (1999). "Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado". *Inquiry*, 36: 255-264.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. ve Yağcı, K. (2007). "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9: 519-533.
- Ünlüoğlu, İ. (2003). "Sağlık Alanında Kalite". Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, Şahin Aksoy (Ed.). *Çağdaş Tıp Etiği* (s.556-572). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yates, J. A. (2000). "Pass Your Accreditation Inspection with Flying Colors". *Outpatient Surgery Magazine*, 1: 18-25.
- Yılmaz, E. (2010). "Kütüphanelerde Toplam Kalite Yönetimi: Kısa Bir Gözden Geçirme". *Türk Kütüphaneciliği*, (24): 33-62.

# AİLE HEKİMLİĞİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ

## BÖLÜM 12

Aile hekimliği kurgulanırken, Türkiye’de sağlığın tüm alanlarında performans kavramından söz edilmekteydi. Performansa dayalı ek ödeme sistemi sağlık kurumlarının tüm basamaklarında uygulanmaya başlanmıştı. Aile hekimliğine ise performans kavramı negatif performans olarak, yani yeterli performans gösterilmezse ödeme tutarından kesinti yapılması şeklinde girdi. Burada Sağlık Bakanlığı’nın bir önceki bölümde açıklanan birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ölçütlerinden sadece bir kısmını (gebe, loğusa, bebek izlemi ve aşılar) seçerek ve onları da negatif performans denen yerine getirelemediğinde ücret kesintisi uygulanan bir yöntemle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmayı amaçladığı söylenebilir. Yine bir önceki bölümde tartışıldığı üzere Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde; “Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik’te belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.” denmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere diğer kalite ölçütleri için de gelecekte bir performans uygulaması muhtemeldir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı hasta uyumu ile önemli ölçüde ilintili olduğundan (örneğin kronik hastalıkların önlenmesinde yaşam biçimi değişikliklerinin hayata geçirilmesi) bu tür bir performans uygulamasının pozitif performans yani teşvik şeklinde olması beklenebilir.

*Uzm. Dr. Ruşen TOPALLI, Uzm. Dr. Erdiñç YAVUZ*

## Mevzuat

Yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde, diğer unsurların yanı sıra, Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılacağı hükmü kanunda yer almıştır (Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 3). Daha sonra bu maddede yer alan "veya hasta sevk oranlarının yüksek olması" ibaresi 07/11/2008 tarih ve 27047 sayılı T.C. Resmi Gazete'de yayımlanan Anayasa Mahkemesi'nin 21/02/2008 tarih ve E.: 2005/10, K.: 2008/63 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde aile hekimlerinin performans değerlendirmelerinin bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılacağı ve hangi tür hizmetin ne oranda performans değerlendirilmesinde etkili olacağı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde olacağı belirtilmektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği [AHUY], 2010: madde 13). Yani aile hekimliğindeki performans uygulamasının ayrıntıları için bakacağımız kaynak 2010 yılında atıftaki pilot kelimesi çıkarılarak yenilenen Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliktir. Bu yönetmelikte pozitif performans kavramı geçmediğinden performansla ilgili hükümler kesintiler kısmında yer almaktadır. Aşılama, gebe, bebek - çocuk takibi için başarı oranına göre brüt ücretten uygulanacak kesinti oranları şöyle belirlenmiştir:

Aylık başarı oranı % 98 - 97 ise % 2

Aylık başarı oranı % 96 - 95 ise % 4

Aylık başarı oranı % 94 - 90 ise % 6

Aylık başarı oranı % 89 - 85 ise % 8

Aylık başarı oranı % 85'ten daha düşük ise % 10'u esas alınmak üzere, aşılama, bebek - çocuk takibi ve gebe izlemi için ayrı ayrı hesaplanarak kesinti yapılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 18(1)) .

Kanundaki kısıtlama (Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 3) burada da tekrarlanarak toplam kesinti miktarının %20'yi geçemeyeceği de belirtilmektedir (Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 2010: madde 18(4)).

Zorunlu nedenlerle yapılamayan performansla tabi koruyucu hizmetler için illerde oluşturulmuş bulunan itiraz komisyonlarına başvurularak performans kesintisi yapılmaması sağlanabilmektedir.

Yönetmelikte belirtilen hususlar halen tam olarak uygulanamamaktadır. Örneğin bakanlıkça ulusal aşı programında yer alan tüm aşilar performans sisteminde temsil edilememektedir. Ulusal aşı programında olan konjuge pnömokok aşısı ile oral polio aşısı performans sistemine dâhil değildir. Yine mevzuatta bu konuda bir istisna belirtilmemiş olmasına rağmen 12. aydan sonraki tüm aşilar performans sistemine katılmamaktadır.

Yönetmelikte belirtilmesine rağmen bu güne kadar performans kesintisine tabi tutulmamış olan 1- 6 yaş çocuk izlemlerinin 2012 yılı Haziran ayı itibariyle performans hesaplamalarına dahil edilmesine karar verilmişken, yapılan itirazlar neticesinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 29/06/2012 tarih ve 2012/17571 sayılı yazısı ile uygulama tarihi 1 Ekim 2012 olarak güncellenmiştir.

### ***Performans Kesintisiyle Karşı Karşıya Kalmamak İçin Dikkat Edilmesi Gerekenler***

Performans kesintisiyle karşı karşıya kalmamak ya da daha yaygın söylenişle "performans yememek" için öncelikle aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS) programlarını etkin bir şekilde kullanmak gerekmektedir. Artık AHBS programları performansa tabi iş öbeklerini ve işlem aralıklarını kullanıcıya önceden hatırlatan, bir kesinti riski olduğunda aile hekimini ve aile sağlığı elemanını uyararak böylelikle kişisel hatalardan kaynaklanan performans kesintilerini engellemeyi amaçlayan bir yapıda dizayn edilmektedir. Sık sık yapılacak işleri hem kullanılan AHBS'nin kendi veri tabanından hem de Sağlık Bakanlığının karar destek sisteminden (KDS) sorgulamak, gönderilen verilerin yerine ulaşip ulaşmadığını birkaç gün sonra kontrol etmek, gerekirse tekrar göndermek, hem aile hekiminin hem de aile sağlığı elemanının bu kontrolleri bir birlerinden bağımsız olarak ara sıra yapmasıyla bir ikili kontrol sistemi oluşturmak olası gözden kaçmaları en aza indirecek önlemlerdir. Bakanlığın KDS ekranlarına, kullanılan AHBS aracılığıyla ulaşılabilir.

Performansa tabi uygulamaların (gebe, bebek ve çocuk izlemleri ile aşilar) yapılabileceği öngörülen zaman aralıklarının ilk günlerinde yapılması, ulaşılamayan ya da göç etmiş ama kaydını başka aile hekimine aldırılmamış bireylerin erkenden farkına varılıp uyarılması için zaman kazandırır. Ayrıca, ileride çeşitli nedenlerle olabilecek ertelemelerin de (örneğin hasta çocuğun aşısının ertelenmesi) zaman içinde yol açacağı zaman kaymalarının telafi edilmesi de kolaylaşır.

Çalışılan ilde belirlenmiş takvime göre, performans hesaplamaları yapılmadan, kesinti olmadan itirazı yapmak önemlidir. Kesinti yapıldıktan sonra düzeltme süreci daha uzun sürmektedir. Tıbbi nedenlerle (hastalık, prematürite vb.) aşının geciktirilmesi, hastanın adres ve telefonunun değişmiş olması nedeniyle ulaşılamaması ne-



deniyle izlem ve/veya aşı yapılamaması gibi durumlar zamanında itiraz komisyonlarına bildirilmelidir. Bazı illerde bu konudaki beyan geçerliken, bazı iller kanıtlayıcı belgeler (epikriz, muhtar veya kom-şu imzalı tutanak vb.) isteyebilmektedir. İstenen evrakın eksiksiz tes-lim edilmesi, itirazın kabulünü kolaylaştıracaktır.

İstanbul ilinde Haziran 2011 ayına ait performans itirazlarıyla il-gili bir çalışmada (Yücel, 2011) 2707 itiraz başvurusundan, 283'ünün (%10,5) gereksiz başvuru olarak değerlendirildiği görülmektedir. Yani bazı aile hekimleri aslında performans kesintisine uğramaya-cakları halde, belki KDS'yi iyi kontrol etmediklerinden, belki de aşırı sağlamcı bir yaklaşım nedeniyle itiraz başvurusunda bulunmuşlar-dır. 2007 evrakta yer alan itiraz haklı bulunmuş, sadece 105 evrak ya-pılan itirazın reddedilmesiyle sonuçlanmıştır. Çoğu itirazdan sonuç alınmıştır. Reddedilen itirazların çoğunun (55, % 52,4) red gerekçe-sinin eksik evrak olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin, hekimlerin ilgisizlik ve duyarsızlığı ya da Müdürlük ve TSM'lerin aşırı duyarlılığı olabileceği tartışılmıştır.

Performans kesintileriyle dolaylı olarak ilgili bir diğer konu da gebe ve yeni doğmuş bebeklerin tespittir. Aile hekimlerinin bu tür tespitleri yapma görev ve yükümlülükleri bulunmamakla birlikte bazı yöneticiler ve hatta aile hekimleri kendileri bu şekilde bir yü-kümlülüğün olduğunu düşünmektedirler. Bazı illerde gebelerin za-manında tespit edilmemesi nedeniyle cezai işlemler yapılmaktadır, cezai işlemler bu bölümün konusu olmamakla birlikte geriye dönük performans kesintileri de uygulanabilmektedir. Bir gebe tespit edi-lip Bakanlığa bildirim yapıldığında, o ay içerisinde günü geçmiş bir izlem varsa, performans hesaplamaları gebe bildirim tarihinden sonra yapıldığında geçmiş izlem nedeniyle performans kesintisi uygulanabilmektedir. Oysa gebe izlem yükümlülüğü gebenin tespit tarihinden sonra başlar. Bu durumda, itiraz edilerek gebenin o tarih-te henüz tespit edilmemiş olduğu belirtildiğinde, birçok müdürlük geç tespitten aile hekimini sorumlu tutarak itirazı kabul etmemekte ayrıca geç tespit ile ilgili ihtar vb. işlemler yapabilmektedir.

Aile hekimlerinin gebeleri tespit etme yükümlülükleri aile he-kimliği ile ilgili mevzuatın hiçbir yerinde mevcut değildir. Söz konu-su mevzuatta gebelerin ve yeni doğan bebeklerin tespitiyle ilgili tek yükümlülük, sağlık kurum ve kuruluşlarına getirilmiştir. Bu kurum ve kuruluşların gebelik, doğum ve bebek tespiti ile ilgili bilgileri aile hekimlerine iletilmek üzere Sağlık Müdürlüklerine bildirmeleri istenmektedir (AHUY, 2010: madde 24 (3)). Bu hükümler de, kişilerin hekim seçme hakkı (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 8-9) ve sağlık durumu hakkındaki bilgilerin gizli tutulmasını isteme hakkı (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 23) ile çelişen düzenleme-lerdir ve uygulanması tartışmalıdır. Sonuçta, eğer bu bildirim zin-

ciri sağlıklı işliyorsa, aile hekimi, ancak bu şekilde kendisine haber verilen gebe ve bebeklerin izleminden sorumlu tutulabilir. Bunun dışında kendisine kayıtlı her bireyin gebeliğinden veya doğumundan aile hekiminin haberdar olmasını zorunlu tutacak bir düzenleme olmadığı için geç tespit nedeniyle performans kesintisine uğranması durumunda yukarıda anlatılan mevzuata dayanarak itiraz edilmelidir.

Ulaşılamadığı için izleme veya aşıya çağrılmayan ve bu nedenle zamanında yapılamamış izlem veya aşı nedeniyle performans kesintisine uğramamak için gebeliği ya da çocuğu olmasa bile her hastayla ilk karşılaşmada adres bilgisi MERNİS verileriyle karşılaştırılarak doğrulanmalı, telefon bilgisi alınmalıdır. Daha sağlamcı bir tutum olarak özellikle 15-49 yaş arası kadın nüfusun ikamet alışkanlıkları sorgulanıp zaman zaman oturdukları yer dışında kaldıkları ikinci adresleri (yazlık, köy, kent, anne – baba yanı vb.) olup olmadığı varsa bu adres ve telefonu, kendilerine ulaşılamadığında bilgi alınabilecek bir yakınlarının adı ve telefonu gibi bilgiler alınabilir. Birçok AHBS’de bu tür bilgileri kaydetmek için ikinci adres, telefon bölümü ya da hasta hakkında özel not kayıt etme bölümleri bulunmaktadır.

Kişiye telefonla ulaşılamadığında, kayıtlı adresinden ulaşılmaya çalışılması gerekmektedir. Kişi ile daha önce karşılaşmamış ve adresi kendisinden alınmamış bile olsa her vatandaş oturduğu adresi doğru olarak resmi makamlara bildirmiş olmalıdır. MERNİS üzerinden sorgulama yetkisi olan aile hekimleri de bu bilgilere ulaşabiliyor olmalıdır. Kişinin resmi makamlara adresini doğru veya zamanında bildirmemiş olması kendi sorumluluğudur (Adres Kayıt Sistemi Yönetmeliği, 2006: madde 13-14). Birinin ihmali sonucu başkasının mağdur edilmesi, yani vatandaşın adres değişikliğini doğru ya da zamanında yapmaması sonucu aile hekiminin ona ulaşamayıp performans uygulamasına tabi bir işlemi gerçekleştirememesi nedeniyle kesintiye maruz kalması kabul edilemez bir durumdur. Bu durumda, kişinin adresinin güncel durumu MERNİS’te sorgulanıp emin olunduktan sonra yapılacak itirazda bu durum açık bir şekilde belirtilmelidir.

### ***Performans Konusunda Gelecekte Olabilecek Değişiklikler***

1. Mevcut mevzuatta bulunduğu halde fiili olarak performans uygulamasına dâhil edilmemiş olan konjuge pnömokok ve oral polio aşılı ile on ikinci aydan sonraki aşılıların da performans uygulamasına dâhil edilmesi beklenebilir.
2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Aile Hekimliği Kanunu’nda yapılan değişiklikle “belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi,

- takibi ve kontrolündeki başarı oranı'nı da aile hekimlerine yapılacak ödemelere etki edebileceği hükme bağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011: madde 58 (10) b).
3. Tabii şimdilik sadece kanuna yapılan bu ilavenin uygulamadaki ayrıntılarını ortaya koymak için yönetmelik düzenlemeleri gerekecektir. Hemoglobulin A1C ortalamaları, kan basıncı regüle olanların oranları, 65 yaş üstü grip aşısı oranları gibi pozitif performans unsurlarının yakında günlük pratiğimize gireceği öngörülebilir.
  4. Bu bölümün hazırlandığı günlerde fazla ilaç yazmaya negatif performans uygulanacağına dair haberler de basınımızda yer almıştı. Bir bakanımızın yaptığı açıklamanın yer aldığı haberse, fazla ilaç yazan aile hekimlerine negatif performans uygulanması için Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında ortak çalışma yürütüldüğünden bahsedilmekteydi (Yalçın, 2011). Aile hekimlerinin gereksiz ilaç yazdığı önyargısını ortaya koyan bu talihsiz açıklama aile hekimlerinin tepkisiyle karşılaşmıştı. Bu yolda bir negatif performans uygulamasının sadece açıklamalarda kalması ve hayata geçirilmemesi umulur.

## Kaynaklar

- Aile Hekimliği Kanunu (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005). T.C. Resmi Gazete, 25867, 6 Temmuz 2005.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010.
- Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik (2010). T.C. Resmi Gazete, 27801, 30 Aralık 2010.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete, 27871, 11 Mart 2011.
- Yücel, N. (2011). Haziran ayı performans değerlendirmesi. [Erişim 11 Ekim 2011, <http://www.istahed.org/haber.php?id=34>].
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011). T.C. Resmi Gazete, 28103 (mükerrer), 2 Kasım 2011.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). T.C. Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998.
- Adres Kayıt Yönetmeliği (2006). T.C. Resmi Gazete, 26377, 15 Aralık 2006.
- Yalçın, Z. (2011). Aile hekimliğine gözaltı. Sabah 08 Ekim 2011. [Erişim 11 Ekim 2011, <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/10/08/aile-hekimligine-gozalti>].

# SAĞLIK HUKUKU VE SAĞLIK MEVZUATI

BÖLÜM  
13

## AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ İLE İLGİLİ MEVZUAT

13.1

Bu konuda mevzuat olarak kanun (Aile Hekimliği Kanunu[AHK], 2004; Kanun Hükmünde Kararname [KHK/663], 2011) yönetmelikler (Aile Hekimliği Uygulama[A.H.U.] Yönetmeliği, 2010; Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik [A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği], 2010) ve yönerge (Toplum Sağlığı Merkezlerinin [TSM] lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, 2011) mevcuttur. Ayrıca genelgeler ve çeşitli vesilelerle verilmiş görüşler de vardır.

Aile hekimi (AH); Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezcisi sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olarak tanımlanmıştır (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 3-1a).

Aile Sağlığı Merkezi (ASM), aile hekimliği hizmetinin verileceği “belirli bir mekan” olarak tarif edilmiştir (AHK, 2004: madde 2). Ayrıca AH ve Aile Sağlığı Elemanlarının (ASE) çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; ASM 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

*Doç. Dr. Mehmet UĞURLU*

esaslar, kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir (AHK, 2004: madde 8; A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 1).

Aile Hekimliği birimi (AHB); bir AH'î ve en az bir ASE'den oluşan yapıyı (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 3-b), ASM ise bir veya daha fazla AH ile ASE'lerce aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu tanımlamaktadır (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 3-ç).

Hizmetin verileceği yerlere ek olarak, gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 6-3).

### ***Aile Sağlığı Merkezi (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 18)***

ASM, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla AH tarafından açılabilir. Aynı ASM'deki her AH ve ASE pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır. Bakanlıkça uygun görülen ASM'leri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir. AH'leri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.

Sağlık mesleklerini icra edecek kişilerin örgün eğitimle en az orta öğretim kurumlarının ilgili alanlarından mezun olması bir gerekliliktir. (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü[TSH GM], 2010/45646).

### ***ASM Giderleri:***

ASM giderleri AH'lerine aittir. Kira, yakıt, elektrik, telefon, personel vb. giderleri AH'leri bizzat üstlenmek durumundadırlar. Bunlardan elektrik tarifeleri resmi sağlık kuruluşu kapsamında değerlendirilmiştir (TSH GM, 2011/24267). Bu değerlendirme Enerji Piyasası Düzenleme Kurulu (EPDK) kararına dayanmaktadır (Enerji Piyasası Düzenleme Kurulu[EPDK] kararı, 2011). Ayrıca ASM'lerin, kamu hizmeti veren birinci basamak resmi sağlık kuruluşu olduğu ve telefon, internet, su, atık su, tıbbi atık gibi aboneliklerinde kamu kurumu olarak değerlendirilir (TSH GM, 2011/19131).

### ***ASM'nin fiziki şartları*** (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 19):

ASM'lerde aranan asgari fiziki şartlar şunlardır:

1. Bina: Kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanı tek AH için 60 metrekare olmalıdır. Birden fazla hekimin birlikte çalışması

durumunda her AH için 20 metrekare ilave edilir. Bir ASM'de 2-6 AHB olmasına azami dikkat gösterilir.

2. Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.
3. Bekleme ve kayıt bölümü bulunmalıdır.
4. Muayene odası, her AH için en az 10 metrekare olmalıdır.
5. 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.
6. Laboratuvar hizmetlerinin AH'nce merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunmalıdır.
7. Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, verilerin toplanması ve istatistiksel değerlendirmeler ile resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların güvenli bir şekilde yapılabileceği bir büro veya bölme bulunmalıdır.
8. Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

Muayene odası dışında yukarıda sayılan diğer odalar AH'nce müşterek kullanılabilir.

**ASM'nin teknik donanımı** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 20):

ASM'de faal olarak bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz ve malzemeler şunlardır: steteskop, tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy), otoskop, oftalmoskop, termometre, ışık kaynağı, küçük cerrahi seti (asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı), paravan, perde v.b, muayene masası, refleks çekici, me-zura, fetal el doppleri, aşı nakil kabı, Snellen eşeli, diapozon seti, tartı aleti (bebek, erişkin boy), boy ölçer (bebek, erişkin boy), pansuman seti, dil basacağı, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri, keskin atık kabı, acil solunum yolu müdahale araçları (S –tüp, laringoskop, pediatrik ve erişkin entübasyon tüpü), ambu cihazı (erişkin ve çocuk için), manometreli oksijen tüpü (taşınabilir), seyyar lamba, buzdolabı, jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RIA seti, ilaç ve malzeme dolabı, sterilizatör, EKG cihazı, tromel, negatoskop, tekerlekli sandalye, pulse oksimetre, jeneratör veya kesin-

tisiz güç kaynağı, genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşilar ve antiserumlar ve temel acil ilâçlar, aşilar ve anti-serumlar bulundurulur. (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik, 2008).

AH ASM'nde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 7). (Bakınız: Bölüm XI. ASM'de Bağışıklama Hizmetlerinin Koordinasyonu ve Soğuk Zincir Yönetimi)

Birden fazla AH'nin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, yukarıdaki tıbbi cihaz ve malzemelerden steteskop, tansiyon aleti, otoskop, oftalmoskop, termometre, ışık kaynağı, küçük cerrahi seti, paravan, perde, muayene masası, refleks çekici, mezura, fetal el doppleri, aşı nakil kabı ve Snellen eşeli her aile hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.

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

AH'nin 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.

AH'leri, ASM'de yangına karşı alınması gereken tedbirleri alır, tıbbi atıklar ve çöpler için gerekli tedbirleri alır (Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2005).

### ***AH'leri ve ASE'lerinin Mesleki Eğitimleri***

Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve ASE'leri; içeriği, süresi ve standartları Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere alınabilirler. Bu çerçevede AH ve ASE'leri ancak Bakanlıkça onaylanmış hizmet içi eğitimlere alınabilecektir (A.H.U.Yönetmeliği, 2010: madde 17-2).

### ***ASM'nin oluşturulması*** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 21):

AH'leri, öncelikle belirlenen fiziki şartları haiz, Bakanlığa 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.

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.

AH birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise ASM müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki

yerde kurulur. Bu yerin seçiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.

AH'leri çalışma bölgesi içinde olmak kaydıyla yukarıdaki hususlara bağlı kalınarak müdürlüğün uygun görüşü ve Valiliğin onayı ile hizmet için verilen mekânı değiştirebilirler.

Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Bakanlığın onayı ile bir veya daha fazla ASM eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir. Bina ve müştemilatında eczane bulunan yerlerde ASM açılmaz. ASM'lere Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.

ASM'nin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 14-1).

ASM gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimleri, fiziki şartlar ve donanım açısından gruplandırılır (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: ek 3). Buna göre ASM'ler 4 gruba ayrılmış ve istenen özellikler şu şekilde sıralanmıştır:

### ***1. D Grubu ASM'lerde istenen şartlar:***

1. Muayene odasında lavabo bulunmalıdır.
2. Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş panoya asılmalıdır. Panoya asılmayacak olanlar çerçevesel olmalıdır.
3. Hasta ve hasta yakınlarının şikâyet ve önerilerinin kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak şikâyet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmalıdır.
4. Bekleme alanı; yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve gerekli malzemeye sahip olmalıdır.
5. Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmalıdır.
6. Tek hekimli ASM'lerde bekleme alanı asgari 20 m<sup>2</sup> olmalıdır. (Birden fazla AH görev yapıyorsa her bir AH için 5 m<sup>2</sup> ilave edilmelidir).
7. Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşılarda ve antiserumlar için kullanılmalıdır.



8. Aşı dolabının sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.
9. Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmalıdır.
10. ASM içerisinde kullanıma hazır, mahremiyet kurallarının uygulandığı “bebek bakım ve emzirme alanı/odası” planlanmış olmalıdır. (Bu alan diğer AH’leri ile birlikte ortak kullanılabilir).
11. İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmalıdır. Miat ve stokları takip edilen, ilaç ve aşıların listeleri güncel olarak elektronik ortamda takip edilmelidir.
12. Acil seti bulunmalıdır.
13. Belgelendirmek kaydıyla her AH haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırılmalıdır.
14. Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 °C arasında tutulmalıdır. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanmalıdır.
15. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı bulundurulmalıdır.
16. ASM’nin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. (Dış cephe boyası ve tamirati ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir).
17. ASM’nin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte yapılmalıdır.
18. Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmalıdır.
19. Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalı olmalıdır.
20. Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmış olmalıdır.

**II. C Grubu ASM’lerde istenen şartlar:** D Grubu ASM’lerde istenen şartlara ilaveten;

1. ASM’nde en az 10 m<sup>2</sup>’lik müstakil bir “aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası” oluşturulmalıdır. (Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı ASM’lerde her üç hekim için bir “aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası” planlanır. Tek hekimin çalış-

tığı ASM'lerde gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetleri için oluşturulan oda ile aynı odada bu hizmetler verilebilir).

2. Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmalıdır. (AH başına haftalık 10 saat).
3. ASM ile yerleşkesinde çevre düzenlemesi ve temizliği yapılmalıdır. (Bu alanların tadilat tamirat ve bakımı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir).

**III. B Grubu ASM'lerde istenen şartlar:** C Grubu ASM'lerde istenen şartlara ilaveten;

1. Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmelidir.
2. Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m<sup>2</sup>'lik müstakil bir oda oluşturulmalıdır. (Birden fazla AH'nin görev yaptığı ASM'lerde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır. Tek hekimin çalıştığı ASM'lerde "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" ile aynı odada bu hizmetler verilebilir)
3. ASM'de aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmalı ve kayıtları elektronik ortamda tutulmalıdır.
4. Defibrilatör (manuel veya otomatik eksternal defibrilatör) bulunmalıdır.
5. Birden fazla AH'nin görev yaptığı ASM'lerde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmalıdır.
6. Tuvaletlerde çalışır durumda acil çağrı butonu bulundurulmalıdır.

**IV. A Grubu ASM'lerde istenen şartlar:** B Grubu ASM'lerde istenen şartlara ilaveten;

1. Muayene odası asgari 14 m<sup>2</sup> olmalıdır.
2. Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m<sup>2</sup>'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmalıdır. (Bu alan diğer AH'leri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) bulunmalıdır.

3. ASM'de her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmalıdır.
4. Belgelendirmek kaydıyla her AH için ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmalıdır.
5. ASM'ye ait aktif internet sayfası bulunmalıdır.
6. Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmalıdır.
7. ASM sınıflandırılması için bir dizi işlem yapılır (TSH GM, 2011/2777).

### ***İl Sağlık Müdürlükleri ve AH'şu noktalara dikkat ederler:***

1. AH talep edilen gruba ait tüm kriterlerin sağlandığına dair belgeleri içeren dosya ile birlikte il sağlık müdürlüğüne başvurulur. Başvuruda bulunmayan AH'leri için gruplandırma değerlendirilmesi yapılmaz.
2. AHB giderinin ödenmesine yönelik yapılacak değerlendirmeye esas teşkil edecek olan kriterler Bakanlık tarafından belirlenmiştir (ASM / Birimi Gruplandırma Kriterleri, 2010) (Bkz. Ek 1). Başvuru tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde il performans ve kalite koordinatörlükleri tarafından "ASM / birimleri gruplandırma kriterlerine ilişkin rehber" esas alınarak, aile hekimliği birimlerinde değerlendirme yapılır. Değerlendirme yapıldıktan sonra değerlendirme evrakının bir nüshası AH verilir.
3. Değerlendirme raporu aile ve toplum sağlığı şube müdürlüğünden sorumlu il sağlık müdür yardımcısı tarafından onaylanır. Değerlendirme raporunun onaylanmasını müteakiben bilgiler çekirdek kaynak yönetim sistemine girilir ve birimin hangi gruba dahil olduğu il sağlık müdürlüğüne resmi yazı ile AH'ne bildirilir.
4. Grubu belirlenen AHB'nin 6 ayda bir periyodik olarak gruplandırma kriterleri bakımından il performans ve kalite koordinatörlükleri tarafından değerlendirmesi yapılır. Yılın ilk periyodu için Mart-Nisan ayları içinde, ikinci periyodu için ise Eylül-Ekim ayları içinde değerlendirme yapılır. Değerlendirme yapıldıktan sonra değerlendirme evrakının bir nüshası AH'ne verilir.
5. Periyodik değerlendirmelerde, AHB'nin grup şartlarını kaybettiği tespit edilirse, bu şartların hangi tarihten itibaren

kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme yapılması gerektiği raporda belirtilir. Değerlendirme raporunun il sağlık müdür yardımcısına onaylanmasını müteakiben yeni belirlenen gruba ilişkin bilgiler Çekirdek Kaynak Yönetim sistemi (ÇKYS)'ne girilir ve ödeme yeni belirlenen gruba göre yapılır.

6. Grup değiştirmek amacıyla başvuruda bulunulan AHB için, değerlendirme raporunun il sağlık müdür yardımcısınca onaylanma tarihinden itibaren 3 aydan önce birim değiştirmek suretiyle veya yeni başlayan AH'leri hariç olmak üzere aynı yerle ilgili olarak yeniden grup değiştirmek için başvuruda bulunulamaz.
7. Onaylanan değerlendirme raporlarına karşı 7 gün içinde il sağlık müdürlüğüne itiraz edilebilir. İtiraz, il sağlık müdürü başkanlığında idari ve mali işler şube müdürlüğünden sorumlu il sağlık müdür yardımcısı, personelden sorumlu il sağlık müdür yardımcısı, aile ve toplum sağlığı şube müdürü ve bilgi işlem veya istatistik şube müdüründen oluşan komisyon tarafından oy çokluğu ile 15 gün içinde karara bağlanır. Bu görevlerden bir kısmının aynı kişi tarafından yürütülmesi halinde eksik olan görevi yapan üyenin yerine il sağlık müdürünce eşdeğer ünvandaki başka bir personel komisyon üyesi olarak görevlendirilir.
8. İl sağlık müdür yardımcısınca onaylanarak dahil olduğu grubu belirlenen aile hekimliği biriminin gider ücreti onayı takip eden ilk ayda ödemeye esas alınır.

ASM sınıflandırması sonucu her bir grup için ayrı ek ödeme tavanı belirlenmiştir (TSH GM, 2011/26317). Buna göre D grubu birimler için tavan ücretin % 10'u, C grubu birimler için tavan ücretin % 20'si, B grubu birimler için tavan ücretin % 35'i, A grubu birimler için tavan ücretin % 50'si gider yardımı yapılır.

Sağlık Müdürlükleri, değerlendirmeye esas teşkil edecek kriterleri Bakanlık tarafından yayınlanmış olan "ASM/birimleri Gruplandırma Kriterlerine İlişkin Rehber" hükümleri doğrultusunda değerlendirir.

***Kişilerin AH'ni seçebileceği bölgeler*** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 8):

1. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin AH'lerine kayıtları yapılır. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu

AH'ne kaydedilir. Kişilerin AH'lerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, AH'ni bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında AH üç aydan önce değiştirilemez. AH değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği AH'nce veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır (TSH GM, 2011/5108). AH'nce yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.

2. Aile hekimliği uygulamasının olduğu il'e ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir AH'ne kayıt yaptırırlar.
3. Herhangi bir nedenle bölgedeki AH'leri tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan AH'nin listesine eklenir.
4. Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir AH'ne kayıt olamazlar. Ancak, başka bir AH'ne kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları AH'nin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni AH, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.
5. Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir AH'nden misafir olarak sağlık hizmeti alır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilir. AH misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edemez.

**Denetim** (A.H.U. Yönetmeliği, 2010: madde 29), **sorumluluk ve mal bildirimini** (AHK, 2004: madde 6)

AH ve ASE, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir. AH ve ASE'ler, 3628 sayılı "Mal Bildiriminde Bulunması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu" gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.

ASM, AH'leri ve ASE'ler, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki 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 Bakanlıkça belirlenen denetleme formları ile gerçekleştirilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik"te belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.

Ayrıca, kamu idareleri denetim elemanları tarafından yapılacak denetimlerde, hizmet akdiyle çalışanların sigortalı olup olmadığına, aldıkları ücret (prime esas kazanç) ve bildirilen gün sayılarının (hizmet bildirim gün sayıları) eksik olup olmadığına ilişkin tespitlerinde, denetim yönetmeliğinde (Kamu idarelerinin denetim elemanlarıncaya yapılacak tespitler hakkında yönetmelik, 2008) belirtilen usul ve esaslar dahilinde çalışmanın bulunduğu ildeki sosyal güvenlik kurumu başkanlığı sosyal güvenlik il müdürlüklerine bildirimde bulunulması gerekir (TSH GM, 2008/34005).

## Ek 1

# AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ GRUPLANDIRMA REHBERİ

### **Tanımlar**

H (Hekim) :Her bir Hekimin muayene, bilgilendirme ve eğitim amaçlı olarak kullandığı birincil sorumlu olduğu alanlardır.

O(Ortak): Aile Sağlığı Birimlerinde görev yapan bütün hekimlerin sorumlu olduğu ortak alanlardır.

Yönetim karar defteri: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 22. Maddesine göre oluşturulan defterdir.

Ortak alanla ilgili maddelere katılmayan aile hekimleri Yönetim Karar Defterine kayıt edilir.

Değerlendirmede Yönetim Karar Defteri ispatlayıcı belge olarak dikkate alınır.

#### Tanımlama Tablosu

Soru No	Tanım
1	H
2	H / O
3	H
4	O
5	O
6	O
7	O
8	H/O
9	O
10	O
11	O
12	O
13	O
14	H/O
15	O
16	O
17	O
18	O
19	O

#### Tanımlama Tablosu

Soru No	Tanım
20	O
21	H
22	H
23	H
24	H/O
25	O
26	H/O
27	H/O
28	H/O
29	H/O
30	H/O
31	H/O
32	O
33	O
34	O
35	O

### **Aile Hekimliği Birimi Gruplandırma Rehberi**

#### **1. Muayene odasında lavabo bulunmaktadır.**

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin temel unsurlarından olan el hijyeninin sağlanması ve enfeksiyonların önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her muayene odasında lavabo olmalıdır.

b) Her muayene odasında lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve bulunmalıdır.

## 2. Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.

Amaç: Hastaların poliklinik hizmeti alırken kolaylıkla sırasını takip edebilmesi ve poliklinikte düzenli bir sağlık hizmetinin yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Her bir polikliniğin dışına muayene olacak hastanın sıra numarasının görülebilmesi için uygun elektronik sistem kurulmalıdır (ebatları asgari 10\*10 cm olmalıdır).
- Elektronik sistem çalışır durumda olmalıdır.

## 3. Muayene odası asgari 14 m<sup>2</sup>'dir.

Amaç: Rahat ve geniş bir ortamda hizmet sunumunun gerçekleştirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Aile Hekimliği bina yerleşim krokisi olmalıdır.
- Muayene odası asgari 14 m<sup>2</sup> olmalıdır.
- Yerleşim krokisi üzerinde yerleşim alanlarının büyüklüğü m2 cinsinden belirtilmelidir.

Not: Yerleşim krokisi Aile Hekimin çalıştığı ASM'de dosyada olmalıdır.

## 4. Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş panoda asılıdır. Panoda asılmayacak olanlar çerçevesel olmalıdır.

Amaç: Panoların ASM içerisinde düzenli bir şekilde yerleştirilmesini sağlamak.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Panolarda sağlık dışı konular ile ilgili afişler bulunmamalıdır.
- Güncelliğini yitiren ve yıpranan afişler kaldırılmalı veya yenilenmelidir.

## 5. Hasta ve hasta yakınlarının şikâyet ve önerilerinin kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak şikâyet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmaktadır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetine ilişkin talepleri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesinin sistematik bir biçimde yapılması ve bu doğrultuda iyileştirme çalışmalarının yapılıyor olmasının sağlanması.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Öneri ve şikâyet kutuları kolayca görülebilecek alanlarda olmalıdır.



b) Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği ve iyileştirme faaliyetleri yapıldığına dair elektronik veya yazılı kayıtlar olmalıdır.

Not 1: ASM' de ortak alanda bir tane öneri ve şikâyet kutusunun olması yeterlidir.

Not 2: Toplum Sağlığı hekimlerince değerlendirilir.

**6. Bekleme alanı; yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve gerekli malzemeye sahiptir.**

Amaç: ASM bekleme alanlarında hasta ve yakınlarının oturabilmesine yönelik düzenlemeleri yapılması.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Yeterli sayıda ergonomik oturma grupları olmalıdır. (Tek hekim için asgari 6 kişinin oturabileceği, sonraki her hekim için ise asgari 3 kişinin oturabileceği oturma grubu bulunmalıdır.

b) Oturma grupları kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olmalı, ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa döşemesiz olmalıdır.

**7. Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.**

Amaç: ASM bekleme alanlarında sağlığı geliştirici programları TV vb cihazlarla halka ulaştırarak sağlığın geliştirilmesi hususunda toplumun bilinç düzeyini artırmak.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bekleme alanlarının büyüklüğüne uygun (asgari 70 ekran) LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulunmalıdır.

b) Sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar bulunmalıdır.

c) Mesai saatleri boyunca eğitim yayını olmalıdır.

**8. Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m<sup>2</sup> 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m<sup>2</sup> ilave edilir).**

Amaç: Muayene için hastaların rahat ve geniş bir ortamda beklemeledir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bekleme alanı asgari 20 m<sup>2</sup> olmalıdır.

b) Birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m<sup>2</sup> ilave edilmelidir.

Not: Bekleme alanı içine hol ve koridorlar girmektedir.

## 9. Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşilar ve antiserumlar için kullanılmaktadır.

Amaç: Aile Sağlığı Merkez'inde soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşilar ve antiserumlar için kullanılmasının sağlanmasıdır.

Not: 22.05.2009 tarih ve 15282 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "Soğuk Zincirin İzlenmesi" ile ilgili Genel Yazısında belirtilen özelliklere haiz olmalıdır(Nofrost ve çift kapılı).

## 10. Aşı dolabının sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmekte ve kayıtları tutulmaktadır.

Amaç: Aşıların uygun koşullarda saklanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Aşıların saklanması ve transferine ilişkin talimat (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek) hazırlanmalıdır.
- Aşı odasının kontrol ve takibi için sorumlu bir sağlık personeli ve yedeği yazılı olarak belirlenmelidir.
- Sıcaklık takibi günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

## 11. Aile sağlığı merkezinde en az 10 m<sup>2</sup>'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur.

Amaç: Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrı bir mekânda sunumunun sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" asgari 10 m2 olmalıdır.
- İkiden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" olmalıdır.
- Oda içerisinde muayene masası, en az iki adet sandalye ve masa olmalıdır.

Not: Bir veya iki aile hekiminin olduğu ASM'de soru kapsam dışıdır. Üç ila beş aile hekiminin bulunduğu ASM'lerde müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" bulunmalıdır. Altı ila sekiz aile hekiminin bulunduğu ASM'lerde ise müstakil ikinci bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" ilave edilmelidir. (3-5 aile hekimi için 1 oda; 6-8 aile hekimi için 2 oda; 9 ve üstü aile hekimi için 3 oda).

## 12. Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmaktadır.

Amaç: Aşılar ve ilaçlar için sistematik bir takip sisteminin sağlanmasıdır.

Not 1: Karekod okuyucu için sistem faal hale gelinceye kadar sadece karekod okuyucu var olup olmadığı değerlendirilecektir.

Not 2: Her ASM için bir adet Karekod okuyucusu yeterli olacaktır.

Not 3:Aile hekiminin kullandığı bilgisayar karekod okuma özeliğine sahipse ayrıca karekod okuyucu aranmayacaktır.

### **13. Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m<sup>2</sup>'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur.**

Amaç: Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin ayrı bir mekânda sunumunun sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütüldüğü oda asgari 10 m<sup>2</sup> olmalıdır.

b) İki den fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" olmalıdır.

c) Oda içinde perde veya paravan bulunmalıdır.

Örnek; Bir veya iki aile hekiminin olduğu ASM'de soru kapsam dışıdır. Üç ila beş aile hekiminin bulunduğu ASM'lerde ise müstakil bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" olacaktır. Altı ila sekiz aile hekiminin bulunduğu ASM lerde ise müstakil ikinci bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" olmalıdır (3-5 aile hekimi için 1 oda; 6-8 aile hekimi için 2 oda; 9 ve üstü aile hekimi için 3 oda).

### **14. Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır.**

Amaç: Aile sağlığı merkezinde yürütülen aile planlaması çalışmalarının elektronik ortamda takibinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Yapılan aile planlaması çalışmaları elektronik ortamda eksiksiz olarak doldurulmalıdır.

b) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı rahim içi araç uygulaması sertifikasına sahip olmalıdır.

Not: Aynı aile sağlığı merkezinde çalışan başka bir aile hekiminin kayıtlı kişilerine de bu hizmeti vereceğini taahhüt eden sertifikalı aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olması ve bu hizmeti vermesi halinde taahhüt verilen aile hekimleri için sertifika şartı aranmaz. Ancak taahhüt verilen aile hekimi sayısı beşi geçemez.

### **15. Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, mahremiyet kurallarının uygulandığı "bebek bakım ve emzirme**

**alanı/odası" planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir ).**

Amaç: Bebek bakım ve emzirme bölümünün uygun fiziki şartları karşılamasını sağlamak.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Ayrı olarak belirlenmiş bebek bakım ve emzirme bölümü olmalıdır.

b) Emzirme bölümünün kolay fark edilebilen ve okunabilen asgari 15x30 cm ebadında bir tabelası olmalıdır.

c) Bu bölüm her zaman kullanıma hazır durumda olmalıdır.

d) Emzirme bölümünde doğru ve yanlış emzirme resimleri (afiş ve broşür) olmalıdır.

e) Bebek bakım ve emzirme bölümünde ıslak mendil, kâğıt havlu bulunmalıdır.

f) Bebek bakım ve emzirme bölümlerinde el antiseptiği (tercihen duvara monte edilmiş) ve bunun kullanımını anlatan afiş, talimat vb. bulunmalıdır.

g) Gerekli mahremiyet sağlanmış olmalıdır.

Not: Bebek bakım ve emzirme alanı bekleme alanında olmamalıdır.

**16. Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m<sup>2</sup>'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) bulunmaktadır.**

Amaç: ASM'lerde anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin kalitesini arttırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m<sup>2</sup>'lik bir emzirme odası veya bölümü olmalıdır.

b) Emzirme bölümünde bebeğin düşmemesi için gerekli düzenlemenin (korkuluk, emniyet kemeri vb.) olduğu temiz bir alt değiştirme yeri bulunmalıdır.

c) Emzirme bölümünde annelerin kullanabileceği en az bir adet koltuk veya sandalye olmalıdır.

d) Emzirme bölümünün kolay fark edilebilen ve okunabilen asgari 15x30 cm ebatında bir tabelası olmalıdır.

**17. İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmaktadır. Miat ve stokları takip edilen, ilaç ve aşuların listeleri güncel olarak elektronik ortamda takip edilmektedir.**

Amaç: Mevzuata uygun olarak ASM'de bulunması gereken ilaç listeleri ve miktarlarının bulundurulması ve elektronik ortamda kaydının sağlanması.

Değerlendirilecek Hususlar:

- ASM'de bulunan ilaç miktarı belirlenmelidir.
- ASM'de bulunan ilaçların kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.
- Miat takibi yapılmalıdır.

### **18. Acil seti bulunmaktadır.**

Amaç: ASM'de olası acil durumlar için acil müdahale ekipmanının bulunduğu taşınabilir acil müdahale setinin bulunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- ASM'de acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.
- Acil müdahale setinde bulunan ilaç ve malzemeler için miat ve kritik stok seviyesi takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- Acil müdahale setinde asgari aşağıda belirtilen malzemeler bulunmalıdır.

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için)
- Ambu , çocuk ve erişkin boy maske
- Oksijen hortumu ve maskeleri
- Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin için )
- Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp)
- Enjektörler (2,5,10 cc ebatlarında her bir ebattan asgari beş adet.)
- Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske vb.)

### **19. Defibrilatör (manuel veya otomatik eksternal defibrilatör) bulunmaktadır.**

Amaç: Acil durumlarda hastaya gereken müdahalenin zamanında yapılmasını temin etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Defibrilatör kolay ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.
- Defibrilatör çalışır durumda bulundurulmalıdır.
- Defibrilatörün kalibrasyon, periyodik bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

### **20. Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.**

Amaç: Müdahale için rahat ve geniş bir ortamın sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası olmalıdır.

b) Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik önlemler alınmalıdır.

Örnek; Bir veya iki aile hekiminin olduğu ASM'de soru kapsam dışıdır. Üç ila beş aile hekiminin bulunduğu ASM'lerde ise müstakil bir "müdahale odası" olacaktır. Altı ila sekiz aile hekiminin bulunduğu ASM'lerde ise müstakil ikinci bir "müdahale odası" ilave edilecektir. (3-5 aile hekimi için 1 oda; 6-8 aile hekimi için 2 oda; 9 ve üstü aile hekimi için 3 oda).

