



## BURSA'DA AİLE HEKİMLİĞİNİN İLK YILI ARDINDAN TESPİT ve ÇÖZÜMLEMELER

Bursa Tabip Odası  
Pratisyen Hekimlik Komisyonu

Yazarlar (Alfabetik Olarak)

Dr.Alper Tunga TÜRK BAYRAK

Dr.Bülend ÖZBİLGİN

Dr.Bülent ASLANHAN

Dr.Ersan TAŞCI

Dr.Eylem YENTÜRK

Dr.Gökan AKTAŞ

Dr.Güzide ELİTEZ

Dr.Hülya UYAR ERDEM

Dr.Kenan ERGUS

Mayıs 2011

## **Başlarken...**

Dünya’da, sağlık ölçütleri bakımından ön sıralarda yer alan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri asli olarak 6 yıllık tıp eğitimi sonrası 2-4 yıl saha ve mesleki eğitimini tamamlamış birinci basamak hekimleri tarafından (Genel pratisyen, aile hekimi vb.) yürütülür ve bu grup hekim nüfusunun çoğunluğunu teşkil eder. Dünya’