## **21. Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.**

Amaç: Hasta, hasta yakını ve çalışanlar için sağlıklı bir ortam oluşturmak ve çevre sağlığını korumak amacıyla uyulması gereken temizlik ve dezenfeksiyon kurallarını belirlemek ve uygulanmasını sağlamak.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Temizlik ve dezenfeksiyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.

b) Temizlik personeli bu konuda eğitilmelidir ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

c) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine ve sigorta primlerinin yatırıldığına dair belgeler özlük dosyasında saklanmalıdır. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir.

## **22. Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).**

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bakanlığın istihdam ettiği aile sağlığı elamanı dışında başka bir personel çalıştırılıyor olmalıdır.

b) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine ve sigorta primlerinin yatırıldığına dair belgeleri ile mesleğinin icrasına yönelik mezuniyet belgeleri özlük dosyasında saklanmalıdır. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir.

c) Çalışan personelin çalışma saatleri aile sağlığı Merkezinin çalışma saatleri ile aynı olmalıdır.

d) Bu personel temizlik hizmeti görmek üzere çalıştırılmaz.

Not: Tıbbi sekreter olarak görevlendirilecek bireyler Sağlık Meslek Liselerinin Tıbbi Sekreterlik bölümü mezunları ile üniversitelerin Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinden mezun olma-

ları gerekmektedir(Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.11.2010 tarih ve 45646 sayılı genel yazısı).

**23. Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 22 nci satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.**

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Çalışan personelin çalışma saatleri aile sağlığı Merkezinin çalışma saatleri ile aynı olmalıdır.

b) Bu personel temizlik hizmeti görmek üzere çalıştırılmaz.

c) Bakanlığın istihdam ettiği aile sağlığı elamanı dışında başka bir personel çalıştırılıyor olmalıdır.

d) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine ve sigorta primlerinin yatırıldığına dair belgeleri ile mesleğinin icrasına yönelik mezuniyet belgeleri özlük dosyasında saklanmalıdır. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir.

**24. Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulanması yapılmaktadır.**

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Aylık esnek mesai çizelgeleri olmalıdır.

b) Esnek mesai çizelgesi hazırlanarak o ASM'nin günün hangi saatlerinde açık bulundurulacağı vatandaşın rahatlıkla görebileceği büyüklükte ve uygun bir yere asılmalıdır.

c) ASM haftalık asgari 54 saat açık bulundurulmalı ve bu süreler içerisinde en az bir hekim de sağlık hizmeti vermelidir.

d) Esnek mesailerde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı beraber çalışmalıdır.

Örnek; ASM'de üç aile hekimi çalışıyorsa bir hekim sabah 08-17 mesaisini yaparken diğer hekim 10-19 saatleri arasında mesaisini yapar. Üçüncü hekim ise hafta sonu 4 saat ASM'de hizmet verir (Tek çalışan aile hekimleri için soru kapsam dışıdır).

**25. Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.**

Amaç: Hastaların aile hekiminin çalışma günleri ve saatleri hakkında bilgilendirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası olmalıdır.

b) ASM'de çalışan hekimler, sunduğu hizmetler, çalışma saatleri, eğitim materyalleri ve ASM'den nasıl hizmet alınabileceği konusunda güncel bilgiler bulunmalıdır.

**26. Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 derece arasında tutulmaktadır. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanmaktadır.**

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 derece arası olmalıdır.

b) Ortam sıcaklığını gösteren termometre olmalıdır.

c) Isıtma için soba (odun ve kömür sobası gibi) kullanılmamalıdır.

**27. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı bulundurulmaktadır.**

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliği açısından hijyenin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı olmalıdır.

b) Lavaboda el yıkama afişi ve "el hijyeni için 5 endikasyon kuralı" asılı olmalıdır.

c) Tuvalette rezervuar olmalıdır.

d) Tuvalet ve lavabolar temiz olmalı ve daima yeterli temiz su bulunmalıdır.

**28. Aile sağlığı merkezi ile yerleşkesinde çevre düzenlemesi ve temizliği yapılmaktadır (bu alanların tadilat tamirat ve bakımı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).**

Amaç: Hasta, çalışan ve bina güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Eysel atık kutusu ve kağıt atık kutusu bulunmalıdır.

b) Yangın söndürücüler ve varsa sıkıştırılmış gaz konteynirleri duvara sabitlenmiş olmalıdır.

c) Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı otomatik olarak devreye girmelidir.

d) Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağının kalibrasyon ve periyodik bakımı yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

e) ASM ve yerleşkesinin çevre düzenlemesi ve temizliği yapılmış olmalıdır.



**29. Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tamdır (dış cephe boyası ve tamiratı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).**

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İç ve dış cephe bakımlı olmalıdır.
- b) ASM nin iç alanları boya ve badanası temiz ve tam olmalıdır.
- c) Kapı pencere pervaz vb. yapılar boyalı ve temiz olmalıdır.

**30. Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte yapılmıştır).**

**31. Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el anti-septiği bulundurulmaktadır).**

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin temel unsurlarından olan el hijyeninin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında uygun alkol bazlı el antiseptiği bulunmalıdır.
- b) Bu ürünlere kolaylıkla ulaşılabilmelidir. (örneğin; cepte taşınabilir, masa üstü, duvara monte el dezenfektanları.)

**32. Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalıdır.**

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış olmalıdır.
- b) Kadın ve erkek tuvaletleri müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalıdır.
- c) Günlük temizlikleri yapılmalıdır ve temizlik kontrol çizelgesi bulunmalıdır.
- d) Tuvaletlerde sıvı sabun, kâğıt havlu ve tuvalet kâğıdı bulunmalıdır.
- e) Tuvaletlerde poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.
- f) Su rezervuarı olmalıdır.
- g) Kapı ve penceresi ve camları tam ve eksiksiz olmalıdır.

**33. Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmıştır.**

Amaç: Yaşlı ve engelli vatandaşlarımızın aile hekimliği hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) ASM de yaşlı ve engelli vatandaşlarımız için rampa, tutunma barları vb. gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

b) Asansörü olmayan çok katlı ASM lerde üst katta poliklinik hizmeti veriliyor ise giriş katında yaşlı ve engelli vatandaşlarımızın hizmet alabileceği tefrişatlı bir oda bulunmalıdır.

### **34. Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.**

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Engelliler için ayrı bir tuvalet yoksa mevcut tuvaletlerden bay ve bayanlar için birer adet engelli tuvalet düzenlemesi yapılmış ve işlevsel olmalıdır.

b) Günlük temizlikleri yapılmalıdır ve temizlik kontrol çizelgesi bulunmalıdır.

c) Engelli tuvaletinde sıvı sabun, kâğıt havlu ve tuvalet kâğıdı bulunmalıdır.

d) Engelli tuvaletinde poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.

e) Su rezervuarı olmalıdır.

f) Kapı ve penceresi ve camları tam ve eksiksiz olmalıdır.

Not: Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır. Bunu temin etmek için de yedek sıvı sabun kapları bulundurulmalıdır.

### **35. Tuvaletlerde çalışır durumda acil çağrı butonu bulunmaktadır.**

Amaç: Acil durumlarda hastanın personele ulaşabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tuvaletlerde kullanıcının rahatlıkla ulaşabileceği acil çağrı butonu bulunmalıdır.

b) Acil çağrı butonu çalışır durumda olmalıdır.

### **Kaynaklar**

Aile Hekimliği Kanunu. (2004). *T.C. Resmi Gazete*, 25665, 9 Aralık 2004. (2/11/2011 tarih ve 28103 (1. Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 663 sayılı KHK ile değişik.)

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2010). *Resmi Gazete*, 27801, 30 Aralık 2010. (10/09/2011 tarih ve 28050 sayılı Resmi Gazete ile değişik)

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). *T.C. Resmi Gazete*, 27591, 25 Mayıs 2010. (11/03/2011 tarih ve 27871 sayılı Resmi Gazete ile değişik.)
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik. (2008). *Resmî Gazete*, 26788, 15 Şubat 2008.
- Enerji Piyasası Düzenleme Kurulu [EPDK] kararı. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 3300, 30 Haziran 2011.
- Kamu idarelerinin denetim elemanlarınca yapılacak tespitler hakkında yönetmelik. (2008). *Resmî Gazete*, 27010, 27 Eylül 2008.
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2010) Aile Sağlığı Merkezi / Birimi Gruplandırma Kriterleri. Ankara
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). *Sağlık Bakanlığı*, 34005, 14 Ocak 2008.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). *Sağlık Bakanlığı*, 45646, 25 Kasım 2010.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 2777, 19 Ocak 2011.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 5108, 8 Şubat 2011.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 24267, 25 Temmuz 2011.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 26317, 12 Ağustos 2011.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 19131, 9 Eylül 2011.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005). *Resmî Gazete*, 25883, 22 Temmuz 2005.
- Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 25143, 3 Ağustos 2011.

# AİLE SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA ÇALIŞAN AİLE HEKİMİ VE AİLE SAĞLIĞI ELEMANI'NIN HUKUKİ SORUMLULUĞU, HUKUKİ VE CEZAI YÜKÜMLÜLÜĞÜ

BÖLÜM  
13  
13.2

Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ

Aile hekimliği uygulamasına geçiş, ülkemizdeki vatandaşların beklentilerini artırmıştır. Aile hekimlerinin uygulamaları, sorgulanmaya, tartışılmaya ve hatta yargılanmaya başlanmıştır. İlerleyen yıllarda bu oranın artacağı söylenebilir. Hekimin yetki ve sorumluluklarını bilmesi, mesleği ve uygulamalarıyla ilgili yasaların farkında olması, mesleğini icra ederken Aile Hekimi (AH)'ni ve Aile Sağlığı Elemanı (ASE)'yi yaşayabileceği olumsuzluklara karşı güçlü kılacaktır.

ASE, AH ile birlikte hizmet veren ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni gibi sağlık elemanı olarak tanımlanmıştır. Kanunlara göre hastaya belli oranlara kadar müdahale etme yetkileri mevcuttur. Bu sayılan meslek grupları, enjeksiyon yapma, yara bakımı, gebe takibi, çocuk bakımı, bulaşıcı hastalıklardan korunma, takip ve danışmanlık gibi doğrudan hastaya müdahale edilen alanlarda işlemler yapabilmektedir. Diğer sağlık personelinin tıbbi amaçlı müdahale ve uygulamaları ile bu işlemlerden doğabilecek mesleki sorumlulukları mevcuttur. Hekimin mesleki sorumluluğu yükümlülüklerini yerine getirmesi bakımından, kendisine yardımcı olan diğer sağlık personelinin hizmetlerini de kapsadığından, bu bölümde esas itibarıyla hekimlerin mesleki sorumlulukları üzerinde durulacaktır. (Akpınar vd., 2010: 51; Erel ve Demirağ, 2009: 60-63)

## ***Hekim Sorumluluğunun Hukuki Temeli***

Hekim sorumluluğundaki hükümlerden biri Anayasa'mızın 17. maddesidir. Bu maddede "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz"

denmektedir. Yaşam hakkı, temel hakların başında gelmektedir. (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948). Hasta hakları da insan hakları kapsamında değerlendirilmektedir. (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948). Hekimin hukuki sorumluluğu da genel anlamda bu çerçevede ele alınmaktadır.

### ***Hekimle Hasta Arasındaki Hukuki İlişki***

Ülkemizde kamu kurum ve kuruluş personeli, yaptıkları her iş ve eylemi belli bir mevzuat hükmüne göre yapmak durumundadır. Mevzuat denildiğinde ise normlar hiyerarşisi çerçevesinde en üstte uluslararası anlaşmalar ve anayasa, akabinde kanunlar, kanunların uygulanmasını göstermek üzere yürürlüğe konulan tüzükler ve yönetmelikler ile kurumların kendi teşkilatına yönelik hazırladıkları ve bu sayılanlara aykırı olmamak üzere yürürlüğe konulan yönergeler, genelgeler ve genel yazılar yer almaktadır. Her hukuki ilişki, karşılıklı haklar ve yükümlülükler içerir. (Kıray L.,2007). Hekim ile hasta arasındaki ilişkide bir hukuki ilişkidir. Hekim, hastasını kabul ettiği andan itibaren, hasta ve tedavisiyle ilgili tüm basamakları doğru şekilde, ilgili hukuki düzenlemeleri ve etik durumları dikkate alarak yerine getirmeyi üstlenir. Aile sağlığı uygulamalarında çalışan AH ve ASE'nin hukuki sorumluluğu, hukuki ve cezai yükümlülüğü, aile hekimliği ile ilgili kanun ve yönetmeliklerde kısmen yer almaktadır (Ek 1). (Aile Hekimliği Kanunu [AHK], 2004: madde 6; Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik [A.H.U. Kapsamında Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği], 2010: madde 11; Aile Hekimliği Uygulama [A.H.U] Yönetmeliği, 2010: madde 9,29). 2010 yılından itibaren "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası(ZMSS)" nin da hekim tarafından yıllık olarak yaptırılması zorunlu kılınmıştır. (Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin ZMSS de Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ, 2010).

Hekimlerin görev ve sorumlulukları ile tıbbi uygulamalar ulusal ve uluslar arası belgelerde de yer almaktadır (bkz. Ek kaynakça). Bu belgelerde tıbbi uygulamalara özel yaptırım ve ceza hükümleri yoktur. Hukukun genel nitelikteki hükümleri geçerlidir. Esasen sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında oluşabilecek suçlarla, diğer mesleklerin uygulanması sırasında ya da günlük yaşamda ortaya çıkabilecek suçlar arasında hukuksal açıdan ayırım yoktur. (Akpınar vd., 2010: 51; Erel ve Demirağ, 2009: 60-63; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948; Özdilek A.O.,2006).Tüm sağlık çalışanları her türlü mesleki eylem ve işlemlerinde, genel hukuki düzenlemelerde belirtilen hükümlere uymak zorundadır. Uygulamada da, hekimlerin kusurluluğunun özel bir değerlendirmeye tabi tutulmadığı, hekimlerin de tıpkı diğer kişiler gibi her türlü kusurları ile verdik-

leri zararlardan sorumlu oldukları görülmektedir. Sağlık personelinin çalışmaları sırasında yapmaması gereken eylemler ve bunların karşılığı verilecek cezalar belirtilerek daha çok sağlık çalışanlarının ödev ve sorumlulukları ön plana çıkarılmıştır (Akpınar vd., 2010: 51; Erel ve Demirağ, 2009: 60-63; İnsan Hakları Evrensel Beyanname, 1948; Özdilek A.O.,2006). Sağlık personelinin hukuki sorumluluklarının farkı, iş yeri ya da meslekleriyle ilgili, yasalarla tanımlanmış yükümlülüklerinin olmasıdır. Yükümlülük, belirlenmiş işleri yapma zorunluluğunu ifade eder, yapılmazsa sorumlulara cezai işlem gerektirir (T.C. Anayasası, 1982). Bu durumda, durumu saptayacak, suç işleyeni yargılayacak ve yargının kararını uygulayacak kurumlar ve bu kurumların yetki ve sorumlulukları bellidir. Örneğin tıbbi eylemler sonunda hastada bir zarar meydana gelmesi durumunda, bu konu hasta, kurum yöneticileri ya da güvenlik güçleri tarafından yargıya ulaştırılmakta ve yargılama sonunda oluşan karara göre cezai işlem uygulanmaktadır (Akpınar vd., 2010: 51; Erel ve Demirağ, 2009: 60-63; Özdilek A.O.,2006).

AH'nin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde belirtilmiştir (Aile Hekimliği Uygulama [A.H.U] Yönetmeliği, 2010: madde 9,29).

AH'leri burada belirtilen yetki ve sorumlulukları tam anlamıyla bilerek hastaya karşı yapılan uygulamalarda görevlerini eksiksiz olarak yerine getirmelidirler. Tıbbi etik bakımından da her AH; mesleğini gerektiği şekilde yerine getiren bilgili ve hastalarıyla iletişimi güçlü bir sağlık çalışanı olmalıdır. AH'nin yönetmelik bağlamında görevi olan bir işlemi yapmaması veya görevi ve yetkisi olmayan bir işlemi yaparken istenmeyen bir sonucun meydana gelmesi durumlarında ciddi sorunlar yaşanması muhtemeldir.

### ***Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu***

Hekimlerin hasta tedavisi ile ilgili uygulamaları, hastalığın tanısı, tedavisi için ilaçların verilmesi, cerrahi müdahalelerin yapılması, hastalığın takibi, gerektiğinde yeni metodlara başvurulması, literatürü takip etmesi gibi çok çeşitli konuları kapsamaktadır. Hekimin hukuki sorumluluğunun esasının, hekimle hastası arasında rızaya dayanan bir ilişki olduğuna göre, sözleşmeye veya haksız fiile dayandığı kabul edilmektedir (Akpınar vd., 2010: 51; Özdilek A.O.,2006; Altıparmak C., 2010:20-22).

Sözleşmeye dayanan sorumlulukta hukuka aykırılık, sözleşmeye aykırılık şeklinde belirlenmekte, ayrıca zarar, illiyet bağı ve kusur kavramları da söz konusu olmaktadır.

Hasta ile hekim arasındaki durum, bir çeşit vekalet sözleşmesidir. Vekil hekim, müvekkil ise hastadır. Vekâlet sözleşmesi aşağıdaki hususları içerir:

- Konusunu tedavi oluşturur
- Tedavi zamana bağlanamaz
- Hekim, gerekli dikkat ve özeni gösterdiği takdirde kötü sonuçtan sorumlu tutulamaz yani hekim sonucun iyi olacağını garanti etmemektedir. Ancak gerekli dikkat ve özeni göstermediği durumda da her türlü kusurundan sorumlu tutulabilmektedir.
- Tedavi, hastanın menfaat ve iradesine uygun olarak yürütülür(Erel ve Demirağ, 2009: 60-63; Özdilek A.O.,2006; Altıparmak C., 2010:20-22; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 5-47).

Farklı çelişkili görüşün bulunduğu tıbbi uygulamalarda, kaçınılmaz hatalar bir ölçüye kadar hekimin sorumluluğuna yol açmaz. Buna karşılık hekim uygun olmadığı açık tedaviden, meslek kurallarının çiğnenmesinden ya da mesleği ile ilgili genel bilgileri bilmesinden sorumludur. Hekimler hastalarına her zaman kesin tanı koyamayabilir. Tek başına tanıda hata, kabul edilen ilkelere uygun protokolü uygulayan ve gereken özeni gösteren hekime sorumluluk yüklemeyiz.(Yorulmaz vd., 2006:55-59).

### ***Hasta Hakları ve Hekimin Yükümlülükleri***

Hasta haklarıyla ilgili düzenlemeler; başta 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü olmak üzere, sağlık hizmetleriyle ilgili çeşitli yasalarda yer almaktadır. Ayrıca, sağlık meslek birliklerinin yasalarında da bu konuya ilişkin ayrıntılı düzenlemeler vardır. Ancak, bunlar hakları karşılayan görevleri ve bunları yerine getirmek durumunda olan kurum ya da kişileri belirleyen, düzenleyen metinler şeklindedir. Hasta hakları ile ilgili güncel yasal düzenleme "Hasta Hakları Yönetmeliği"(Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998) ve 2003 (revizyon 2005)'da yayımlanan "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi"dir (Bakınız bölüm: Etik, Hasta ve Hekim Hakları ve Şiddet).

Yönetmeliğin ve yönergenin amacı; Temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen 'hasta haklarını' somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin 'hasta haklarından' faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek olarak belirtilmektedir. Sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin, sağlık hizmetle-

rinden adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde faydalanma, bilgi talep edebilme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme, kayıtları inceleme ve kayıtların düzeltilmesini talep etme, bilgi verilmemesini isteme, mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu talep etme, rıza ve izin hakkı, bilgilerin gizli tutulması, tedaviyi reddetme ve durdurma, tıbbi araştırmalarda rıza alınması, güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma, müracaat, şikayet ve dava hakkı mevcuttur. Hastanın rızasının alınabilmesi için, reşit ve mümeyyiz olması gerekir. Aydınlatılmış rızanın alınması, hastanın hekime olan güvenini ve tanı ve tedavi girişimine uyumunu artırır.

Hastanın bir sağlık kuruluşuna başvurmadan ve başvurduktan sonraki süreçte yerine getirmesi gereken ödev ve yükümlülüklerde, hasta sorumluluğu olarak belirtilmiştir. Hasta hakları, daha çok hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişki için söz konusudur. Bu yöneltmelikte, hasta hakları ilişkin tüm konulara açıklık getirilmiş, ayrıca sağlık personeli ve kurumların görev ve sorumluluklarına da yer verilmiştir. Bu nedenle yönetmeliğin sağlık personeli tarafından bilinmesi, hasta ve hasta yakınları taleplerinin bu hükümleri çerçevesinde değerlendirmesi gerekmektedir.

Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukukî yardım yapılır. (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname [KHK/663], 2011: madde 23, 24, 54). Sağlık mesleklerinde meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere Sağlık Meslekleri Kurulu teşkil olunmuştur. Kurulun görevleri şunlardır: (KHK/663, 2011: madde 23-6).

- Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek.
  - Meslek mensuplarının meslekî yeterlilik ve etik eğitimi ile hasta hakları eğitimine tâbi tutulmasına ve eğitimlerin süresine ve müfredatına karar vermek.
  - Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermek
  - Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek.
- Meslekî yetersizliğe ilişkin ihbar ve şikâyetler (KHK/663, 2011:



madde 23-7). Kurulca doğrudan değerlendirmeye alınmaz. Bu ihbar ve şikâyetler öncelikle denetim görevlileri veya il ve ilçe sağlık müdürlüklerince incelemeye tâbi tutulur. Yapılan inceleme neticesinde fiilin meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapılması veya meslekî müeyyide uygulanması gerektirdiğinin tespit edilmesi hâlinde kanaat raporunu içeren inceleme dosyası Kurula gönderilir. Ayrıca fiil hakkında adli kovuşturma yapılmış ise, verilen kararlar da Kurula intikal ettirilir. İdarî inceleme veya varsa adli kovuşturma kapsamında elde edilen bilgi ve belgeler de değerlendirilerek, genel hükümler saklı kalmak üzere Kurulca;

1. Mesleğinde yetersizliği tespit edilenler ile dikkatsiz ve özensiz davranışla ölüme veya vücut fonksiyon kaybına sebep olanların yetersiz görüldükleri alanda meslekî yeterlilik eğitimine tâbi tutulmalarına karar verilir. Bu eğitim, yetersiz görülen alanda teorik ve/veya pratik eğitim ve/veya başka bir sağlık meslek mensubunun nezaret ve sorumluluğunda meslek icrası şeklinde yaptırılabilir. Yeterlilik eğitimine tâbi tutulanlar eğitim sonunda Kurulun belirleyeceği teorik ve/veya uygulamalı sınava tâbi tutulur. Bu sınavda başarılı olanlar mesleğini icraya devam eder; başarısız olanlar meslek icrasından men edilir. Meslekten men edilenler, durumlarına göre Kurulca belirlenen eğitime devam ettirilerek veya eğitime tâbi tutulmadan yapılacak müteakip sınavlarda başarı gösterdiği takdirde meslek icra etme hakkını yeniden kazanır.
2. Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranışı sebebiyle ikiden fazla yazılı ikaz edilen veya ilgili mevzuatına göre disiplin cezası uygulanan sağlık meslek mensubu, hasta hakları veya etik ilkeler eğitim programına tâbi tutulur.
3. Meslek icrası esnasında neticesini öngörerek veya görevinin gereklerine aykırı hareket ederek veyahut görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek bir kişinin ağır derecede olmayan özür lülüğüne sebebiyet verenlerin üç aydan bir yıla kadar meslekten geçici men edilmesine karar verilir. Bu fiillerin beş yıl içinde tekrarı hâlinde verilecek cezalarda alt ve üst sınırlar iki katı olarak uygulanır.

Mesleğini icra etmesine mâni ve iyileşmesi mümkün olmayan akli, ruhi ve bedenî hastalığı ortaya konulan sağlık meslek mensupları, Kurulun kararı ile mesleğini icradan yasaklanabilir. (KHK/663, 2011: madde 23-8).

Meslekî yetersizliğinden dolayı bir uzmanlık dalında mesleğini icra edemeyeceğine karar verilen meslek mensuplarının yetersizliğinin niteliğine göre uzmanlık öncesi sahip olduğu sağlık mesleğini icra edebilmelerine karar verilebilir. (KHK/663, 2011: madde 23-9).

Aynı olaydan dolayı ilgili hakkında ceza takibatına veya disiplin soruşturmasına başlanmış olması bu maddeye göre işlem yapılmasını geciktirmez ve engellemez; ilgilinin mahkûm olması veya olmaması ile disiplin cezası verilmiş veya verilmemiş olması hâlleri, ayrıca meslekî müeyyide uygulanmasını etkilemez. (KHK/663, 2011: madde 23-10).

Kanunla kurulmuş meslek odalarının ve birliklerinin kuruluş kanunlarındaki disiplin hükümleri saklıdır. Ancak fiilin her iki kanuna göre de müeyyide gerektirmesi hâlinde bu Kanun hükümleri uygulanır. (KHK/663, 2011: madde 23-11).

Meslekten geçici men edilmesine karar verilen Devlet memurları, men müddetince aylıksız izinli sayılır veya talepleri hâlinde aynı süreyle mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır. Sözleşmeli olanların sözleşmeleri men müddetince ücretsiz olarak askıya alınır. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen Devlet memurları istekleri hâlinde, mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır, aksi halde görevleri sona erer. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erer. (KHK/663, 2011: madde 23-12).

Yukarıda sayılan durumlara göre mesleğini geçici olarak sürdürmeyeceklerin durumları kayıtlara işlenir. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilenlerin veya mesleğini icra etmekten yasaklananların diplomaları, uzmanlık veya meslek belgeleri Bakanlıkça iptal edilir ve sistemden kaydı silinir. (KHK/663, 2011: madde 23-13). Bununla ilgili usûl ve esaslar Bakanlık tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir. (KHK/663, 2011: madde 23-14).

### **Uzlaştırma prosedürü: (KHK/663, 2011: madde 24)**

Sağlık mesleklerinin uygulanmasından dolayı zarara uğradığını iddia edenlerin dava açma süresi içerisinde bu madde kapsamında yapacakları maddî ve manevî tazminat başvuruları Bakanlık tarafından aşağıdaki şekilde uzlaşma yoluyla halledilir.

- Tazminat talebinde bulunan veya bunların birden fazla olması hâlinde aralarından seçecekleri bir temsilci,
- Zarar verdiği iddia olunan ilgili meslek mensubu veya bunların birden fazla olması hâlinde aralarından seçecekleri bir temsilci,
- Varsa ilgili meslek mensuplarının meslekî malî sorumluluk sigortasını yapan sigorta şirketinin temsilcisi veya bunların birden fazla olması hâlinde ise aralarından seçecekleri bir temsilci

Bakanlık tarafından uzlaşmaya davet edilir. Tarafların uzlaşma yolunu kabul etmeleri hâlinde, üzerinde anlaşmış oldukları bir hukukçu uzlaştırıcı marifetiyle uzlaşma süreci başlatılır. Uzlaşma en fazla üç ayda sonuçlandırılır. Bu süre bilirkişi görüşleri alınmadığı hallerde tarafların kabulü ile altı aya kadar uzatılabilir. Uzlaşma müracaatı dava açma süresini durdurur. Uzlaşma sağlanamaması hâlinde taraflarca tanzim edilecek tutanak veya taraflardan birinin talebi üzerine Bakanlık tarafından taraflara tebliğ edilerek verilecek belge tarihinden itibaren dava açma süresi yeniden başlar. Uzlaşma sağlanırsa, uzlaşma konusunu, yerini, tarihini, yerine getirilmesi gereken hususları içeren uzlaşma tutanağı tanzim edilir. Bu tutanak 9/6/1932 tarihli ve 2004 sayılı İcra ve İflas Kanununun 38 inci maddesi anlamında ilâm niteliğindedir. Uzlaştırma masrafları ve arabulucu ücreti taraflarca karşılanır. Uzlaşma neticesinde belli bir bedel üzerinde uzlaşma sağlandığında bu bedel doğrudan sigortacı, sigortasının bulunmaması durumunda ilgili personel tarafından ödenir. Bakanlıkça bu madde kapsamında herhangi bir ödeme yapılmaz.

- Uzlaştırıcı, meslekî kusur bulunup bulunmadığı hususunda Yüksek Sağlık Şurası'nın belirlediği bilirkişilerin; uğranıldığı iddia edilen zarar miktarının hesaplanmasında adli yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenecek olan listelerde yer alan bilirkişilerin görüşüne başvurabilir.

Son söz olarak, maliyet/külfet dengesini gözetecek, hem hekim hemde yardımcı sağlık personelinin kapsayacak, sınırları daha net belirlenmiş, yeni bir "Malpraktis Kanunu"na ihtiyaç olduğunu söylenebilir.

## **Kaynaklar**

Aile Hekimliği Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2010). Resmi Gazete, 27801, 30 Aralık 2010. (10/09/2011 tarih ve 28050 sayılı Resmi Gazete ile değişik)

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmi Gazete, 27591, 25 Mayıs 2010. (11/03/2011 tarih ve 27871 sayılı Resmi Gazete ile değişik.)

Akpınar R, Yılmaz H, Erbağ M.S, Avcı E, Şengör C, ve ark. (2010). İnceleme ve Soruşturma Rehberi, Ankara: T.C.S.B. Teftiş Kurulu Başkanlığı.

Altıparmak C.(2010)."Malpraktis ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu", [Elektronik Sürüm]. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, Mart-Nisan 2010:20-22.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. (1948). İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi.

- Erel Ö., Demirağ S.A.(2009). "Hekimlik ve yasalar-1: hekimin yetki ve sorumlulukları". Aile Hekimliği Dergisi, 3(3):60-63.
- Hasta Hakları Yönetmeliği.(1998). Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998
- Kıray L.(2007). Sağlık Hukuku Kapsamında Sorumluluk Hukuku ve Hekimlerin Sorumluluğu. Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı. [Erişim:21 Eylül 2011, <http://www.ailehekimligi.com.tr>]
- Özdilek A.O.(2006). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu. Türk Hukuk Sitesi. [Erişim: 21 Eylül 2011, <http://www.turkhukuksitesi.com>]
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.(2011), T.C. Resmi Gazete, 28103, 2 Kasım 2011.
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. (2010). Resmi Gazete, 27648, 21 Temmuz 2010.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.(1982). T.C. Resmi Gazete, 17863, 9 Kasım 1982.
- Yorulmaz C, Kır Z, Ketenci Ç. "Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi", Çetin G, Yorulmaz C. (Ed.). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, Nisan 2006 (No:48), (s.55-59). İstanbul: Yelken Matbaası.

## Ek Kaynaklar

- Dünya Tabipler Birliğinin 44. Genel Kurulu. (1992). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Konulu Marbella Bildirgesi, İspanya: Dünya Tabipler Birliği.
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. (2005). Türk Tabipler Birliği, 1 Şubat 1999.
- Hususi Hastaneler Kanunu.(1933). Resmi Gazete,2419, 5 Haziran 1933.
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve nakli hakkında Kanun. (1979). Resmi Gazete,16655, 3 Haziran 1979.
- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928). Resmi Gazete, 863, 14 Nisan 1928.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (1960). Resmi Gazete, 10436, 19 Şubat 1960.
- Resmi Gazete, 23896, 4 Aralık 1999.
- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (Mülga). (2002). Resmi Gazete, 24790, 19 Haziran 2002.
- Türk Ceza Kanunu.(2004). Resmi Gazete, 25611, 12 Ekim 2004
- Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği.(2004). Resmi Gazete, 25446, 28 Nisan 2004.
- Türk Tabipler Birliği Kanunu.(1953). Resmi Gazete,8 323, 31 Ocak 1953.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930). Resmi Gazete,1489, 6 Mayıs 1930.

Tıbbi malpraktis, yani hekimliğin kötü uygulanması deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile hastanın zarar görmesidir. (Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999: madde 9-43).

Malpraktis, son 40 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok boyutlu bir konudur. Türkiye’de de son 10 yıl içinde konu çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır ve çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç yaşanmaktadır. (Ertem vd., 2009:1-10).

Genel kabul görmüş kurallara göre, tıpta yapılan müdahaleler (başarıya ulaşanlar dahil), hastanın kısıtlanmasından vücut bütünlüğünün kalıcı olarak zarar görmesine kadar farklı riskler içermektedir. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için tıp *mesleğini yapmaya kanunen yetkili olmak* gereklidir (Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, madde:1,2).

Ayrıca hekim, mesleğinin bütün kurallarına uygun olarak araştırma yapmak ve tanı ile tedaviyi uygun olarak saptamakla yükümlüdür (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, madde:5-47; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960).

Hekim, yaptığı teşhis ve uygulayacağı tedavi yöntemlerine ilişkin açıklama yapmak, özel risk varsa bu konuda hastanın *aydınlatılmış onamını almak* durumundadır.(Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, madde:1,2; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, madde:5-47; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960).

Hekime anamnez vermesi, hastanın muayene için rızasının var olduğu gösterir. Hekimin sorumluluğu, sonuçtan çok, izlediği yolun doğru olup olmadığı ile ölçülecektir. Hekim, hastanın zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel yaşam deneyimine göre herkeşe yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek, tıbbi müdahalelerde asgari şartları yerine getirmek, hastanın durumunu değerlendirmek, tıbbın kurallarını gözetip uygulamak, tedaviyi her türlü önlemleri alarak yapmak zorundadır (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960; Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği, 2004).

Hekimler hastalığın teşhisi, gerekli ilaçların verilmesi, cerrahi müdahalelerin yapılması, hastanın devamlı olarak gözetilmesi konularında her türlü kusurlarından sorumludurlar. Hekim en ağır kusur niteliğini taşıyan *kastı yanında, ihmal, taksir (kişinin eyleminden doğacak sonucu bilmesi, bu sonucu istememesi, ancak gerekli önlemleri almaması veya yetersiz kalması), kusur, dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik / yetersizlik, özen eksikliği ve emir ve yönetmeliklere uymamak, tıp alanında bilgisizlik hallerinde* de kusurlu sayılmaktadır. Tıbbi yanlış uygulama, yapılması gerektiği halde yapılmayan bir işlem anlamına da gelir. (Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999: madde 9-43; Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Özdilek A.O., 2006). Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılmadığı durumlarda ilk yardımda bulunur (Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999: madde 9-43). Bu hükme göre hekim, tıbbi müdahalede bulunmaya zorunlu kılınmıştır.

Aile hekimi (AH) geniş bir alanda görev yapmaktadır. Görev alanına girmeyen tıbbi uygulamalarda, hekim çeşitli sebeplerle girişimde bulunursa ortada bir malpraktis olmasa bile yaşanan olası komplikasyonlardan da sorumlu tutulabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hekim hastayı bilgisi ve deneyimi daha fazla olan bir başka uzmana göndermemesi nedeniyle de sorumlu tutulabilir.

Tıbbi uygulamalarda malpraktis ve komplikasyon ayırımı önemlidir. Tıbbi malpraktis, hekime hukuki anlamda sorumluluk yükler. Oysa tıbbi komplikasyon; "yapılan tıbbi uygulamanın önlenemeyen, beklenen, hekime bağlı olmayan izin verilen riski (kabul edilebilir risk)" tanımlar ve hekimin hukuki sorumluluğu yoktur. (Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999: madde 9-43; Ertem vd., 2009:1-10). Örneğin; Penisilin hastaya uygulanması sonrasında anafaksi meydana gelmesi bir komplikasyondur. Ancak anafaksiye müdahalede bulunmak için gerekli tıbbi malzemenin hazır olarak

bulundurulmaması ve hastanın zarar görmesi bir malpraktisdir. Ameliyatta hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması bir malpraktis iken hastanın postoperatif enfeksiyon nedeniyle dikişlerinin açılması bir komplikasyondur (Kök A.N., 2010; Akpınar vd., 2010.)

Hekim, hastayı aydınlattıktan sonra, hastanın bilerek yapacağı ve hekimin önerilerine aykırı iş ve işlemlerden sorumlu tutulamaz. (Altıparmak C.,2010:20-22; Marbella Bildirgesi, 1992.)

Bilgilendirilmiş onamı alınan hasta sorumluluğu kendi üzerine alarak kararını vermiştir.

Tıbbi hata iddiası durumunda, hekimlerin sorumlulukları 4 başlıkta toplanabilir.

- 1. Mesleki sorumluluk:** Tabipler Odası ve Onur Kurulu'nca değerlendirilir. Hekim, kusuruna göre uyarı, para cezası, 15 gün ila 6 ay arasında meslekten men cezasına çarptırılabilirler. Bunlar; deontolojiye aykırı davranmak, yasa ve tüzüklere uymamak, haksız çıkar sağlamak, hasta haklarını ihlal etmek gibi hekimlerin disiplin suçu olarak kabul edilen kusurlu eylemleridir. (Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği, 2004). Bu kararların temyiz yeri Yüksek Onur Kurulu'dur.
- 2. Cezai sorumluluk:** Yaralama veya ölüme neden olan durumlarda taksirli suçlar kapsamında değerlendirilir. Asliye Ceza Mahkemeleri tarafından incelenir. (Koç ve Yorulmaz, 1999:45-60). Hekimin tedavi sözleşmesini ihlalden dolayı sorumluluğu için; tedavi sözleşmesinin kurulmuş olması ve tedavi sözleşmesinden doğan bir yükümlülük ihlali, kusur, zarar, kusur ve zarar arasında neden sonuç ilişkisi (illiyet bağı) gerekir.(Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Özdilek A.O.,2006).

Buna göre, hekimin tedavi ve müdahalesindeki kusurlu tutumu, genel davranış biçimine ve olayın doğal akışına göre hastadaki zararı meydana getirmeye elverişli ise, illiyet bağı var kabul edilecektir. Buna rağmen eğer hekim, hastadaki zararın kendi fiilinden ileri gelmediğini iddia ediyorsa, bunu ispat etmek durumundadır. (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Özdilek A.O.,2006; Erel ve Demirağ, 2009:60-63). Bu nedenle kayıtların düzenli tutulmuş olması incelemelerde kolaylık sağlayacaktır. Her türlü tıbbi girişim sonrası meydana gelen ölüm vakalarında AH'nin otopsi talebinde bulunması, ilerde ortaya çıkabilecek şikayetlerden dolayı mağduriyetini engelleyebilir.

Yasaya göre kişinin öngördüğü sonucu istememesine karşın sonucun meydana gelmesi halinde *taksir* vardır (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280). Hekimin öngörülme-

si gereken sonucu öngöremeyişi *basit taksir*, sonucu öngörmesine karşın aktif ya da pasif olarak olumsuz sonuca yol açması *bilinçli taksir* olarak kabul edilmektedir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960). "Kast" ise, daha ağır bir durumdur. Olumsuz sonucu istemese bile, hekimin rıza göstermesi durumudur (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280).

Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır hükmünün de akılda tutulması gerekir (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280).

- 3. Hukuki sorumluluk:** Hekimin kusuruyla ortaya çıkan zarar arasında nedensellik ilişkisi varsa, hekim cezadan ayrı olmak üzere maddi veya manevi tazminat yönünden de sorumlu tutulabilir (Özdilek, 2006; Erman, 2003).
- 4. İdari sorumluluk:** Kamu veya özel kurum içi yapılan soruşturmadır. Bu yasalar, uyarı, kınama, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç cezalarını içerir.

Genel olarak bakıldığında, hekimlerin mesleklerini yapmalarının farklı yönlerden özellikler taşıdığı görülecektir. Burada zarar mala değil, doğrudan doğruya kişilerin sağlıklarına verildiğinden, hekimlerin diğer kişilerden çok daha titiz davranmaları zorunlu olmaktadır. Ancak her tıbbi müdahale bir risk taşıdığından, hekimin her türlü kusurundan sorumlu tutulması, onları mesleklerini yapmada çekingenliğe itebileceği gibi, diğer mesleklere göre hekim açısından haksızlıklara da neden olabilecektir. Bu gerekçelerle hekimlerin kusurlarının değerlendirilmesi konusunda çok farklı görüşler ileri sürülmektedir (Özdilek, 2006; Sütlaş, 2005).

Ulaşılabilir sağlık hizmetini alma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve sağlıklı kalma hakkı ile karıştırılmaktadır. Medyanın, hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya teşvik ettiği bildirilmektedir (Erel ve Demirağ, 2009:60-63; Marbella Bildirgesi, 1992.)

Hekimin her kusurundan sorumluluğu olduğu kabul edildiğinde, doktorluk mesleği layıkıyla yapılamaz hale gelebilir. Hakim, bir hareketin kusur olup olmadığını takdir ederken tıp bilimin kesin sınırları olmadığını, kanıta dayalı tıp temelinde yapılan girişimlerin halen % 15 gibi çok sınırlı düzeyde olduğunu ve hekimin her şeye rağmen yanılabilceğini unutmamalıdır. Bu durum, hekimin olumsuz sonuçtan sorumlu olmamak için defansif tıp (çekinik tıp



veya savunma tıbbı) yani tıbbın gerektirdiği gibi yapmaktan ziyade, şikâyete sebep olmayacağını düşündükleri şekilde yapması ile sonuçlanabilecektir. Hekimlerin dava açılmasından kaçınmak için gereksiz tanı ve tedavi yöntemleri uygulayabilecekleri gibi riskli hastalardan da kaçınabilecekleridir. Bu ise sağlık hizmetini olumsuz etkileyebilecektir (Erman, 2003).

Hukuka aykırı kusurlu bir fiille başkasına zarar veren kimse bu borcu tazmine mecburdur. Böylece haksız fiilden sorumluluk tazminat borcunun kaynağını oluşturmaktadır. (Özdilek, 2006; Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 49-65). Tıbbi kusur; genel kabul görmüş, tıbbi uygulama standartları çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip hekimin göstermesi gereken davranış şeklinin gösterilmemesidir. Hekimin, ortalama performansın (aynı koşullarda, aynı uzmanlık alanındaki ortalama bir hekimin göstereceği performans) altına indiği ve bu nedenle hasta zarar gördüğü zaman, kusurlu olduğu kabul edilmektedir. Hekimler hakkında yapılan tüm şikayetlerin ancak %20'sinin haklı olarak yapıldığı ve tıbbi hataların büyük çoğunluğunun sağlık sistemlerindeki bozukluklardan kaynaklandığı bildirilmektedir.(Çetin ve Güven, 2006:33-36,85). Bu nedenle kusurlu bir davranışın olup olmadığı değerlendirilirken, "değişen şartlar altında kusurluluk" durumu yani sağlık personelinin içinde bulunduğu kendine has özellikleri de (örneğin fazla hasta yükü) ve "genel işleyişten kaynaklanan kusurlar" durumu yani kurumun ve sistemin kusuru da dikkate alınmalıdır. Müsterek ve müte-selsilen sorumluluğu olan kişi ve kurumlar için "kusursuz sorumluluk" söz konusu olabilmektedir. (Çetin ve Güven, 2006:33-36,85)

Hekimin malpraktis sebebiyle hukuki sorumluluğu esas olarak sözleşmeye aykırılığa dayandırılmaktadır. Fakat sözleşmeye aykırılık yanında hekimin yaptığı yanlış uygulama bir haksız fiile de sebebiyet verebilir. Zarara uğrayan hasta hekimden haksız fiile veya sözleşmeye aykırılığa dayanarak maddi ve manevi tazminat talep edebilir. Haksız fiil sorumluluğunda kusur, objektif olarak değerlendirilir. Müdahale eden hekim, normal çalışan bir hekimin yapmaması gereken işleri yapmasından dolayı sorumlu olur. Sorumluluğun sözleşmeye dayanması halinde ise kusur sübjektif olarak değerlendirilir. Burada ise, hekimin şahsi kabiliyetine göre kendisinden beklenen dikkat ve özeni sarf etmemesi nedeniyle kusurlu sayılır. (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Özdilek A.O.,2006).

Haksız fiile dayanılarak hekim aleyhine açılan davada kusurun ispatı kural olarak sorumluluğu iddia eden hastaya düşerken, sorumluluğun sözleşmeye dayanması durumunda, hekim iddia olunan zararın ortaya çıkmasında kendisinin kusuru olmadığını ispat

etmek zorundadır. Tazminat istemi, zarar görenin zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak iki yılın ve her hâlde fiilin işlendiği tarihten başlayarak on yılın geçmesiyle zamanaşımına uğrar. Ancak, tazminat ceza kanunlarının daha uzun bir zamanaşımı öngördüğü (Türk Ceza Kanunu, 2004: madde 21, 22, 81-92, 250, 252, 257, 280; Özdilek A.O., 2006) cezayı gerektiren bir fiilden doğmuşsa, bu zamanaşımı uygulanır.

Haksız fiil dolayısıyla zarar gören bakımından bir borç doğmuşsa zarar gören, haksız fiilden doğan tazminat istemi zamanaşımına uğramış olsa bile, her zaman bu borcu ifadan kaçınabilir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 72) Hekim çoğunlukla maddi tazminat ödemeye mahkûm edilir. Tazminatın miktarı hesaplanırken, meydana gelen zararın hastanın malvarlığı üzerindeki etkisi dikkate alınır. (Kıray, 2007)

Hekimin mesleki sorumluluğu, yükümlülüklerini yerine getirmesi bakımından kendisine yardımcı olan diğer sağlık personelinin hizmetlerini de kapsar.

Henüz tıbbın her uzmanlık dalı için belirlenmiş standart tanı-tedavi protokolleri bulunmamaktadır. Standart tıbbi uygulama ile ilgili netlik olmaması, bilirkişilikten yararlanılmasını zorunlu kılmaktadır. Standart tanı ve tedavi protokolleri belirlendiği takdirde, hekimlerin karar vermesi kolaylaşacağı gibi, bilirkişilik müesseselerine de büyük kolaylıklar sağlayacaktır. (Akpinar vd., 2010). Bakanlığın bünyesinde, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere Yüksek Sağlık Şûrası yetkilidir (Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname [KHK/663], 2011: madde 21-1).

AH, olası ve gerçek risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve yönlendirilmesi amacıyla özetlenebilecek, sağlık sisteminde klinik risk yönetimini sistematik olarak uygulayabilmelidir. (Kara ve Çelik, 2010: 161-170). Bu sayede hastanın zarar görmesi ve malpraktis talepleri önlenir. Eğer olursa malpraktis talebindeki kayıplar azaltılabilir. Risk yönetimi, şefkat, iletişim, ustalık, kayıt (dürüst, objektif ve açık) ve plan yapma becerilerini kapsar. En sık şikayet konuları şunlardır (Kara ve Çelik, 2010: 161-170; Roberts, 2003: 29-34):

- Tanıda yetersizlik veya gecikme
- İhmal edilmiş kırık veya travma bakımı
- Konsültasyon istemede gecikme
- İlaç tedavisinde ihmal (Hasta iatrojenik reaksiyonlar açısından takip edilmeli ve eğitilmelidir. Bu konuda Warfarin (terapötik

aralığı dar olduğu için) kullanımı ile ilgili, INR düzeylerinin düzenli takibi önerilmektedir (Caffee ve Teichman, 2002: 35-7).

- Prosedürleri ihmal etmek
- Bilgilendirilmiş onam almama

Ayrılaşmamış, nonspesifik bulgular nedeniyle birinci basamakta erken tanı daha zordur. Tutarlı, sistematik yaklaşım, düzgün kayıt, hasta ile iletişimin devam ettirilmesi ve önemli semptomlar için eğitilmesi, uygun hekimle konsültasyon kolaylık sağlayacaktır. (Roberts, 2003: 29-34). En sık dava konusu olabilecek durumların, miyokard infarktüs, meme kanseri, apandisit, akciğer kanseri ve kolon kanseri olduğu bildirilmektedir (Davenport, 2000:33-36).

Bu nedenle bu hastalıkların her hastada akılda tutulmasında yarar vardır.

Riski düşüren tekniklerin kolay hatırlanması için SOOOAAP (Subjektive, Objektive, Opinion, Options, Advise, Agreed plan) kodlaması geliştirilmiştir. Türkçeye kısaca Subjektif bulgular, Objektif bulgular, Değerlendirme, Seçenekler, Öneri ve Hasta hekim işbirliği ile üzerinde hemfikir olunmuş bir plan yapmak (Teichman, 2000:29-33). şekilde çevrilebilir.

Tıp etiğinin en başta gelen ilkesinin "önce hastaya zarar vermemek" olduğu unutulmamalıdır. Hastalarla iyi ilişkiler geliştirmek, sağlık ekibi ile uyumlu çalışmak, klinik yeterliliği sürdürmek, düzenli ve yeterli kayıt tutmak şikayet edilme riskini azaltacaktır. (Kara ve Çelik, 2010: 161-170; Teichman ve Bunch, 2001).

## Kaynaklar

- Akpınar R, Yılmaz H, Erbağ M.S, Avcı E, Şengör C, ve ark. (2010). İnceleme ve Soruşturma Rehberi, Ankara: T.C.S.B. Teftiş Kurulu Başkanlığı.
- Altıparmak C.(2010)."Malpraktis ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu", [Elektronik Sürüm]. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, Mart-Nisan 2010:20-22.
- Caffee, A.E., Teichman, P.G. (2002). "Improving anticoagulation management at the point of care". *Fam Pract Manag.* Feb;9(2):35-7.
- Çetin G, Güven T. Ed..(2006). " Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezaî Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi", Çetin G, Yorulmaz C. (Ed.). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48 (s. 33-36, 85), İstanbul: Yelken Matbaası
- Davenport, J. (2000). "Documenting High-Risk Cases to Avoid Malpractice Liability". *Fam Pract Manag.* Oct;7(9):33-36.
- Dünya Tabipler Birliğinin 44. Genel Kurulu. (1992). *Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Konulu Marbella Bildirgesi*, İspanya: Dünya Tabipler Birliği.

- Erel Ö., Demirağ S.A.(2009). "Hekimlik ve yasalar-1: hekimin yetki ve sorumlulukları". *Aile Hekimliği Dergisi*, 3(3):60-63.
- Erman B. (2003). *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Ertem G, Oksel E , Akbıyık A. (2009). "Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme". *Dirim Tıp Gazetesi* 84(1):1-10.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *Resmi Gazete*, 23420, 1Ağustos 1998.
- Kara İ.H., Çelik M. (2010). "Risk Yönetimi ve Malpraktis". Bozdemir N. Kara İ.H. (Ed.). *Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi*, (s:161-170). Adana:Nobel Kitabevi
- Kıray L.(2007). Sağlık Hukuku Kapsamında Sorumluluk Hukuku ve Hekimlerin Sorumluluğu. Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı. [Erişim:21 Eylül 2011, <http://www.ailehekimligi.com.tr>]
- Koç S, Yorulmaz C. (1999). *Hekimin Yasal Sorumlulukları, "Adli Tıp I", Sosyal Z, Çakalır C.* (Ed). (45-60). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Kök A.N. (2010). "Tıbbi Uygulamalarda İzin Verilen Risk, Komplikasyon ve Malpraktis", Bilirkişilik Kursu, 17-18 Nisan 2010, Ankara.
- Özdilek A.O.(2006). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu. Türk Hukuk Sitesi. [Erişim: 21 Eylül 2011, <http://www.turkhukuksitesi.com>]
- Richard G. Roberts, (2003). "Seven Reasons Family Doctors Get Sued and How to Reduce Your Risk". *Fam Pract Manag.* Mar;10(3):29-34.
- Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.(2011), *T.C. Resmi Gazete*, 28103, 2 Kasım 2011
- Sütlaş, M. (2005). Tıbbi Yanlış Uygulama ve Mesleki Mesuliyet Sigortası Üzerine Bazı Saptamalar. [Erişim:21 Eylül 2011, <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm>].
- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928). *Resmi Gazete*, 863, 14 Nisan 1928.
- Teichman, PG. (2000). " Documentation tips for reducing malpractice risk". *Fam Pract Manag.* 7(3):29-33.
- Teichman, PG., Bunch, N.E. (2001). "Depositions: defending your care". *Fam Pract Manag.* 8:34-6.
- Türk Borçlar Kanunu. (2011). *T.C. Resmi Gazete*, 27836, 4 Şubat 2011.
- Türk Ceza Kanunu.(2004). *Resmi Gazete*, 25611, 12 Ekim 2004. Md. 21, 22, 81, 82, 84,85,87,88,89,90,91,92,250, 252, 257,280.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (1960). *Resmi Gazete*, 10436, 19 Şubat 1960.
- Türk Tabipler Birliği.(1999). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1 Şubat 1999.
- Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği. (2004). *Resmi Gazete*, 25446, 28 Nisan 2004.

## **AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'Nİ KİRALAYANIN VE KİRACININ HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ**

**Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ**

Kira sözleşmesi, kiralayanın belirli ve belirli olmayan bir süre için yapının kullanılmasını veya kullanmayla birlikte ondan yararlanılmasını kiracıya bırakmayı, kiracının da buna karşılık kararlaştırılan kira bedelini ödemeyi üstlendiği durumdur. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 299, 300).

Kiralama ile ilgili olarak, Medeni Kanunu (Türk Medeni Kanunu, 2001; Türk Medeni Kanununun Yürürlüğü ve Uygulama Şekli Hakkında Kanun, 2001), Borçlar Kanunu (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 299-378), 634 sayılı kat mülkiyeti kanunu (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965) ve Yargıtay kanunları uygulanır. (Saday O. 2011) Borçlar kanununda son yapılan değişiklikle gayrimenkul kiralaları hakkında kanun yürürlükten kaldırılarak, kiralayanın ve kiracının hukuki yükümlülükleri borçlar kanunu içine dahil edilmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 2011/43 tarih ve sayılı, kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi konulu genelgesi uygulanmaktadır. (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011/43).

Türk Borçlar Kanununun 4.bölümünde yer alan kira sözleşmesi bölümü üç ayırmadan oluşmaktadır. Birinci ayırım (Madde 299-338) "Genel Hükümler" başlığını altındadır ve her türlü kira sözleşmesine uygulanabilir niteliktedir. İkinci ayırmada (Madde 339-356) konut ve çatılı işyeri kiralaları düzenlenmiştir. Üçüncü ayırmada (Madde 357-378) ise ürün kirası düzenlenmiştir. Bir konu hakkında özel düzenleme varsa ikinci ve üçüncü bölümlerdeki bu hükümler dikkate alınacaktır.

## **ASM'nin kiralanması ile ilgili önemli maddeler aşağıdaki gibi özetlenebilir:**

Kiracı, konut ve çatılı işyeri kiralarında, aksine sözleşme ve yerel âdet olmadıkça, kira bedelini ve gerekiyorsa yan giderleri (ısıtma, aydınlatma ve su gibi), her ayın sonunda ve en geç kira süresinin bitiminde (ispat edici belgeler ile) ödemekle yükümlüdür. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 313, 314).

Kiralananla ilgili zorunlu sigorta, vergi ve benzeri yükümlülüklerle, aksi kararlaştırılmamış veya kanunda öngörülmemiş ise, kiraya veren katlanır. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 302). Kiraya veren, kiralananı kararlaştırılan tarihte, sözleşmede amaçlanan kullanıma elverişli bir durumda teslim etmek ve sözleşme süresince bu durumda bulundurmakla yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 301). Bunlar önemli/önemli olmayan ayıp ve teslim anındaki ayıp/sonradan ortaya çıkan ayıp ayrımlarıdır.

Kiralananın önemli ayıplarla (Örneğin kiralanan yerin kanalizasyon sisteminin bozuk olması) teslimi hâlinde kiracı, seçimlik hakkını kullanarak *Borçlunun temerrüdüne veya kiraya verenin kiralananın sonradan ayıplı duruma gelmesinden doğan sorumluluğuna ilişkin hükümlere* başvurma hakkını kullanma imkanına sahiptir.

Kiralananın önemli olmayan ayıplarla tesliminde ise kiracı, kiralananda sonradan ortaya çıkan ayıplardan dolayı kiraya verenin sorumluluğuna ilişkin hükümlere başvurabilir. Kiralanan sonradan ayıplı duruma gelirse kiracı, kiraya verenden *ayıpların giderilmesini veya kira bedelinden ayıpla orantılı bir indirim yapılmasını* ya da *zararının giderilmesini* isteyebilir. Kiracı, kiraya verenden kiralananadaki ayıbın uygun bir sürede giderilmesini isteyebilir; bu sürede ayıp giderilmezse kiracı, ayıbı kiraya veren hesabına gidertebilir ve bundan doğan alacağını *kira bedelinden indirebilir. Kiralananın ayıpsız bir benzeri ile değiştirilmesini isteyebilir.* Ayıbın, kiralananın öngörülen kullanıma elverişliliğini ortadan kaldırması ya da önemli ölçüde engellemesi ve verilen sürede giderilmemesi hâlinde kiracı, *sözleşmeyi feshedebilir.*

Kiraya veren, kiralananadaki ayıbı gidermek yerine, uygun bir süre içinde ayıpsız benzeriyle değiştirebilir. Kiracı, kendisinin gidermekle yükümlü olmadığı ayıpları kiraya verene gecikmeksizin bildirmekle yükümlüdür; aksi takdirde bundan doğan zarardan sorumludur. Kiracı, kiralananın ayıplarının giderilmesine yönelik çalışmalara katlanmakla yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 304).

Kiracı, bakım, satış ya da sonraki kiralama için zorunlu olduğu ölçüde, kiraya verenin ve onun belirlediği üçüncü kişinin kiralananı

gezip görmesine izin vermekle yükümlüdür. Kiracı, kiraya verenin yazılı rızasıyla kiralanda yenilik ve değişiklikler yapabilir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 319-320).

Bir üçüncü kişinin kiralanda kiracının hakkıyla bağdaşmayan bir hak ileri sürmesi durumunda kiraya veren, kiracının bildirim üzerine davayı üstlenmek ve kiracının uğradığı her türlü zararı gidermekle yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 309).

Sözleşmenin kurulmasından sonra kiralanan herhangi bir sebeple el değiştirirse, yeni malik kira sözleşmesinin tarafı olur. Sözleşmenin kurulmasından sonra üçüncü bir kişi, kiralanan üzerinde kiracının hakkını etkileyen bir aynı hak sahibi olursa, kiralananın el değiştirmesiyle ilgili hükümler kıyas yoluyla uygulanır (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 310). Taşınmaz kiralalarında, sözleşmeyle kiracının kiracılık hakkının tapu siciline şerhi kararlaştırılabilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 312). Kiracılık hakkının tapu siciline şerh edilmesi sayesinde, kiralananın sahibinin gayrimenkulü bir başkasına satması söz konusu olduğunda, kiracıya güvence sağlar.

Kiracı, kiralananın olağan kullanımı için gerekli temizlik ve bakım giderlerini ödemekle yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 317).

Kiracı, kiraya verenin yazılı rızasını almadıkça, kira ilişkisini başkasına devredemez ancak kiraya veren, işyeri kiralalarında haklı sebep olmadıkça bu rızayı vermekten kaçınmaz. Kiraya verenin yazılı rızasıyla kira ilişkisi kendisine devredilen kişi, kira sözleşmesinde kiracının yerine geçer ve devreden kiracı, kiraya verene karşı borçlarından kurtulur. İşyeri kiralalarında devreden kiracı, kira sözleşmesinin bitimine kadar ve en fazla iki yıl süreyle devralanla birlikte sorumlu olur. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 323).

Kullanıma elverişli bulundurulduğu sürece kiralanan, kiracının kendisinden kaynaklanan bir sebeple kullanılsa bile kiracı, kira bedelini ödemekle yükümlüdür. Kiracı, sözleşme süresine veya fesih dönemine uymaksızın kiralananı geri verdiği takdirde, kira sözleşmesinden doğan borçları, kiralananın benzer koşullarla kiraya verilebileceği makul bir süre için devam eder. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 324, 325).

Kiracının, sözleşmenin sona ermesi hâlinde, sözleşmeye aykırı kullanmadan doğacak zararları giderme dışında, başkaca bir tazminat ödeyeceğini önceden taahhüt etmesine ilişkin anlaşmalar geçersizdir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 334).

Kiraya veren, geri verme sırasında kiralananın durumunu gözden geçirmek ve kiracının sorumlu olduğu eksiklikleri ve ayıpları ona hemen yazılı olarak bildirmek zorundadır (Türk Borçlar Kanunu,

2011: madde 335). Taşınmaz kiralalarında kiraya veren, işlemiş bir yıllık ve işlemekte olan altı aylık kira bedelinin güvencesi olmak üzere, kiralanda bulunan ve kiralananın döşenmesine veya kullanılmasına yarayan taşınırlar üzerinde hapis hakkına sahiptir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 336). Kiracı, taşınmak veya kiralanda bulunan taşınırları başka bir yere taşımak istediği takdirde, kiraya veren, alacağını güvence altına almasını sağlayacak miktardaki taşınırı, sulh hâkiminin veya icra müdürünün kararıyla alıkoyabilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 338).

Kiracı, kiralananı, sözleşmeye uygun olarak özenle kullanmak ve kiralananın bulunduğu taşınmazda oturan kişiler ile komşulara gerekli saygıyı göstermekle yükümlüdür. Kiracının bu yükümlülüğüne aykırı davranması durumunda kiraya veren, yazılı bir bildirimle sözleşmeyi feshedebilir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 316)

Açık veya örtülü biçimde bir süre belirlenmişse, kira sözleşmesi bu sürenin sonunda kendiliğinden sona erer. Taraflar, kira ilişkisini sürdürürlerse, kira sözleşmesi belirsiz süreli sözleşmeye dönüşür. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 327). Taraflardan her biri, bir taşınmaza veya taşınır bir yapıya ilişkin kira sözleşmesini yerel âdetle belirlenen kira döneminin sonu için veya böyle bir âdetin bulunmaması durumunda, altı aylık kira döneminin sonu için, üç aylık fesih bildirim süresine uyarak feshedebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 329). Taraflardan her biri, bir taşınıra ilişkin kira sözleşmesini üç gün önceden yapılacak fesih bildirim süresine uyarak her zaman feshedebilir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 330).

Taraflardan her biri, kira ilişkisinin devamını kendisi için çekilmez hâle getiren önemli sebeplerin varlığı durumunda, sözleşmeyi yasal fesih bildirim süresine uyarak her zaman feshedebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 331).

Kiracı, kiralananın tesliminden sonra iflas ederse kiraya veren, işleyecek kira bedelleri için güvence verilmesini isteyebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 332).

Kiracı kiralananı ne durumda teslim almışsa, kira sözleşmesinin bitiminde o durumda geri vermekle yükümlüdür. Ancak, kiracı sözleşmeye uygun kullanma dolayısıyla kiralanda meydana gelen eskimelerden ve bozulmalardan sorumlu değildir. Kiracı, küçük onarımları yapmak, bozulan düşük değerli araç ve gereçlerin yerine yenilerini koymak zorundadır. Kiraya veren, esaslı onarımları, gideri kendisine ait olmak üzere yapmakla yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 334).

Konut ve çatılı işyeri kiralalarında kiracı, belirli süreli sözleşmelerin süresinin bitiminden en az onbeş gün önce bildirimde bulunmadık-



ça, sözleşme aynı koşullarla bir yıl için uzatılmış sayılır. Kiraya veren, sözleşme süresinin bitimine dayanarak sözleşmeyi sona erdiremez. Ancak, on yıllık uzama süresi sonunda kiraya veren, bu süreyi izleyen her uzama yılının bitiminden en az üç ay önce bildirimde bulunmak koşuluyla, herhangi bir sebep göstermeksizin sözleşmeye son verebilir. Belirsiz süreli kira sözleşmelerinde, kiracı her zaman, kiraya veren ise kiranın başlangıcından on yıl geçtikten sonra, genel hükümlere göre fesih bildiriyle sözleşmeyi sona erdirebilirler. Konut ve çatılı işyeri kiralarda fesih bildiriminin geçerliliği, yazılı şekilde yapılmasına bağlıdır (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 347).

Genel hükümlere göre fesih hakkının kullanılacağı durumlarda, kiraya veren veya kiracı sözleşmeyi sona erdirebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 347).

### ***Kiraya veren, kira sözleşmesini;***

1. Kiralananı kendisi, eşi, altsoyu, üstsoyu veya kanun gereği bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler için konut ya da işyeri gereksinimi sebebiyle kullanma zorunluluğu varsa,
2. Kiralananın yeniden inşası veya imarı amacıyla esaslı onarımı için belirli süreli sözleşmelerde sürenin sonunda, belirsiz süreli sözleşmelerde kiraya ilişkin fesih bildiri için öngörülen sürelerle uyularak belirlenecek tarihten başlayarak bir ay içinde açacağı dava ile sona erdirebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 350).

Yeni malikin gereksinimi: Kiralananı sonradan edinen kişi, onu kendisi, eşi, altsoyu, üstsoyu veya kanun gereği bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler için konut veya işyeri gereksinimi sebebiyle kullanma zorunluluğu varsa, edinme tarihinden başlayarak bir ay içinde durumu kiracıya yazılı olarak bildirmek koşuluyla, kira sözleşmesini altı ay sonra açacağı bir davayla sona erdirebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 351).

Kiracı, kiralananın teslim edilmesinden sonra, kiraya verene karşı, kiralananı belli bir tarihte boşaltmayı yazılı olarak üstlendiği hâlde boşaltmıyorsa kiraya veren, kira sözleşmesini bu tarihten başlayarak bir ay içinde icraya başvurmak veya dava açmak suretiyle sona erdirebilir. Kiracı, bir yıldan kısa süreli kira sözleşmelerinde kira süresi içinde; bir yıl ve daha uzun süreli kira sözleşmelerinde ise bir kira yılı veya bir kira yılını aşan süre içinde kira bedelini ödemediği için kendisine yazılı olarak iki haklı ihtarda bulunulmasına sebep olmuşsa kiraya veren, kira süresinin ve bir yıldan uzun süreli kiralarda ihtarların yapıldığı kira yılının bitiminden başlayarak bir ay içinde, dava yoluyla kira sözleşmesini sona erdirebilir. Kiracının veya birlik-

te yaşadığı eşinin aynı ilçe veya belde belediye sınırları içinde oturmaya elverişli bir konutu bulunması durumunda kiraya veren, kira sözleşmesinin kurulması sırasında bunu bilmiyorsa, sözleşmenin bitiminden başlayarak bir ay içinde sözleşmeyi dava yoluyla sona erdirebilir (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 352).

Konut ve çatılı işyeri kiralalarına ilişkin hükümler, bunlarla birlikte kullanımı kiracıya bırakılan eşya hakkında da uygulanır. Kamu kurum ve kuruluşlarının, hangi usul ve esaslar içinde olursa olsun yaptıkları bütün kira sözleşmelerine de bu hükümler uygulanır (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 339).

Konut ve çatılı işyeri kiralalarında sözleşmeyle kiracıya güvence verme borcu getirilmişse, bu güvence üç aylık kira bedelini aşamaz. Güvence bir bankaya yatırılır. Banka, güvenceleri ancak iki tarafın rızasıyla veya icra takibinin kesinleşmesiyle ya da kesinleşmiş mahkeme kararına dayanarak geri verebilir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 342).

Tarafların yenilenen kira dönemlerinde uygulanacak kira bedeline ilişkin anlaşmaları, bir önceki kira yılında üretici fiyat endeksindeki artış oranını geçmemek koşuluyla geçerlidir. Beş yıldan uzun süreli veya beş yıldan sonra yenilenen kira sözleşmelerinde ve bundan sonraki her beş yılın sonunda, yeni kira yılında uygulanacak kira bedeli, hâkim tarafından üretici fiyat endeksindeki artış oranı, kiralananın durumu ve emsal kira bedelleri göz önünde tutularak hakkaniyete uygun biçimde belirlenir. (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 344). Kira bedelinin belirlenmesine ilişkin dava her zaman açılabilir. Ancak bu dava, yeni dönemin başlangıcından en geç otuz gün önceki bir tarihte açıldığı ya da kiraya veren tarafından bu süre içinde kira bedelinin artırılacağına ilişkin olarak kiracıya yazılı bildirimde bulunmuş olması koşuluyla, izleyen yeni kira dönemi sonuna kadar açıldığı takdirde, mahkemece belirlenecek kira bedeli, bu yeni kira döneminin başlangıcından itibaren kiracıyı bağlar (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 345).

Dava yoluyla kira sözleşmesinin sona erdirilmesine ilişkin hükümler, kiracı aleyhine değiştirilemez (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 354).

Kiraya veren, birlikte kiralanan taşınır şeyler varsa bunlar da içinde olmak üzere, kiralananı, sözleşmenin amacına uygun biçimde kullanılmaya ve işletilmeye elverişli bir durumda kiracıya teslim etmek ve sözleşme süresince bu durumda bulundurmakla yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 360).

Kiracı, kiraya verenin izni olmaksızın, kiralananın işletme usulünü, kira süresinin bitiminden sonra etkisi görülebilecek biçimde değiştiremez (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 364).

Kira süresinin bitiminde kiracı, kiralananı, tutanağa geçirilmiş olan bütün eşyalarla birlikte ve buldukları durumda geri vermekle yükümlüdür (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 372).

Kira bedelleri alacaklar için beş yıllık zamanaşımı uygulanır (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 147).

Kira bedellerinin tahsili ile ilgili olarak Medeni Kanuna göre de kiraya verilmiş taşınmaz üzerindeki rehnin kapsamına, borçluya karşı rehnin paraya çevrilmesi yoluyla takibe başlanmasından veya borçlunun iflâsının ilânından başlayarak rehnin paraya çevrilmesi anına kadar işleyen kira bedelleri de girer (Türk Medeni Kanunu, 2001: madde 863).

Rehin hakkı, kiracılara karşı ancak cebri icra yoluyla takibin kendilerine bildirilmesi veya iflâs kararının ilânından sonra ileri sürülebilir (Türk Medeni Kanunu, 2001: madde 863). Bağımsız bölümlerin başkasına devri, kayıtlanması veya kiralınması halinde, eklentiler ve ortak yerler de kendiliğinden devredilmiş kayıtlanmış veya kiralınmış olur. Ancak bağımsız bölüm üzerinde kat mülkiyetiyle ve diğer kat maliklerinin haklarıyla bağdaşması mümkün olmayan irtifaklar kurulamaz (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965: madde 6).

Kat malikleri, gerek bağımsız bölümlerini, gerek eklentileri ve ortak yerleri kullanırken doğruluk kaidelerine uymak, özellikle birbirini rahatsız etmemek, birbirinin haklarını çiğnememek ve yönetim planı hükümlerine uymakla, karşılıklı olarak yükümlüdürler. Bu kanunda kat maliklerinin borçlarına dair olan hükümler, bağımsız bölümlerdeki kiracılara da uygulanır; bu borçları yerine getirmeyenler kat malikleriyle birlikte, müteselsil olarak sorumlu olur (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965: madde 18).

Ana gayrimenkulün genel giderlerine katılma hususunda kat malikinin, payına düşecek gider ve avans borcundan ve gecikme tazminatından, bağımsız bölümlerin birinde kira akdine, faydalananlar da birlikte sorumludur. Ancak, kiracının sorumluluğu ödemekle yükümlü olduğu kira, miktarı ile sınırlı olup, yaptığı ödeme kira borcundan düşülür (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965: madde 22).

Ana gayrimenkulün, kütükte mesken, iş veya ticaret yeri olarak gösterilen bağımsız bir bölümünde hastane, dispanser, klinik, poliklinik, ecza laboratuvarı gibi müesseseler kurulamaz; kat maliklerinin buna aykırı sözleşmeleri hükümsüzdür; dispanser, klinik, poliklinik niteliğinde olmayan muayenehaneler bu hükmün dışındadır (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965: madde 24).

Kat malikleri kurulunca verilen karara razı olmayan veya kat maliklerinden birinin yahut onun katından kira akdine dayanarak devamlı surette faydalanan kimsenin, borç ve yükümlerini yerine getirmemesi yüzünden zarar gören kat maliki veya kat malikleri

anagayrimenkulün bulunduğu yerin sulh mahkemesine başvurarak, hakimın müdahalesini isteyebilir (Kat Mülkiyeti Kanunu, 1965: madde 25).

Aile sağlığı merkezleri (ASM)'nin oluşturulduğu söz konusu binalarda kira bedellerinin tespiti ve kiralama usul ve esasları ile ilgili olarak Strateji Geliştirme Başkanlığının "Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi" genelgesi çerçevesinde işlem tesis edilmesi ve bu binalardaki bakım/onarım giderlerinin ise kiracı kiralayan ilişkileri ve kira sözleşmesindeki hükümlere göre belirlenmesi öngörülmektedir (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011). Bu Genelgeye göre, mülkiyeti Hazineye ait / Hazine ile hisseli / üst yapı Hazineye ait ya da zemini Hazineye ait olup, Sağlık Bakanlığı'na tahsisli olan yerler ile Sağlık Bakanlığı'nca kiralanmış ve kira bedelleri merkezi yönetim bütçesinden karşılanan hastane ve birinci basamak sağlık kurumlarındaki ticari amaçla kullanılması mümkün olan bölümlerinin (söz konusu taşınmazların Aile Hekim (AH)'lerine kiralanması dahil olmak üzere) Sağlık Bakanlığı tarafından Döner Sermaye İşletmeleri eliyle işlettilmesine ilişkin esas ve usullerin belirlenmesi amacıyla Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 15/06/2011 tarihinde protokol imzalanmıştır (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011).

### ***Kiralama İhaleleri ve Kira Süresi***

Devlet İhale Kanunu'nun; "Tarihi ve bedii değeri olanlar hariç Hazinesinin özel mülkiyetindeki yerlerin satışı, kiraya verilmesi, tram-pası ve mülkiyetin gayri ayni hak tesisi ile Devletin hüküm ve tasarrufu altındaki yerlerin kiraya verilmesi, mülkiyetin gayri ayni hak tesisi esasları Maliye Bakanlığı'nca çıkarılacak yönetmelikte belirlenir." (Devlet İhale Kanunu, 1983: madde:74) şeklinde yer alan hükme istinaden Maliye Bakanlığı'nca Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik ve ekleri 01/07/2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir. (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011). Buna göre, kiralamaların süresi 3 yıldan fazla olmayacaktır ve kiralama işlemlerinin Millî Emlak Müdürlükleri veya Mal Müdürlükleri ile istişare edilerek yapılması öngörülmektedir (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011).

***5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Uyarınca Aile Hekimlerine Yapılacak Kiralamalar (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011).***

Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan ASM olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan AH'ne kiraya verilebilir. Aile Hekimliği Kanunu, 2004: madde 4)Bu kapsamda kiraya verilmesi ve bu kiralamadan elde edilecek gelirler ile ilgili olarak;

1. AH'lerine yapılacak kiralama işlemlerinde, Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.
2. Kiralamalar pazarlık usulü ile ihale edilir. (Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik, 2007:madde 67-3.f)
3. Kira sürelerinin AH'nin sözleşme süresi ile sınırlı olduğu hususunda kira sözleşmelerine madde eklenir.

Daha önce birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılırken aile hekimliği uygulamasına geçilmesi nedeniyle atıl durumda kalan tıbbi cihaz, büro araç ve gereçleri ile diğer dayanıklı taşınırların (Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 1961, madde 3- 1.f.-I bendi) AH'lerine kiraya verilmesi ve bu kiralamalardan elde edilecek gelirler ile ilgili olarak;

- a. a) Taşınırların kiralama işlemlerinde Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği hükümlerine göre hareket edilecektir.
- b. b) Taşınırlar pazarlık usulü ile ihale edilecektir (Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 1961, madde 44- D bendi).
- c. c) Taşınırların kira bedelinin tespiti, taşınırların rayiç bedeli ve yıllık amortisman tutarları dikkate alınarak oluşturulacak komisyon marifetiyle belirlenecektir (Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge, 2011).

Elde edilecek gelirler; Kurumlar Vergisinden muaf, Katma Değer Vergisinden ise istisna edilmiştir (Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2011: madde 6,7; Gelir Vergisi Kanunu [G.V.K.], 1961: madde 70).

Sözleşmeli AH'lerinin kira sözleşmelerinin süreleri buldukları pozisyondaki hizmet süreleri kadar kabul edilmekte ve kira işlemleri de buna göre düzenlenmektedir. Yani herhangi bir nedenle AH'nin aile hekimliği sözleşmesini fesh etmesi veya idarece fesh olması halinde, kira sözleşmesi de fesh olmakta, tazminat talebi olmamaktadır (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [TSH GM], 2011/3426).

Bu binalardaki bakım/onarım giderlerinin ise kiracı, kiralayan ilişkileri ve kira sözleşmesindeki hükümlere göre belirlenmektedir (TSH Genel Müdürlüğü, 2011/9050; 2011/26317).

## Kaynaklar

- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). *T.C. Resmi Gazete*, 25665, 9 Aralık 2004.
- Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2011). *T.C. Resmi Gazete*, 27916, 6 Nisan 2011.
- Devlet İhale Kanunu. (1983). *Resmi Gazete*, 18161, 10 Eylül 1983.
- Gelir Vergisi Kanunu. (1961). *T.C. Resmi Gazete*, 10700, 6 Ocak 1961.
- Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik. (2007). *T.C. Resmi Gazete*, 26557, 19 Haziran 2007.
- Kat Mülkiyeti Kanunu. (1965). *Resmi Gazete*, 12038, 2 Temmuz 1965.
- Kurumlarımızda Yer Alan Ticari Alanların Kiraya Verilmesi. Genelge. (2011). T.C.
- Saday O. (2011). 6570 Sayılı Kanuna Göre Kira Hukuku Ve Tahliye. Türk Hukuk Sitesi. [Erişim: 20 Ekim 2011, <http://www.turkhukuksitesi.com>
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun. (1961). *T.C. Resmi Gazete*, 10702, 9 Ocak 1961.
- Sağlık Bakanlığı , Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011/43, 16 Haziran 2011.
- Türk Borçlar Kanunu. (2011). Kanun no: 6098. *Resmi Gazete*, 27836, 4 Şubat 2011.
- Türk Medeni Kanunu. (2001). *Resmi Gazete*, 24607, 8 Aralık 2001.
- Türk Medeni Kanununun Yürürlüğü ve Uygulama Şekli Hakkında Kanun. (2001). *Resmi Gazete*, 24607, 8 Aralık 2001.
- Temel Sağlık Hizmetleri(TSH) Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 3426, 27 Ocak 2011.
- TSH Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 9050, 11 Mart 2011.
- TSH Genel Müdürlüğü. (2011). *Sağlık Bakanlığı*, 26317, 12 Ağustos 2011.

## AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ADLİ HEKİMLİK HİZMETLERİ

*Uzm. Dr. Murat ÇEVİK, Uzm. Dr. Nebi SÖKMEN, Doç. Dr. M. Mustafa ARSLAN*

Suçluların yapmış oldukları zarar nispetinde ceza görmeleri çok eskiden beri var olan bir gerçektir. İnsan vücudunda meydana gelen zararın niteliğini ve ağırlığını bildirmek de tıp bilimini ilgilendirmektedir. Hukuk bilimi ile olan bu ilişki, tıp biliminin bünyesinde insanların zarara uğradığı olaylarla ilgili görüş ve fikirlerini bilirkişilik sistemi çerçevesinde sunan Adli Tıp bilim dalının doğmasına neden olmuştur (Soysal ve Eke 1999).

Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda tarafsız ve eksiksiz bir adli raporun varlığı hukukun üstünlüğünü koruyacak ve doğru bir şekilde uygulanabilirliğini sağlayacaktır. Hekimler ırk, dil, din ayırımı yapmadan klinik görevlerini yerine getirdikleri gibi adli olgularla karşılaştığında da tarafsız olmak zorundadırlar. Mağdura sağlık açısından yardımcı olunurken sanığın haklarını unutmamak gerekir. Bilinçli veya bilinçsizce ya da dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu yapılacak yanlışlıklar adaletin tesisinde sıkıntılar oluşturacak, hak mahrumiyetine neden olacaktır. Sonuç olarak da tıp etiği ilkelerinden “adalet” ilkesine aykırı davranılmış olacaktır. Kişisel hak ve özgürlükler bakımından herkes hukuk karşısında eşit haklara sahiptir. Bu nedenle aynı lezyonlar için her yerde aynı rapor düzenlenmelidir. Raporun sonuç kısmında belirtilen lezyonların ağırlık derecelerine göre uygulanan cezaların değişebileceği unutulmamalıdır.

Ülkemizde adli tıp uzmanı sayısının yetersiz olması nedeniyle birçok hekim özellikle de aile hekimleri genellikle klinik adli tıp hizmetini ve bazen de adli patoloji hizmetlerini yürütmek zorunda kalmaktadır. Adli hekimlik görevini üstlenmek çoğu zaman hekimler için zorlu ve ürkütücü bir görev olmuştur. Çünkü mezuniyet

öncesi eğitim sürecinde bu konuda yeterli eğitim ve önem verilmemektedir. Bu nedenle "adli bilirkişilik" görevi tıp fakültesini bitirip göreve başlayan hekimleri zorlayan görevlerden biri haline gelmektedir. Türkiye'de bölgesel adli tıp hizmetleri standardizasyonun yeni ve halen çalışmaların devam ediyor olmasının yanında hekimlerin bu görevi yerine getirirken yeterince deneyim, bilgi ve konuyla ilgili mevzuatlara hâkim olmamaları da en önemli sorunlardan birisidir. Bu bölümde aile hekimliğinde adli tıp uygulamaları konusunda yardımcı olacak bilgilerin sunulması amaçlanmıştır.

### ***Adli Tıp Uygulamalarında Genel Kurallar***

Klinik adli vakalar iki kategoride ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi, bir suçla ilişkin olarak şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesidir. Gerektiğinde bu kişilerin vücudundan örnekler de alınır. Sonuç olara elde edilen bulgu ve belgelere göre adli rapor düzenlenir. Bu raporların düzenlenmesinde Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) "Gözlem Altına Alınma, Muayene, Keşif ve Otopsi" başlıklı bölümündeki 74 ile 81'inci maddelerinde ve bu kanuna göre çıkarılıp 01.06.2005 tarih ve 25832 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uyulmalıdır. İkincisi ise kolluk kuvvetlerince yakalanarak gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolleri ve adli raporlarının düzenlenmesidir. Bununla ilgili düzenlemeler CMK'nın 99'uncu maddesine istinaden çıkarılmış olup, 01.06.2005 tarihli ve 25832 sayılı resmî gazetede yayımlanan "Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği'nin Sağlık Kontrolü" başlıklı 9'uncu maddesinde yer almaktadır (Kardeş Hukuk Kitaplığı, 2007). Her iki durumda da tıbbi deontoloji kurallarına uymak esastır.

Adli hekimlik işlemlerinde en temel prensiplerden birisi de, adli vakaların yetkili resmi mercilerce gönderilmiş olması zorunluluğudur. Bu merciler olaydan olaya değişiklik göstermekle beraber sıklıkla hâkim, mahkeme ve cumhuriyet savcılığıdır. Bazı durumlarda kolluk kuvvetleri de adli vaka muayenesi talep edebilirler. Unutulmaması gereken konulardan birisi adli vakalarda, kişinin sağlık durumunun gerekliliklerine göre, kişinin hayatını ve sağlığını korumaya yönelik olarak cumhuriyet savcısı veya hâkim kararı aranmaksızın tıbbî muayene ve tedavi amaçlı müdahaleler yapılabileceğidir. Bu muayene ve müdahaleler sırasında, suç delillerinin kaybolmamasına özen gösterilmelidir. Ancak cinsel saldırı muayenelerinde resmi istem yazısının olması şarttır (TCK 287).



Muayene esnasında tabip ile muayene edilen kişinin yalnız kalmaları ve muayenenin hekim-hasta ilişkileri çerçevesinde gerçekleştirilmesi esastır. Ancak tabip, kişisel güvenlik endişesi ile muayenenin kolluk görevlisinin gözetiminde yapılmasını isteyebilir. Kolluk görevlisi odada bulunurken, hasta paravan arkasında muayene edilmelidir. Bu durumda, tabibin isteği belgelenilerek yerine getirilir ve bu durum raporda belirtilir. Muayenenin kolluk görevlisinin gözetiminde yapılması ve muayene edilenin talebi halinde, müdafide muayenede gecikmeye neden olmamak kaydıyla muayene sırasında hazır bulunabilir. Adli vakalarda muayene edilecek kişi bayansa mümkün ise bayan doktor tarafından muayene edilmeli, bu durum sağlanamıyorsa muayene esnasında bir bayan sağlık görevlisinin bulundurulması sağlanmalıdır (TCK 77).

Acil vakalar dışında muayene ve rapor düzenlemede adli vakalara öncelik tanınmalıdır. Çünkü hem güvenliğin sağlanması hem de lezyonların kaybolmaması için bir an önce gerekli muayenelerin yapılması gerekir. Adli vakaların muayene ve rapor tanzimi işlemlerinin CMK (Madde 332) doğrultusunda en geç 10 gün içinde sonuçlandırılarak gönderen adli makama bildirilmesi gerekmektedir. Muayene sonucunda düzenlenen raporun ilgili adli makama en kısa sürede gönderilmesi esas olmakla beraber, tanıya yönelik tetkik işlemlerin uzaması ve bu sürenin aşılması söz konusu ise, aynı süre içinde durum gerekçeleri ile birlikte ilgili adli makama bildirilmelidir. Tanı ve bulgular kesinleşmişse tedavi sürecinin bitimi beklenmeden adaletin gecikmemesi ve sanığın da hakları göz önünde bulundurularak ilgili maddeler hakkında rapor düzenlenebilir. Örneğin hayati tehlikesinin olup olmadığı, basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği, varsa kemik kırıklarının derecesi hakkında rapor düzenlenebilirken, sinir yaralanması, yüzde sabit iz, sekel durumu hakkında tedavinin tamamlanması beklenir.

Tabip tarafından yapılacak işlemler konusunda muayene edilen kişinin aydınlatılması ve onamının alınması zorunludur. İlgilinin, buna rağmen muayene yapılmasına ve vücudundan örnek alınmasına rıza göstermemesi halinde, bu durum tutanakla tespit edilerek ilgili adli makama bildirilmeli ve gerekli tedbirlerin alınması istenmelidir. Mümkünse tutanakta muayenesi istenen kişinin imzası da olmalıdır. İmza atmaktan imtina ediyorsa bu durum tutanakta belirtilmelidir.

Adli vakalarda muayeneye getirilen kişinin üzerinde beden muayenesi yapılabilmesi ya da vücudundan kan veya benzeri biyolojik örnekler (saç, tırnak, kıl veya tükürük gibi) alınırken, kişinin sağlığına açıkça ve öngörülebilir zarar verme tehlikesinin bulunmamasına dikkat edilmelidir.

Adli vakalarda, suçun aydınlatılmasına katkıda bulunabilecek delil ihtiva etmesi muhtemel elbise ve benzeri materyalin saklanması için gerekli tedbirler alınmalı veya tedbirlerin alınması hususu kolluk kuvvetlerine hatırlatılmalıdır. Elde edilen materyaller tutanak ile güvenlik görevlilerine teslim edilmelidir. Tutanaktan bir nüsha da hasta dosyasına konularak arşivlenmelidir.

Adli rapor formları eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Olayın öyküsü, kişiye ait özgeçmiş ve fizik muayene bulguları, muayene tarihi ile saati ve varsa yapılan konsültasyonlara ait veriler mutlaka raporda yer almalıdır. Raporda saptanan bulgulara, varsa travmatik lezyonlara ve yapılmışsa tetkik sonuçlarına ayrıntılı olarak yer verilmelidir. Adli değerlendirmede “yaşamsal tehlike” kararı verildi ise karara dayanak teşkil eden bulgular raporun sonuç kısmında mutlaka belirtilmelidir. Adli makamlar tarafından sorulan sorulara (darp, cebir, alkol durumu vs.) yönelik durumlar açıkça cevap niteliğinde raporda belirtilmelidir. Sorulmamış olmakla birlikte adli soruşturmanın boyutunu etkileyebilecek durumlar tespit edilirse bunlar da rapora yazılmalıdır.

Raporlar üç nüsha olarak düzenlenmeli ve bir tanesi aile hekimi tarafından arşivlenerek saklanmalıdır. Yine raporda bahsi geçen tetkik sonucu ve konsültasyon notlarının asılları da aile hekimince arşivlenmeli, diğer kurum ve kişilere ise “aslı gibidir” onaylı örnekleri verilmelidir. Düzenlenen raporlar adli rapor kayıt defterine, raporun sonuç kısmındaki değerlendirmeler yer alacak şekilde kaydedilmelidir. (Koç ve Can 2010, Güzel ve ark. 2005, Polat 1997, Koç 1999).

### ***Ihbar Yükümlülüğü***

Aile hekimlerinin adli tıp ile ilgili bilmesi gereken en önemli konulardan birisi hekimlere verilmiş olan ihbar yükümlülüğüdür. Asıl olarak kanunlarda vatandaşlara suçların ihbar edilmesi gibi bir görev verilmemiştir. Fakat hekimler, ebeler ve diğer sağlık elemanları görevlerini yerine getirirken tedavi ettikleri kişiye karşı işlenmiş bir suç belirtisi görürlerse bunu ihbarla yükümlüdürler (TCK 280). Bu konuya verilecek en iyi örnek; kadına karşı şiddete ait bir bulguya rastlanıldığında, bunun ilgili mercilere bildirilmesi zorunluluğudur. Burada dikkat edilmesi gereken konu; hekimin ancak şahıslara karşı işlenmiş suçlarda ihbar yükümlüsü olduğudur. Şahıslara karşı işlenmiş olan suçlar ceza kanununda açıkça belirtilmiştir. Örneğin adam öldürme, yaralama, aile içi şiddet (kadına, çocuğa ve yaşlılara yönelik her türlü şiddet), kendilerini idareye muktedir olamayanları veya tehlikede bulunanları kendi haline terk etme, terbiye ve inzibat vasıtalarının su istimali ve aile efradına karşı fena muamele gibi suç-

lar sayılabilir. Tüm dünyada geçerli olan en temel hukuk kuralı olan “kanunları bilmiyor olmanın bir mazeret sayılamayacağı” hususu gereğince hekimler de bildirilmesi zorunlu olan suçları bilmelidirler. Her vatandaş yaşadığı ülkenin kanunlarını biliyor kabul edilir. Öncelikle tedavi yapılmalı daha sonra adli mercilere bildirim yapılmalıdır.

### ***Bilirkişilik Görevi***

Çözümü uzmanlığı, özel ya da teknik bilgiyi gerektiren durumlarda ilgili kişilerden görüş alınmasına bilirkişilik denir. Soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı, dava sürecinde mahkeme hâkimi tarafından bu yetkinin kullanabileceğini CMK madde 63’de belirtilmiştir. CMK 65. Maddesine göre bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar bu görevi kabul etmek zorundadır. Bilirkişilerin atanması, konu hakkında bilgi edinmesi, rapor düzenlenmesi, süresi ve diğer hususlar hakkında kanunun diğer maddelerinde açıkça belirtilmektedir. Aile hekimlerinin yerine getirmek zorunda oldukları görevlerden birisi de bilirkişiliktir. İnsan vücudunda meydana gelen travmaya bağlı lezyonların, biyolojik delillerin ve şahısların medeni haklarını kullanmak istediklerinde durumlarının belirlenmesinde hekim bilirkişi olarak atanır. Kimlerin tanıklıktan çekilebileceği CMK 45’de açıklanmıştır. Ayrıca CMK 46’da “meslek ve sürekli uğraşları sebebiyle tanıklıktan çekinme” ile ilgili olarak; hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeler ve bunların yardımcıları diğer bütün tıp meslek ve sanatları mensuplarının, bu sıfatları dolayısı ile hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgileri nedeniyle tanıklıktan çekinilebileceğini belirtilmektedir. İlgili kişinin rızası alınması halinde tanıklıktan çekilmeyebilir. Ancak adli olgularda adaletin doğru tecelli etmesi için bu geçerli değildir. Usulünce çağrıldığı halde gelmeyen veya geldiği halde yeminden, oy ve görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler hakkında disiplin hapsi cezasının uygulanacağı CMK 71’de belirtilmiştir. (Kızılaslan 2007. Koç ve Yorulmaz 1999, Koç ve Can 2010). Burada hassasiyet gösterilmesi gereken konu bilirkişi olmanın hâkim olmak anlamına gelmediğini, sadece hâkimin ihtiyacı olan mesleki bilgileri sunarak kararı yetkili makamlara bırakmaktır. Bu nedenle bilirkişi raporu hazırlanırken kullanılan dilin tıp dışı bir kişi tarafından anlaşılır olmasına özen gösterilmelidir. CMK 64’üncü maddesine göre bilirkişiler, il adli yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenen bir listede yer alan gerçek veya tüzel kişiler arasından seçilir. Listedeki yer almayanlar arasından da bilirkişi seçilebilir. Bunun gerekçesi atama kararında belirtilir. Adli tıp uygulamalarında Adli Tıp Kurumu Başkanlık ve şubeleri ile Üniversite Adli Tıp Anabilim Dallarını resmi bilirkişi olarak kabul edilmektedir. Bu

kurumların olmadığı yerlerde veya ihtiyaç duyulması halinde aile hekimleri (sağlık ocağı hekimler) adli tabiplik görevi yükümlülükleri nedeniyle resmi bilirkişi olarak atanırlar. Dolayısı ile aile hekimleri bilirkişiliği kabul etmek zorundadırlar.

### ***Yerinde Otopsi, Ölü Muayenesi ve Defin Ruhsatı***

Aile hekimlerinin sıklıkla verdikleri adli hizmetlerden birisi de, özellikle kırsal bölgelerde yerinde otopsi, ölü muayenesi ve defin ruhsatı işlemlerinden oluşmaktadır. Umumi Hıfzıssıhha Kanununun (UHK) 215'inci maddesi gereğince defin ruhsatı alınmadıkça ve ibraz edilmedikçe hiçbir cenaze gömülemez. 25 Mayıs 2010 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Çalışma Saatleri" başlıklı 10. maddesinin 5. bendinde; adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği yerlerde eğer hastane varsa yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetlerinin hastaneler tarafından verileceği belirtilmiştir. Yerinde otopsi işlemleri ise; toplum sağlığı hekimlerince yapılmaktadır. Hastane olmayan ilçe merkezi veya entegre hastane olan ilçe merkezlerinde ise; yerinde otopsi işlemleri dışında kalan adli tıp hizmetleri mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatillerde ise toplum sağlığı, entegre hastane çalışanları ve aile hekimlerinin tamamının katılımı ile oluşturulacak icap veya aktif nöbet sistemi ile gerçekleştirilmektedir. Eğer ilçe merkezindeki toplam hekim sayısı altı veya daha az ise icap, altıdan fazla ise; aktif nöbet tutulmaktadır. Yine aynı yönetmeliğin 10. maddesinin 5. fıkrasında, ölü muayenesi yapılması ve defin ruhsatı verilmesinin öncelikle belediye tabibinin görevi olduğu belirtilmiştir. Belediye tabibi bulunmayan yerlerde bu hizmeti toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin vereceği; toplum sağlığı merkezi hekiminin de bulunmadığı yerlerde bu hizmetin aile hekimlerince verileceği şeklinde düzenlenmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010; madde:10). Dolayısı ile her aile hekiminin elinde adli rapor ve defin ruhsatı belgelerinin ve bunların kayıtlarının tutulduğu zimmet defterini (bazen her şeyin elektronik ortamda olması yeterli olmayabiliyor) bulundurması gereklidir. Karıştırılmaması gereken husus doğal ve adli ölümlerin ayırt edilmesidir. Adli ölümlerde Cumhuriyet savcısının bilirkişi olarak atadığı hekim ile birlikte ölü muayenesi yapılır ve defin ruhsatı düzenlenir. Adli vakalarda ölünün defnedilmesi ancak Cumhuriyet savcısı tarafından verilecek yazılı izne bağlıdır (CMK 159). Hastanede ölüm meydana geldi ise tedavi eden hekim tarafından defin ruhsatı düzenlenir ve başhekimlikçe onaylanır (UHK 218). Eğer adli olgu kapsamında ise defin ruhsatı düzenlenmeden olay Cumhuriyet sav-

cılığına bildirim yapılr (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 83/1).

Türkiye'de her hekim ölüm olguları ile karşılaştığında ölüm halini belirlemek, ölüm raporu (defin ruhsatı) düzenlemekle yükümlüdür. Ölüm ihbarını alan hekim mutlak olarak gidip ölüyü tam ve çıplak olarak muayene etmelidir. Ölenin hastalığını belirleyen bir hastane veya hekim raporu varsa buna dayanarak defin ruhsatı düzenlenebilir. Böyle bir belge yoksa kişinin yakınlarının verdiği ifadeler veya ölenin hastalığı sırasında kullandığı ilaçlar değerlendirilerek ölüm tanısı hakkında kanaat oluşur ve defin ruhsatı düzenlenir. Ancak ölüm tanısı konamıyorsa veya ölü'nün durumunda ve bulunuşunda kuşku uyandıracak bir belirti varsa defin ruhsatı düzenlenmez ve ölüm olayı savcılığa ihbar edilir. Ölüm olayının bulaşıcı hastalık sonucu meydana geldiği düşünülüyorsa, ilgili makamlar ve yerel sağlık idaresi haberdar edilmelidir. (Koç ve Yorulmaz 1999, İstanbul Protokolü 2001, Koç ve Can 2010).

Ölü defin belgesinde ölüm nedeni olarak hekimler tarafından genellikle kardiyak arrest, kardiyopulmoner yetmezlik, pulmoner ödem gibi terminal dönem bulguları yazılmaktadır. Bunlar klinik bulgular olup gerçek ölüm nedeni değildir. Bu durum bilimsel açıdan yanlış sonuçlara yol açmakta, hem de olayın adli niteliği varsa bunun anlaşılmasını engellemektedir. Ayrıca gerçek ölüm nedeni belirtilmediğinden sağlıklı istatistiksel veriler elde edilmeyecek ve gerekli önleyici tedbirlerin alınmasını geciktirecektir. Bu nedenle ölüm nedeni olarak bu klinik tablolara yol açan patolojik hastalık yazılmalıdır (miyokard enfarktüsü, tromboemboli, pulmoner emboli, KOAH, vs). (Koç ve Can 2010).

Adli olgularda ölü'nün muayenesi Cumhuriyet savcısı huzurunda ve bir hekim görevlendirilerek yapılr (CMK 86). Adli olarak değerlendirilmesi gereken ölüm olguları:

- Kökeninde kaza, intihar ve cinayet olan tüm olgular
- Yakın dönemde travma öyküsü
- Dış muayenede travmatik lezyonların varlığı
- Öyküde çelişkiler ve tutarsız ifadelerin bulunması
- Gözaltı ve cezaevinde meydana gelen tüm ölümler
- Ölüm nedeni ile ilgili suçlama ve iddiaların bulunduğu olgular (malpraktis dahil)
- Kimliği meçhul ya da yakınlarının olmadığı olgular
- Ölüm nedeni saptanamayan doğal ölümler
- Adli olgularda cenaze yakınlarının rızası veya izni olup olmadığı önemli değildir. Bu tür olgularda hem ölenin hak ve

hukukunu korunmaya çalışılırken diğer taraftan zan altında kalanlarının da hukukunu muhafaza etmek gerekir. Sonradan ortaya çıkabilecek sorunların ve şüphelerin önlenmesi ve çözümü için delillerin zamanında toplanması, muhafaza edilmesi çok önemlidir. Bu yüzden ölüm nedeni açıkça belli olsa dahi yasal olarak adli olguların bildirilmesi zorunludur.

### ***Alkol Muayenesi***

Alkol tüketiminin artması hem ekonomik hem de sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Cinsel saldırıların % 80'i, trafik kazası yapanların % 60'ı, yangına sebebiyet verenlerin % 16'sının alkolün etkisinde oldukları saptanmıştır. Ölümlü olgularda ise trafik kazalarının % 50'sinde, düşmelerin de % 45'inde alkol almış oldukları, cinayet işleyenlerin % 50-70'inde, ana-baba katillerinin % 20'sinde kişilerin alkollü oldukları bildirilmiştir. Ceza davalarının yanında sigorta tazminatlarında da araç kullanırken kişinin alkollü olup olmadığı çok önemlidir. Ticari araç, kamu aracı, toplu taşıma ve yük taşıyan (tır, kamyon, çekici vb) araçların sürücülerinin alkol kullanmaları yasaktır. Yani "0" promilin üzerindeki değerler yasaktır. Bir (1,0) promil alkol 100mg/100 ml kan eş değerindedir. Aile hekimliğinde, özellikle kırsal bölgelerde çalışanların en sık yapmak zorunda kaldıkları muayenelerden birisi de alkol muayenesidir. Etil alkolün tespiti, nefes (solunum havasından) ve kan testi olarak iki yöntemle yapılmaktadır. Genellikle birinci basamakta alkolmetre cihazı ile nefesten alkol kontrolü yapılmaktadır. Ancak, muayene edilen şahıs üfleme ret ederse bu kez kan alkol düzeyinin ölçümü için ikinci basamağa sevk yapılmalıdır. Alkol muayenelerinde alkolmetre ile ölçümün yanı sıra basit serebellar testlerin yapılması ve kişinin duygulanım ve davranışlarının belirlenerek bunların hâkimin anlayacağı şekilde ifadelerle adli rapora ilave edilmesi ek fayda sağlayacaktır. Merkezi sinir sistemi depresanı olan etil alkolün toksik dozu alınan içkinin cinsine ve bireysel faktörlere göre farklılık gösterir. Zira; her şahsın bilinç ve beceri düzeyi farklı alkol seviyelerinde farklı olabilmektedir. Örneğin aynı miktardaki alkol bir şahısta yalnızca reflekslerin azalmasına neden olurken başka bir kişide saldırganlık ve bilinç bulanıklığı gibi daha ciddi durumlara yol açarak farklı klinik bulgular görülebilir. Sürekli alkol alan birinin karaciğerindeki etil alkolün metabolize olma hızı ile ilk defa alkol almış birindeki metabolizma hızı aynı değildir. Bu yıkım hızı gelişen alkol toleransına bağlıdır. Bu nedenle kişilerin aldıkları alkol miktarından ziyade bilinçlilik durumlarının raporda belirtilmesi önemlidir. Tespit edilen nörolojik bulguların anlaşılır bir dille yazılması ve bunun hâkim tarafından bilinmesi verilecek kararı etkileyebilir. Kişinin nefesinin koklanarak

alkol alıp almadığının kontrol edilmesi tek başına yeterli değildir. Yasal sınır hakkında bilgi veremeyeceği gibi muayene eden kişiyi de yanıltabilir. Kandaki alkol miktarına göre kişide oluşacak fizyolojik değişiklikler şu şekildedir:

- Kandaki etil alkol miktarı %10-50mg/100ml: düşük dozlarda öncelikle inhibitör merkezler etkilendiğinden stimülan etki dikkati çeker. Düşüncede açıklık, kendine güven, konuşkanlık, iyimserlik ve rahatlık görülmektedir.
- Kandaki etil alkol miktarı %50-100mg/100ml: Serebellar ve motor hareketlerde hafif bozulma, fazla konuşma, gülme, hafif duygusallaşma
- Kandaki etil alkol miktarı %100-150mg/100ml: Hareketlerde uyumsuzluk, konuşma, yürüme bozukluğu, huzursuzluk
- Kandaki etil alkol miktarı %150-200mg/100ml: Belirgin sarhoşluk, koordineli hareketlerin belirgin olarak yapılamaması, ataksiler, mide bulantısı
- Kandaki etil alkol miktarı %200-300mg/100ml: Kusma, baş dönmesi, kan basıncında düşme, solunum bozulur, amnezi, konfüzyon hali, horlamalı uyku hali
- Kandaki etil alkol miktarı %300 ve üzeri: Kusmaya bağlı aspirasyon tehlikesi, stupor, koma, solunum depresyonuna gidiş (Kızılaslan, 2007, Koç ve Can 2010, Koç 1999).

### ***Yakalama ve Gözaltına Almalarda Muayene***

Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliğinin 9. maddesine göre; yakalanan kişi/kişilerin gözaltına alınması veya zor kullanılarak yakalanması hallerinde hekim (adli tıp kurumu veya resmi sağlık kuruluşlarında) kontrolünden geçirilerek sağlık durumlarının belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Yakalama ve gözaltı hallerinde, gözaltında kaldığı süre içinde işkence ve kötü muameleyle maruz kalıp kalmadığını göstermek ve bu hususta güvence oluşturmak amacıyla gözaltına alınma ve gözaltı halinin kalkması durumunda sağlık kontrolünden geçirilme esası kabul edilmiştir (Kızılaslan, 2007). Bu işlem gözaltındaki kişiye koluğun kötü muamele yapmasını engellerken, yakalanan şahsın salıverilmesi halinde dışarıda veya mahkemeye sevki halinde koluğa ve adli mercilere karşı ileri sürülebilecek kötü muamele iddialarına karşı önlemleri de almaktır. Gözaltında iken şiddete maruz kalma iddiası varsa lezyonların tarif edilmesinin yanında imkan varsa kayda alınması (fotoğraf veya video) ve eksiksiz tetkik ve konsültasyonların yapılması şarttır. İnsan hakları ihlalleri ile ilgili davaların bir kısmında ülkemizin tazminat

ödemesinin nedeni eksik işlemlerin yapılmasından kaynaklanmıştır. Hukuk, yapılan haksız eylemlerden dolayı sorumluluk yüklerken, yükümlülüklerin (yapılması gerekli olan işlemlerin yapılmaması) yerine getirilmemesinden de sorumlu tutmaktadır.

### ***Yaralanmaların Tanımlanması***

Vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlarda uygulanacak cezalar yaraların ağırlık derecesine göre değişmektedir (TCK 86 ve 87). Bu durum Sağlık Bakanlığı internet sitesinde 2005 yılı Eylül ayında yayınlanan rehberde de (Sağlık Bakanlığı Eylül 2005) yaralanmalar nedeniyle verilecek adli raporlarda dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlardan biri yaraların açık ve net bir dille tanımlanması gerektiği vurgulanmıştır. Basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilmeyeceği, kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozup bozmadığının, travmanın ruhsal etkisi olup olmadığının ve hayatını tehlikeye girmesine neden olup olmadığının belirtilmesidir. Özellikle hayati tehlikesinin olup olmaması soruşturmanın şeklini etkilemektedir. Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanmalar:

- Kafatası kırıkları,
- İlk üç servikal vertebra kırığı,
- İntrakranial tüm yaralanmalar,
- Klinik bulgu veren beyin ödem
- Vücut boşluklarının bütünlüğünün bozulması,
- İç organ yaralanmaları,
- Büyük damar yaralanmaları (Klavuza bakınız.),
- Medulla spinalis yaralanmaları,
- Yanıklar (%20 den fazla 2.derece, %10 dan fazla 3.derece),
- %20 den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz-hematom),
- Kuduz hayvan ısırığı,
- Elektrik çarpması (Elektrik akımı lezyonu ya da kliniği),
- Ağır klinik tabloya yol açan zehirlenmeler.

Adli raporlar istirahat süreleri ile ilgisi bulunmamaktadır. Adli raporlar düzenlenirken sonuç kısmında kesin kanat yazılmasından ziyade tespit edilen bulguların ve lezyonların açık ve doğru tanımlanması çok önemlidir. Kaydedilen bulgulara göre rapor sonradan da düzenlenebilir. Ancak eksik yazılan veya doğru tanımlanmayan bir bulgu (kesici delici alet yarası, ateşli silah yarası, künt travmatik



yara, kesici alet, ekimozun şekli ve rengi vb.) zamanla kaybolacaktır. Unutulmaması gerekir ki; aile hekimleri kendi sorumluluk alanlarını aşan bir durumda hastayı sevk etmek veya varsa ilgili uzmandan konsültasyon isteyerek yükümlülüklerini yerine getirmiş olurlar. Adli vakalar ile ilgili de gerektiğinde olguyu veya dosyayı adli tıp uzmanının bulunduğu yere gönderilmesinin uygun olacağını resmi makamlardan istenmelidir.

Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaraların iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel konuşma mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise “*yüzde sabit iz*” olarak tanımlanır. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir. Bu nedenle adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir.

Eğer, yüz sınırları içinde oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımada duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise; bu durumda “*yüzde sürekli değişiklik*” olarak tanımlanır. Buna örnek olarak; ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi kimyasal yanıklar verilebilir. Bu iki terimlerden birisinin varlığı halinde verilecek ceza oranında artış söz konusu olacaktır. Bu nedenle böyle bir soru ile karşılaşıldığında olgunun sevki sağlanarak adli tıp uzmanı tarafından değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, uyluk, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluğun o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre %10-50 arasında ise “*işlevin sürekli zayıflaması*”, % 50'nin üstünde ise “*işlevin yitirilmesi*” olarak değerlendirilmelidir.

Ayrıca yaralanan şahıs gebe veya kadın ise veya fertlitemi etkileyebilecek bir yaralanma var ise; mevcut gebelik ve ilerideki fertliteme durumuna yönelik durumlarla ilgili bilgilendirme yapılması gereklidir. Bunların dışında konuşmada sürekli zorluk/konuşma yeteneğinin kaybı, gebe bir kadında, çocuğunun vaktinden önce doğmasına/çocuğun düşmesine neden olma, kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/bitkisel hayata girmesine neden olma, çocuk yapma yeteneğinin kaybolması ve yaralananın vücutta kemik kırılmasına neden olması gibi durumların var olup olma-

dığı raporlarda belirtilmelidir (Koç ve Can 2010, Polat O 1997, Adli Travmatoloji 1999, Çetin 1999, Güzel ve ark. 2005).

### **Yaraların incelenmesinde dikkat edilecek noktalar**

1. Toplam yara sayısı belirtilip, yaraların anatomik lokalizasyonları ayrıntılı bir şekilde tariflenmelidir.
2. Yaranın ve çevresinin makroskobik görünümü incelenerek, yara boyu, derinliği ve etkilenen alan ölçülmeli, etkilenen dokular (kas, tendon, damar-sinir, kemik vb.) not edilmelidir.
3. Yarada yabancı madde açısından dikkatle incelenmelidir. Elde edilen yabancı cisimler ( kıl, cam, toprak, kum, boya, metal vb.) kayda geçirilerek savcılığa teslim edilmelidir.
4. Varsa makroskobik iyileşme bulguları belirtilmelidir.
5. Yaranın trajesi; Yara trajesi tespit edilirken, yeni yaralar oluşturmamak için enstrümantasyon yapılmamalıdır. Yarayı meydana getirdiği düşünülen alet yara içine sokulmamalıdır.
6. Yaralının elbiseleri incelenmelidir. Elbiselerdeki deliklerin özellikleri, lekeler ( kan vb.), yanıklar not edilmelidir. Elbiseler laboratuarda incelenmek üzere savcılığa teslim edilmelidir.
7. Travma türüne bağlı olarak kemik kırıklarının, hematomların, pnömosefali, pnömotoraks tespiti, ateşli silah yaralanmalarında mermi çekirdeği yerinin belirlenmesi amacıyla radyolojik teknikler kullanılabilir.
8. Özellikle şiddete maruz kaldığını iddia eden olgularda imkan dâhilinde ise lezyonlar değişik açı ve uzaklıklardan fotoğraflanmalıdır.

### **Rapor Düzenlenirken Dikkat Edilmesi Gerekenler:**

- Adli rapor resmi isteme yanıtıdır. Mahkemeler, Cumhuriyet Savcısı ya da onların emriyle adlarına hareket eden kolluk kuvvetlerinin yazısı gereklidir. Bu yazılarda, Cumhuriyet Savcısının bilgisi dâhilinde istemin yapıldığını belirten Cumhuriyet savcısının parafı bulunur. TCK 287. maddesi göz önünde tutularak, özellikle cinsel muayene taleplerinde Cumhuriyet Savcısının havalesi yazıda mutlaka yer almalıdır.
- Rapor düzenlenirken hekimlik mesleği, hasta-hekim ilişkisinin gereklerine uygun davranmalı, hasta mahremiyeti ve haklarına saygı ve özen gösterilmelidir.

- Muayene sağlık kuruluşunda, muayene için kullanılan ortamda yapılmalıdır. Kişi, kelepçeleri dışarıda çözöldükten sonra odaya alınmalıdır. Hekim hastayı bir sağlık personeli eşliğinde değerlendirmeli, ortamda başka kişi ve guvenlik kuvvetlerinin olmaması sağlanmalıdır. Guvenliğin sağlanamayacağı ortam söz konusu olduğunda; guvenlik kuvvetleri paravan arkasında, kişiyi görmeyecek ve duymayacak pozisyonda olmalıdır.
- Her olgu tek tek değerlendirilmeli, yapılan işin mesleki bilgiler işiğında tanıklık olduğu hatırlanmalı, kişi görölmeden rapor yazılmamalıdır.
- Mevcut rapor formları kullanılmalıdır. Standart formlar olmadığı durumlarda ise içeriğine uygun şekilde (getiren guvenlik görevlisi, kimlik, tarih-saat, öykü-şikayet, fizik-ruhsal muayene, konsültasyon-tetkik, sonuç, imza) ayrı bir kağıda rapor yazılmalıdır. İstem yazısının altına veya arkasına not dūřılması şeklinde raporlar yazılmamalıdır.
- Kişinin kimliği kontrol edilmeli, kimliği yok ise bu durum belirtilmeli, kimliklendirmede kullanılabilir bulgular (Tatuajlar, deformateler, skarlar gibi...) not edilmelidir.
- Her olgu protokol defterine kaydedilmeli, muayene tarih ve saati belirtilmelidir.
- Öykü ve şikayet kişinin ifadesi ile yazıldıktan sonra tam bir fizik muayene ve psikiyatrik değerlendirme yapılmalı, ihtiyaç duyulduğunda konsültasyon istenmeli ve tetkikler yapılmalıdır. Sonuç yazabilmek için, tanıya-dayanağa ulaşılması gerekmektedir.
- Duyular ya da organların işlevinin azalması-kaybı, vaktinden önce ocuk doğumu-dūřuk, ocuk yapma fonksiyonunun kaybı gibi uzmanlık alanı gerektiren konularda, ilgili uzman görüşü alınmalıdır. Bu olgularda, kayıplar daha sonra gündeme gelebildiğinden ilk muayene bulguları, olay ve kayıpların ilişkisi için çok önemlidir. Bu nedenle tüm lezyonlar not edilmelidir. Çocuđun erken doğumu ve dūřüklerde; anne, ocuk ya da fetüs, özellikle plasentanın incelenmesi sonucunda karar verilebileceği akılda tutularak incelemelerin yapılması sağlanmalıdır.
- Öykü zararın varlığı, mekanizması ve etkisinin anlaşılması için alınır. Sorular bu yönde olmalı. Düzenlenen raporda öykünün yazılmış olması önemlidir. İşken ve kötü muamele olgularında; sadece öykünün yazılıyor olmasının bile olayın ortaya

konmasını ve bu tür olguların azalmasını sağladığı bilinmektedir. Ayrıca öykü hekimlerin tanıya ulaşmasında uyarıcı ve zorlayıcıdır. Tanı konulması için gerekenler, hekimlik uygulamalarında belli olup adli olgular için de aynı yöntemler geçerlidir.

- Olguların çoğunda, olaya bağlı yaralanmaya yönelik tıbbi girişimler yapıldıktan sonra rapor düzenlenmesi istenmektedir. Bu istem bazen aylar sonra olacaktır. Hasta ile ilgili tıbbi girişimler yapıldıktan sonra, saptanan tüm lezyonlar anatomik yer, boyut ve özellik belirtilerek dosyasında yer almalıdır. Yara boyutları, olay ve düzenlenen rapor için çok önemli olduğundan, tahmin kullanılmayıp mutlaka ölçülerek yazılmalıdır. Ancak, acil müdahale gereken olgularda ölçüm yapmak zaman kaybına dolayısıyla girişimde gecikmeye yol açacağından sonraya bırakılmalı, hasta stabil hale geldikten sonra yapılmalıdır.
- Adli tıp uygulamalarında, mahkeme ve savcıların sorduklarına cevap şeklinde rapor düzenleme yaklaşımının yer yer korunduğu görülmekle birlikte, sorulmamış olmakla birlikte, soruşturmanın şekli ve boyutunu değiştirebilecek bulguların rapor edilmesi gerekmektedir.
- Adli olgularda giysilerin önemi unutulmamalıdır. Olgunun özelliğine göre; giysiler üzerindeki kesikler-delikler, biyolojik kalıntılar açısından lekeler, atış mesafesi için yanık-is bulaşlıkları not edilmelidir. Giysiler, mutlaka tutanakla güvenlik kuvvetlerine teslim edilmelidir. Benzer olarak; bulunan-girişimler esnasında çıkarılan mermi çekirdekleri ve kişi üzerindeki her şey tutanakla teslim edilmelidir.
- Saptanan lezyonların fotoğraflanması, duruma göre bazen de yokluğunun belgelenmesi için fotoğraf çekilmelidir. Çekimde; bir kâğıt üzerinde, olguyu belirten protokol, tarih-saat ve ölçü birimi olmalıdır.

## ŞİDDET

Şiddet, duygu ve davranışlarda aşırılık, diğer bir tanımla "kişinin gelişimini engelleyen ya da olumsuz yönde etkileyen, bedensel ve ruhsal acı veren her türlü davranış" olarak tanımlanır. Aile içi şiddet ve insan hakları ihlalleri olarak iki ana grupta incelenir. Bu bölümde aile hekimlerinin daha sık karşılaşılabilecekleri aile içi şiddet ele alınacaktır.

## **Aile içi şiddet**

Toplum içindeki en küçük birlik olan ailede; aile üyelerinden birinin diğer üye veya üyelere uyguladığı şiddete aile içi şiddet denir. Genelde mağdurlar çocuk ve kadındır. Bazen yaşlılara ve özürllülere yönelik şiddete de rastlanılabilir. Aile içi şiddet; kadına yönelik şiddet ve çocuk ihmali ve istismarı şeklinde ele alınabilir. TCK 280. maddesi gereğince bu olguların bildirilmesi zorunluluğu vardır.

a- **Kadına yönelik şiddet:** Çok yaygın olduğu (1/4-5 oranında görüldüğü), her toplumda ve her dönemde görüldüğü bildirilmiştir. Kadının eşi tarafından darp edilmesi *fiziksel şiddet*, kadının aşağılanması, değersiz, yetersiz ve işe yaramaz olduğunun hissettirilmesi *duygusal şiddet*, kadının rızası olmadan eşi veya partneri tarafından cinsel ilişkiye zorlanması *cinsel şiddet*, çalışan kadının kazandığı parasını harcamasına izin verilmemesi *ekonomik şiddet* olarak tanımlanır. Bazen tek olguda birden fazla şiddet türü görülebilir. Kadına yönelik şiddetin tanısının konması, şiddetin önlenmesi ve koruyucu hekimliğin uygulanması açısından çok önemlidir. Travmatik lezyonları olan kadınlarda bu durum düşünölmeli, ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Hekimler bu tip olgularda hastaların her zaman gerçeği söyleyemeyeceğinin farkında olmalı ve anamnezi hastayı travmatize etmeden derinleştirmelidir. Hekimler aile içi şiddete uğramış kadınların yalnızca fiziksel ve ruhsal tedavisini değil, aynı zamanda koruyucu hekimlik olarak kadının korunmasına yönelik işlemleri de başlatmalıdır.

b- **Çocuğun ihmali ve istismarı:** Çocuklara, başta anne-babaları olmak üzere bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından uygulanan ve çocukların fiziksel, duygusal, zihinsel gelişimini engelleyen bedensel veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durum olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel, cinsel, duygusal ve ihmali olarak sınıflandırılabilir. Çocuğun fiziksel istismarında aile ve çocukta ki olası risk faktörleri tanımlanmaktadır.

Riskli aileler; sosyoekonomik düzeyi düşük aileler, anne-babanın birisinde veya her ikisinde kişilik bozukluğu, çocukluklarında istismara uğramış anne-babalar, madde bağımlısı anne-babalar olarak belirtilmektedir. Riskli çocuklar; mental retardasyonlu çocuklar, kronik hastalıklı çocuklar, prematür doğanlar, istenmeyen gebelik ürünü olan çocuklar, aşırı ağlayan çocuklar, hiperaktif çocuklar olduğu bildirilmiştir.

Çocuğun tedavisinde açıklanamayan gecikme, anne-baba ve çocuk arasındaki öyküde uyumsuzluk, fiziksel bulgulara uymayan öykü, çocuğun gelişimi ile uyumsuz öykü ve lezyonlar, yaralanma-

nın önemsiz gösterilme çabası, yaralanma ile ilgili olarak çocuğun veya kardeşlerinin suçlanması, çocuğun anne-babaya olan suçlayıcı davranışları, çocuğun birden fazla hastaneye götürülmesi gibi durumlarda, şiddet düşünülmelidir. Duygusal, cinsel ve ihmal durumlarında da çok dikkatli bir muayene ve öykü alınması şarttır. TCK 97 ve 98. maddelerinde yaş veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyen kimseyi terk etmenin ve bu koşullar altında olduğu bilinen bir kimseye yardım etmemenin veya bildirmemenin suç olduğu belirtilmektedir.

Çocuk istismarı temel sağlık sorunlarından ve çocuk ölümlerine neden olabilmektedir. Bu nedenle hekimler, çocuk istismarı tanısını koyduktan sonra hastanın tedavisini planlayıp en kısa sürede (hekimlerin ihbar yükümlülüğü gereği) adli makamlara olgunun bildirimini yapmalıdırlar. Böyle olgular istismarcıdan uzak tutabilmek için gerekirse hastaneye yatırılmalıdır. Bu tip olgularda istismarcıdan çocuğu kurtarmanın yolu tanı konulduktan sonra adli olgu bildirimi yaparak savcılık soruşturmasının açılmasını sağlamaktır. (Polat 2001, Polat 1997. Akço ve ark. 2003, Kara ve ark. 2004, Kepenekçi 2001, Soysal ve Eke 1999, Kardeş Hukuk Kitaplığı 2007.)

### ***Cinsel saldırıya uğradığını iddia eden adli olgularda dikkat edilmesi gereken konular:***

1. Mağdurun kimliğinin saptanması ve biyolojik yaşının değerlendirilmesi.
2. Eylemin önemli ve objektif bulgusu olabilecek laboratuvar araştırmalarının zamanında yapılabilmesi için, eylem ile muayene ve örnekleme arasındaki intervalin saptanması.
3. Gerçekleştiği iddia edilen cinsel amaçlı davranışa ait bulguların araştırılması.
4. Mağdurun bedensel ve ruhsal değerlendirilmesinin yapılması.
5. Eylemde zor kullanma bulguları varsa ayrıca değerlendirilmesi.
6. Yaş küçüklüğü veya diğer nedenlerle mağdurun direnç gücünün olup olmadığının araştırılması.
7. Eylemi gerçekleştiren kişi veya kişilerin kimliklerinin saptanmasına yönelik araştırmaların yapılması, bu amaçla biyolojik materyal toplamaya yönelik örneklerin alınması.

Cinsel saldırılarda dikkat edilmesi gereken hususlardan birisi de kadının muayenesidir. Burada kadının istemi halinde ve olanaklar

elverdiğinde bir kadın hekim tarafından muayene yapılmasıdır(CMK 77). Ayrıca Jinekolojik muayene, TCK 287. maddesinin genital muayene başlığı ile düzenlendiği görülmektedir. Bu maddede; yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan kişi hakkında 3 aydan 1 yıla hapis cezası öngörülmektedir.

### ***Aile Sağlığı Merkezinde Adli Hekimlik Uygulamalarında Yararlanılacak Mevzuat***

Aile hekimliği yapan kişiler (aile hekimleri daha mı uygun?) adli tıp konularında mevzuata hakim olmak zorundadırlar. Bu konuyla ilgili pek çok kanun, yönetmelik ve genelgeler mevcut olmasına rağmen; bunların hepsinin ezbere bilinmesi ve eksiksiz uygulanması pek mümkün görünmemektedir. Bu nedenle aile hekimlerimizde yardımcı olması amacı ile bu mevzuatlardan bazılarını isim olarak burada yer almasının uygun olacaktır:

- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu
- Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik+
- Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği (ve Ekler)
- Ceza Muhakemesi Kanununa Gore İl Adli Yargı Adalet Komisyonlarınca Bilirkişi Listelerinin Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
- Adli Kolluk Yönetmeliği yer almaktadır.
- Ayrıca Adli Tıp Kurumu internet sitesinde “Bilimsel” linkinde bulunan “Gerekli formlar” başlığı adı altında adli raporlar, yaralarının tanımlanması ve kırıkların değerlendirilmesi cetveli mevcuttur.

### **Kaynaklar**

Adli Travmatoloji. In: Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, 1999: 83-118.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010) *T.C. Resmi Gazete*, 27591, 25 Mayıs 2010.

Akço S, Aksel Ş, Arman AR ve ark. Çocuk İstismarı ve İhmalı. Unicef-Adli Tıp Kurumu, 2003.

- Çetin G. Yaralar. In: Prof. Dr. Zeki Soysal, Prof. Dr. Cansel Çakalır. Cilt I. 1999:475-525.
- Güzel S, Balcı Y, Çetin G. Yeni Türk Ceza Kanununda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. 2005. İstanbul Protokolü. TİHV Yayınları. İstanbul, 2001.
- Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi. 2004;(47):140-151.
- Kardeş Hukuk Kitaplığı, Hukuk Kitapları Serisi 21. Anayasa-TCK-CMK-CEZA-CGİK. Saray Matbaacılık, Ankara 2007
- Kepekçi YK. Hukuksal açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi 2001;22;263-275.
- Kızılarlan, H.(2007) *Ceza Muhakemesi Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Vücutun Muayenesi ve Örnek Alma*. Ankara: Çetin Ajans
- Koç S, Can M.(2010) *Birinci Basamakta Adli Tıp*.İstanbul :İstanbul Tabip Odası
- Koç S. Alkol ve Uyuşturucu madde Kullanımı ile İlgili Adli Tıp Sorunları. İçinde: Prof. Dr. Zeki Soysal, Prof. Dr. Cansel Çakalır. Adli Tıp. Cilt III. 1999:45-6.
- Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları. İçinde: Prof. Dr. Zeki Soysal, Prof. Dr. Cansel Çakalır. Adli Tıp. Cilt I, 1999:45-6.
- Koç S. Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri, In: Prof. Dr. Zeki Soysal, Prof. Dr. Cansel Çakalır. Cilt III. İstanbul, 1999:1573-1377
- Polat O, İnanıcı M.A., Aksoy M.E. Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitapları, 1997:98-169.
- Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2001.
- Sağlık Bakanlığı Eylül 2005. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber Erişim:16Ağustos 2011 [http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr/include/dosyalar/01\\_gen\\_rehber.pdf](http://www.adlitabiplik.saglik.gov.tr/include/dosyalar/01_gen_rehber.pdf)
- Soysal Z, Eke M. Cinsel Suçlar. İçinde: Prof. Dr. Zeki Soysal, Prof. Dr. Cansel Çakalır. Adli Tıp. Cilt III. 1999:1167-1245.
- Soysal Z, Murat Eke. Dünyada Adli Tıbbın Tarihçesi ve Gelişimi. İçinde: Editörler Prof. Dr. Zeki Soysal ve Prof. Dr. Cansel Çakalır. Adli Tıp, Cilt I, 1999S:1-45.



## TIBBİ ETİK HASTA VE HEKİM HAKLARI

Prof. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

### I. GİRİŞ

Yaşadığımız toplum içinde hemen her gün ahlaki pek çok sorunla karşılaşılıyor. Özellikle bilim ve teknolojinin gelişmesi, ölüm ve hayat üzerindeki kontrolümüzün her gün biraz daha artması, karşımıza çözüm bekleyen yeni sorun demetlerini getirmektedir. Hasta ve hayatla ilgili cevap bekleyen soruları, örneğin, hasta ne zaman ölüdür, ne zaman ölmesine izin verilebilir, hangi durumda hayat hakkı olan yaşayan bir insan oluruz, hasta olmak beraberinde bazı hakları da getirir mi, hastanın bakım sorumluluğu kime/kimlere aittir (Nuttal,1997), eğer hastalar için haklarından söz ediyorsak onların tedavi sorumluluklarını üstlenmiş hekimlerin de haklarından söz etmek gerekmez mi gibi sorularla örnekleyebiliriz. Bu soruların yanıtları tıp, hukuk ve felsefe tarafından birlikte ele alınmak durumundadır. Kuşkusuz bu üç alan birbirine karşı sorumludur. Tıbbi uygulamalar hukukun çizdiği sınırlar içinde olmak zorundadır. Felsefe de bu sınırların oluşturulmasında hukuka yol gösterir.

Hepimiz ahlaki sorunlara ilgi duysak bile, bu hepimizin etiğe ilgi duyduğumuzu göstermez. Aksine ahlaki sorunlara doğru bir yaklaşım kazanacaksa, felsefe, kullanmak zorunda olduğumuz bir araçtır. Sık sık yukarıda listelenen sorunlara cevap vermemizi sağlayacak nitelikte bir çerçeveye sahip olamıyoruz. Bu yetersizliğimiz bizi sorunları çözmek yerine onları göz ardı etmeye sevk edebilmektedir. Sorunları fark edebilmek, tanımlamak ve çözüm yolları oluşturmak için etiğin iyi bir yol gösterici olduğunu bir kez daha ifade etmek gerekmektedir.

## 2. ETİK NEDİR, KONUSUNA NASIL YAKLAŞIR, AMACI NEDİR?

Etik, mantık ve metafizikle birlikte felsefenin en eski üç disiplini ninden biridir.

*Etik sözcüğü Grekçe "ethos" moral sözcüğü de Latince "mos" sözcüklerinden gelir. Ethos da mos da, töre, gelenek, görenek, alışkanlık, yerleşik hale gelmiş duyguluk hali, karakter, huy, mizaç anlamındadır. Bu iki sözcüğü felsefede kazanmış oldukları anlamları dikkate alarak ayırmak gerekmektedir. Etik, pratik bir etkinlik alanı olan ahlaki teorik bir inceleme konusu kılan felsefe disiplini dir (Özlem,2010).*

Etik, insanlar arası ilişkilerin temelinde yer alan değerleri ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini ve temellerini araştıran felsefe dalıdır. Etik; neyin iyi ve doğru neyin kötü ve yanlış olduğunu araştıran, insan hayatının gerçek amacının ne olması gerektiğini soruşturan ahlaklı ve erdemli bir yaşayışın hangi unsurları içerdiğini irdeler (Cevizci,2002).

Alan yazıları gözden geçirildiğinde; etiğin tanımları ile bağlantılı olarak tam bir anlaşmaya varıldığını söylemek güçtür. Etik; bireysel ve sosyal yaşamın çok hızlı değiştiği, ağır değer sorunlarının yaşandığı toplumda tanımlanması en zor terimlerin başında gelmektedir (Cevizci,2008). Etik ve ahlak, anlamsal ve içerik açısından birbirinden farklıdır. Etiğin konusunu ahlak ve ahlakilik kavramları oluşturur. Pieper'in de ifade ettiği gibi ahlak sözcüğü ahlaki normları, değer yargılarını, kurumları tanımlarken; etik sözcüğü bir sorun alanı olarak ahlaki inceler. Etik, ahlaka vurgu yapan eylemleri konu edinir. Etik, kendi içinde bir eylemi iyi yapan özellikleri sorgularken; ahlak, ödev, adalet ve sorumluluk gibi kavramları da ele alır. Etiğin ahlakileştirme, ideolojiye dönüştürme ve bir dünya görüşü ortaya koyma amacı yoktur. Kendi alanı ile bağlantılı olarak deskriptif ya da normatif yöntem kullanarak ilgi alanına yaklaşır. En temel amacı, insan eylemlerini ahlaki açıdan değerlendirmek, ahlak tarafından belirlenmiş bir bilinci geliştirebilecek temellendirme süreçlerine girebilmek ve ahlaki eylemin keyfi bir eylem olmadığını göstermek olarak sıralanabilir. Etik ve ahlakın kesişim noktası hem ahlakın hem de etiğin doğrular üzerine odaklanmış olmasıdır (Pieper,1999).

Kişiler toplum yaşantısı içinde ahlaki hayatı kendi başlarına yaşarlar. Ancak bir süre sonra ahlaki hayata ait değer ve kavramlar üzerinde kafa yormaya onların anlamlarını sorgulamaya başlarlar. Zaman içerisinde değerlerle bağlantılı yapılan sorgulama sonucu

kişiler bu değerleri kendi yaşamlarına katmaya, ahlaklılığın unsurlarını tartışmaya ve çevrelerindeki kişilerle konuları tekrar ele almaya başlarlar ki bu kişiler, artık ahlak düzeyini aşmış, etik alanına girmiş olurlar (Cevizci,2008). Ancak toplumsal bir varlık olarak da tanımladığımız insan eylemi ile bağlantılı olarak “ne yapıyorum?” “ne yapmam gerekir?” sorularını da dikkate almak zorundadır. Bu iki sorunun yanıtları etik alanında daha çok düşünmeyi zorunlu hale getirecektir. Kişinin ahlaki eylemle bağlantılı olarak eyleminin bütün sorumluluğunu üstlenmesi de gerekir.

## **2.1. Etik Türleri**

Tarihsel süreç gözden geçirildiğinde etiğin farklı türleri olduğu görülmektedir.

### **2.1.1. Betimleyici Etik**

Betimleyici etik, genel anlamda bilimsel ve tanımlayıcı olarak isimlendirilebilecek yaklaşımın etiğe uygulanması olarak tariflenebilir. Betimleyici etiğin norm koymak gibi bir kaygısı yoktur. Sadece eylemleri gözlemler ve detaylı olarak önümüze koyar. Betimleyici etikle bağlantılı olarak Cevizci:

*“Olgusal içerikli önermelerden oluşan etik türü”* tanımını yapmaktadır (Cevizci,2008:6). Hangi değerlerin benimsenmesi, hangilerinin hayatımıza dahil edilmesi konuları betimleyici etiğin konularıdır. Bu alanda etiğe yüklendiği ödev, kusursuz gözlemci olabilir. Gözlemin bilimsel bir yaklaşımla açıklanması, detaylandırılması bu alanda gerçekleşir.

### **2.1.2. Normatif Etik**

Normatif etik, ahlaki değerleri, davranış biçimlerinin mahiyetini, doğruluğunu ve geçerliliğini araştırır.

*“Neyin iyi, neyin kötü, neyin yapılip neyin yapılmaması gerektiğine ilişkin yargılar ortaya koymaya çalışan bilgisel bir etkinliktir.”* (Oğuz,Tepe &Kucur,2005:181-182)

Günlük hayatı sürdüren insanlar nelerin doğru, yanlış, nelerin iyi, kötü olduğuna ilişkin normlara gereksinim duyarlar. Normlar hayatın nasıl yaşanması gerektiği ile ilgili bilgi veren bir yapıya sahiptir. Bizlere yeni yaşam biçimleri önerir, yaşam biçimlerimizi temellendirir, ahlaki eylemle bağlantılı olarak rehberlik eder. Normatif etik yukarıda da belirtildiği gibi normların betimlenmesinden çok gerekçelendirilip temellendirilmesini amaçlar (Cevizci,2008; Özlem,2010).

Normatif etik mevcut durumu eleştirir. Belli tarzda ahlaki olarak nitelediği eylem ve davranışlara çağrı yapar. Bu eylemlerin gerekliliğini meşrulaştırmak için de ahlak ilkeleri ortaya koyar (Pieper,1999).

### 2.1.3. Metaetik

Etiğin konusunu nasıl dile getirdiğini araştıran, etiğin bilim kuramı olarak adlandırılan bölümüdür. Etiğin temel soruları normatif etik içinde yer alsa da etik alanına özgü terimlerin açıklaması, temellendirilmesi metaetik içinde yer almaktadır. Metaetikten beklenen yargıların anlam ve temellendirilmesine ilişkin bir kuram ortaya koymaktır (Tepe,1992; Oğuz, Tepe&Kucur,2005; Seyyar,2003). Meta-etikle bağlantılı olarak filozofların işi ahlak alanına giren kavram ve yargıları analiz etmek ve açıklığa kavuşturmadır.

*Etiğin işi ahlak ilkeleri ortaya koymak değil, fakat konmuş ilkeleri analiz etmektir.(Cevizci;2008).*

Frankena da metaetiğin bütünüyle felsefe çözümlemesi, bir söylem olduğu görüşündedir. Metaetik ahlaki eyleme yol göstericilik yapmadığı için norm koyma kaygısı taşımaz. Anlamlar üzerinde durur.(Tepe,1992; Frankena, 2007 ).

## 3. HAK KAVRAMI

Hak çok geniş anlamlı ve içeriği çok kapsamlı bir sözcüktür. Öyle ki, insanın yaşamına varlığı ile anlam kazandıran, yokluğu ile insan yaşamını "hiç"leştiren bir kavram ve insan için vazgeçilmez bir olgudur (Bilgin,1998). Hak düşüncesi insanın doğal yaşantısında saklı bir olgudur. Hukuk düşünürü Delvecchio hak fikrini mutlak olarak tasavvur etmek insan bilincinin ihtiyacıdır demektedir (Emini,2004).

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde hak; adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, verilmiş emekten doğan manevi yetki olarak tanımlanmaktadır. Hak kaynağı itibarıyla yasal bir kavramdır.

Batı dillerinin çoğunda aslında hukuk terimi ile hak teriminin özdeş anlamlarda kullanıldığı ifade edilmektedir. İngilizcedeki "Right", Fransızcadaki "Droit", Almandaki "Recht", İtalyancadaki "Dritto", İspanyolcadaki "Derecho", hem bütün insanları bağlayan hem de herkesin sahip olma iddiasında olduğu yasal hakları vurular. Kavramlardaki bu örtüşme tesadüfi değildir. Hukuk ve hak sahibi bağlantılı terimlerdir (Hazlitt,2006). İnsan hakları kavramının ve daha genelde öğretisinin ekseni ve amacı olan insan, hak sahibi olan kişidir. Kişi olmak da hukukun insanlara yüklediği bir niteliktir (Gemalmaz,1997). Hak ile adalet arasında özsel bir bağ vardır. Hak, adaletin ön koşulu, olmazsa olmazdır. Adalet bir bakıma yalnız başına ger-

çekleşebilecek bir proje olmayıp, hakların gerçekleşmesi sonucunda beliren bir değerdir (Yücel,2010). Kuşkusuz, insanlara düşen en önemli ödev de haklara saygılı olmaktır. Her hak bir hukuk kuralına bağlıdır. Hukuk düzenince tanınmayan bir yetki ve menfaat, hak olarak nitelendirilemez (Akıntürk,2002).

Hak denen yetkinin kullanımı ancak insanda hak bilincinin güçlenmesi ölçüsünde değer ve önem kazanır. Hak bilinci yeterince güçlenmemiş kişi neyin kendisine ait olduğunu kesinlikle bilmediği için hakkına sahip çıkma olanağından yoksundur (Emini,2004). Hak sahibi, hakkını kullanırken başkalarının bu kullanıma karşı çıkmalarını, meydana gelecek etkileri de kabullenmelerini ister. Hak kavramının karşısında yükümlülük kavramı yer alır. Bir hukuki ilişkide bir taraf için hakkın varlığından söz ediliyorsa karşı taraf için de bir yükümlülük daima olacaktır.

### **3.1. Kişilik Hakları, Hasta ve Hasta Hakları**

Özel hukukun bir bölümü olarak kişiler hukuku, insan ve insan topluluklarının hukuk düzeni içindeki yerinin ne olduğu sorusuyla ilgilenir. Kişi, hukuk toplumunun sorumlu bir üyesi ve hakların öznesi olarak görülür. Buna karşılık hiçbir zaman bir hakkın konusu ya da amaca ulaşmak açısından bir araç olarak görülemez (Özcan,Çağlar,2007). Kişilik hakları, kişinin toplum içindeki saygınlığını ve kişiliğini serbestçe geliştirmesini temin eden varlıkların tümü üzerindeki haklardır. Bu hakların içine, kişinin yaşam hakkı, beden bütünlüğü, sağlık hakkı, kişinin şeref ve onuru gibi konular girer. Kişilik haklarının diğer bir özelliği de kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar olmalarıdır. Kişilik hakları, kişiye bağlı olan, devredilemeyen ve vazgeçilemeyen haklardır. Anayasa başta olmak üzere Medeni Kanun ve çeşitli düzenlemeler ile koruma altına alınmış mutlak haklardandır. *“Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı”* başlıklı Anayasa'nın 17'nci maddesinde şu düzenleme yapılmıştır: *“Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”* Bu hüküm, tıp hukukunun en temel hukuki kaynağını oluşturmaktadır (Uygur,2009). Türk Medeni Kanunu ise; 23'üncü maddesinde kişiliğin korunması ile ilgili olarak *“Vazgeçme ve aşırı sınırlamaya karşı”* başlığı altında, üç fıkraya yayılan şu düzenlemeyi yapmıştır: *“Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlaka aykırı olarak sınırlayamaz. Yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli*

*mümkündür. Ancak biyolojik madde verme borcu altına girmiş olandan edimini yerine getirmesi istenemez; maddi ve manevi tazminat isteminde bulunulamaz.”*

Ayrıca, Türk Medeni Kanunu'nun 24'üncü ve Türk Borçlar Kanunu'nun 47'nci maddelerinde, kişilik hakkına ve o kapsamda yer alan haklara yapılan hukuka aykırı saldırı ve müdahalelerin, hangi yaptırımlara tabi olacağını hüküm altına alınmıştır. Bu maddelerin birlikte değerlendirilmesinden çıkarılacak sonuca göre; yine kanun ile düzenlenen (TMK. m.23, m.24) hukuka uygunluk sebepleri bulunmadıkça hekimin, iyileştirmek amacı ile de olsa, hastaya uyguladığı her tür tıbbi müdahale, esas itibarıyla kişilik haklarına, vücut bütünlüğüne yapılan hukuka aykırı saldırılardır. Buna göre bir tıbbi müdahale esas olarak şu durumlarda hukuka uygun hale gelebilir, hastanın rızası, belirli şartlarda başvurulabilecek varsayılan rıza, kanunun verdiği yetkinin kullanılması ve zaruret halidir (Elçioğlu,1992; Uygur, 2009; Hakeri,2010).

### **3.1.1. Hasta Kimdir?**

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde hasta; sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, hastalanmış, rahatsız, aşırı düşkün, zihinsel yetenekleri bozulmuş olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık, bireyin bedensel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan çevresi ile uyum içinde işlev görme yeteneği olarak tanımlandığında bu yeteneğin bulunmaması hali için hastalık terimi kullanılabilir. Bu nedenle sağlık hizmetine gereksinim duyan kişilere de hasta denilebilir (Er,2008). 1994 tarihli Amsterdam Bildirgesi'ne göre hasta, sağlıklı veya hasta olarak sağlık hizmetini kullanan kişi (Hatun, 1995), 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre de sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı olan kimsedir. Bazen sağlık durumundaki akut ya da kronik bozukluk nedeniyle hekime başvurur, bazen bilinçli/bilinçsiz olarak sağlık kurumuna gelir ya da getirilir. Bazen doğrudan hasta olmasa da kan nakli, organ bağışi gibi nedenlerle, dolaylı yoldan hasta olarak konumlandırılabilirler (Çobanoğlu, 2007).

### **3.1.2. Hasta Hakları**

“İnsan Hakları” terimi, gerek doğrudan insan aklının ürettiği bir kavram, bir düşünce olarak, gerekse de 20. yüzyılın ikinci yarısında özerk bir hukuk disiplini çerçevesinde insan hakları hukuku kurumsallaşması olarak tarihsel evrimin belli bir aşamasında ortaya çıkmış ve somutlaşmıştır. Tarihsel bir birikimin ürünüdür. İnsan hakları dinamik bir içeriğe sahiptir. Bununla kastedilen, insan hakları kategorisinin kimlediği hak ve özgürlüklerin, kimlenmiş bulunanlardan

ibaret bir listeye indirgenemeyeceğidir (Erdemir, Elçioğlu,2000). İnsan haklarının tarihsel gelişimi, temelde birbirini izleyen aşağıdaki üç kuşak içinde gerçekleşmiş ve sürmektedir.

1. Kuşak İnsan Hakları: Kişisel ve siyasal haklardır. Devleti sınırlandırır, devlet kişinin özel alanına girmez.
2. Kuşak İnsan Hakları: Ekonomik, sosyal ve kültürel haklardır. Temel insan hakları, bu kategoride yer almaktadır.
3. Kuşak İnsan Hakları: Teknolojinin ve bilimsel ilerlemenin yarattığı sorunlar sonucu gelişmiştir. Bu kuşak haklara örnek olarak, eğitim, çocuk, kadın ve hasta hakları sayılabilir. Üçüncü Kuşak haklar içinde yer alan hasta hakları; sağlık hizmeti alan kişilerin, sağlık personeli ve sağlık kurumları arasındaki haklarını tanımlayan bir kavramdır.

### **3.1.2.1 Uluslar Arası Hasta Hakları Bildirgeleri**

Tarihsel perspektif gözden geçirildiğinde, hasta haklarını ilk düzenleyen metin Hipokrat yeminidir (Bayraktar, 2008). Hipokrat, hekimlik mesleği uygulamalarını etik bir zemine oturtmuş, hekim ve hasta ilişkisinde bugün geline noktanın temellerini atmıştır. Ayrıca, hekim hasta ilişkisinde hekime görev yüklemiş ve hastanın yararını ön plana çıkarmıştır. Dünyada hasta haklarının gelişimi, 1946 yılında hazırlanan Nüremberg Kodu'na dayanmaktadır. Kodlar, Nazi rejiminin toplama kamplarındaki insanlar üzerinde yaptığı deneyler nedeniyle düzenlenmiştir (Özcan,Özel,2007). Kod, 1954 yılında ve 1964 yılında WHO tarafından genişletilmiştir ve hasta haklarına ilişkin somut düzenlemeler yapılmıştır.

### **1972 Amerika Hastaneler Birliği Hasta Hakları Beyannamesi**

Hasta Hakları ile ilgili olan ilk belge olarak bilinen bu metin günümüzde kabul edilen değerlere yer vermesi açısından önemli bir belge olup (Sert, 2004) daha sonra uluslararası birçok bildirge için ortak zemin oluşturmuştur. Belgenin amacı hastanın memnun edilmesi ve daha etkin bir tedavi imkanının sağlanması olarak belirtilmiştir.

Amerika Hastaneler Birliği Hasta Hakları Beyannamesi'ne göre; hastanın saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme, anlayacağı şekilde, hastalığı ile ilgili, teşhis, tedavi, prognozu hakkında doktorundan bilgi edinme, herhangi bir tıbbi işlem ya da tedaviye başlanılmadan önce onamının alınmasını bekleme, yasaların izin verdiği ölçülerde tedaviyi reddetme ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek

sorunlardan haberdar olma, ziyaretçi bulundurma, sağlığı ile ilgili kayıt ve görüşmelerin gizli tutulmasını isteme, hastanede, tedaviye zarar vermediği sürece, kendi kişisel kıyafetlerini giymesi, dini ve başka anlamlı simgeleri takma ve fiziksel muayenesi sırasında kendi cinsinden kişilere muayene olma hakkı vardır. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili olumlu bir bakımın devamını bekleme, önceden randevu saatlerini ve sağlık personelinin nerede bulabileceğini, taburcu edildikten sonra kendi hekimi tarafından sağlığının sürekli kontrol edilmesini sağlayacak mekanizmanın nasıl işleyeceğini bilme hakkı vardır.

Ayrıca, hastanın araştırmalara katılımı söz konusu olursa, gönüllü katılımın desteklenmesi ve tedavi aldığı kurumun kuralları hakkında bilgilendirilmesi hakkı vardır.

### **1981 Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi**

“World Medical Association Declaration On The Rights Of Patients” adı ile Dünya Tabipler Birliğinin Eylül/Ekim 1981 tarihinde Lizbon’da yapılan 34’üncü Kongresi’nde kabul edilmiştir.

- a) Hastanın hekimini özgürce seçme,
- b) Hastanın dışarıdan herhangi bir karışma olmadan klinik ve ahlaki yargılara özgürce varabilen bir hekim tarafından bakılma hakkı vardır.

Burada hekimin hastasıyla ilişkisinin üçüncü kişi ve taraflardan bağımsız ve bunlardan etkilenmeksizin gerçekleşmesine vurgu vardır (Sütlaş,2000).

- c) Hastanın, yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeye ya da yadsımaya hakkı vardır.

Hastanın tedaviyi kabul/ret kararı yeterli ölçüde bilgilendirilmiş olma koşuluna bağlanmıştır.

Aşağıda olgu konuyu açıklığa kavuşturması açısından önemlidir.

**Örnek olgu:** *Hemofili hastalığının tedavisinde, bir araştırmancının sonuçlarına dayanılarak doğum kontrol hapı kullanıldığı bir dönemde; genç bir delikanlı olan hasta üzerinde bu tedavi yöntemi uygulanır. Bir gün hasta kendisini tedavi eden hekime gelir; “Eskiden sık yaşadığım kanamalarım durdu ama göğüslerim büyüdü doktor bey” der. Erkeklik görevini de yeterince yerine getiremediğinden söz ederek bu koşullarda karısından ayrılacağını söyler. Hekim bu durumun ilacın yan etkisi olduğunu, tedavi sona erdikten sonra ortadan kalkabi-*



*leceğini belirtir. Bunun üzerine hasta; “Bana niçin söylemediler; ben bir tedavi karşılığında hayatımın çok önemli başka bir şeyini kaybediyorum” der (Sütlaş,2000;66).*

Hastalar, gün geçtikçe bilinçlenerek tanılarının sadece sonuçlarını değil, ayrıca patofizyolojik sonuçlarının detaylarını, tedavi seçeneklerini ve prognozlarını merak edip sormaktadırlar. Daha çok bilgilendirmek ve tedaviye katılımlarını istemekte ve ummaktadırlar. Kasrier 1983'te “Hekimler imajlarını bir tarafa koymalı, yaşam ve ölüm kararlarını kendi başlarına değil, hastalar ile birlikte vererek optimal sonuçları almalıdırlar.” demiştir (Erdemir,Elçioğlu,2000). Metinde,

- d) Hastanın, hekimden kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini beklemeye hakkı vardır.
- e) Hastanın, onurlu/saygın bir şekilde ölmeye hakkı vardır.

Onurlu ölümün; ölüm kaçınılmaz olduğunda, ölüm süreci ve nihayet ölme anının insan onuruna yakışır bir şekilde gerçekleşmesini ifade etmektedir diye düşünenler olduğu gibi (Sütlaş,2000), içerik konusunda bilgi vermediği gerekçesi ile saygın bir şekilde ölmenin ne anlama geldiğinin açık olmadığı görüşünde olan yazarlar da (Sert,2004) vardır.

- f) Hastanın, uygun bir dine bağlı bir din adamının yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve ahlaki teselliye istemeye ya da yadsımaya hakkı vardır.

Yukarıdaki ifade açıkça din ve vicdan özgürlüğüne vurgu yapmaktadır.

Mesleki özellikleri açısından etik anlam taşıyan bu ilkeler ilk defa bireysel dilekler olarak kalmaktan kurtulmuş, sistematik bir biçimde yaşam bulmuş ve uluslar arası bir etki yaratmıştır. Ancak adı geçen ilkeler uyulmadığı takdirde hangi yaptırımların söz konusu olacağı şeklinde bir düzenleme olmadığı dikkati çekmektedir (Er,2008; Sert,2004).

## **1994 Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Hasta Hakları Bildirgesi**

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nun Mart 1994 tarihinde Amsterdam'da gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilmiştir.

Bu bildirgeye göre hasta hakları 6 ana başlık altında incelenmiştir; Bildirgenin birinci bölümü; Sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri konusuna odaklı olup kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye, kendi yaşamını be-

lirlemeye, fiziksel ve mental bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahip olduğunu ifade etmektedir. Bildirgenin ikinci ana başlığı Bilgilendirme adını taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin en iyi nasıl kullanılabileceği konusundaki bilgi, herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir.

1972 yılına tarihlenen Canterbury-Spence davası "hekimin hastasını makul bir insanın bilmek isteyeceği tüm bilgiler doğrultusunda aydınlatması" gereğiyle ilgili olup (Ersoy,2003:234) yukarıdaki hakların ortaya konmasına da temel teşkil etmiştir. Hastalar, kesin olarak belirttikleri taktirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler. Bildirgenin 3. ana başlığı, hastanın bilgilendirilmiş onamı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur vurgusundan hareketle Onam (Rıza) olarak ifade edilmiştir.

Hasta, tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onayı olduğu varsayılarak girişim yapılabilir.

Bildirgenin 4. Bölümü Mahremiyet ve Özel Hayat konularını düzenlemiştir. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel tüm bilgiler ölümünden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bildirgenin 5. Bölümü Bakım ve Tedavi, 6. Bölümü de Başvuru konularını düzenlemiştir. Herkes, kadın ve erkek olarak koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarının karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı, ayrımsız ve maddi, insani, finansman kaynaklarından bağımsız, ayrımsız olarak verilen ve toplumsal nitelikte olmalıdır.

Evde bakım; çeşitli nedenlerle kesintiye uğrayan yaşam sürecinde sağlığın yeniden kazandırılması, yaşam standartlarının korunması ve sürdürülmesini, yani; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakım sürekliliğinin etkili bir biçimde sürdürülmesini amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Durumları evine gönderilmesine uygun

olan hastalar için ayaktan veya evde bakım hizmetleri olmalıdır. Bildirge, günümüz evde bakım hizmetlerinin gerekliliğine de vurgu yapmaktadır.

6. bölümde hastalar, haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde, şikayet için başvuru olanağını elde etmişlerdir (Erdemir, Elçioğlu,2000; Er,2008,Sert,2004).

### ***1995 Dünya Tabipler Birliği Bali Hasta Hakları Bildirgesi:***

Dünya Tabipler Birliği Eylül 1995'te Endonezya'nın Bali şehrinde yapılan 47.Genel Kurulu'nda 1981 yılında Lizbon'da yayımladığı Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'ni tekrar gözden geçirerek Bali Bildirgesi adıyla yayımlamıştır. Bu metin 1981'de yayımlanan metinden daha ayrıntılı olarak hasta haklarından söz etmiş, ilk bildirmede yer almayan (örneğin nitelikli bakım ve sağlık eğitimi alma hakkı, hastanın isteğine karşın yapılan müdahaleler gibi) konu başlıklarını da kapsar nitelikte olmuştur.

Hasta hakları konusundaki çalışmaların ulaştığı son noktayı vurgulamak açısından Amsterdam ve Bali Bildirgeleri ele alınıp karşılaştırıldığında temel ayrımın hastaya yüklenen anlam bakımından olduğu söylenebilir. Genel olarak, Amsterdam Bildirgesi'nin hastaya daha geniş haklar tanıyan, sağlık ekibinin yükümlülüklerini arttıran bir metin olduğu savunulabilir. Ayrıca söz konusu bildirgenin hastayı edilgen konumdan etkin bir konuma getirmeyi amaçladığı da görülmektedir.

### ***2002 Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Sözleşmesi***

Bu belge 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde temel haklara ilişkin Avrupa statüsü açıklanmıştır. Avrupa Birliği organları ile üye devletlerin sınırlayamayacağı ve bireylerin vazgeçemeyeceği, başkalarına devredemeyeceği bir grup şahsi ve ulusal haklara atıf yapılmıştır (Er,2008,Özkan,Akyıldız,2008). Birliğin insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasını garanti etmesi gerektiği belirtilmiş, Nice Statüsü'nde öne sürülen şartlardaki eksikliklerin giderilmesi amaçlanmıştır. Temel haklar statüsünde dolaylı veya direkt olarak hasta hakları ile ilgili (örneğin yaşama hakkı, doğruluk hakkı, güvenlik hakkı, kişisel verilerin korunma hakkı gibi) bazı haklar dile getirilmiştir.

Sözleşmenin ikinci bölümünde; hastalara ait on dört hak listelenmiştir.

Bu grup hakların tanımı hem vatandaşların hem de sağlık tedavisinde payı olanların kendi sorumluluklarının farkında olduklarını ima etmektedir. Verilen haklar hem görev hem de sorumluluklar ile ilişkilidir.

Sözleşmenin 3. Bölümü Aktif Vatandaşlık Hakları, 4. Bölümü de Ana Sözleşmenin Uygulama İlkeleri adını taşımaktadır.

### **2005 Santiago Bildirgesi**

Dünya Tabipler Birliği, Ekim 2005'te Şili'nin Santiago şehrinde yapılan 171.Genel Kurulu'nda 1981 yılında Lizbon'da yayımladığı Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'ni tekrar gözden geçirerek Santiago Bildirgesi adıyla revize etmiştir.

#### **3.1.2.2. Türkiye'de Hasta Hakları**

Mevzuat gözden geçirildiğinde 14.4.1928 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, sağlık hizmeti veren tabipler, diş tabipleri ve dişçiler, sünnetçiler, hastabakıcı ve hemşireler ile ilgili mesleki hizmetlerin nasıl verileceği, bu kişilerin sahip olmaları gereken özelliklerin neler olması gerektiği konularını aydınlatmaktadır. Hastanın onamını almayı zorunlu kılan, hangi durumlarda onam alınması gerektiğini hükme bağlayan 70.madde, hasta hakları bağlamında önemli bir metin olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi girişimin ön şartı olarak hastanın onamının alınmasını şart koşan bu madde içerisinde onamla bağlantılı olarak bilgilendirme konusu dile getirilmemiştir.

6.05.1930 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanmış olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu içerisinde özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi konusu, adı geçen kanununun 104. Maddesinde açıklığa kavuşturulmuştur.

19.02.1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde "İnsan sağlığının korunması yanında kişiliğe saygı gösterilmesi, (2.madde) sağlık hizmetlerinin ayırım yapılmaksızın sunulması, hukuki zorunluluk bulunmadıkça sırların ifşa edilemeyeceği, hastanın kimliğinin açıklanamayacağı (4. madde) konuları hükme bağlanmıştır. Günümüz hasta hakları belgelerinde dile getirilen aşağıda listelenen konular: Hastanın hekimini serbestçe seçebileceği (5. madde), hekimin tedavi usulünü belirlemede tamamen serbest olacağı (6. madde), insanlar üzerinde tecrübe maksadı ile hiçbir cerrahi müdahalede bulunulamayacağı (11. madde), tabip ve dış tabibinin hastasına ümit vererek teselli edeceği, hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle artması ihtimali bulunmadığı takdirde teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi gerektiği (14. madde), tabip ve dış tabibinin acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası

halleri hariç olmak üzere mesleki veya şahsi sebeplerle hastasına bakmayı reddedebileceği (18. madde), eğer hasta konsültasyon yapılmasını isterse tabip veya dış tabibinin bu isteği kabul edeceği (24. madde) Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi içinde yer almaktadır.

1961 Anayasa'sının 49.maddesine göre de devlet, sağlık hakkını bir görev olarak yüklenmiştir. Herkesi eşit ve adaletli bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlandırma yönünde çalışmalar başlatmıştır (Sert,2004).

İleriki yıllar içerisinde, 3.06.1979 tarih ve 16655 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan, kabul tarihi,29.05.2979 olan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Aşılması ve Nakli hakkında kanun içerisinde yaşayan kişiden organ alınması konusunda onamın nasıl sağlanacağı ve şekli açıklığa kavuşturulmuştur (6. madde). Adı geçen kanunun 7.maddesinde bilgi vermenin hangi içerikte ve kimlere karşı olacağı açıklanmıştır. 1982 Anayasa'sının 17. maddesinde kişinin vücut bütünlüğünün korunması güvence altına alındığı gibi, kişilerin deneylere tabi tutulabilmesi için onamın şart olduğu dile getirilmiş, devletin sosyal ve ekonomik hakların sağlanması konusunda ödevinin altı çizilmiştir (Sert,2004).

27.05.1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan kabul tarihi 24.05.1983 olan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'da da yapılacak müdahalelere ilişkin hasta onamının alınması konusuna açıklık getirilmiştir.

01.08.1998 ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, hasta haklarını somut olarak göstermek, sağlık hizmetinin verildiği her yerde, sağlık hizmetini alan herkesin faydalanmasını, hak ihlallerinden korunmasını, gerekirse hukuki yollara başvurabilmesini sağlamak amacı ile yayınlanmıştır. Yönetmeliğin yayımı sonrasında; 13.01.2005 tarihli Hasta Hakları Genelgesi'nde hasta hakları uygulamalarında dikkat edilecek hususlar açıklığa kavuşturulmuş, Hasta Hakları Kurul Başkanı ve Birim sorumlularının bu konuda hizmet içi eğitim almış kişilerin arasından görevlendirileceği, Hasta Hakları Birim Sorumlularının, birimlerde tam zamanlı olarak çalışacakları ve kendilerine hastane içinde ya da dışında ikinci görev verilmemeye özen gösterileceği, birimlere yapılan başvuruların on beş iş günü içinde sonuçlandırılacağı açıklanmıştır.

26.04.2005 tarih ve 3077 numaralı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi yayınlanmıştır. Yönergenin amacı, hasta hakları uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde, herkesin hasta haklarından faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usullerin belirlemektir.

23.03.2009 tarih ve 2009/21 sayılı Hasta Hakları Uygulamasına ilişkin Genelge'ye göre; vatandaşların sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmelerini temin için hastaların hak ve sorumluluklarını belirten materyaller ile bilgilendirilmelerinin, ayrıca hastaların hastane içinde daha etkin ve verimli hizmet alabilmeleri için işleyiş konusunda da yeteri derecede bilgilendirilmelerinin sağlanması konularına vurgu yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta ve hizmet verenler arasındaki iletişimin önemine değinilmiş; güvenlik, temizlik ve diğer hizmet alımlarındaki şirketlerin çalışan personelleri dahil olmak üzere bütün hastane çalışanlarının iletişim eğitimi almaları şartı konulacağı açıklanmıştır.

### **3.1.2.3. Hasta Hakları Yönetmeliği**

Bu yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

Yönetmeliğin ikinci bölümü, Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı başlığını taşımaktadır. Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Adalet ve hakkaniyete uygun hizmet verme görevi sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personele verilmiştir. Hakkaniyete uygun tedavi olma özelliğinin tedavi hizmetlerinin her aşamasında bulunması gerekir (Sert,2004).

Bu başlık altında hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluşta verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Hastanın, tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiğı sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkı vardır. Hastanın hekimini seçme hakkı, daha çok insana verilen değer ve saygıdan kaynaklanmaktadır (Sarıtaş,2005).

Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Hastanın bazen dinsel ve düşünsel sebeplerle hekimi seçme konusunda bir tercihi olabilir. Hekim açısından tıbbi müdahalede bulunurken kadın-erkek gibi cinsiyet ayırımı yapma hakkı söz konusu değildir. Ancak hasta açısından mevcut imkanlar içerisinde böyle bir tercihi varsa bu tercihinin kul-lanabilmesi gerekir (Sütlaş,2000; Sarıtaş,2005).

Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Sağlık Mevzuatımızda da vurgulandığı şekli ile hastaya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun yaşam hakkından vazgeçilemez. Personel, hastanın durumunun gerektirdiğı tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur. Yönetmeliğin üçüncü bölümü Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı başlığını taşımaktadır. Hastanın kendi durumu hakkında bilgi sahibi olması en temel hasta haklarından biridir.

Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir.

Aydınlatılmış onam; riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın, hasta tarafından "gönlülikle

kabulü" olarak tanımlanabilir. Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı aynı zamanda hekimin aydınlatma yükümlülüğünün hukuksal temelini ve ölçütünü oluşturmaktadır (Hakeri,2007).

Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilme ve bir kopyasını alma hakkına sahiptir. Kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması uygundur. Yönetmelik, umudu koruma ilkesinin önemine vurgu yapmaktadır. Ayrıca hastanın mevcut durumu ile ilgili bilgilerin başkasına verilmemesi, hastanın mahremiyetine saygı kapsamında ele alınabilir.

İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında hasta, sağlık durumu hakkında kendisine, ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta, mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyet, bizim başkaları tarafından ne ölçüde tanınıp bilindiğimiz, başkalarının fiziksel olarak bize ne ölçüde ulaşabilir oldukları, bizim başkalarının ilgi ve dikkatinin ne ölçüde nesnesi olduğumuz hususlarıyla yakından ilişkili bir kavramdır. Mahremiyet hakkı, bireylerin, grupların veya kurumların, diğerleriyle iletişime girdiklerinde kendileri hakkındaki bilgiyi ne zaman, nasıl, ne ölçüde vereceklerini belirleme yetkisini de ifade eder. Mahremiyetin korunması hakkı, mahremiyete saygı gösterilmesini de kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca onamı alınır.

Tıbbi müdahalelerde hastanın onamı gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın



tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Aydınlatılmış onam, hasta özerkliğine duyulan saygının ifadesidir. Kuşkusuz, doktorla hasta arasında tıbbi bakımın yönünün belirlenmesi için karşılıklı ilişki ve uyumu gerekli kılar. Birçok çalışma, hastanın doktorundan bilgi istediğini de ortaya koymuştur. Doktorun tanı aşamasından başlayarak bilgi vermesi onun etik sorumluluğunun bir sonucudur. Aydınlatılmış onam hastanın kabul veya ret ifadesi ile sona erer. Önerilen girişimin kabul veya reddi imza altına alınmalıdır (Jonsen, Siegler & Winslade, 2006).

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Hastanın tedaviyi reddetmesi bazen gizemli ve anlaşılmaz olarak değerlendirilebilir. Hasta tedaviyi reddettiğini açıklayabilir ancak nedenlerini ifade etmeyebilir. Yararlı olma ve özerklik ilkesi bu durumda karşı karşıya gelmektedir. Tıbbi bakımda bu durum seyirci kalınacak bir durum olamaz. Çözüm bekleyen bir durum olduğuna dikkat etmek gerekir (Jonsen, Siegle & Winslade, 2006).

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müraعاتında hasta aleyhine kullanılamaz. Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz.

Kişinin araştırmalara katılması onun aydınlatılmış onamı ile mümkün olabilecektir. Bu kapsamda yönetmelik araştırmalarla bağlantılı olarak hem etik kurullardan hem de bakanlığın izninden söz etmektedir.

Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakkı vardır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde, hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bu yaklaşım insan hakları belgelerinde ifade edilen din ve vicdan özgürlüğüne saygı olarak değerlendirilebileceği gibi, laik anlayışa da uygundur (Sert, 2004).

Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.

Hasta hakları yönetmeliğine göre, hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Yönetmelik, diğer uluslararası hasta hakları bildirgelerinde de olduğu gibi, sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu ve hastalara başvuru yollarını detaylandırmıştır (Hakeri, 2007; Sert, 2004).

#### 4. HEKİM HAKLARI

Hasta hakları ve gelişimi, hekimlere karşı olan bir kavram değildir. Öyle de görülmemelidir. Hekim-hasta ilişkisi eşit güçlerin karşı karşıya geldiği bir ilişki olmadığı için edilgen, kırılğan, pasif taraf olan hastaların haklarının koruma altına alınması gerekir. Hastalar da bu haklarını, hekimlerden, sağlık çalışanlarından, sağlık kurumlarından talep edeceklerdir. Diğer bir ifadeyle hastaların hakları, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yükümlülükleri olarak ifade edilebilir (Giritlioğlu,2007).

Hekim merkezli kararlar yerini artık hasta merkezli kararlara bırakmaktadır. Hastanın özerkliği, hekim-hasta ilişkisini belirleyen en önemli etik değer haline gelmektedir (Aydın,2006). Çeşitli kaynaklarda hastanın yükümlülükleri listelenmiştir. Bu yükümlülük dizinleri dikkatle incelendiğinde söz konusu yükümlülüklerin hekimlerin haklarına temel olduğu görülmektedir (Hakeri,2007; Sarıtaş,2006; Özkan&Akyıldız, 2008).

Genel bir tasnif yapmaya çalışırsak, hekim haklarını üç başlık altında inceleyebiliriz.

1. Hekimlerin bireysel hakları
2. Hekimlerin toplumsal hakları
3. Hekimlerin hastaları ile ilişkilerinden doğan hakları

##### 4.1. Hekimlerin Bireysel Hakları

###### 4.1.1. Hekimlerin temiz ve çağdaş sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışma hakkı

Kuşkusuz her hekimin temiz ve çağdaş bir sağlık kurumunda çalışma hakkı olmalıdır. Hekimin sağlık hizmeti sunarken çalıştığı kurumun ihtiyaçlara cevap verecek, günün gereklerine göre donatılmış olması beklenir. Aksi halde hem hekimin hem de sağlık kurumlarının sorumluluğu doğacaktır (Özkan &Akyıldız, 2008).

#### **4.1.2. Bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı**

Tanı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili olarak hekimin, yenilikleri takip etmesi ve uygulaması beklenir. Hastalara gereken yaklaşımların eksiksiz yapılabilmesi, bilimsel çalışmaların içinde olmayı, çalışma sonuçlarını paylaşmayı, yenilikleri mevzuat çerçevesinde uygulamayı zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle hekimlerin yeterli düzeyde bilimsel gelişmeleri izleme hakkı olmalıdır. Bu hak hekimin başarısında büyük rol oynayacağı gibi, çağdaş tıbbın uygulanması ve hekimin kendisini yetiştirmesi ve güncellemesi anlamında büyük önem taşımaktadır.

#### **4.1.3. Meslektaşları arasında karşılıklı saygılı davranılma ve güvenilme hakkı**

Saygı, sosyal düzeni ayakta tutan, ahlaki değerleri pekiştiren bir davranışlar bütünüdür. Sağlık hizmeti bir ekip işidir. Hastanın hekimine güvenmesi kadar hekimlerin kendi aralarında da bu güveni ve saygıyı hak etmiş olmaları beklenir. Bilimsel bilgi ve deneyimlerin paylaşılması da güven duygusu temelli olarak en çok hastanın işine yarayacaktır.

#### **4.1.4. Gereğinden fazla hastaya bakmama hakkı**

Hekimlik mesleği özen, dikkat gerektiren yüksek riskli bir meslektir. Ülkemizde hekimlerin aşırı hasta yükü ile karşı karşıya oldukları bilinen bir gerçektir. Yorgun bir hekimin sağlık hizmeti gibi zor bir görevi yerine getirmeye çalışması onun verimini düşürecektir. Kendisine gerekli zaman ayrılmamış hasta da hekim de süreçten memnun değildir. Yeterli zaman ayrılmadığı için hekimin hata ve yanlışlık yapma olasılığı yükselmektedir. Hekime belli sayıda hasta bakma fırsatının sağlanması onun temel haklarından biridir.

#### **4.1.5. Hekimin yeterli düzeyde gelir elde etme hakkı**

Hekim, gerek kendi iş yerinde gerekse çalıştığı sağlık kurumunda verdiği sağlık hizmetinden dolayı ücret talep etme hakkına sahiptir. Çalışmanın karşılığını almaktan vazgeçilemez. Yeterli maddi gelire sahip olmayan ve bu yüzden bilimsel gelişmeleri izleyemeyen, yaşamsal koşullarını sağlayamayan bir hekimin içinde bulunduğu durum istemese de onun mesleki uygulamalarına yansıtılabilecektir. Hekim verdiği hizmetin karşılığını alamadığı takdirde, alacağını talep etme ve dava hakları yasaca kendisine verilmiştir. Yaptığı hizmetin karşılığını isteme hakkı, hekimin önemli haklarından biridir (Özkan & Akyıldız, 2008).

#### **4.1.6. Hekimin meslektaşları arasında dayanışma ve yardımlaşmayı isteme hakkı**

Dayanışma; bir toplum veya grup içinde yer alan fertlerin kendi aralarında veya grupların birbiriyle olan sosyal ilişkilerinde karşılıklı yardımlaşma, işbirliği, ortak tavır ve müşterek faaliyetlerine bağlı olarak gelişen sosyal bağlılık duygusu olarak tanımlanabilir (Seyyar,2003).

Ülkemizde bu hak, hekimlik meslek etiği kuralları arasında özel bir konuma sahip bulunmaktadır. Türk Tabipleri Birliği, Tabip Odaları ve diğer hekim örgütleri dayanışma ve yardımlaşmayı destekleyecek örgütlerdir. Bu bakımdan dayanışma ve yardımlaşma hakkı diğer hakların kazanılmasında öncül konumdadır (Özkan &Akyıldız, 2008).

#### **4.1.7. Tıp etiği ilkelerine bağlı olunmasını isteme hakkı**

Hekimden mesleki etik ilkele bağlı olarak hizmet vermesi beklenmektedir. Birlikte hizmet verdiği kişilerin de bu ilkelere bağlı olmasını istemesi doğaldır. Günümüz tıbbı, hekimi zaman zaman etik ikilemlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Böyle durumlarda hekimin etik danışman görüşü alması, etik kurullardan yardım istemesi de onun hakları içinde yer almalıdır.

#### **4.1.8. Mesleğini özgürce uygulama hakkı**

Özgürlük, kişinin başkalarına ve kendisine zarar vermemek şartıyla her istediğini yapabilme keyfiyetidir. Özgürlük, insanlara yeteneklerini gün ışığına çıkarma şansı da vermektedir. Hekim sağlık hizmeti verirken, kendisine etki yapılamamasını, hareket serbestisi oluşturulmasını isteme hakkına sahip olmalıdır.

#### **4.1.9. Hekimin sağlıklı olma ve güvenliğinin korunmasını isteme hakkı**

Sağlıklı olmak her kişi için vazgeçilmez bir haktır. Sağlık hizmetlerinin eksiksiz sunulmasında öncelikle hekimin kendisinin sağlıklı olması gerekir. Bu hak kişi sağlığı ile ilgili olduğu gibi kamu sağlığını da koruyucu bir nitelik arz etmektedir. Güvenlik, hayatta kalabilmeyi ve sosyal refahı etkileyen muhtemel tehlikelerden ve sosyal risklerden korunmayı sağlayan tedbirler bütünüdür. Çalıştığı ortamda kendi can güvenliği sıkıntısı yaşayan hekimden mesleğini üst düzeyde sürdürmesi beklenemez. Bu bakımdan hekime çalıştığı ortamda güvenlik içinde olma hakkı verilmelidir.

## **4.2. Hekimlerin Toplumsal Hakları**

### **4.2.1. Sağlık politikalarının belirlenmesine katılma hakkı**

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması her aşamada uzman görüşüne gereksinim duyar. Hekimlik uygulamalarının sınırlarını hukuk çizer, gerek yeni yöntem ve uygulamaların kullanım alanlarının gerekse uygulamaların toplumda gerçekleşmesi koşullarının belirlenmesinde hekimler, sağlık politikalarının oluşturulmasında söz sahibi olmalıdır. Yürütülecek sağlık hizmetlerinin uygulayıcısı hekimlerdir. Hizmeti yürütecek olan hekimlerin neyin doğru ve neyin yanlış olduğuna dair söz haklarına sahip olması kaçınılmaz bir haktır (Aydın,2006).

### **4.2.2. Siyasi, sosyal hiçbir baskı altında olmama hakkı**

Her hekim mesleğini uygularken herhangi bir baskı altında kalmadan uygulama hakkına sahiptir. Siyasi ve sosyal olaylarda hekimler bağımsız olarak tıbbi değerlendirme ve girişimlerini yapmak durumundadırlar. Bu durum bazı ulusal ve uluslararası bildirgelerde (örneğin Tokyo Bildirgesi'nde) dile getirilmiştir.

## **4.3. Hekimlerin Hastaları Karşısındaki Hakları**

### **4.3.1. Hekimin hastadan saygılı davranılmayı bekleme hakkı**

Söz konusu bu hak hekim hasta ilişkisinin sağlıklı yürütülmesi açısından önemlidir. Hasta hekimine güven duymuyorsa sunulan sağlık hizmetinin başarısı mümkün olmayacaktır. Güven, içtenlik, samimiyet, dürüstlük gibi ahlaki öğeleri de kapsayan davranışları içerir. Hastanın hekimine güvenmesi ve güven sonucu saygı duyması önemlidir. Bu hakkın hekimce talep edilmesi en doğal hekim hakkı olarak göz önünde tutulmalıdır.

### **4.3.2. Hastadan ayrıntılı bir içerikte tıbbi öykü alma hakkı**

Etkili ve başarılı bir tedavi, hastanın işbirliği olmaksızın mümkün olmaz. Hasta tedaviyi başarısız kılacak davranışlardan kaçınmakla yükümlüdür. Hasta kural olarak işbirliğine zorlanmaz. Ancak işbirliği yapmamasının hukuksal sonuçlarına katlanmak zorunda kalır. Hastanın işbirliğini reddetmesi durumunda Borçlar Kanunu'nun 44.maddesi uyarınca meydana gelen zarardan kendisinin de kusurlu olduğu kabul edilir. İşbirliği yükümlülüğü öykü alma aşamasında başlamaktadır. Bu aşamadan başlayarak yükümlülüklerini yerine getirmemesi tedaviyi olumsuz yönde etkileyeceğinden hekimin ayrıntılı bir içerikte öykü alma hakkını gündeme getirmektedir.

### **4.3.3. Hastadan doğru ve gerçek bilgiler alma hakkı**

Hekimin sağlıklı bir teşhis koyup ona göre tedavi uygulayabilmesi için hastanın da hekimine doğru bilgi vermesi, eksik bilgi vererek hekimini yanıltmaması beklenir (Sarıtaş, 2005). Hastanın önceki hastalıklarını, alerjilerini, ameliyatlarını, kazaları, hamileliklerini bildirmesi gerekir. Bu bilgilendirmede diğer tarafın özel yararının bulunması durumunda bir yükümlülük hali alır (örneğin hekimin diğer hastaları korumakla yükümlü olduğu bulaşıcı bir hastalığa ilişkin bulguları bildirmesi gibi). Hekimin tedaviyi bilimsel gerçeklere ve etik kodlara uygun yürütebilmesi için hastadan doğru bilgi alma hakkı vardır (Hakeri,2007)

### **4.3.4. Hastanın tedavisi ile ilgili usul ve yöntemi seçme hakkı**

Tedavi sözleşmesi dolayısıyla hekim bulguları belirlemek ve doğru teşhis koyabilmek için hastayı modern teşhis araçları ve olanaklarıyla muayene etmek zorundadır. Muayene teşhisin bir parçasıdır ve hekimin ana yükümlülüklerinden biridir. (Hakeri, 2007). Uygulamada hekim, kendi mesleki bilgi ve becerisi dahilinde hastasının tedavisi için gerekli yöntemi belirlemede özgür hareket etme hakkına sahiptir. Bu hak hekimin hiçbir baskı altında kalmadan özgür kararlar alıp uygulayabilme hakkı ile birlikte değerlendirilmelidir.

### **4.3.5. Hastaya iyileşme garantisi vermeme hakkı**

Hekimin hastaya iyileşme garantisi vermeme hakkı, hekimin serbestçe sağlık hizmeti vermesi açısından çok önemlidir. Böyle bir vaat sonuca ulaşamadığı takdirde hekime duyulan güvenin zayıflamasına yol açar. Hastaya verilen hizmetlerden her zaman yararlı sonuç alınması beklenmemelidir (Özkan & Akyıldız,2008; Sarıtaş,2005).

Sağlık Mevzuatımız içinde Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 13. Maddesi hekimin hastasına iyileşme garantisi vermeme hakkını dile getirmektedir.

### **4.3.6. Hastanın tanı ve tedavi sürecinde yapılacak işlemlere uymasını bekleme ve hekimin hastanın tedavisini üstlenmeme ya da yarıda bırakma hakkı**

Etkili ve başarılı bir tedavi işbirliği olmaksızın mümkün olamaz. Hasta tedaviyi başarısız kılacak davranışlardan kaçınmakla yükümlüdür. Ancak işbirliğine girmemenin olumsuz sonuçlarına katlanmak zorundadır. Burada esas, hastanın kendi yararına olan bir ge-

rekliliktir. Bu durum daha çok tedavinin başarısı için hastanın çaba göstermesi olarak dikkate alınmalıdır (Hakeri, 2007).

Hastanın hekimin tavsiyelerinin reddetme, uymama gibi özgürlüğü olmasına rağmen hekimin tavsiyelerine uymaması, hastanın olumsuz ve sorun yaratan davranışları karşısında hekime hastanın tedavisini yarıda bırakma hakkını vermektedir. Ancak hekim hastaya sağlık hizmeti vermeye başlamışsa bu hizmeti yarıda bırakamaz, bu durumda hastayı başka bir hekime yönlendirmesi gerekir. Bu hakkın kullanılmasında hekim hastasına gerekli uyarıda bulunma ve bilgi verme yükümlülüğünü yerine getirmelidir (Hakeri,2007; Özken & Akyıldız, 2008; Aydın, 2006).

## Kaynaklar

- Aral, V. (2001). *Hukuk ve Hukuk Bilimi Üzerine*. İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Aydın, E. (2006). *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Bayraktar, K. (1972). *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*. İstanbul.
- Cevizci, A. (2002). *Felsefe Sözlüğü*. İstanbul: Paradigma
- Cevizci, A. (2008). *Etiğe Giriş*. İstanbul: Paradigma
- Çobanoğlu, N. (2007). *Tıp Etiği*. Ankara: İlke yayınevi.
- Er,Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*. Ankara: Savaş Yayınevi.
- Erdemir, AD. Elçioğlu, ÖŞ. (2000). *Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları*. Ankara: Ortadoğu Reklam ve Tanıtım Yay.
- Ersoy, N. (2003). "Aydınlatılmış Onam". Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel, Şahin Aksoy (Ed) *Çağdaş Tıp Etiği* (s.204-234). İstanbul: Nobel yayın Dağıtım.
- Frankena, W. (2007). *Etik*. (Çev: A. Aydın) Ankara: İmge Kitabevi, (1973).
- Gemalmaz, MS. (1997). *Ulusal üstü İnsan Hakları Hukukunun Genel Teorisine Giriş*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hakeri, H. (2010). *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hatun, Ş. (1995) *Hasta Hakları*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Hazlit, H. (2006). *Ahlakın Temelleri*. Ankara: Liberte Yayınları, (1964).
- Jonsen, AR, Siegler, J, Winslade, W. (2006). *Clinical Ethics*. New York: Mc Graw-Hill comp.
- Nuttall, J. (1997). *Ahlak Üzerine Tartışmalar* (Çev. A. Yılmaz). İstanbul: Ayrintı Yayınları, (1995).
- Oğuz, NY. Büken, NÖ. Kucur, DK. (2005). *Biyoetik terimleri Sözlüğü*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yay.

- Özcan, B.G. Özel, Ç. (2007). Kişilik Hakları-Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla hukuki ilişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve aydınlatılmış Rızaya İlişkin Değerlendirmeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 10(1):49-73.
- Özkan, H. Akyıldız, SÖ. (2008). *Açıklamalı-İçtihatlı Hasta –Hekim hakları ve Davaları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Pieper. A. (1999). *Etiğe Giriş*. (Çev: V. Atayman, G. Sezer). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, (1994).
- Sarıtaş, H. (2005). *Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu*. Ankara: Bilge Yayınevi.
- Sert, G. (2004). *Hasta Hakları. Uluslar arası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*. İstanbul: Babil Yayınları.
- Seyyar, A. (2003). *Ahlak Terimleri (Ansiklopedik Sözlük)*. Kırklareli: Beta Basım Dağıtım.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Çiviyazıları.
- Tepe, H. (1992). *Etik ve Metaetik*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yay.
- Uygur, A. (2009). *Hekimin Sözleşmeden Sorumluluğu*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Yücel, Y.F.(2010).” Hak ve Menfaat Üzerine bir İnceleme”. *TBB*,(91): 335-357



# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM KAVRAMI VE İLETİŞİM BECERİLERİ

## *Giriş*

İletişim sözcüğü dilimize ilk olarak muhabere kelimesi ile girmiştir. 19. yüzyıl sonları ile 20. yüz yıl ilk yarısına kadar dilimizde kullanılan ve iletişim sözcüğünü kısmen anlatmaya yarayan türemiş bir isimdir. Arapçadan dilimize geçtiği sanılmaktadır. Daha çok "haberleşme" anlamına gelmektedir. Kelimenin ilk olarak 1900 tarihli Şemseddin Sami sözlüğünde yer aldığı tespit edilmiştir +(TDK; Şemseddin S. 2009).

Günümüzde muhabere sözcüğünün yerine daha geniş anlamlar içeren iletişim sözcüğü kullanılmaktadır. Bu sözcük düşüncelerin ve görüşlerin sözlü veya sözsüz (beden dili) yöntemlerle karşılıklı alışverişidir. Bu alışveriş süreci tarafların birbirlerini anlama süreci olarak tanımlanır. Dökmen'e göre; iki canlı sistem arasındaki bilgi alış verişini iletişimdir. (Dökmen, 2002).

Bazı tanımlamalar verilmesine rağmen insan odaklı ve gelişmeye açık bir bilim dalı olduğu için iletişimin tanımını yapmak oldukça zordur. İletişim kuramının tüm dünyada bilimselleşmesinin öncülerinden John Fiske'ye göre; iletişim imgeler, simgeler rolüyle gerçekleşir. Fakat bireyin ait olduğu kültürün de iletişim süreçlerinde önemi vardır. (Fiske, 1990). Ülkemizde sağlık iletişimi konusunda çalışan Tabak'a göre; 'iletişim, insanların kendilerini anlayabilmek, başkalarına anlatabilmek, başkalarını tanımak ve etkilemek amacıyla kullandıklarını' ifadeler bütünüdür. (Tabak, 2003).

## *Aile Sağlığı Merkezinde İletişim*

Aile sağlığı merkezi (ASM) işletme bilimi terminolojisine göre bir işletme ve aynı zamanda bir örgüttür. ASM'de örgüt kültürü bağlamında bir iletişim süreci söz

konusudur. Örgüt kültürü merkezli iletişimden kasıt, örgüt üyelerinin işletmelerini, rollerini ve görevlerini anlamak ve anlatmak amacıyla gerçekleştirdikleri iletişim sürecidir.

Türkçe sözlük örgüt kavramını, “ortak bir amacı gerçekleştirmek amacıyla bir araya gelmiş kurumların ya da kişilerin oluşturduğu birlik” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre ASM, Hastane, Üniversite, Belediye, Fabrika, Kamu yararına çalışan dernek vb. bu tip örgütlere örnektir. Her örgütün temelinde insanlar ve insanların vücudundaki sinir sistemi gibi her örgütün her tarafını saran iletişim ağları vardır.

### **A- Sağlık Örgütlerinde İletişim**

Sağlık iletişimi, bireyleri yalnızca tek bir eyleme yöneltmeye yönelik uygulamaları değil, sağlık davranışıyla ilgili diğer koşulları da dikkate almak durumundadır. Bireylerin sağlıkla ilgili “benden uzak” tutumu, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusundaki iletişim ve eğitim çalışmalarına önemli bir engel oluşturmaktadır. Tutum değişikliğinin sağlık davranışına dönüşmesinde sosyal, çevresel ve benzeri ilişkilerin rolü büyüktür (Tabak, 2003).

Sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi alanında iletişim, bilgilendirme boyutunun üzerinde, davranışa yönelik biyo-psiko-sosyo etkileşim yönündedir. İletişimin yaygın anlamı da budur. İletişim düzeyleri kişiler arası iletişim, grup iletişimi, örgüt iletişimi ve toplumsal iletişim olarak ele alınır.

Sağlık iletişimi konusundaki çalışmalar ancak sağlık stratejilerinin hedefleri haline gelir. Bu stratejilerden politikalar üretilirse sağlık iletişim becerileri etkili olur ve hedefine varır. Sağlık politikaları sadece doğru sağlık bilgilerini, doğru zamanda doğru bireylere ileterek etkili bir sağlık iletişimi oluşturmuş olmaz. Aynı zamanda süreç içinde iletilen bilgilerin davranışa dönüştürülmesi gereklidir. Bu süreçte ise bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, fiziksel ve ekonomik yapısı iletişimin etkili olmasını sağlar.

### **B- Sağlık Örgütlerinde İletişim Sürecinde Gözetilmesi Gereкли Kurallar: (Aktürk 2000).**

- Kime göre, neye göre, ne zaman, nerede ve nasıl ileteceğimizi bilmek,
- Anlatmak ve aktarmak istediklerimizi kısa, öz ve anlaşılır bir biçimde aktarabilmek,
- Akıcı ve karşımızdakinin/ karşımızdakilerin anlayacağı bir dille ve onlarla göz teması kurarak konuşabilmek,

- Verdiğiniz mesajların alınıp alınmadığını fark etmektir. Alınmadığında veya alınmak istenmediğinde iletişim yollarını tıkamak için ısrar etmemektir.
- Sabırlı olmak ama susup iletişim kazaları önleme amacı ile hedefe ulaşmaktan vazgeçmemektir. Uygun zamanda tekrar iletişim kurma yollarını aramak esastır. İletişim asla kesilmemelidir.

### ***C- Sağlık Örgütlenmesinin Birinci Basamağı Olan ASM'de Sağlık İletişiminin Biyo-Psiko-Sosyal Yaklaşımı Sürecinde Rol Alan İletişim Süreçleri:***

1. Hasta-Hekim ilişkisi, Kayıtlı sağlıklı birey ve Aile Hekimi İletişimi
2. Hasta-Aile Sağlığı Elemanı (ASE) ilişkisi.
3. Yönetici ASM Hekimi-Diğer ASM hekimleri, ASE ve ekibin tüm elemanları ile iletişim.
4. Hekimlerin ve aile sağlığı elemanlarının bir biri ile iletişimi,
5. ASM Ekibinin tüm elemanlarının birbiri ile iletişimi
6. Bölgedeki diğer ASM hekim, yönetici, ASE'lerinin birbiri ile iletişimi
7. ASM yönetici hekiminin TSM ve ilçe, il sağlık müdürlüğü ile iletişimi

Aile sağlığı merkezinde iletişim bilgi ve becerileri hem hastanın ASM ekibi ile hem de ekibinin üyeleri olan aile hekimi, ASE, tıbbi sekreter, temizlik görevlisi vb birbirleri ile biyo-psiko-sosyal yaklaşım içinde bulunmaları için kullanılır. ASM de iletişim becerileri sırf bilgi aktarımı için değil, hastaların ASM ekibini, ekibin üyelerinin birbirlerini daha iyi anlamaları için öğrenilir ve uygulanır.

Sağlık alanındaki ve özellikle birinci basamakta ASM'de iletişim diğer iletişim alanlarından ve örgütlerden özellikle doğru algılama, anlama, anlaşılma süreçlerinin önemi nedeni ile farklılık arz eder. Ülkenin stratejik olarak öngördüğü SAĞLIK HEDEFLERİNE ULAŞILIR.

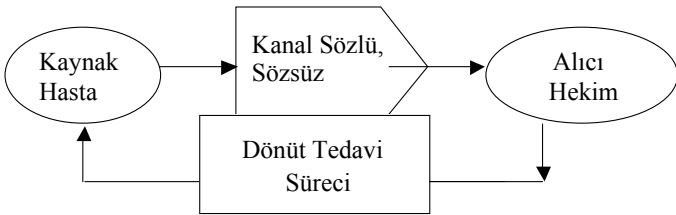
Öncelikle hastanın ASM de hekim ve hemşire tarafından doğru anlaşılması elzemdir. Eğer hasta ile hekim arasında ve hekim ile sağlık personeli arasındaki iletişim süreçleri düzgün işlerse:

1. Hasta ve hekim arasında tanı ve tedavi işbirliği sağlanır.
2. Hasta ve hekim aralarında oluşturdukları sağlık hedeflerine ulaşır. Kronik hastalıklarda ise amaçlanan en yüksek yaşam kalitesi hedeflerine ulaşılır (ASM de 1 yıllık qaly ( 1 yıl boyunca aralıklarla ölçülen yaşam kalitesi) ölçümü özellikle kronik hastalıklarda 0.85 üzerinde olması bir ekibinin stratejisi olmalıdır).

3. Hastalar hizmet aldıkları, sağlık ekibinin üyeleri çalıştıkları ASM ne örgütsel olarak bağlanırlar.
4. Anlaşıldığını hisseden ve değer verildiğini kavrayan hastalar tedavi süreçlerine özen gösterirler. Hekimleri ile işbirliği içinde olurlar.
5. Aynı şekilde ASM ekibinin çalışan hekim dahil sağlık personelinin iş birliği artar. İşbirliğinin yüksek olması personelin motivasyonu olumlu etkiler. Bu tip ortamlarda bireyin ve hastanın tanı, tedavi ve takip hizmetleri düzenli yapılır. Ayrıca hasta ekibe güvenir. Hastanın hekimine güveni birinci basamak sağlık hizmetlerinde üzerinde durulması ve ölçülmesi, takip edilmesi gerekli bir kalite indikatörüdür.

***D-ASM lerinde İletişim Sürecinin Temel Öğeleri ise sırası ile.***

- a. İleti, Karşımızdaki hastadan yada ekibimizden, çevreden, TSM ve il/ilçe sağlık müdürlüğünden gönderilen bilgi/ bilgiler
- b. İletici: Bilginin ilk kaynak noktadan yerine ve duruma göre hastaya, hekime, ASM yöneticisine ulaşmak üzere harekete geçmesi. Tanı, tedavi, takip süreçlerinde kaynak hastadır. Bilgi semptom şeklinde ilk oradan çıkar.
- c. Kanal, İletişim sürecinin gerçekleşmesini sağlayan tüm etkenler. Hastanın anamnezi, TSM ve il, ilçe sağlık müdürlüklerinin gönderdiği mevzuat.
- d. Hedef, alıcı, (Dönüt): İletilen bilgiyi alan kişi veya kişilerden oluşur. İletilen mesajın muhatabının iletişimin sağlıklı olup olmadığı konusunda bilginin ilk kaynağına bir tepkide bulunmasıdır. Hekim hastanın anamnezini aldığı anda şikayetleri algıladığını ve ayırıcı tanı koyacağı yönünde dönüt verir. TSM vb den gelen mevzuatı alan yönetici gerekeni yapar ve cevap verir.



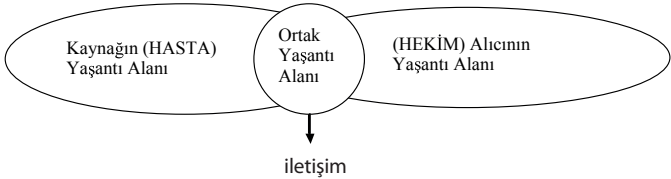
**Şekil 1.** Asm'de iletişim sürecinin temel öğeleri (Cafoğlu, 2001).

## **ASM lerinde hekim , hasta, ekip üyelerinin iletişim süreçleri**

ASM ekibinin birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek ve organize etmek için bir araya gelmeleri, eğitim düzeyleri iletişim becerileri, iş kültürleri iletişimdeki ortak yaşantı alanını oluşturur. Burada yöneten-yönetilen, yönetilen-yöneten ve aynı sorumluluk düzeyinde olan iş görenlerin iletişim sistemi belirlenir. Sağlık işletmelerinin örgütsel yapısına bürokratik (ast ve üst iletişimi) yapılanma uymaz. Sağlık örgütlerinde her hasta bir projedir. Her sağlık çalışanın görev alanı bellidir. Ast ve üste gerek yoktur. Bu tip örgütlenmelere post modern örgütler de matriks yapılanma denir. ASM çağımızın bilgi toplumu örgütlenmelerine güzel bir örnektir. Hem bağlı olduğu bölgenin birinci basamak sınırları içinde sağlığını korumakla görevlidir. Hem de ASM'ine bağlı olan nüfusu eğitmekle görevlidir. Halkın sağlık eğitiminden sorumludur. Bu nedenle ASM'nin etkin bir iletişim ağına sahip olması, iletişim kanallarının kapanmaması elzemdir.

İletişim kanalını açık tutan ve projede yani hasta tanı, tedavi, takibinde görev alan sağlık personelini ASM yöneticisi hekim, performans yöntemi ve hukuksal süreçlerle takip ve kontrol eder(Yıldırım Kaptanoğlu, 2011). İletişim sürecinde hasta ile hekim tedavinin başarılı olabilmesi için ortak bir yaşam alanı oluşturur. Tedavi sona erince ASM'de ortak alan azalır ama bitmez. Çünkü söz konusu hasta ASM hekimine hala kayıtlıdır. İletişimi devam eder. Eğer hastanın rahatsızlığı kronik ise o zaman ortak yaşam alanı daralır ama asla bitmez. Hekimle hasta sık sık iletişime girer.

Bunu aşağıdaki şekilde açıkça görebiliriz.



**Şekil 2.** Sağlık işletmelerinde hekim ve hasta arasında iletişim süreci. (Cafoğlu, 2001).

ASM'de iletişim sağlık yönetimin temel fonksiyonları olan planlama, koordine etme, yönetme, karar verme, güdüleme, denetleme görevlerinin yerine getirilmesinde önemli bir rol oynar.

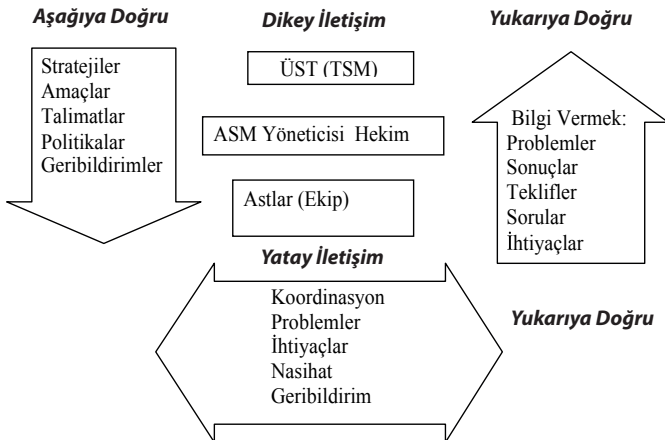
ASM'de genel iletişim yöntemleri aynı diğer örgütlerde olduğu gibi, yatay, dikey, formel ve informal iletişim olarak yapılandırılır.

Bu iletişim tipleri aşağıda tablo 1 şekil de 3. de açıklanmıştır.

1. **Formel iletişim** vardır. ASM'nin mevzuata bağlı kuralları ve amaçları çerçevesinde, kalıplara bağlı bir iletişim şeklidir.

<b>Mesajın akış yönü açısından:</b>	<b>Yapısal işleyişi bakımında iletişim</b>
<p>–Dikey Yukarıdan aşağıya doğru Aşağıdan yukarıya doğru –Yatay İletişim –Çapraz (diyagonal) iletişim</p>	<p>–Biçimsel (Formel) –Doğal (Informel)</p>

**Tablo 1.** Genel iletişim yöntemleri (uysal, 2010).



**Şekil 3.** Yatay iletişim, dikey iletişim şekilleri (Cafoğlu, 2001).

## ASM'nin Örgütsel yapısında iletinin yönü bakımından iletişim 2'ye ayrılır.

### ASM'de yukarıdan aşağıya doğru iletişim:

Çalışanlara verilen görevlendirmeler: hasta bakım, takip, tedavi eğitim toplantı ve seminerleri, gibi faaliyetler

- ASM içindeki işlem ve uygulamalar için gerekli olan bilgiler
- ASM Çalışanlarının verimliliğine yönelik öğelerden oluşur. Örneğin yazılı olanlar: Emirler, mektuplar, mail, ilan tahtası, dilekçeler vb. Sözlü olanlar: kişiye özel emirler (örneğin tıbbi sekretere veya temizlik elemanına), açıklamalar, konferanslar, telefonla görüşmeler, toplantı, halkın eğitimi vb

### **ASM'de aşağıdan yukarı doğru iletişim:**

- ASM'de hekim dahil çalışan sağlık personeline ait performans ve sorunlar hakkında bilgi verir.
- ASM'de yönetici aile hekiminin uyguladığı politika ve uygulamalarının nasıl sonuçlar verdiği
- ASM'de sağlık hizmetlerinin nasıl yapıldığı ve gelecekte nasıl yapılandırılacağı konularını kapsar. Bu iletişim şekli raporlar, sunumlar, anketler yolu ile yazılı, telefon görüşmeleri, yüzyüze görüşmeler ve toplantı yöntemi ile sözlü olur.

### **ASM'de YATAY İLETİŞİM**

- ASM'deki hekimlerin, hemşirelerin ve diğer çalışan personelin kendi içlerinde ve birbirleri arasında rutin işler için kurdukları iletişimdir.
- Yatay iletişim genellikle eşit statüde çalışanlar arasında iş akışına bağlı olarak gelişir. Yatay iletişim yolu ile ASM'de temel amacı, koordinasyon(eş güdümlü) sağlama ve problem çözmek için yol açmaktır.

### **ASM'DE ÇAPRAZ İLETİŞİM**

Bu tip iletişim şekli belki ilerde ASM'ler birleşip büyüyüp, en az 5-7 hekimin bir arada çalıştıkları kurumlar olunca gerçekleştirilebilir. Aslında ASM lerinin bölgelerine hakim olabilmeleri için büyümeleri ve ekip hizmeti vermeleri daha iyi sonuçlar verebilir. Örneğin İngiltere'de artık tek veya 2 kişi çalışan ASM'lerin çok azaldığı gözlenmektedir (Scrivener et al. 2002). Yurt dışında aile hekimlerinin belli alanlarda ilgi sahibi olmaları mümkündür. Bu tip bir yaklaşım belli kurallar çerçevesinde resmi bir çeşit üst uzmanlığa bağlanmıştır.(GP in special interest). O takdirde aile hekimlerinin de gerek aynı ASM gerekse çevre ASM'lerle konsültasyon şeklinde iş birliği olacaktır. Bu şekilde hasta zarar görmeden belirli hastalık gruplarında sevk kotası aşılmamaya çalışılmaktadır.

Hastanelerde Çapraz iletişim ise.

- Örneğin ASM deki bir hekim hastanenin dahiliye bölümünde ki bir hekimden, yada cerrahi bölümünde çalışan hekimden, veya hemşirelerden bilgi almak isteyebilir. Özetle konsültasyon bir çapraz iletişimdir. Çapraz iletişimde çeşitli departmanlar arasında ve üst -üst hiyerarşisi göz önünde tutulmaksızın iletişim kurulur.

2. **İnformel İletişim** ise: ASM'de çalışan tüm ekip elemanlarının birbirleri ile doğal olarak kurdukları ve iş kökenli iletişim ihtiyaçlarını karşıladıkları bir iletişim biçimidir. Informel iletişim kimi zaman yönetimin bilgisi dahilinde yapılır. Örneğin ASM'de kalite süreçlerinde kurulacak bir kalite çemberi ekibi, takım çalışmaları yapılması, raporlama buna örnektir. Fakat yönetsel ihtiyaçlar dışında ASM'de oluşturulan, koridorda ayak üstü yapılan sohbetler, dedikodular bu tip istem dışı gelişen iletişim tipine örnektir. ASM yöneticisi hekim bu tip iletişim yöntemlerinin olumsuz olanlarının çok fazla gelişmemesi için açık, net, liyakatli ve hakkaniyetli davranmaya gayret etmelidir.

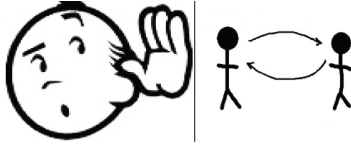
### **ASM'DE ZORAKİ KURUMSAL İLETİŞİM**

Bu tip iletişim çalışanlara ve onların istek ve beklentilerine, duygusal zeka ve insani yönlerine fazla değer vermeyen bir iletişim şeklidir. Yönetici kendi fikirlerine uygun davranmayanları azarlar. Kendi fikirleri yönünde beyanda bulunanları destekler sanki kendi kararlarını ortak karar alınmış gibi gösterir. Yönetici yapmak istediklerini toplantılar bile yapsa çeşitli baskı, tehdit ve mobbing yöntemleri ile çalışanlara kabul ettirir. Zoraki iletişim demek biraz zorlama bir ifadedir. Ortada iletişim yoktur. Sadece yönetimden çalışanlara bilgi iletilir (tebliğ edilir). Çalışanların fikirlerine ve kimliklerine değer verilmez. Yapılan toplantılardan ne sonuç çıkarsa çıksın yöneticinin etrafını saran bir takım çalışanlar diğerlerine fırsat vermez. Fikir alış olmayan altın günleri kıvamında "havadan sudan" konuların konuşulabileceği ortamlar oluşturulur. Yönetici bu konumda kalmaya devam ettiğinde eninde sonunda kayıp eder. Örgütler de çalışanlar bu tip yöneticiler olduğunda sessizleşir. Geri bildirim mekanizmaları işlemez. Çalışanlar hiçbir yönetim sürecine katılmaz. ASM maddi ve manevi zarar görür. Asla yönetilemez.(MEGEP, 2007). Bu tip iletişimler genelde kamu kurumlarında veya çok büyümüş adeta kontrol edilemez dev işletmeler haline gelmiş özel sektör kurumlarında görülebilir.

### ***Sağlık İşletmelerinde ve Özellikle ASM de İletişim Süreçleri Nasıl Olur?***

İletişim etkili dinleme sanatıdır. Öncelikle ASM ne gelen bireyi, hastayı ve yakınına dikkatli dinlemeliyiz. ASM ekibinin üyelerini de etkin dinlemeliyiz.





**Şekil 4.** Etkili Dinleme ve dinlediğini anladığını karşı tarafa özellikle hastaya anladığını belli etme aile hekimin kazanması gerekli bir beceridir.

Hekim-hasta ilişkisinde genelde her iki tarafta yabancıdır. Birbirlerini ilk defa görmektedirler. Fakat ASM de bu durum tam tersinedir. Aile hekimi ve bireyler, hastalar birbirlerini tanımaktadırlar. ASM de hekimin en güçlü yanlarından biride budur. Bu nedenle ilk karşılaşmalardan başlayarak hastanın aklında etkili dinleyen, sözünde duran, saygı ve sevgi dolu gözükme hasta ve ASM gelen bireyler ve yakınları ile düzgün iletişim kurmak esastır.

#### **a. Empati, Sempati ve İletişimde Odaklar**

Hastanın yerine kendisini kısa süreliğine koymak çok işe yarar. Bazı hekimler bunun zor, zaman alıcı ve çözümsüz olduğunu düşünürler. Fakat empati de en özgün cümle olan nerde ve nasıl olduğu değil aksine duyguları ve sıkıntılarını anladığımız hastalarımız için 'kendinizi üzgün, yorgun, sıkıntılı, anlaşılmamış, tükenmiş, kullanılmış, engellenmiş hissediyorsun" olmalıdır. Hasta ya hekime yanıtın doğruluğu ile ilgili geri bildirim verir yada daha fazla konuşmaya çekinebilir. Her iki halde de aile hekimi ısrar etmemeli hasta yanıt verene kadar susmalıdır. Hasta konuşuyorsa bu hekim için iyidir. Aile hekimi olarak yorumunuz psikiyatri bilginizle ve kitaplara göre doğru olabilir, fakat bu esnada hekim olarak sizin gözleminiz ve tarafsız yorumunuza katılmadığı zaman empati yapmış olmazsınız. Hastaya taraf olursanız sempati, karşı olursanız antipati yapmış olursunuz. Hastayı ve tedavisini takip ederek ve gözleyerek hastanın kendi içindeki kendi gerçeğini ve dolayısıyla sorunları çözmesi için kendi gücünü kullanabilmesini sağlamak onu tanıyan aile hekiminin görev alanındadır. Bu durum hem terapilerde hem de arkadaşlık ilişkilerinde geçerlidir.

Empati insanın kendisini başkasının yerine koyarak onun hissettiklerini anlayabilmek ve benzer şekilde içimizde hissedebilmek anlamına gelir. Kızılderi ilerin de dediği gibi : "başkasının çarıklarında (100 m.) yürümek, daha sonra tekrar kendininkileri giyerek yargılamadan ve eleştirmeden, akıl öğretmeden anlamaktır".

Empati eğitimi ile, empatik becerinin arttığını saptamıştır. (Dökmen, 1988).

Bu konuda bazı ip uçları verilecek olursa:

'Empati' ile 'Sempatı' birbirlerine çok benzer aralarında aile hekimini, yöneticiyi, aile hemşiresini bekleyen önemli bir tuzak vardır.

Empatide hastanın ya da ASM ne gelen bireyin duygu ve düşüncelerini anlamak esastır. Fakat hastanın veya yakınlarının duygu ve düşüncüyü anladığımızda bu duygu ve düşüncelerin sadece bize göre değil sosyal ahlaka, hukuk kurallarına ve toplumsal vicdana ve yapıya göre doğru olup olmadığına bakmamız tarafsız olarak değerlendirmemiz gereklidir. Sempatide ise; duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak, ona katılmak temeldir. Sempatı için de karşımızdakini anlamak gerekmez. Sadece onun dediklerine ve yaptıklarına, duygu ve düşüncelerine körü körüne katılmak hastaya fayda sağlamaz. Ama hastayı anlamak onun huyunu, sağlık davranışlarını bilmek ve buna göre tedavisini düzenlemek, bakımını ve takibini yapmak ve ona göre yönlendirmek hastaya fayda sağlar.

Bir hastanın dünyasına girip onu anlamak bize bir çok şey kazandırabilirken, hastanın dünyasında kalıp, sempatı duymak ve taraftarı olmak hastanın tedavisinden ve hastalık süreçlerinin etkin yönetiminden çok şeyler götürebilir ve zarar verebilir.

Ancak empati yöntemi ile neyi, ne zaman, nasıl ve neden istediğini anladığınız hastalarınız ve takip ettiğiniz bireyler sizin çözümlerini kabul ederler(Hojat ve ark.2002) .

Hasta veya bireyler istemeden sizin ürettiğiniz hiçbir çözümlü hekim de olsanız hastalar benimsemez. Onlara süre verin ama asla kendi hallerine bırakmayın. Neticede yöneticinin, hekimin, öğretmenin, hakim vb mantıklı önerilerini bireyler benimserler.

Başarılı ASM yöneticileri ve hekimleri hastaların ve yönettikleri ekibin dünyalarına girip, orada kalmadan, çıkabilmeli, onların duygularını ve düşüncelerini tarafsızca anlamaya çalışıp, yorumlayabilmeli ve çözüm üretebilmelidir(Yıldırım ve ark.2006).

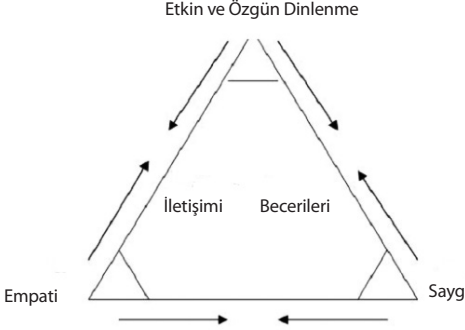
\*UNUTMAYIN ASM artık sizin bir işletmenizdir. İşletmelerde işletme ahlakı kuralları çerçevesinde müşteri memnuniyeti ve rekabet kuralları geçerlidir. ASM'ler, ahlak ilkeleri olmadan yaşamını sürdüremez. Fakat bu durum müşteri memnuniyeti kurallarına uymayı, çevre ASM'ler ile rekabet etmeyi engellemez aksine destekler. Sağlık işletmeleri müşteri iletişimi ve memnuniyetinin en üst düzeyde tutulacağı işletmelerdir.

### **b. Hasta ile İletişim Halinde İken Onu Dikkatli Dinlemeliyiz. Peki o zaman ASM'de zamanı nasıl kullanmalıyız?**

Zamanı kullanma ve zamanı yönetme öğrenilen bir beceridir. İletişim tekniklerini kullanan hekimin hastalarına zaman ayırabilme-

si için bu teknikleri öğrenmeye de ihtiyacı vardır. Öncelikle hekimin ASM'de temel görevi hastalarıdır. Hastalarına randevu vermesi, bunun için ekibi ile birlikte ASM için özel yapılmış bir web sitesi olması gereklidir. Hasta acil olmadıkça randevu ile gelebileceğini bilmelidir. Zaten hastalar acil durumlarda 112 ve hastanelerin acil servislerini kullanmaya alışmışlardır.

### Şekil 5. İletişim Becerileri Şeması.



### İp Uçları:

Tam gün çalıştığınızda (esnek mesai günleri hariç) sabah erken güne başlayın. ASM ye erken gelin. Günün Sabah dilimi için 1.10 dk lık 2 adet çalışma zamanı için kendinize randevu verilmesine izin verin.

Örneğin 9.00 işe başladınız. 10.10 da işe ara verin.

20 dk dinlenin, çay, kahve, yemek vb yöntemlerle gücünüzü kazanın. Acil olmadıkça ekibinizin size imzalatacağı, soracağı konuları bu zaman diliminde değerlendirin

Sonra tekrar 10.30 ile 11.40 arasında hastalarınızla ilgilenin. Bu arada yaklaşık 20- 25 hasta arasında bakmış olacaksınız. Kimi zaman bir hasta sadece ilacını repete ettirecekse, bilgi işlemcinize ilaç repetesine gelen hastalar için bir alarm sistemi kurdurmak ve bu hastaların reçetelerini önceden hazırlamak etkin bir zaman yönetimi yöntemidir.

Yapılan araştırmalarda aile hekimlerinin ASM de ortalama hasta bakma süreleri 10.9 dk (en küçük değer 3.8 dk, en büyük değer 15.8 dk ) olarak bulunmuştur. Bu süre hastaya, hekime ve ASM ekibinin zaman yönetim becerilerine bağlı olarak değişir.

Bu şekilde hekiminin yanında daha uzun süre kalan hastalar olursa süre yönetimi kuralları çerçevesinde telafi etmek mümkün olabilecektir. ( Swanwick, 2004).

Hekim öğleden sonra da aynı yöntem ile hastalarına bakar. Böylece daha çok ve daha nitelikli hasta bakar. Arada kalan zamanlarda ise raporların imzalanması, dinlenme ve oluşan sorunların günlük çözümü mümkün olur. ASM yöneticisi hekim öğle tatillerini ve hasta bakma süreleri arasındaki vakitleri toplantı yönetmek ve sorun çözmek için harcayabilir.

**c. ASM Yöneticisi Hekim için Toplantı Yönetimi Sürecinde İletişim.**

ASM de yapılacak toplantının konusu muhakkak belli olmalı, toplantının süresi ve hedefi olmalı bunu katılımcılar önceden bilmelidir. Yoksa toplantı da boşa zaman kaybı olur. Amacına ulaşamaz. Katılımcılara söz verilmeli, değerli oldukları ve fikirleri hissettirilmeli ve ekibin parçası oldukları iletişim yolu ve davranışlarla hissettirilmezse katılımcılar zamanla toplantıda bulunmak istemezler mazeretler uydurarak kaçmak isterler. Sonuca ulaşarak toplantı bitmelidir. Daha sonraki toplantılarda iletişimini sürdürmek için ulaşılan sonucun yaptırım ve gereklerini uygulamaya koymak önemlidir.

**d. ASM Yöneticisi Hekim ve diğer hekimler için hasta muayene sürelerinde iletişim süreçlerini koruyarak etkin iletişim.**

Çoğunlukla hastaların hekim muayene odalarında daha uzun kalmalarının nedeni onların hekim tarafından daha uzun süre muayene edilmeleri veya şikayetlerinin dinlenmesi değildir. (Stewart,1995).

***Başlıca nedenler:***

- Hastaların özellikle kış günü üst üste giyinmeleri ve muayene için soyunmalarının vakit almasıdır.
- Ayrıca hastalar hekime sosyalleşme ihtiyacı için geldiklerinde sohbet etmek istemektedirler.
- İnsanlar çevresi tarafından sadece hasta, hamile veya çocuğu hasta olduğunda dikkat çekebilmektedirler. Dolayısı ile her türlü semptomu uzun uzadıya anlatmak ve iletişim kurmak istemektedirler.
- Hastalar yakınları ile gelmekte ve onların dikkatini çekmek için hekim odasında uzun kalmaktadır.
- Ayrıca hekimin kendisine değer vermediğini ve etkili dinlemediğini hisseden hasta aynı cümleleri defalarca tekrarlamaktadır.

Yapılan araştırmalar zor hasta kadar zor hekim olduğunu ve iletişim süreçlerinin bu nedenle uzadığını göstermişlerdir (Kurtz, 2002).

**e. Algının Rolü, Etkin Dinleme ve iletişim kazalarına sebep olmaksızın konuşma ASM'de geliştirilmesi gerekli becerilerdir.**

ASM'de hasta ile iletişim kurmak için hekim ve ASE ları iyi bir izlenim oluşturması gereklidir. Ama devamında karşılıklı dürüstlük ve güven esasına dayanan bir iletişim ancak nitelikli olabilir. Zira ilk izlenimlerin oluşmasında, bireyin kendi gelenek, görenek ve kültürüne, yetiştiği çevresine göre daha önceden zihninde şekillenmiş olan şemalar ilk iletişimde daha etkin rol oynar. Örneğin bir erkek hastanın kafasında kadın hekimin yetenezsiz olacağı izlenimi varsa bu algıyı aşmak için sabırla ve işini yaparak kadın hekimin soğukkanlı olması lazımdır. Karşısındakine sadece gerektiğinde uyararak, onu dinleyip, anladığını uygun mesajlarla ileterek hastasına değer verdiğini geri dönüşüm olarak bildirmelidir.

ASM'de hekim açısından etkin dinleme hastayı ve ayırıcı tanısını anladığını, sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğu destek olacağını ama bu işbirliğini iki tarafından suistimal etmemesi gerektiğini hastaya bildirmektir. Örneğin 'sizde gördüğünüz gibi hastalar bekliyor ve yoğunuz, kendilerini kötü hissettiklerinde arayabilirler ama o zamanda kuyruklarda sizin gibi bekleyenler mağdur oluyor. Gerçekten yardıma ihtiyaçları olduklarında tabi ki siz de anlayışlı davranırsınız' vb

\* Zor insanlarla iletişim bölümünde konu ayrıntılı ele alınacaktır.  
BKZ f şıkkı Zor Hasta

**f. ASM'de yönetici hastaları veya ekibi ile iletişimde oluşan başlıca iletişim kazaları örnekleri:**

Daha ilk iletişim anında çevredekileri ve hastaları kazanmak gerekir. Bazen tüm uğraşlara rağmen hekimlerin zor hastalar ve hastaların zor hekimlerle karşılaşması olasıdır.

- Hekim hastaya: Sizin hastalığınızın sorumluluğunu almanız gerekir-İlacınızı almazsanız artık ASM'ye gelmeyin vb
- Hekim ekip üyelerine: Yapmalısın, mecbursun, yoksa sizinle çalışmak istemiyoruz.
- Kendini Örnek Gösterme: Ben olsam bu hastalığı hiç dert etmezdim. Bakın hava ne kadar güzel, kuşlar ötüyor. Güneş parlak, çıkın gezin 'hasta kendini anlaşılmamış hisseder, ben hastayım sana kolay geliyor' diye düşünür.
- Suçlama:Hastaya yada ASM ekibinin üyelerine işte şu nedenle hatalısın, gerçek şu ki.....gibi tavırlar kişinin kendini savunmasına ve iletişimini kesmesine sebep olur.

- Övgü: Hastaya siz bu hastalığın hakkından gelirsiniz. Ekibin üyelerine çok iyisiniz yaparsınız vb. övgüler bireyin kendini anlayışı ile paralel değilse kaygı oluşur.
- Anlaşılama, Ciddiye alınmama: Aman takma kafana, boş ver, dert ettiğin şeye bak gibi telkinler bireylerde ve hastalarda anlaşılmamış, hafife alınmış duygusu uyandırır.
- Yargılama: Çocukluk yapıyorsun, olgun düşünmüyorsun, sen zaten hep böylesin yargılama ve iletişimi bozar.
- Sır Saklamama: Hasta ile yada ekip ile ilişkilerde sorunları başkaları ile paylaşmak ve ilgili kişilerin başkalarından dedikodu yolu ile duymaları.... GÜVEN Duygusu'na engel olur.
- Baskı ve Şaka Yapma Yolu ile Susturma: Hasta derdini anlattığında ya da ekibin üyelerinden biri sıkıntısını dile getirdiğinde konuyu tüm ayrıntıları ile bildiği için anlatılanı şakaya alma, susması için baskı yapma vb davranışlar da iletişimi bozar.

### **İP UCU:**

Önemli olan iletişimin bozulmamasıdır. İletişim bir kere bozulduğunda geriye dönüp tekrar tamir etmek kolay değildir.

Fakat ne hekim tüm hastaları ile mükemmel iletişim kuracak ne de yönettiği ekibin üyeleri ile sorunsuz iletişim yaşayacak diye bir durum söz konusu değildir. Ancak formel iletişimin ASM'lerde hasta ile ve ekip üyesi hekimler, (ASE), tıbbi sekreter, temizlik elemanı vb. en etkin şekilde kurulmasına çalışılmalıdır. Formel iletişim yolunu kapatacak iletişim kazaları yaşanmaması temel amaçtır.

Özetle: Kaliteli bir iletişimin olmazsa olmazı olduğumuz gibi görünmektir. Güven duygusundan yoksun iletişim olamaz (Yıldırım, 2010)

### **g. Hasta ile İletişim süreçlerinde “Ben” Mesajı Yerine “Sen” mesajı.**

Aile hekimin hasta ile kurduğu “Sen” mesajı aralarındaki iletişimi engeller. Sen mesajı, sen dili olarak daha çok otoriter tavırlı hekimi temsil eder.

“Ben” mesajları karşımızdaki kişiyi suçlayıcı ifadelerden arınmış ve tümüyle kendi duygu ve düşüncelerimizi içerir. Ben mesajında hasta ile tedavi süreçlerini yönetmek isteyen bir hekim vardır. Eğer karşımızdaki hasta iletişim süreçlerini bozmak istemeyen bir hasta ise iletişimin olumlu sürmesine bu durum yardımcı olabilir. Hastaya kızgınlık hissettiğimiz durumlarda, bunu “ben” mesajı ile iletmemiz,

hastanın savunmaya geçmesini, öfkeyle karşılık vermesini, kendini kısıtlanmış hissetmesini, suçlanmasını ve konuşmaktan kaçınmasını engelleyebilir. Sizi etkin dinlemediğini yanındaki refakati ile konuştuğunu veya tartıştığını gördüğünüz bir hastaya ‘ben sizinle konuşurken lütfen beni dikkatli dinleyin’ demek yerine; ‘ben size tedavi yöntemini anlatırken kendi aranızda konuştuğunuza da ya da tartıştığınızda rahatsız oluyorum’ demek ben dildir.

Fakat en etkili iletişim tekniği de çoğu zaman sabırlı olmaktır. Örneğin: Yıllar önce “Ben” size tedavi yöntemini anlatamamışım. Tekrar anlatayım dediğim bir hastamın Bana: “Doğrudur. Anlatamamışsın. Zaten o zaman anlardım” dediği olmuştur.

Bu tip zor ve sizi dinlemeyen çok sayıda hastanız olacaktır. Hatta ASM’ye gelen her hasta sevk edilmek ve daha büyük hastanelerde bakılmak isteyecektir. Hatta size uzman olmadığınızı ifade edecektir. Her ağrıyan uzvu için ayrı bir uzmana görünmek isteyecektir. İletişim süreçlerinde hasta ile ağız dalaşına girmeden kendinizi sakin ve kavga gürültü çıkarmadan ifade etmeniz ve anlatmanız da mümkündür.

Hekimlikte sabır altın anahtardır. Ne anlattığınızdan çok karşınızdakilerin ne anladığı önemlidir. Bu nedenle hastaya hissettirmeden fakat tekrar ederek verdiğiniz bilgi pekiştirmesini sağlamanız özellikle zor hasta yönetiminde önemlidir.

#### **h. Zor Hasta ve ASM deki zor insanlardan oluşan ekip üyeleri ile İletişim Yöntemleri**

##### ***Zor hastalar ya da bireyler:***

1. Alıngan ve kendini haklı bulan kişiler, her şeyi bildiklerini iddia eden, kendi söyleyip kendi inanlar ve bilgisi kıt hastalar, sürekli küsen ve tedavi uyumunu bozan hastalar.
2. Sinsi, içten pazarlıklı, hekimler ve ekipler arasında laf taşıyan hekimleri ve sağlık çalışanlarını bir birine şikayet eden hastalar.
3. Öfke kontrolü yapamayan, saldırgan hastalar.
4. Her şeye muhalif, her şeyden ve durumdan şikayetçi ama çözüm önerisi olmayan sorunun parçası hastalar.
5. “Sadece yapmak istediğim şeyleri yapmalıyım tavrını sürdürerek kendinden istenen tedaviye uyum talepleri ret eden hastalar.
6. Kararsız tedaviyi ve hekimini benimsemeyen, hekimler arasında gezen, çeşitli yöntemlerini kulaktan dolma şekilde kendiliklerinden bilinçsizce deneyen hastalar.

7. Hiçbir şeyi umursamayan ve sorumluluk almayan hastalar. Sürekli hastalığını tedavi hekimin işi benim işim değil şeklinde söylenerek iş birliğine girmeyenler.
8. Hekime nasıl olsa ücret veriliyor bana bakmak zorunda şeklinde düşünüp esir alan hastalar vb.

Formel ilişki çerçevesinde "iletişim sıkıntısı olan her durum ASM'de hekimin başarısını, yönetebilme yetisini, verimini, iş yeri huzurunu etkiler.

ASM'de hekimi ve ekibi sürekli ve her türlü basit sorunda arayan hastalara çözüm olarak:

' sizin tedavinizi düzenledim, acil bir durum olmadıkça görüşmeyelim. Bir müddet tedavi yöntemimizin etkisini görelim'. Demek hekimi ve hastaların yakınlarını rahatlatacaktır.

Yıllardır hekim olarak geliştirdiğiniz ayrıcı tanı koyma, hasta tedavi ve takip tecrübeleriniz hekime yardımı olan ve tedavisini takip eden hasta ile hekimi taciz eden hastayı ayırt etmeye yarayacaktır.

Psikologlara göre hastaların karakter özellikleri değişmez ancak yönetilebilir.

### i. ASM'de Çatışma Çözme- ASM Yöneticisi

İngilizce çatışma kelimesinin manası 'conflict' dir. Bu kelimenin 'Akrostiş / İlkleme' şeklinde ilk harfleri yukarıdan aşağıya doğru sıralandığında çatışma yönetimini çözecek anlamlar ortaya çıkar( Arık, 2011). Örneğin:

<b>C:</b> Create a calm environment= Sakin ve huzurlu bir ortam çatışmanın çözümünde işe yarar.
<b>O:</b> Open yourself to understanding others= Başkaları anlamaya çalışmak çatışmayı engeller.
<b>N:</b> Need a nonjudgmental approach=Yargılamayan bir yaklaşım sergileyin.
<b>F:</b> Focus on the issue=Çatışma nedeni soruna odaklanın ve etkili bir dinleyici olun
<b>L:</b> Look for solutions=Çözüm üretin ama çözüm empoze etmeyin.
<b>I:</b> Implement agreement=Sorunun çözümünde her iki taraf arasında ortak anlaşma sağlayın. C: Continue to communicate= İletişim kanallarını kapatmayın.
<b>T:</b> Take another look= Farklı bir açıdan soruna bakın.

**Tablo 2.** Çatışma kelimesinin İngilizce'de akrostiş şeklinde yazılımı, çatışma süreçlerinin yönetimini ve çözümünü sağlar.



## SONUÇ OLARAK NİTELİKLİ BİR İLETİŞİM İÇİN: (Simon et al. 2010).

### BİR AİLE HEKİMİ/ AİLE HEKİMLİĞİ MERKEZİ YÖNETİCİSİ ÖZETLE:

- ASM sınırlarında: Hasta ve ASM'ye gelen bireyler ve onlarla kuracağımız nitelikli iletişim ASM dışındaki hayatınızı da kolaylaştıracaktır.
- Her hastaya karşı nazik ve anlayışlı olursak nitelikli bir iletişimin ilk adımlarını atarız.
- Hastaların saygınlığına ve mahremiyetine gereken özeni göstermediğimizde iletişim kurmak imkansızlaşır.
- Hastalarımızı dinlemeliyiz. Onların görüşlerine saygı göstermeliyiz. Ancak o şekilde kendimizi onların da dinlemelerini kolaylaştırabiliriz.
- Hastalarımız bakımları konusunda kendi fikirlerini söylerken hoş görü ile onları dinlemeliyiz. Tıbbi hatalara yol açacak fikirleri varsa sükunetle uyarmalıyız. Asla iletişimi kanallarını tıkamamalıyız.
- Hastalara kendi hayatımızın zorluklarını anlatarak ben dili yolu ile öğüt vermemeliyiz.
- Hastamız ile tedavi süreçlerini birlikte paylaşmalı ve yönetmeliyiz.
- Bilgilerimizi ve becerilerimizi sürekli eğitim yöntemleri ile güncellemeliyiz.
- Bilgi ve becerilerimizin sınırlarını çok iyi bilmeliyiz. Hastamıza zarar verecek tıbbi tanı ve girişimlerden uzak durmalıyız. Tek bir cüretkar hata bize duyulan güveni sarsar. Bu tip hekimlerin hastalara zarar vermesine ASM'de seyirci kalmamız bizi duyulan güveni de sarsar. Güven unsuru olmadan sağlık iletişimi olmaz.
- İyi ahlak ve güven iletişimi kurabilmek için gerekli yegane sermayedir.
- Hastaların sosyal sınıfına, pozisyonuna vb göre davranan hekimlere hastaların güveni kalmaz.
- Sabırlı ve sır saklayan hekimin iletişimi iyi olacaktır.
- Kendi görüş ve yargılarımızı hastanın tanı ve tedavi, takip süreçlerinde işe karıştırmak bize duyulan güveni sarsar ve iletişimi tehlikeye sokar.

Yönetici hekim/ hekimlikten kaynaklanacak yetki, imkan, mevkiimizi kullanmak bizi hastaların gözünde küçük düşürür ve iletişim süreçlerini geri dönülmez şekilde bozar.

### Kaynaklar

Aktürk Z.(2000). <http://www.aile.net/sunum/dersnot/iletisim.ppt>. Erişim Tarihi. 11.01.2012

Arık N (2011). <http://www.tsn.org.tr/folders/file/nurolo%20arik%201.pdf>. Son Erişim tarihi.14.01.2012.

Baltaş A. (1999). Üstün Başarı. Remzi Kitabevi. İstanbul.

- Cafoğlu Z.(2001). <http://w3.gazi.edu.tr/~cafoglu/iletisim.htm>.Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- Çapar B.(2002). <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak02/u02-14.pdf>. Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- Dökmen Ü.(2002). İletişim Çatışmaları ve Empati. Sistem Yayıncılık:İstanbul.
- Fiske, J.(1990). Introduction to communication studies. 2nd ed. London. Routledge.
- Gümüştekin G.E., Emet C.(2005). <http://sbe.dpu.edu.tr/17/90-116.pdf>. Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- GP in special interest. <http://www.natpact.info/uploads/PDF%20-%20Step%20by%20Step%20Final%20pdf%20version.pdf>. Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- Hojat M, Gonnella, JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. (2002) .Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. Am J Psychiatry 159:1563-1569.
- MEGEP(2007).[http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/halkla\\_iliskiler/moduller/kurum\\_ici\\_halkla\\_iliskiler.pdf](http://cygm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/halkla_iliskiler/moduller/kurum_ici_halkla_iliskiler.pdf). Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- Kurtz S.M. (2002). Doctor-Patient Communication:Principles and Practices. Can. J. Neurol. Sci.; 29: Suppl. 2 – S23-S29).
- Scrivener R., Morrel C., Baker R., Redsell S., Shaw E., Stevenson K., Pink D., Bromwich N.(2003). <http://www.nice.org.uk/media/796/23/Best-PracticeClinicalAudit.pdf>. Erişim Tarihi. 11.01.2012.
- Simon C. Everitt H. Kendrick T. (2010). Oxford Handbook of General Practice (Oxford Handbooks Series). Oxford University Press. New York.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes:A review. Canadian Medical Association Journal, 152, 1423-1433.
- Şemseddin S.(2009). Kamus- ı Türki. Kapı Yayınları. İstanbul.
- Swanwick T. (2004). The Management Handbook for Primary Care Essential Management Skills for Primary Care Professionals. Royal College of General Practitioner.. London.
- TDK.[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f11372b81b7e7.70049193](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4f11372b81b7e7.70049193). Erişim Tarihi. 14.01.2012.
- Tabak R.S.(2003). Sağlık İletişimi. Literatür Yayıncılık. İstanbul.
- Uysal Ü. (2010). file:///C:/Documents%20and%20Settings/user/Local%20Settings/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/WFQLOC11/Bolum%25208%5B1%5D.ppt#256,1,GENEL İLETİŞİM. Erişim Tarihi.14.01.2012.

- Yıldırım A., Aktaş T., Akdaş A. (2006). Collaboration Among Medical And Nursing School Student. TAF Prev Med Bull.; 5(3): 166-175.
- Yıldırım A. (2010). An Evaluation of Trust Sensation To Public Hospitals And Doctors in Istanbul. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hastane İşletmeciliği ABD.
- Yıldırım- Kaptanoğlu A. (2011). Sağlık Yönetimi. Yıldırım- Kaptanoğlu A (Ed.), Sağlık Yönetimi( s.68-70). İstanbul. Beşir Kitabevi.

# EVDE BAKIM KONUSUNDA GELİŞMELER ve AİLE HEKİMLİĞİ

BÖLÜM  
17

## 1. Giriş

Tabar, “Hasta Yakını Olmak” adlı kitabında şöyle diyor: “zaman zaman hasta yakını olmanın hasta olmaktan daha zor olduğunu görürüz. İnsanın sevdiği bir kişinin hasta olduğunu öğrenmesi, kabul etmesi ve onun için en iyisini yapmaya çalışarak koşuşturması, hele maddi zorluklar da varsa, şartları zorlaması kolay olabilir mi?” (Tabar, 2006). Bu sorulara verilecek yanıt, hasta kadar hasta yakını olmanın da zor olduğudur. Kentleşme, iç ve dış göçler nedeniyle ailenin küçülmesi, hasta bakımında önemli rol oynayan kadınların iş yaşamına katılması, kuşaklararası iletişim bozuklukları, ekonomik yetersizlikler, hasta bakımı ve takibi konusunda ailenin bilgisizliği ve yetersizliği, evde hasta bakımına profesyonel bakış açısını zorunlu hale getirmektedir (Yılmaz vd.,2010). Evde hasta bakımı geleneksel aile yapımıza uygundur. Türk aile yapısı, bakım gereksinimi olan aile üyelerine evde bakmayı destekler özellikler taşımaktadır (Subaşı ve Öztekin, 2006). Evde bakım konusunda öteki ülkelerde var olan modeller gözden geçirilerek kendi gereksinimlerimize uygun düzenlemeler hayata geçirilmelidir.

## 2. Tanım

Evde bakım kavramı, çeşitli ülkelerde farklı terimlerle ifade edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) evde bakım (*home care*) ve *ev hemşireliği* (*home nursing*); Batı Avrupa’da *evde sağlık bakımı* (*home health care*) ve *ev ziyareti* (*home visiting*), İsrail’de *ev hastanesi* (*hospital at home*) terimleri kullanılmıştır. Geçmişe eskilere dayansa da, “evde bakım”; akademik ortamda gündeme gelip, ülkemizde sağlık mevzuatında da yerini almıştır

Doç. Dr. Haluk Mergen, Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu, Prof. Dr. Ömür Elçioğlu

(Potter ve Perry, 1988; Çoban ve Esatoğlu, 2004; Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005).

Evde bakım hizmetleri, kişinin sağlık sorunu nedeni ile hastane koşullarına gereksinimi kalmadığında gerekli koşullar sağlanarak evinde bakımının sağlanmasıdır (Potter ve Perry, 1988; Çoban ve Esatoğlu, 2004; Saatçi vd., 2000). Evde bakım hizmetlerinden faydalanacak kitle grubu Tablo 1'de belirtilmiştir.

**Tablo 1.** Evde bakım hizmetlerinden faydalanacak hedef kitle: (saatçi vd., 2000; Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2005; yılmaz vd., 2010)

Verem gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler	HIV'li hastalar
Kalp damar hastalıkları	İleri derecedeki kas hastaları
Kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları olanlar	Fototerapi uygulanması gereken 0-1 aylık yenidoğanlar
Gelişimsel veya poliomiyelite sekonder özürölüler	Kaza sonucu sakat kalanlar
Mental hastalığı olanlar	Madde bağımlıları

Gelişmiş ülkelerde evde bakım çalışmaları çok eskiden başlamış olup yüksek derecede savunulmakta ve en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceği araştırılmaktadır (Aksayan ve Cimele, 1998; Carelli ve Camesalli, 1998; Council of Scientific Affairs, 1990). Keenan ve arkadaşları tarafından 1992 yılında yapılan bir çalışmaya göre, Amerikalı aile hekimleri yılda ortalama 21,2 ev ziyareti yapmaktadır (Mc Whinney, 1997). Aile hekimlerinin %35'inin hiç ziyaret yapmadığı saptanmıştır (Mc Whinney, 1997). Avrupa'da ise, aile hekimliği merkezleri ve aile hekimliği muayenehaneleri ev ziyaretlerine her gün belli bir zaman ayırmaktadır.

### 3. Tarihsel Gelişim

Sağlık hizmetleri, insanlık tarihi boyunca değişik formasyonlara sahip profesyoneller ve hayırseverler tarafından farklı ortamlarda verilmiştir. Florence Nightingale'in, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesinin önemini vurgulayan raporu üzerine, 1862'de Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004; Gallagher, 1985). ABD'de evde bakım hizmetlerinde

öncülüğü yapan hemşire Lillian Wald olmuştur. Ziyaretçi hemşireler, çalışmalarına koruyucu bakım hizmetlerini de eklemişlerdir.

20. yüzyılın sonlarına doğru, evde bakım hizmetleri tekrar önem kazanmaya başlamıştır. Bu değişimin nedenleri Tablo 2'de verilmiştir (Saatçi vd., 2000; Karahan ve Güven, 2002).

**Tablo 2.** Evde bakım hizmetlerinin önem kazanmasının nedenleri

Artan ulaşım olanakları	Evde bakıma uygun gelişen tıp teknolojisi
Demografik değişiklikler (nüfusun yaşlanması)	Hastane bakım hizmetlerinin yüksek maliyetleri
Sık sık hastaneye yatmaya alternatif arama	Erken taburculuk
Yaygın bilgisayar kullanımı	Sağlık hizmeti sunum sistemindeki değişiklikler (hospitalizasyon süresinin minimuma çekilmesi)
Aile boyutunun küçülmesi	Kadınların iş yaşamına girmesi
Hastanede yatış süresini kısaltma yönündeki baskılar	Gelişen iletişim araçları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 Raporu'nda (WHO Technical Report Series, 2000) uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgu yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nun yakın zamanda yayınladığı bir kitapçıkta; İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi'nde (National Health Service, NHS) her yıl gözlenen ortalama yarım milyon kişinin nerede öldüğü araştırılmış ve yaşlıların %18'inin evde, %17'sinin de evde bakım tedavisi sürecinde öldüğü saptanmıştır. Geriye kalanının ise, ev dışında öldüğü belirtilmektedir (Hall vd., 2011). İngiltere, Belçika, İtalya, Hollanda, Portekiz'de evde ölüm oranları %30'ların üzerindedir (Hall vd., 2011). New York'ta yaşlıların hastaneden ziyade evlerinde ve evde bakım hizmeti esnasında öldüğü belirtilmektedir (Decker ve Higginson, 2006). Bu bulgular, gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetlerinin yüksek oranda gözleendiğini ortaya çıkarmaktadır.

#### **4. Evde Bakımın Sınıflandırılması ve Özellikleri**

Sağlık hizmetleri genel olarak 3 başlık altında toplanabilir: 1) koruyucu, 2) tedavi edici, 3) rehabilitasyon hizmetleri. Tedavi edici

sağlık hizmetleri de: 1) ayakta tedavi, 2) yataklı tedavi ve 3) evde bakım tedavisi olarak sınıflandırılabilir (Yıldırım, 1994). Görüldüğü üzere, evde bakım hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Ayrıca bir miktar da, rehabilitasyon hizmetlerinin içinde yer almaktadır.

Saatçi vd.'nin (2000) belirttiği evde bakım tipleri sınıflandırması şöyledir:

1. Akut evde bakım: ciddi bir hastalığın aktif medikal yönetimini içerir ve hekimin buradaki rolü, dominant ve kritik bir roldür. Hekim, hasta sanki hastanede yatıyormuş gibi değerlendirmelidir.
2. Postakut/rehabilitatif evde bakım: akut bakımdan farkı, ilgi odağının fonksiyonların yeniden kazanılması ve iyileşmenin tamamlanması üzerine oluşudur. Hekimin rolü, evde bakım ekibinde yer alan diğer profesyonellerle dengededir.

Özellikleri itibarıyla evde bakım hizmetleri, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesini değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyacağı sosyal hizmetleri de kapsar:

- Evde bakım, kısa veya uzun süreli olarak sunulmaktadır. Tanımlardan yola çıkıldığında; kısa süreli evde bakım, hastanede cerrahi veya dahili tedavi uygulanmış hastanın hastanede kalış süresinin doktor onayı ile kısa tutularak aynı standartların evde sürdürülmesini amaçlarken; uzun süreli evde bakım, bakıma muhtaç kişiye huzur bulduğu ev ortamında ve sosyal çevresi içinde bakım hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Kısa süreli evde bakım, tıbbi hizmet ağırlıklıdır. Hastane sonrası nekahet dönemi için planlanmaktadır. Uzun süreli evde bakım; hem tıbbi, hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Sosyal bakım ağırlıklı olup 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda söz konusudur.
- Farklı meslek alanlarındaki uzman/yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım "formal care" ve aile bireylerinin verdikleri evde bakım "informal care" olarak adlandırılır.

Uzmanlık düzeyinde verilen (formal care) evde bakım hizmetleri:

- Hemşirelik hizmetleri
- Gece/gündüz bakımı
- Özbakım
- Ev işlerine yardım

- Sosyal destek
- Gıda ve beslenme hizmetleri
- Danışmanlık hizmetleri olarak detaylandırılabilir.

Saba tarafından geliştirilen Evde Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması (Home Health Care Classification, HHCC), Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Bilişim Standartları Komisyonu ve Amerikan Hemşireler Birliği'nce kabul edilen bir sınıflandırmadır (Saba, 2002). Evde Sağlık Hizmetleri Sınıflandırması'nın 20 maddelik değerlendirme içeriği Tablo 3'de bulunmaktadır. Bu sınıflandırma, hastanın semptomlarına yönelik bir kılavuz şeklindedir.

**Tablo 3.** Evde sağlık hizmetleri sınıflandırması  
home health care classification, hhcc)

Duyusal (ağrı)	Sıvı hacmi
Beslenme değişiklikleri	Fiziksel düzenleme
Doku bütünlüğü	Güvenlik
Sindirim sistemi (bağırsak-mide)	İlaç kullanımı
Rol-ilişki (aile içi ilişkilerde değişme)	Hijyen
Baş edebilme (stres)	Bilişsel
Solunumsal (nefes alma problemi vs.)	Kardiyak
Üriner sistem (idrar atılımı değişiklikleri)	Doku perfüzyonu
Aktivite (sedanter hayat)	Metabolik
Benlik kavramı	Öz bakım içeriği

Geçtiğimiz yirmi yıl içerisinde, evde bakım deneyimleri anlamlı biçimde değişikliğe uğramıştır. Evde bakım endüstrisi; evde bakım modellerinin ortaya çıkışının tetiklediği gibi, bu alanda büyük bir iş gücü istihdamını da beraberinde getirmiştir. Teletıp ve diğer teknolojiler, gelecekte evde bakım konusunda önemli roller üstlenecektir.

### **5. Ülkemizdeki Uygulama İle İlgili Örnekler**

Ülkemizde evde bakım hizmeti, 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile ilk defa mevzuata girmiştir. Evde bakım hizmetleri, 05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Koroğlu, 1984a; 1984b; 1984c; 1984d).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden önceki dönemde evde bakım bugünkü anlaşılan anlamından uzakta; sadece evde



hasta muayenesi, ev ziyaretleri ve bulaşıcı hastalıklarla alınacak önlemleri kapsıyordu. Ülkemizde evde bakım hizmetleri; birinci basamaktaki iş yoğunluğu, zaman kısıtlılığı, evde bakım hizmeti için ücretlendirmenin bulunmaması, donanım eksikliği, ulaşım olanaklarının artması, güvenlik kaygıları, iletişim araçlarıyla kolay bilgi edinebilme, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde evde bakım hizmetlerinin bulunmamasından dolayı verimli olarak uygulanamamaktaydı (Dağdeviren vd., 2004).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden sonra; köy ebelelerinin izlemlerine göre, hekimin ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine ve ev ziyaretlerine gideceği belirtilmiştir. Uzman hekimlerin, sağlık ocağı hekiminin davetinin üzerine konsültasyon için evde hasta muayenesine gitmeleri gerekmektedir. Bu muayeneler herhangi bir ücrete tabi değildir. Evde hasta muayenesi, uzman hekimin iş programına ve takdirine bağlı olarak gerçekleşecektir. Evde uygulanması zorunlu enjeksiyon ve pansumanların, görevlendirilecek sağlık ocağı personeli tarafından yapılacağı belirtilmektedir (Koroğlu, 1984a; 1984b; 1984c; 1984d).

Ülkemizde evde bakım konusundaki geniş kapsamlı ilk bilimsel etkinlik, 24-26 Eylül 1998 tarihinde İstanbul'da düzenlenen "1. Ulusal Evde Bakım Kongresi" olmuştur. "2. Ulusal Evde Bakım Kongresi", 20-23 Nisan 2008'de yine İstanbul'da gerçekleşmiştir. Bu kongreler, ülkemizde ve Avrupa ülkeleri içerisinde evde bakım konusunda, multisektörel ve multidisipliner özellikte ilk kongre olma özelliğini taşımaktadır. Konunun geniş boyutları ile tartışılmasını takiben; özel sektör devreye girerek, bu alanda Türkiye'nin ilk ve kapsamlı yerinde sağlık hizmetlerini vermek için Ocak 2001'de İstanbul'da bir özel "evde bakım şirketi" kurulmuştur (Birinci Ulusal Evde Bakım Kongresi Program-Özet Kitabı, 1998; Eczacıbaşı şirket profili, 2001).

Gelişen tıbbi teknoloji; diyabette kan şekeri izlemi, ayakta periton diyalizi gibi tedavilerin evde uygulanmasını mümkün kılmakta ve Türkiye'de bu uygulamalar yaygınlık kazanmaktadır.

Sonraki yıllarda, konu ile ilgili 10.03.2005 tarih ve 25751 Sayılı "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" yayımlanmıştır. Ancak yönetmelikteki "Evde Bakım Hekimi" kavramı mevzuatımız içinde olmayan bir kavram olarak dikkat çekicidir. İlgili yönetmelik, 06.11.2007 tarihinde (26692 sayılı Resmi Gazete) revize edilmiştir. Yönetmeliğin 8. maddesi "mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler" şeklindedir. Yönetmeliğe göre, evde bakım hizmetleri bir sağlık ekibi tarafından ve hekim merkezli yürütülecek şekilde düzenlenmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005).

Bu arada, ülkemizde önemli bir sorun olan özürülülerin evde bakımı ile ilgili olarak da gelişmeler kaydedilmiş, 23.10.2007 tarih ve 26679 sayılı Resmi Gazete’de “Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” yayımlanmıştır. Bu yönetmelikte: hizmet sunulacak kişiler gelir durumuna göre “kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3`ünden daha az olan bakıma muhtaç özürülüler” seçilmekte ve “resmi veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesi sağlanır. Bakıma muhtaç özürülülere verilecek evde bakım ücreti, kişiye kim bakıyorsa ona verilmektedir. Ancak engelli olan ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişi ile arasında kan bağı olmalı, engelli ve ona bakan kişinin aynı evde ikamet etmesi zorunludur”. İncelemeler sonucu: “kişinin evde bakılmasına karar verilirse, asgari ücret miktarı kadar kişiye evde bakım parası verilir. Ancak kişi, evde değil de herhangi bir bakım merkezinde kalacaksa asgari ücretin 2 katı maaş verilir” denilmektedir (Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 2007).

01.02.2010 tarih ve 3985 sayılı “Sağlık Bakanlığı’na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”ye ilgi tutularak; Sağlık Bakanlığının 18.02.2011 tarihli yayınlanan genelgesiyle, “Sağlıkta Dönüşüm” programı kapsamında “Evde Sağlık Hizmetleri” programı 81 ilde, sağlık müdürlükleri bünyesinde kurulan özellikle taşra için 34 gezici ekip ve hastaneler bünyesinde kurulan 408 evde sağlık birimi olmak üzere, toplam 442 birim bakanlıkça onaylanarak uygulamaya geçmiştir (Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesine İlgili İç Yazışma Belgesi, 2011). Evde sağlık hizmetlerinde birimler arasında uygulama birliği sağlamak için standart formlar oluşturulmuştur. İlgili yönergeye göre, bu formlar iki nüsha halinde düzenlenmeli ve evde sağlık birimlerince her hasta için oluşturulacak hasta dosyalarında bulundurulması gereklidir. Bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde kurulan ve bu hizmete uygun olarak gerekli personel araç gereç tahsisinin yapıldığı, idari ve teknik desteğin sağlandığı evde sağlık birimlerinin amacı: hastanın evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin bir bütün olarak verilmesi ile birlikte muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin yatağa bağımlı, bakıma muhtaç, hastanede uzun süre tedavi görmüş kişilere verilmesidir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010). Ayrıca evde bakım konu-

sunda sivil toplum kuruluşları da oluşmuş ve aktif bir şekilde toplumda yerlerini almışlardır.

## 6. Evde Bakım Hizmetlerinde Aile Hekimliği'nin Yeri

Aile hekimliği; birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, geniş anlamda biyolojik, klinik bilimler ve davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği, disiplinler içeriğinin birçoğunu diğer klinik dallarla paylaşır, paylaşılan bu bilgiyi birleştirir ve onu birinci basamak sağlık hizmetini sunmakta kullanır. Diğer uzmanlık alanlarıyla bilgi paylaşımına ek olarak; aile dinamikleri, kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. Aile hekimliğinin alanı; tüm yaş, cinsiyet, organ, sistemler ve tüm hastalık olgularını kapsar (Aile Hekimi, 1998; Ünlüoğlu, 2004; Ünlüoğlu, 2008).

Evde bakım ekibi multidisipliner bir ekiptir. İçinde aile hekimi, hemşire, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, tıbbi mühendis, eczacı, beslenme uzmanı, uğraşı terapisti, hastanede görev yapan dal uzmanı ve psikolog yer alabilir (Saatçi vd., 2000).

Aile hekimi; proaktif veya reaktif olarak hastanın tedavisini üstlenir. Proaktif hizmet; ev ziyaretinin ve yönelim planının hazırlanması, hemşire ile iletişimin kurulduğu bir hizmettir. Reaktif hizmet ise; hekimin çağrılmadığı sürece hiçbir şey yapmadığı, ev ziyaretine gelmediği, hemşirelerle görüşmediği ve uygun hizmetleri düzenlemediği hizmettir. Proaktif hekimler saygındırlar, hem hastalar hem de hemşireler tarafından takdir edilirler (Saatçi vd., 2000).

Aile hekimi; takibi zorunlu olan özürülü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kendi çalışma programı ve randevu usulüne göre verir. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar.

Aile hekimi; hastanın tedavisini ve bakım planını düzenler, tıbbi ilaç ve uygulamaları, hasta için yeni düzenlemeler öngörür. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini değerlendirir ve yaşam kalitesini yükseltmek için çalışır. Klinik rehberlere uyar. Evde periyodik değerlendirme yapar. Laboratuvar tetkiklerinin zamanında yapılmasını sağlar ve tetkik sonuçlarını takip eder. Yeni veya çözülmemiş sorunları saptar. İmmobilite, beslenme, konut şartları, diğer kişiler, ilaçlar, fizik muayene, güvenlik ve hastanın ruh sağlığını değerlendirir.

rir. Hastanın klinik stabilitesini belirler ve devam ettirmeyi amaçlar. Hastalığın aile üzerine etkisini araştırır, hasta ve aile bireylerine rolleri konusunda destek verir. Hastane uzmanı ile birlikte taburculuk planlaması yapar, tedavisini düzenler ve bu şekilde rehospitalizasyonlar önlenir. Konsültan ve danışmanlık görevlerini yürütür. Aile hekimi, birlikte çalıştığı personeli eğitir. Sosyal hizmet birimlerine öneri sunar, hastanın bakımından sorumlu aile bireylerini eğitir veya eğitilmelerini sağlar. Vital bulgulara dayanarak doktor çağırma parametrelerini ve hangi durumlarda kendisine haber verilmesi gerektiğini öğretir. Hizmet alan kişinin koruyucu hekimlik hizmetlerini düzenler. Bağışıklama, ağız ve diş bakımı, mamografi, servikal smear vs.'nin yapılmasını sağlar (Saatçi vd., 2000). Aile içi şiddet, istismar ve ihmal konularında uyanık olmalıdır. 65 yaşın üzerindeki nüfusun %4'ünü etkileyen ciddi ve sık karşılaşılan bir sorundur (Rosenblatt, 1997). Aile hekimi, hastasının haklarının savunucusu olmalıdır. Aile hekimi; zaman yönetimini bilir ve uygular, gizlilik ve aydınlatılmış onam konularına özen gösterir. Hasta otonomisine saygı gösterir. Hastaya bakanlarda tükenme oluşmadan önce, fiziksel ve emosyonel yorgunluk ve bıkkınlıkları tanımlayabilir ve bunlara karşı girişimlerde bulunabilir. Acil gelen telefonlara anında cevap verilmesini sağlayan bir sistemin kurulmasını sağlar. Tıbbi kayıtlara önem verir (Saatçi vd., 2000).

Aile hekimleri; hastanın aile dinamiklerini, ailenin ekonomik durumu, aile ilişkilerini gözlemler, ailenin dışarı ile olan ilişkilerinde komşularının tipi, komşularını tanıyıp tanımadığı, komşuların birbirine desteği, konukseverlik, acil bir durumda temasa geçilebilecek kişiler, hastanın evinin tipi, çocuklar için oynama alanının var olup olmadığını, ev şartlarının durumu, çevreden gelecek tehlikeleri değerlendirir. Güvenlik açısından evde sık kaza olup olmadığı, evinin içinin çok dağınık olup olmadığı; tel, fan, sıcak su, zayıf ışık, duman dedektörünün varlığı, acil durumlar için ilaç ve malzemenin varlığı değerlendirilir. Ailenin nerede yemek yediği, mutfağın temizlik durumu, çöp ve süprüntülerin nasıl atıldığı, depolanan ve pişirilen malzemenin nasıl muhafaza edildiği, böcek, fare gibi vektörlerin varlığı araştırılmalıdır. Evde mobilya, evcil hayvan, evin bakımı, yönetimi ve temizliğinden kimin sorumlu olduğu, banyo temizliği, hobi, çalışma alanları kontrol edilir (Saatçi vd., 2000).

Özetle aile hekiminin evde bakım hizmeti esnasında rolleri: işbirliği yapan, danışman, koordinatör, hastalıktan koruyan, sağlığı geliştiren (hijyen, el yıkama, dental hijyen, sağlıklı beslenme, sigarayı bıraktırma), doğrudan bakım hizmeti sunan, sağlık eğitimcisi, yönetici, epidemiyolog, rol model olarak görev yapmaktır.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları: gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimliğindeki süreklilik, konu ne olursa olsun, sağlık ve hastalıkla ilgili her türlü bireysel yaklaşımda ödün verilmemesi gereken temel bir sorumluluktur. İyi yönlendirilebilir ve yeniden inşa edilirse, temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ikinci aşama olarak; dar alanda geniş kapsamlı sağlık hizmetini daha kaliteli düzeyde sunma şansına da sahip olabilir. Evde bakım hizmetlerinin, aile hekimini de içeren bir yapısı olsa da; evde bakım hizmetlerinin keyfiyete sebebiyet verecek şekilde suistimale açık bırakılmaması gerekmektedir. Evde bakım hizmetlerinin amacından uzaklaşılarak, aile hekimine keyfi olarak hizmet gördürölmek istenmesine yol açılabilecek durumlardan kaçınılmalıdır. Mevcut yönetmelik, yönerge ve bakanlık genelgesine göre aile hekimi; kendisinde kesin kayıtlı olarak bulunan ve evde bakım hizmeti için başvuran hastaları ve hasta yakınlarını evlerinde ziyaret etmekle yükümlüdür. Ancak, aile hekimi bu ziyareti, kendi çalışma ve randevu programına göre düzenleme yetkisine sahiptir.

Sağlıkta dönüşümün bu geçiş döneminde, deneme ve yanılmalarla sistemin güzelleştirilmesi herhalde sağlanacak; koruyucu hekimliği de kapsamına yeterli düzeyde alabilmiş ve evde bakım geleneğini geliştirmiş bir sağlık organizasyonu yapılandırılacaktır. Evde bakım olgusunun, bu dönüşmekte olan sağlık sistemleşmesinde arttırılacağı ümidini besleyen bir başka sebep de; evde bakım hizmetinin, hastane ortamından daha az maliyetli bir hizmet olacağı gerçeğidir. Otelcilik hizmeti, hastaneden eve kaydırılmış; yalnızca profesyonel sağlık çalışanı olarak hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi elemanların veya yardımcı sağlık çalışanı olarak hasta bakıcının evde vereceği yarı zamanlı veya tam zamanlı hizmet maliyeti geriye kalmıştır.

Bir aile hekimi, sağlık merkezindeki hizmetlerin koordinasyonuna ek olarak evde bakım hizmetlerini de koordine etmek zorundadır. Hizmet koordinasyonu, toplumda risk altındaki popölyasyona multidisipliner bakım hizmetini sunabilmek için bir sağlık ekibinin liderliğini üstlenmeyi içerir.

Evde bakım, gelecekte aile hekimliği için ön plana çıkacak ve önem kazanacak alanlardan birisidir. Bu bakımdan “Evde Bakım Hizmeti”, zor durumdaki özörlü hastaların bakımı açısından çok önemlidir.

Evde bakım hizmeti sayesinde, tedavi süresinin de daha kısalmış olduğu gözlenmektedir. Evde bakım hizmetleri ile ilgili maliyet etkinlik açısından ABD'de Leff vd. (2005) tarafından yürütülen bir çalışmada; toplum kökenli pnömoni, kronik kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi veya selülit nedeniyle hastanede tedavi görmesi gereken 65 yaş üzeri 455 hasta, doktor tarafından uygun görülerek ve kendi istekleriyle evde bakım (hospital at home) tedavisine alınmıştır. Başvuran tüm hastaların %60'ı, doktorun da uygun görmesiyle beraber evde bakım tedavisini tercih etmiştir. Kontrol grubu olarak hastanede akut tedavi gören hastalar değerlendirilmeye alınmıştır. Evde bakım hizmetlerinde girişimsel müdahalelerin (radyoloji, tomografi, MR görüntüleme, ultrasonografi, ekokardiyografi, Holter, transfüzyon, heparin/nitrogliceril verilmesi, parasentez vs.) akut hastane tedavisine göre daha az olduğu bir gerçektir ancak kabul edilebilir kalite standartlarına sahiptir. Evde bakım tedavisi alan hastalarda, akut hasta tedavisi alan hastalara göre istatistiksel anlamlı olarak daha az bakım süresi gerekmiştir (3,2'ye karşılık 4,9 gün). Ayrıca daha az komplikasyona (deliryum, fiziksel kısıtlılık, üriner komplikasyon, düşme, nozokomiyal enfeksiyon vs.) yol açtığı hakkında elde güçlü kanıtlar vardır. Evde bakım tedavisinin akut hastane tedavisine göre daha düşük ortalama masrafa neden olduğu saptanmıştır (5081 \$'a karşılık 7480\$).

Evde bakım hizmetlerinin getireceği ilave avantajlar ise; hastanın yaşam kalitesini yükselten, evde bağımsızlığını sağlayan, iyileşme arzu ve moralini arttıran ve aynı zamanda ailenin tükenmişliğini azaltan yönleridir. Hastanın kendi evinde özgür ve mutlak hakim bulunduğu bir ortamda; hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanını seçme özgürlüğüne de sahip olarak evde bakım alması, son derece demokratik ve modern bir yaklaşımdır. Elbette ki, evde bakımın getireceği avantajlar yalnızca bu sayılandan ibaret değildir. Hasta, kendi kurallarının geçerli olduğu bir ortamda aile içi bir yaşamın parçası olmayı sürdürecektir. Kalabalık hastane ortamındaki makineleşmiş hizmet sunumuna benzemeyen bir yaklaşımla; daha güvenli, daha etkin ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti alabilecektir. Ailenin fertleri de, hasta bakım hizmetine çoğu zaman katkıda bulunabilecektir. Böylece; uzun süre yatağa bağlı kalan şeker hastaları, felçli hastalar, onkoloji hastaları, kalp-akciğer hastaları ve enfeksiyon hastalarının mortalite hızlarında düşüş sağlanabilecektir.

Evde bakım hizmetlerine yönelik memnuniyet çalışmaları daha önce hiç bir yerde yapılmamıştır. Dünyada ilk defa olarak, ABD'de Leff vd. (2006) tarafından, evde bakım hizmetlerinde memnuniyete yönelik çalışma yapılmıştır. Akut olarak hastaneye kabul gerektirecek

toplum kökenli pnömoni, kronik kalp ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi veya selülit geçiren 65 yaş üzeri hastalardan 84'ü evde bakım (hospital at home) tedavisine, 130'u ise akut hastane tedavisine dahil olmuştur. Her iki gruptaki hastalara 9 boyutlu, 40 soruluk; hasta ailelerine de 8 boyutlu, 37 soruluk tedavi hoşnutluğu anketi uygulanmıştır. 8 boyut (1.doktor, 2.hemşire, 3.ve diğer personel memnuniyeti, 4.güvenlik, 5.konfor ve uygunluk, 6.giriş işlemleri, 7.çıkış işlemleri, 8.her türlü memnuniyet) her iki grup (hasta ve hasta aileleri) için ortaktır. Ağrının kontrolü boyutu, hasta ailelerince değerlendirilmemiştir. Evde bakım tedavisi alan hastaların; akut hastane tedavisi alan hastalara göre, doktorlarından daha fazla tatmin olarak (Odds oranı: OR, OR=3,84), daha fazla tatminkar tedavi imkanı ve konforuna (OR=6,52), giriş işlemlerine (OR=5,9) ve her türlü tedavi memnuniyetine (OR=2,98) sahip oldukları saptanmıştır. Evde bakım tedavisi gören hasta ailelerinin de, akut hastane tedavisi gören hastaların ailelerine göre; doktor ve hemşire, diğer personel ile ilişkiden, konfor ve bakım imkanlarından, taburcu işlemlerinden ve tedavinin tümünden memnun kaldıkları saptanmıştır. Bu çalışmalar, elde ettikleri sonuçları itibarıyla, dünyada evde bakım hizmetlerinin ve memnuniyetinin artmasına yol açacaktır.

## **7. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin İşleyişi**

Evde sağlık hizmetleri, randevu sistemine dayalı olarak yürütülür. Mesai saatleri dahilinde çalışılır. Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Hastalar veya aile bireyleri, genelge ile bildirilen Ek-3 Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu ile veya müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezine veya sağlık kurumları bünyesindeki birimlere telefon (4443833/444EVDE) müracaatı ile sözlü olarak, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığı ile başvurabilir.

Sağlık kurumlarında yatan ve taburcu aşamasında olan hastalar için ilgili hastanelerde klinikler tarafından, birim evde sağlık hizmeti alması uygun görülen hastalara verilecek hizmetin kapsamı, bakımın hangi seviyede, ne kadar süreyle, ne şekilde ve hangi sıklıkta verilmesi gerektiği belirlenir. Ek-3'deki formun ekine epikriz eklenir ve koordinasyon merkezine gönderilir.

Hizmet birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek ise, birim aracılığı ile ilgili tüm bilgi ve belgeler koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli değerlendirmeyi yapar; kayıt altına aldığı hasta için, kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine, evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildi-

rimi yapar. Ayrıca özellikle kırsal, köy ve dağlık bölgeler için mobil olarak evde bakım hizmeti veren 34 ekip bulunmaktadır.

Telefon ile (4443833/444EVDE) veya Ek-3'deki form ile yapılan koordinasyon merkezine ulaşan tüm başvurular; evde bakım hizmetleri sorumlu hekim veya dış hekime bildirilip kayıt altına alınır ve en kısa zamanda hekim veya dış hekimi, hemşire, sosyal çalışmacı, laboratuvar teknisyeni vs. tarafından hastanın ikametine gidilerek olgu yerinde değerlendirilir. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişi veya aile bireylerine, değerlendirme sonucu en kısa sürede bilgi verilir. Başvurusu olumsuz sonuçlananlar, sebepleri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği, koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de bildirilir.

Aile hekimi; kendisine kayıtlı hastalardan, evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirebilir. Evde sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise; hasta veya yakınının da muvafakatini alarak doldurduğu Ek-3'deki başvuru formunu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir. Eğer hastaya yataklı sağlık kurumu bakımı gerekiyorsa; aile hekimi, görüşünü başvuru formunu doldurarak koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda nasıl bir hizmet verileceğini karara bağlar. Sonuç, aile hekimine bildirilir ve birim/aile hekimi bu karar doğrultusunda işlem yapmakla yükümlüdür. Bakımın seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında anlaşmazlığa düşülmesi durumunda; koordinasyon merkezi, anlaşmazlık konusunu komisyon aracılığıyla karara bağlar ve koordinasyon merkezinin kararı kesindir (Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010).

### ***7.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Verimli Olması için Ne Yapmalı?***

Türkiye toplumunda ortalama yaşam süresi yükselmiş, yaşlı nüfus artmıştır. Bir toplumda yaşlı nüfus ne kadar artarsa, kronik ve yatalak hastaların oranı o denli artar. Hastaneler; uzun yatışlı, kronik tabiatlı yaşlı dönem hastalarını kabul etmede daima isteksizdirler. Hastalar da, zaten hastane ortamında uzun süre yatma arzusunda değillerdir. Elbette ki yatış olayı; yani hastanenin teşhis ve ileri tetkik imkanları dışındaki bakım ve tedavi hizmetleri, hastanın kendi evinde, kendi güvenli ortamında verilebilir. Aynı profesyonel ekip olarak



hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık elemanları hizmetlerini ev ortamında sunabilirler.

Bütün mesele, bu davranış örüntüsünün topluma kazandırılması ve toplum bireylerinin sağlıklarını kazanmak için yaptığı girişimlerde para harcamayı da öğrenmelerinin sağlanmasıdır. Böylece uygun sigortalanma sağlanabilir ve evde bakımın ekonomik yükü sigorta sistemlerince karşılanabilir.

Gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetine itibar oldukça yüksektir. Öylesine yaygınlaşmıştır ki; yaşlı bakım evleri ve huzur evlerinin pek çoğu bu sebeple kapanmış ve kapanmakta, yaşlı hastalar kendi evlerinde sağlığı koruma, kontrol, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini profesyonellerden almaktadır. Evde bakım hizmeti alan ailenin eğitimi, hasta evinin bakıma uygun düzenlenmesi ve iletişimin tam gerçekleştirilebilmesi bu sayılan işlerden bazılarıdır. Kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar bütün dünya ülkeleri gibi, Türkiye’de de artış içinde olduğuna göre; hastanede yatak tedavileri çok yüksek maliyetle sektöre yansıyan bu hastalıkların, evde bakım ve tedavileri sağlık ekonomisinde maliyet düşürücü etkisi olacaktır.

Buna ek olarak; Saatçi vd. (2000), ev ziyaretinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri hakkında kapsamlı şekilde görüş ortaya koymuştur. Buna göre:

1. Zaman sorunu: Aile hekimi; hasta sayısının fazla olması, poliklinik işlerinin yoğunluğu ve idari görev gibi nedenlerle evde bakım hizmetlerini ihmal edebilir. Genel eğilim bu ziyaretlerin hemşireye delege edilmesidir. Bu soruna karşılık; aile hekimi ve birlikte hizmet sunan sağlık personeli bir zaman çizelgesi hazırlayarak buna göre çalışmaları ve bu çizelgede evde bakım hizmetleri için mutlaka yer ayrılmış olması gerekmektedir. Poliklinik hasta muayene randevuları buna göre düzenlenmelidir.
2. Ulaşım gideri: Evde bakım hizmetlerinin mali karşılığı mutlaka ödenmelidir. En azından evde bakım hizmeti sunmak için eve giden sağlık personeline yol ve yemek masraflarını karşılama imkanı tanınmalıdır.
3. Beklenmeyen sorunlar (evde bulamama, evi bulamama): Bölgenin ayrıntılı bir krokisi, sağlık personeline bulunmalı ve özellikle ilk ev ziyareti yapılmadan önce telefonla ev halkı ile irtibata geçerek randevu alınmalı ve geliş nedeni, amaçlar, beklentiler, gelecekle ilgili planlar konusunda netlik sağlanarak görüş birliğine varılmalıdır.
4. Dikkat dağıtıcılar (tv, müzik seti, komşu, arkadaş, telefon vs.): Hekim ve sağlık personelinin, evde bakım hizmeti için gittikleri

evde misafir konumunda oldukları düşünülürse; eve gelenlere, telefonlara, müziğe müdahale etmeleri tepkiye yol açabilir ancak zaman içinde uygun bir dille ve aile ile sağlık personeli arasında güven ve saygıya dayalı iletişim geliştikçe gerekçeleri belirtilerek bu konular ile ilgili nazik uyarılar yapılabilir.

5. Direnç: Bazı durumlarda hastanın ve/veya ailesinin, önerilen yönetim planına karşı direnç gösterdikleri ve iletişim güçlükleri yaşandığı gözlenmektedir. Sağlık personeli ile hasta ve ailesi arasındaki direncin kırılmasının tek yolu, iletişim becerilerinin devreye sokularak ortak bir dille ulaşılabilmesi ve hasta ve ailesinin direnç gösterdikleri konuların ve neden direnç gösterdiklerinin ortaya konmasını takiben bunların çözümüne yönelik hasta ve ailesinin de katılımının sağlandığı çözümler aranmasıdır. Burada özellikle göz ardı edilmemesi gereken nokta, hasta hakları konusudur.
6. Rol karmaşası: Hasta ve ailesinin sağlık personelinin beklentileri, sağlık personelinin rolü ile örtüşmeyebilir. Sağlık personelinin görevlerinin tanımı ile ilgili bir yanlış anlaşılma veya beklenti olduğu gözlemlendiğinde hasta ve ailesi ile konu açıkça konuşulmalı, ikna olduklarından emin olduktan sonra beklendikleri görevleri yapacak diğer kişilerin temin edilmesi yoluna gidilmelidir.
7. Eğitim eksikliği: Evde bakım konusu, gerek aile hekimliği disiplini gerekse diğer disiplinler tarafından ihmal edilmiş bir konudur. Bu konunun mezuniyet öncesi eğitim programlarında, uzmanlık eğitiminde ve sürekli tıp eğitimi etkinlikleri içinde yer alması gerekmektedir.
8. Yayın eksikliği: Evde bakım hizmeti konusunda yayın eksikliği vardır. Birinci basamak hekimlerini, bu alandaki yayın eksikliğini giderme amacıyla araştırma yapmalarını sağlamalıyız.
9. Düşük mali karşılık: Yapılan ev ziyaretlerinin ve evde bakım hizmetlerinin mali karşılığını alamamak, sağlık personelinin, bu hizmetleri sunma konusunda motivasyonunu azaltmaktadır. Ek mali kaynaklar yaratılarak prim gibi teşvikler sağlanmalıdır.
10. Etik sorunlar: Evde bakım hizmetlerinin sunumunda bazı yasal ve etik sorumluluklar göz ardı edilmemelidir. İleri teknoloji gerektiren işlemlerle ilgili riskler (ör. intravenöz ilaç uygulama, kan ve kan ürünleri verme) nedeniyle yasal ve etik sorunlar çıkabilmektedir. Yasal ve etik sorunlarla karşılaşmamak için hekim; birlikte görev yaptığı sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını iyi bilmeli, onlardan yapamayacakları, görev tanımları

içinde yer almayan işleri yapmalarını beklememelidir. Hekimin kendisinin yapmakla yükümlü olduğu görevleri sağlık görevlerine yüklememesi gerekir. Hasta ve hasta ailesinin hakları her aşamada göz önünde bulundurulmalıdır. Onlara tedavi örnekleri sunulmalı, tedavinin olası riskleri, yan etkileri ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verdikten sonra seçimi kendilerine bırakılmalı ve bu kararlarına saygı göstermelidir.

Sonuç olarak, sağlıkta dönüşümün başlatıldığı bu geçiş döneminde; evde bakımı özendirici yapılanma önemli olup bu tür yapılanmaya izin veren bir yaklaşımla yönetmelik yeniden düzeltilmeli, evde bakım hizmeti sunan kurumların yetki ve sorumlulukları makul hudutlarda arttırılmalıdır. Bu konuda eğitimler verilmeli, bilimsel yayınların sayısı arttırılarak evde bakım hizmetinin önemi vurgulanmalıdır. Evde bakım hizmetinin gerçekleştirilmesi, hastayı hem maddi hem de manevi olarak rahatlatacaktır. Ancak ülkemizde aile hekimi başına düşen mevcut hasta sayısı üç binin üzerinde olduğu için; bu durum, evde bakım hizmetlerinin kalitesini etkilemektedir. Zamanla hekim başına düşen hasta miktarının azalması ile birlikte evde bakım hizmetlerinin daha kaliteli olarak verilebileceği düşünülmektedir.

## **Kaynaklar**

- 01.02.2010 tarih ve 3985 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
- 10.03.2005 tarih ve 25751 Sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik
- 23.10.2007 tarih ve 26679 Sayılı "Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik"
- 25 Mayıs 2010 tarih ve 2759 Sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
- Aile Hekimi. (1998). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayını, (Ed: Elçin, M.), 9-27.
- Aksayan, S., Cimele, G. (1998). Evde Bakım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 7: 202.
- Atabek, E., Görkey, Ş. (1998). Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi. İstanbul.
- Birinci Ulusal Evde Bakım Kongresi Program-Özet Kitabı, 24-26 Eylül 1998, İstanbul.
- Burgut, E. Saatçi, E., Akpınar, E. (2006). Koruyucu Hizmetlerin Koordinasyonu, Arşiv, 15: 303-310.
- Byrne, M., Bennett, F.J. (1973). Community Nursing in Developing Countries.
- Carelli, F., Camesalli, F. (1998). Home-Care Quality in Primary Care. 15th WONCA World Conference, Dublin. Abstract book, 6.

- Council on Scientific Affairs (1990). Home Care in The 1990s. JAMA, 263: 1241.
- Cronin, A.J. (1985). Şahika. Çev. Doğrul ÖR. İstanbul.
- Çoban, M., Esatoğlu, A.E. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış, T Klin J Med Ethics, Law and History, 12: 109-120.
- Dağdeviren, N., Özer, C., Aktürk, Z. (2004). Ev Ziyareti: Nostalji mi; Vazgeçilmez mi? Nabız, 4: 31-33.
- Daly, M.P., Taler, G.A. (1995). "Care of Elderly". Rakel, R.E., Storey, P. Care of the Dying Patient. In: Rakel, R.E. Textbook of Family Practice. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Decker, S.L., Higginson, I.J. (2006). A tale of two cities: factors affecting place of cancer death in London and New York. European Journal of Public Health, 17: 285-290.
- Denizli'de aile hekimine 5 ay hapis cezası, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ailehekimligi-1548.html> (Erişim: 10.08.2011 tarihinde erişilmiştir).
- Eczacıbaşı şirket profili, <http://www.eczacibasisaglik.com/hakkimizda/sirketProfili.aspx> (Erişim: 10.08.2011 tarihinde erişilmiştir).
- Engelliler Ne İstiyor? Basın Açıklaması (2008), <http://www.turged.org.tr/Yorumlar/basinaciklamasi.htm> (Erişim: 10.08.2011 tarihinde erişilmiştir).
- Eren, N. (1996). "Çağlar Boyunca toplum". Sağlık ve İnsan. Ankara.
- Erginöz, Ş.G. (2002). "İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu'da Doğum ve Doğum Yardımı", Düşünen Siyaset, 16: 148-60.
- Evde Bakım Derneği Çalıştayı (2010). <http://www.evdebakim.org.tr/> (Erişim: 30.07.2010 tarihinde erişilmiştir).
- Foucault, M. (1995). Akıl ve Akıl Bozukluğu. Klasik Çağda Deliliğin Tarihi. Çev. Kılıçbay, M.A. Ankara.
- Gallagher, M.B. (1985). "Nursing Role in Home Health Care". Linda, L., Jervis, M.S.(Eds). In: Community Health Nursing: Keeping the Public Healthy, Davis Company, USA, 327-50.
- Gibbons, R.V. (1997). House Calls to the Elderly: A Vanishing Practice among Physicians. New England Journal of Medicine, 337:1815.
- Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A.D., Costantini, M., Higginson, I.J. (2011). WHO "Palliative Care for older People: Better Practices", Copenhagen.
- Ham, R.J., Sloane, P.D. (1997). Primary Care Geriatrics. St. Louis: Mosby.
- Haupt, B.J. (1998). An Overview of Home Health and Hospice Care Patients: 1996 National Home and Hospice Care Survey. Adv Data, 297:1-35.
- İkinci Ulusal Evde Bakım Kongresi, <http://www.evdebakim.org.tr/events2.asp?i=2> (Erişim: 12.08.2011'de erişilmiştir.)

- Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatrı*, 5(4):155-159.
- Köroğlu, E. (ed.). (1984). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütölmesi Hakkında Yönerge (154 sayılı yönerge). Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları-Sağlık Mevzuatı. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası, 224.
- Köroğlu, E. (ed.). (1984). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütölmesi Hakkında Yönetmelik. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları-Sağlık Mevzuatı. Ankara:Yargıçoğlu Matbaası, 232.
- Köroğlu, E. (ed.). (1984). Umumi Hıfzısıhha Kanunu. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları-Sağlık Mevzuatı. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası, 1.
- Köroğlu, E. (ed.). (1984). Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine ait Vazife Talimatnamesi. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları-Sağlık Mevzuatı. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası, 175.
- Kuşaslan Avcı, D. (2007). Aile Hekimliği Disiplininin "Olmasza Olmaz"larından Biri: Sürekli Bakım: Neden, Nasıl, Nereye Kadar?, *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(2).
- Leff, B., Burton, L., Mader S.L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S.K., Greenough, W.B.III., Guido, S., Langston, C., Frick, K.D., Steinwachs, D., ve Burton J.R. (2005). Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program to Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med*, 143: 798-808.
- Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, W.B.III, Guido, S., Steinwachs, D. ve Burton, J.R. (2006). Satisfaction with Hospital at Home Care. *J Am Geriatr Soc*, 54: 1355-1363.
- Livingstone, A., Widgey, D. (1990). The New General Practice, the Changing Philosophies of Primary Care. *BMJ*, 301: 708.
- Mansfield, F. (1991). General Practice in the nineties, College Industry or academic speciality. *The Medical Journal of Australia*, 154: 29.
- Mc Cormick, A., Fleming, D., Charlton, J. (1995). Morbidity Statistics from General Practice. 4th National Study 1991-1992. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Mc Whinney, I.R. (1997). "Home Care". In: Mc Whinney, I.R. A Textbook of Family Medicine, 2nd ed. New York, NY:Oxford University Press,369.
- Montauk, S.L. (1998). *American Family Physician*, 58: 7.
- National Association for Home Care. (1992).
- National Home and Hospice Care Survey. (1996). *Advance Data*, 297.
- Örs, Y. (1975). İslam Hekimliği, Selçuklu-Osmanlı Hekimliği. *AÜTF Mecmuası*, 28: 391.
- Paul, A., Majeed F.A., Cook D.G. (1996). Home Visiting by General Practitionaires in England and Wales. *BMJ*, 313: 207.
- Potter, P.A., Perry, G.A.( 1987). *Basic Nursing Theory and Practice*. The C.V. St.Louis, Toronto. Mosby Company.

- Potter, P.A., Perry, G.A. (1988). *Fundamentals of Nursing Concept. Process and Practice*. 4th ed. St.Louis, Baltimore, Boston, Mosby Company.
- Rosenblatt, D.E. (1997). *Crit. Care Nurs. Clin Nort Am*, 9: 183.
- Saatçi, E., Öztunç, G., Bozdemir, N., Ünlüoğlu, İ., Aysalar, U., Kadioğlu, S. (2000). *Aile Hekimliğinde Evde Bakım Hizmetleri*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv Dergisi, 9: 270-310.
- Saba, V.K. (2002). *Nursing classifications: Home Health Care Classification System (HHCC): an overview*. *Online J Issues Nurs*, 7:9.
- Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesine İlgili İç Yazışma Belgesi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72728/h/makamonayi.doc> (04.08.2011'de erişilmiştir)
- Sağlıklı Kentler Birliği 4. Yıl Konferansı Çalıştay Raporu, Yaşam Tarzları, 11.10.2008, Kocaeli.
- Schoolcraft V. (1984). *Nursing in the Community*.
- Shut in but Not Shut Out (Editorial). (1996). *American Medical News*, 39.
- Subaşı, N., Öztekin, Z. (2006). Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim : Evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(1):19-31
- Tabar, E. (2006). *Hasta Yakını Olmak*. Pan yayıncılık. İstanbul.
- Topuzlu, C. (1982). *İstibdat-Meşrutiyet-Cumhuriyet Devirlerinde 80 Yıllık Hatıralarım*. 2.Baskı. İstanbul.
- Topuzlu, C., Alaçam, Ş. (1945). *Operatör Cemil Paşa'nın Hatıraları*. *Canlı Tarihler Mecmuası*, 8-10: 21.
- Ünalın, P., Uzuner, A., Çifçili, S., Akman, M., Kaya Apaydın, Ç. (2009). *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler*. *Marmara Medical Journal*, 22(2): 90-96.
- Ünlüoğlu, İ. (2004). *Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi*, *Klinik Aktüel Tıp Dergisi*, 4(3): Mayıs Aile Hekimliği Özel Sayısı.
- Ünlüoğlu, İ. (2008). *Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplininin Gelişimi*, *PRN Aile Hekimliği Dergisi*, 2(33): 425-429.
- Vigarelo, G. (1996). *Temiz ve Kirli, Ortaçağ'dan Günümüze Vücut Bakımının Tarihi*. Çev. İlkelen, Z.Z. İstanbul.
- Wangensteen, O., Wangenstein, S. (1981). *The Rise of Surgery. Empiric Craft to Scientific Discipline*. 3rd ed., Minneapolis.
- WHO "Home-Based Long-Term Care". (2000). *WHO Technical Report Series*, 898, Geneva.
- Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi)*, Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Sağlam, M., Doğanılmaz, D., Erdem, S. (2010). *Sağlık Hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı*. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3):125-132.

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE EĞİTİM MODELLERİNİN YÖNETİMİ, EĞİTİM SÜREÇLERİ

Doç. Dr. Dilek TOPRAK, Uzm. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

## 1. Hizmet İçi Eğitim Programlarının Yönetimi

### 1.1 Giriş

Günümüzde sağlık sektörü hızlı bir gelişme göstermekte, bu durum beraberinde bilgi ve sorumluluk yükünün de hızla artmasına sebep olmaktadır. Teknolojiden faydalanabilen, yeni bilgilerden haberdar, kendini geliştirmeye açık, bilgi ve beceri sahibi personele olan ihtiyaç arttıkça, eğitimin önemi bir kat daha artmaktadır. Artık formal eğitim ile sınırlı kalmayan sağlık hizmeti sunulurken eş zamanlı olarak dinamik, güncel ve kendini sürekli yenileyen eğitimlere ihtiyaç vardır. Bu eğitimler çok boyutlu, çalışanların motivasyonlarını artıran ve daha verimli çalışmalarında yardımcı olan bir yapıda olmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri sunulurken, sağlık çalışanlarının ve hizmetin gereksinim duyduğu eğitim çalışmaları için sürekli tıp eğitimi (STE) ve hizmet içi eğitim (HİE) kavramları kullanılmaktadır. Mezuniyet öncesi ve sonrası resmi eğitimini tamandıktan sonra hekimin öğrenmeyi sürdürmesini sağlayan tüm yollar ve süreçler sürekli tıp eğitimi (STE) olarak tanımlanır (Akalin, 2002). HİE (in-service training) ise özel ve tüzel kişilere ait iş yerinde, belirli bir maaş veya ücret karşılığında işe alınmış veya çalışmakta olan bireylere görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitimidir. Yani bir başka ifade ile hizmet içi eğitim, kişilerin hizmetteki verim ve etkinliklerinin artırılmasını, gelişmeye yol açan bilgi, beceri ve tutumlarının zenginleştirilmesini amaç edinen ve kurumların çalışma düzenini sürekli olarak etkileyen eğitimidir.

Birinci basamak Sürekli Tıp Eğitiminin en düzenli yapıldığı ve önem verildiği ülkelerden biri İngiltere'dir. Birinci basamakta çalışan Aile Hekimleri (General Practitioners) düzenlenen çeşitli kurs ve kongrelere katılarak sürekli tıp eğitimine devam ederler. Eğitimlere katılanlara Kraliyet Koleji (Royal College) tarafından verilen akrediteasyon puanları mesleki gelişimlerinin de takibi için kullanılır (BMA British..., 2010).

## 1.2 Hizmet İçi Eğitimin Amaçları

Her iki eğitim de birbirine çok yakın ve birbirini tamamlayıcı niteliktedir ve önemli olan çalışanın aldığı her türlü eğitimin yaptığı işe yansımasıdır. Yani eğitimlerde asıl hedeflenen eğitimi alan kişide davranış değişikliği yapmaktır.

Hizmet içi eğitim, sağlık hizmetleri çalışanlarının performanslarını geliştirmek için kullanılan geleneksel bir strateji haline gelmiştir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 214. maddesi ile devlet memurlarının hizmet esnasında yetişmeleri düzenlenerek hizmet içi eğitimlerin yasal zorunluluk haline gelmesi bu konunun önemini vurgulamaktadır. Madde "Devlet memurlarının yetişmelerini sağlamak, verimliliğini artırmak ve daha ileriki görevlere hazırlamak amacıyla uygulanacak hizmet içi eğitim, Devlet Personel Başkanlığı tarafından ilgili kurumlarla birlikte hazırlanacak yönetmelikler dahilinde yürütülür" hükmünü içermektedir.

Genel olarak HİE amaçları şu ana başlıklarda toplanabilir (SBHİ-EY, 1986):

- Personelin iş verimini artırmak
- Personelin bilgi ve becerilerini yenilemek
- Çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek
- Hizmet kalitesini yükseltmek
- Hizmetin üretimi ve kullanılması sürecinde meydana gelebilecek hataları ve kazaları azaltmak
- Maliyetlerin düşürülmesi ve tasarrufların arttırılmasını sağlamak
- Hizmet sunumunun nitel ve nicel yönden gelişmesini sağlamak

## 1.3 Hizmet İçi Eğitimin Planlanması

Yukarıda sayılan bütün amaçlar birinci basamak hizmetleri yani günümüzde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) için de geçerlidir. Diğer bir ifade ile ASM'lerin hizmet kalitesini arttırmak ve hasta kadar hekim ve yardımcı sağlık personelinin de memnuniyetini sağlamak için hizmet içi eğitim kaçınılmazdır.



Bir Aile hekiminin Hizmet İçi Eğitimde şu ilkelerle plan yapması uygun olacaktır:

1. Eğitimler sadece belirli bir sürede değil sürekli olmalıdır. Eğitim programının yer, zaman ve içeriği önceden hazırlanarak ilgili yardımcı sağlık personellerine bizzat duyurulmalı ve görevbilecekleri yerlere asılmalıdır.
2. Eğitim içeriği ASM'ye başvuran hastaların, çalışan personellerin ve hekimin şimdiki ve gelecekteki amaçları, sorumlulukları, eksik bilgileri ve eğitim ihtiyaçları dikkate alınarak düzenlenmelidir.
3. Hizmet içi eğitime tüm personelin azami katılımına önem verilmeli ve katılım sağlanması için ASM yoğunluğu, mesai saatleri vs gibi konulara dikkat edilerek olası engeller kaldırılmalı ya da olmadığı günlerde eğitim yapılmalıdır.
4. Mümkünse, verilen eğitim sonrası anket ya da sınavla eğitimden beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmelidir.
5. Gerektiğinde ilgili başka kuruluşlarla eğitimde iş birliği yapılmalıdır, maddi manevi destek alınabilecek kurum ve kuruluşlarla eğitim planlama aşamasında bağlantı kurulmalıdır.
6. Eğitim için kullanılacak yerin eğitim şartlarına uygun donatılması ve alt yapının düzenlenmesi; yardımcı sağlık elemanına eğitim öncesi ya da sonrası anlatılan konunun materyalinin basılı olarak ya da bilgisayar ortamında verilmesi eğitimden beklenen sonuçlara ulaşılmasını kolaylaştıracaktır.

### **1.3.1 ASM Çalışanlarının Görev Tanımı**

Sağlık çalışanlarının alacağı eğitim; yaptıkları iş ve sorumlulukları ile ilgili olmalıdır. ASM'lerde HİE'in temel konularını belirlemek için öncelikle ASM'lerin birim olarak ayrıca hekim ve yardımcı sağlık personelinin görev ve sorumluluklarını bilmek ve bu konular üzerinden eğitim planı yapmak gerekir. Bu durumda ASM'lerde hekim, Aile Sağlığı Elemanı ve Temizlik Personeli olmak üzere 3 kategoride görev dağılımından söz edilebilir. Çalışılan yer ve çalışan sağlık personellerinin tanım ve görevleri Bölüm 2'de detaylı olarak belirtilmiştir. Özetle:

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar

(AHUY, 2010). Aile sağlığı elemanı ise, 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 (Akalin, 2002). Aile Sağlığı Merkezinde görevli diğer personel/-ler ise ASM'de güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler açısından sağlık hizmetlerinin sunumuna yardımcı olurlar (AHUY, 2010).

ASM hizmetlilerinin yürütülebilmesi için personelin verilen görevlere uyumunu ve bu konularda eğitimini başta ilgili ASM hekimi olmak üzere hemşire/ebe ve acil tıp teknisyeni sağlar.

#### **1.4 ASM'lerde Temel Eğitim Konuları**

Sağlık çalışanlarının eğitimi, görev ve sorumluluklarını yerine getirmesini sağlayacak konuları içermelidir. Bu durumda her Aile Sağlığı Birimi hekimi, kendisine bağlı yardımcı sağlık elemanı ve temizlik personelinin eğitimini yapmak ve/veya sağlamakla yükümlüdür diyebiliriz. Bunun yanında hekimin de kendi bilgisini artırması ve yenilikleri, güncel uygulamaları yakından takip etmesi gerekmektedir. Birden fazla hekimin bir araya gelmesi ile oluşmuş bir ASM'de eğitimlerin hekimler arasında görev ve sorumluluk dağılımı ile belirlenmesi ASM işleyişini ve hekim başı iş yükünü azaltacaktır.

Düzenlenmesi planlanan eğitimlerde şu soruların yanıtı aranmalıdır:

- Verilmesi planlanan bilgi/beceri kullanılabilir mi, kabul görüyor mu?
- Eğitimde öğrenenin ve öğretenin rolleri nedir?
- Öğrenen aktif olarak eğitime katılacak mı?
- Eğitim kim tarafından yönlendiriliyor?
- Öğrenenin gereksinimlerine göre mi hazırlanmış?
- Eğiticiler bu konuda eğitilmiş mi?
- Bireysel mi, iş birliğine mi dayalı?
- Bireyin kendi kendine öğrenme kapasitesini artırıyor mu? (Akalin, 2002).

Yukarıda belirtilen tüm yetki ve sorumluluklar göz önüne alındığında genel anlamda bir ASM'de yapılması gereken eğitimleri konu başlıkları ile şu şekilde örneklendirebiliriz:

- Hastalıkların tanı ve tedavisi
- Hastanın sevki
- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri
- Ana çocuk sağlığı hizmetleri

- Bağışıklama hizmetleri
- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Yaşlı sağlığı hizmetleri
- Ruh sağlığı hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele
- İlk yardım ve acil bakım hizmetleri
- Halk eğitimi hizmetleri
- AHBS Programı ve Güncelleştirmesi
- Kronik hastalıklar

ASM'lerde eğitimler için örnek olabilecek temel konular Tablo 1 verilmiştir

**Tablo 1.1:** Eğitimler için temel konu örnekleri

<p><b>Ana sağlığı hizmetleri:</b></p> <p>Gebelik takibi ve izlemleri ve yapılması gerekenler  Gebelik ve kronik hastalıklar  Gebelik ve ilaç kullanımı  Gebelik ve komplikasyonlar  Gebelik ve bağışıklama  Gebelikte demir ve folik asit profilaksileri</p>	<p><b>Çocuk sağlığı hizmetleri:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeni doğan muayenesi</li> <li>• Yeni doğan resüsitasyonu ( NRP ) kursu (sağlık müdürlüğü tarafından sertifikalı kursları vardır)</li> <li>• Bebek aşılama ve izlemleri</li> <li>• Yeni doğan ve bebeklik dönemi tarama işlemleri</li> <li>• Çocukluk dönemi profilaksileri</li> <li>• Büyüme ve gelişmenin takibi</li> <li>• Çocuk sağlığı ve hastalıkları tedavisi</li> <li>• Bağışıklama hizmeti</li> <li>• Bulaşıcı hastalıklarla mücadele</li> <li>• Çevre ve ev kazalarına karşı korunmaya yönelik bilgilendirme</li> </ul>
<p>Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri  Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetleri hakkında genel bilgilendirme  RIA kursu (sağlık müdürlüğü tarafından sertifikalı kursları vardır)  İnfertilite ve tedavisi  Kronik hastalıklarla mücadele  Erişkin aşılama ( hepatit; tetanos; grip; pnömokok)</p>	<p>Okul sağlığı hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Okul çağı çocuklarının bağışıklanması</li> <li>• Bulaşıcı hastalıklarla mücadele</li> <li>• Büyüme gelişmenin değerlendirilmesi</li> <li>• Çocukları ağız ve diş sağlığı hakkında bilgilendirme</li> </ul>

<p>Kronik hastalıklar hakkında güncel bilgiler ve kılavuzlar tedavi ve takip usulleri</p> <p>Erişkinlere uygulanması gereken taramalar</p> <p>Sigara bıraktırma yöntemleri ve merkezleri hakkında bilgilendirme</p> <p>Verem savaş hizmetleri ve verem tedavi usulleri</p> <p>Meme sağlığı ve hastalıkları</p> <p>Kemik erimesi ve tedavisi</p> <p>Menopoz ve tedavisi</p>	<p>Yaşlı sağlığı hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriyatrik hastalarda kronik hastalıklar ve tedavisi</li> <li>• Çoklu ilaç kullanımı ve tedavisinin düzenlenmesi</li> <li>• Geriyatrik psikiyatri ve nörolojik hastalıklar</li> </ul>
--	--

<p>Ruh sağlığı hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Çocuk ruh sağlığı</li> <li>• Ergenlik döneminde ruhsal sorunlar</li> <li>• Yeme bozuklukları</li> <li>• Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisi</li> <li>• Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yan etkileri</li> <li>• Sağlığı ilgilendiren kötü alışkanlıklarla mücadele</li> </ul>	<p>İlk yardım ve acil bakım hizmetleri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPR</li> <li>• Acil hastalara müdahale ve tedavi prensipleri</li> <li>• Acilde kullanılan ilaçlar ve dozları</li> <li>• Yatalak ve özürülü hastalara bakım hizmeti</li> <li>• Bası yarası ve tedavisi</li> <li>• Beslenme ve bakım hizmetleri</li> <li>• Temizlik ve sterilizasyon, dezenfeksiyon hizmetleri</li> </ul>
--	---

Sağlık Bakanlığı öncülüğünde zaman zaman tarama programları başlatılmaktadır (Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı, Ulusal Kanseri Kontrol Programı, Türkiye Diyabet Kontrol Programı, Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı). Bu gibi tarama programlarının yürütülmesinde ASM çalışanları çok önemli görevler üstlendiğinden konu hakkında ASM çalışanlarının bilgilendirilmesi görevi, çalışmaların kontrolü ve sorumluluğu temel olarak ASM hekimindedir. Tabloda belirtilen örnek eğitim konuları dışında, güncel programlar ve ihtiyaçlar doğrultusunda eğitim içeriği yeniden düzenlenmelidir.

Bu kadar hizmetin bir arada verildiği bir ünite de sürekli eğitimlerin devamı hizmetlerin verilmesi, devamı ve kalitesi açısından çok önemlidir. Bu amaçla hizmet içi eğitimler sağlık bakanlığı bünyesinde periyodik olarak devam ederken (Aile Hekimliğinin Pilot..., 2011) ASM sorumlu hekim /inin-lerinin de kendi bünyelerinde HİE'leri devam ettirmeleri sunulan sağlık hizmeti kalitesi açısından son derece önemlidir.

### **1.5 Eğitimlerde Hekimin Sorumlulukları**

- Eğitim programının uygulanması için gerekli yer, araç ve gereç sağlamak, eğitim için uygun ortam oluşturulmasını sağlamak
- Yıllık/aylık eğitim programı hazırlamak
- Eğitim için gerekli kurum ve kuruluşlarla işbirliği sağlamak
- Eğitim programlarının işlerliğini sağlamak
- Eğitim kayıtlarını tutmak, katılımı kayıt altına almak
- Eğitim konuları işlenirken modern eğitim teknik ve araçlarının kullanılmasını sağlamak

### **1.6 Eğitim Programı Çeşitleri**

ASM'lerde yapılabilecek eğitim programı çeşitleri ise şunlar olabilir (Sağlık Bakanlığı HİE Yönetmeliği esas alınmıştır) (SBHİEY, 1986):

#### **a) İntibak Eğitimi:**

Bu eğitimle personele görev yeri, amir ve iş arkadaşları çevresi tanıtılır. ASM'nin yapısı, görevleri ve kendi sorumlulukları öğretilir.

#### **b) İş Başında Eğitim:**

Personele görev sırasında bir program dahilinde eğitim verilir.

#### **c) Kurs, toplantı ve Seminerler:**

İş başında eğitimin yeterli olmadığı hallerde, kısa zamanda toplu ve daha seri bir gelişme sağlamak amacı ile kurs, toplantı ve seminerler düzenlenir ya da alabileceği yerlerle bağlantıya geçilir. Diğer Kurum ve Kuruluşlarda Eğitime Katılma için Sağlık Bakanlığı HİE Yönetmeliği 24. madde gereği makamın onayı alınır.

#### **d) Ev ziyaretlerine katılım:**

Yardımcı sağlık personelinin eğitimi için personel ev ziyaretlerine katılarak eksiklikleri belirlenebilir ve ziyaret sırasında eğitim yapılabilir

Bu programların planlanması, yapılması ve takibi için şuralardan destek alınabilir:

- Sağlık Bakanlığı
- O konuda eğitim verebilecek diğer Hekimler
- Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Müdürlüğü

- Konuyla ilgili özel veya tüzel kurum ve kuruluşlar, kişiler
- İlaç firmaları

Bu eğitimlerin ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak ve sınıflandırılarak belirli aralıklarla yapılması, yapılan eğitimlerin ve materyallerinin dosyalanarak hem eğitimcinin hem de eğitilenin imzasının bulunduğu bir tutanakla saklanması uygun olacaktır.

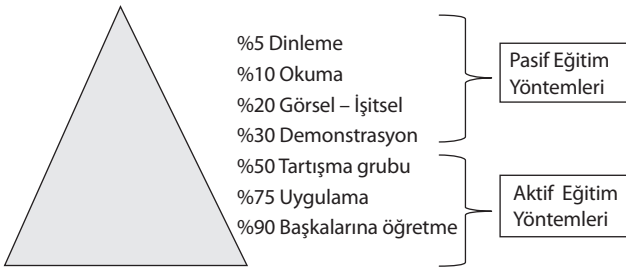
ASM'lerde hizmet içi eğitimlerle ilgili bir başka kurum da Toplum Sağlığı Merkezleridir (TSM). Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde eğitim ihtiyacını belirler ve eğitimin planlamasını yapar. Eğitimin hedef grubuna (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi) ve amacına göre eğitimi ya doğrudan kendisi verir ya da bölgesindeki aile hekimleri ve diğer sağlık kurumları aracılığı ile verilmesini sağlar. Aile Sağlığı Merkezi ve diğer sağlık kurum çalışanlarının hizmet içi eğitimini Sağlık Müdürlüğü ile planlar, hizmet içi eğitim çalışmalarında eğitim salonu ve materyallerini sağlamakla görevlidir (Doctors' training..., 2010).

## 2. Eğitim Yöntemleri ve Probleme /vakaya dayalı Öğrenim Metodolojisi

### 2.1 Eğitim Yöntemleri

Toplumsal gelişmelerle birlikte birçok alanda olduğu gibi eğitim alanında da yeni modeller ortaya konulup bunun üzerine araştırmalar yapılmıştır. Amerika'da yapılan Eğitim yöntemlerine göre bilgilerin akılda kalma oranlarını araştıran bir çalışmanın sonuçları Şekil 1'de gösterilmiştir (National Training Laboratories),

**Şekil 2.1: Öğrenim Piramidi.**



### National Training Laboratories, Bethel, Maine.

Şekil 2.1'de de görüldüğü gibi, öğrenme piramidi temel olarak çeşitli aktif eğitim stratejilerini destekler. Bu durum eğitim yöntemlerimizi yeniden gözden geçirerek uygun yerde, zamanda ve kişiler-

de uygun yöntemi kullanmamız gerekliliğini; güncel eğitim modellerinin önemini göz önüne sermektedir.

Eğitimdeki uluslararası eğilimler geleneksel öğretmen odaklı yaklaşımdan öğrenci merkezli yaklaşıma doğru bir kayma göstermektedir. Öğrenci merkezli yaklaşım modeli program ya da modülün sonunda öğrencinin öğrenmesi amaçlanan hedefler üzerinde durmaktadır. Bu nedenle, bu yaklaşım ortak olarak "öğrenme sonuçlarına dayanan yaklaşım" olarak adlandırılmaktadır. Bu kullanım sonraları kısaltılarak "öğrenme sonuçları" ifadesine dönüştürülmüştür (Kennedy D, 2006).

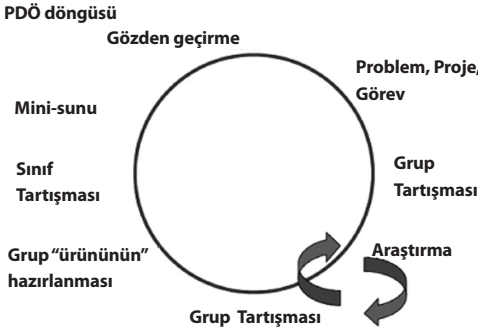
Öğrenme sonuçları, bir öğrencinin öğrenme sürecini tamamladıktan sonra neleri bilmesi, anlaması ve /veya yapabilmesi gerektiğini açıklayan ifadelerdir (AKTS Kullanım Kılavuzları, 2009). Mezuniyet sonrası eğitim için de oldukça uygun olduğu belirtilen bu modelde hem eğitici hem de öğrenen sorumluluk paylaşır (Harden RM, 2006)

Bu doğrultuda tıpta günümüz ihtiyaçlarına dayanarak geliştirilen yeni eğitim modelleri ise şunlardır (Vernon ve Blake, 1993):

- Probleme dayalı öğrenme
- Projeye dayalı öğrenme
- Öğrenen merkezli öğrenme
- Hasta merkezli öğrenme
- Topluma dayalı öğrenme.

## **2.2 Probleme /Vakaya Dayalı Öğrenim Metodolojisi**

Birinci basmaktaki eğitimlerle ilgili genel pratisyen (GP) hekimlerle birçok çalışma yapılmıştır (Akalin, 2002). Bu çalışmaların bulgularına göre GP'ler özellikle işbirliğine dayalı; öğrenenin aktif olduğu ve eğitici ile eğitilenin birbirine en yakın olduğu eğitim ortamlarını en başarılı yöntemler olarak değerlendirmişlerdir. Yapılan çalışmalarla GP'lerin yaparak öğrenmeyi sevdikleri çünkü öğrendiklerini pratik olarak uygulayabileceklerine inanmaları gerektiği gösterilmiştir. Bu bilgiler ışığında bakıldığında eğitim modeli olarak kullanmak için yeni bir model olan probleme dayalı öğrenme (PDÖ) iyi bir seçenektir. PDÖ yeni bir bilginin elde edilmesi ve entegrasyonunda başlangıç noktası olarak problemleri kullanma ilkesine dayalı bir öğrenim yöntemidir (Vernon ve Blake, 1993). Bu yöntemde küçük gruplara dayalı, kendi kendine öğrenme, analitik düşünme ve kendini değerlendirmeyi sağlayan bir eğitim ortamı sağlanır. PDÖ döngüsü Şekil 2'de gösterilmiştir.

**Şekil 2.2:** PDÖ döngüsü

(Vernon ve Blake, 1993) (Yarış, 2008)

### 2.2.1 Dünyada ve Türkiye'de PDÖ

Probleme dayalı öğrenme ilk Kez 60'larda Kanada McMaster Üniversitesi'nde geliştirilmiştir. Daha sonraki yıllarda öncülüğünü Harvard ve New Mexico Üniversiteleri Tıp Fakülteleri yapmıştır. PDÖ'nün, özellikle ABD ve Kanada tıp fakültelerinde %80'e varan oranlarda kullanılmaya başlanması diğer tıp fakültelerinde uygulanması için örnek teşkil etmiştir (Vernon ve Blake, 1993) (Wood, 2004). Ayrıca Tıp dışı fakültelerde de kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 1997- 98 öğrenim yılında aktif tıp eğitimine geçerek programında yer vermesi önemli bir başlangıç olmuştur. Daha sonra Pamukkale ve Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakülteleri'nde tüm müfredat PDÖ'ye göre düzenlenmiştir (Yarış, 2008). Türkiye'de Tandoğan ve Orhan tarafından yapılan çalışmada probleme dayalı aktif öğrenme yöntemlerinin geleneksel yöntemlere üstünlüğü gösterilmiş, öğrencilerde akademik yönden belirgin gelişme izlenmiştir (Tandoğan ve Orhan, 2007).

### 2.2.2 Probleme Dayalı Öğrenimin Özellikleri

PDÖ'nün özelliği katılımcılara önce problemin verilmesi daha sonra grubun öğrenim hedeflerini kendi kendine belirlemesidir. Yani neyi öğreneceğine (öğrenmesi gereğine) katılımcı karar verir. Eğitici süreci kolaylaştırıcıdır ve diğer öğrenim yöntemlerinden farklı olarak bilgi aktaran konumunda değildir. Çünkü PDÖ' de öğretmen ile öğrencinin rolleri değişmiş, öğrenci kendi eğitiminde daha aktif ve sorumluluk sahibidir. Katılımcı neyi bilip bilmediğini sorgu-



lar ve öğrenim hedefleri için sorumluluk alır. Basamaklandırılacak olursak bir PDÖ süreci şu şekildedir: (Vernon ve Blake, 1993)

PDÖ süreci şu şekilde işler:

1. Öğrenciler problemi alır, fikirlerini ve konu hakkındaki bilgilerini ortaya koyar.
2. Öğrenciler neyi bilip, neyi bilmediklerini sorgular.
3. Sorular ve öğrenim hedefleri için sorumluluk alır.
4. Bağımsız öğrenme sürecinden sonra yeniden toplanıp yeni öğrenilen bilgileri paylaşır.
5. Öğrenciler neyi bilip, neyi bilmediklerini sorgular.
6. Sorular ve öğrenim hedefleri için sorumluluk alır.
7. Bağımsız öğrenme sürecinden sonra yeniden toplanıp yeni öğrenilen bilgileri paylaşır.

PDÖ'nün kişiye en önemli katkısı bilgiyi hatırlamaktan çok ekip içinde çalışmayı öğretmesi, problemi ortaya koyma, bilgi toplama, yeni bilgileri başkalarına aktarma, karar verme ve sonuca ulaşma yeteneklerini kazandırmasıdır ki bu da ASM' de çalışan her personel için oldukça önemlidir (Wood, 2004) (Albanese ve Mitchell, 1993).

PDÖ'nün yararlı olduğunu savunan çalışmalar olduğu gibi olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur. Vernon and Blake ('93) gibi bir kısım araştırmalarda PDÖ'nün temel bilimlerde kullanımı zayıf bulunurken (Vernon ve Blake, 1993); USMLE1'de herhangi bir fark bulunamamıştır (Blake vd, 2000). USMLE2 çalışmasında ise temel bilimler alanında kullanımında anlamlı fark bulunmuştur (Blake vd, 2000). PDÖ öğrencilerinin öğrenme, problem çözme, kendini değerlendirme, veri toplama, davranış bilimleri alanlarındaki skorları ve hastaların sosyal-duygusal problemlerine eğilme becerilerini klasik eğitim öğrencilerinden daha yüksek bulan çalışmalar mevcuttur (Albanese ve Mitchell, 1993) (Patel vd., 1993). Bir diğer çalışmada ise bilgi ve klinik performans açısından klasik sistemden belirgin farkı olmadığı sonucuna varılmıştır (Colliver, 2000).

### **2.2.3 PDÖ Avantaj ve Dezavantajları**

Bu çalışmalarda görüldüğü gibi PDÖ'nün lehinde ve aleyhinde sonuçlar olması kullanılacak yer ve konunun seçiminin önemli olduğu düşüncesini ön plana çıkarmaktadır. Bu durumda PDÖ'nün avantajları ve dezavantajları dikkatli değerlendirilmelidir.

### **PDÖ' nün avantajları** (Vernon ve Blake, 1993)

- Kendi kendine öğrenme
- Daha bütüncül beceri geliştirme.
- Kişiler arası ilişkiler ve ekip çalışması.
- Kendi kendine motivasyon davranışı.
- Yakın yönlendirici- öğrenci ilişkisi.
- Entegre öğrenme düzeyi.
- Geniş konu başlıklarını bir arada inceleme, sentez.

### **PDÖ' nün dezavantajları**

- Problem çözme becerileri gerektirir.
- Motive öğrenci gereklidir; öğrenciler sorumluluk taşımayabilir.
- Daha az şey öğrenildiği kaygısı vardır.
- Gereksiz bilgiler de öğrenilir.
- Daha fazla öğretim üyesi, emek ve zaman gerektirir.
- Daha fazla mekân gerektirir.

### **3. Sonuç**

Sonuç olarak sağlık eğitiminde gelişmelerin takibi ve öğrenilen bilgilerin hatırlanması amaçlı hizmet içi eğitimler ve sürekli tıp eğitiminin sağlık hizmeti sunumunda ve kalitesinde önemli yeri vardır. Bu gibi eğitimlerde, modern ve aktif öğrenim yöntemlerinden biri olan PDÖ birinci basamak çalışanları için uygun bir yöntem olarak önerilebilir.

### **Kaynaklar**

- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge 25143. sayılı ve 3.08.2011 tarihli.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY); 25 Mayıs 2010 Salı. Resmî Gazete Sayı: 27591.www.saglik.gov.tr (11.11.2011 tarihinde erişilmiştir)
- Akalın, S. (2002). Birinci Basamakta Sürekli Eğitimin Geliştirilmesi: Deneyim Paylaşımı; Sted. Cilt 11, sayı 6, 215.
- AKTS Kullanım Kılavuzu, Son Sürüm, 6 Şubat 2009 - Brüksel <http://akt-skurumsal.sdu.edu.tr/docs/AKTS%20Kullanım%20Kilavuzu.doc> (10.01.2012 tarihinde erişildi)

- Albanese, M. A., Mitchell, S. (1993). Problem-based learning: A review of literature on its outcomes and implementation issues. *Academic Medicine*, 68, 52-81.
- Blake, Robert L., Hosokawa, Michael C., Riley, Shari L. (January 2000) "Student Performances on Step 1 and Step 2 of the United States Medical Licensing Examination Following Implementation of a Problem-based Learning Curriculum" *Educating Physicians: Research Reports*. Volume 75 - Issue 1: p 66-70.
- Colliver, J., 2000. Effectiveness of PBL curricula: research and theory. *Acad Med* 75: 259-266.
- Doctors' training and qualifications. British Medical Association (BMA) 05 October 2010. [http://www.bma.org.uk/patients\\_public/doctorsqual.jsp](http://www.bma.org.uk/patients_public/doctorsqual.jsp) (12.11.2011 tarihinde erişilmiştir)
- Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. *Emerg Med J*. 2006 October; 23(10): 798-802.
- Kennedy D, Hyland A, Ryan N. Çeviren: Ceyda Taşkıran. Öğrenme Sonuçlarının Yazılması ve Kullanılması, 2006 <http://int.kocaeli.edu.tr/dosyalar/ogrenmesonuclarininkullanimi.pdf> (10.01.2012 tarihinde erişildi).
- Patel, V.L., Groen G.J., Norman, G.R. (1993). Reasoning and instruction in medical curricula. *Cognition and Instruction*, 10:335-378.
- Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği (SBHİEY); (İş bu yönetmelik Resmi Gazetede yayınlanmamış, 05/11/1986 tarih ve Personel Genel Müdürlüğü Eİ/422 – 35898 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-516/saglik-bakanligi-hizmetici-egitim-yonetmeligi.html> (09.11.2011 tarihinde erişilmiştir)
- Tandogan RO and Orhan A (2007). The effects of problem-based active learning in science education on students' academic achievement, attitude and concept learning. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education* (1) 1:71-81.
- The Learning Pyramid. NTL Institute for Applied Behavioral Science, 300 N. Lee Street, Suite 300 Alexandria VA 22314 1-800-777-5227
- Vernon, D.T., Blake, R.L. (1993) "Does problem based learning work? A meta-analysis of evaluative research." *Academic Medicine*; 68 (7), 550-563.
- Wood, E.J. Problem-Based Learning: Exploiting Knowledge of how People Learn to Promote Effective Learning. *BEE-j* Volume3: May 2004 <http://bio.ltsn.ac.uk/journal/vol3/beej-3-5.htm>
- Yarış, F. (2008). "Tıp ve Sağlık Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenme: Temel Kavramlar, Tarihçe, Uygulamalar". TESDER 1. Tıp ve Sağlık Eğitimciliği Sempozyumu, Ankara. [http://www.tesder.org.tr/documents/Tip\\_ve\\_saglik\\_egitiminde\\_probleme\\_dayali\\_ogrenme.pdf](http://www.tesder.org.tr/documents/Tip_ve_saglik_egitiminde_probleme_dayali_ogrenme.pdf) (12.11.2011 tarihinde erişilmiştir)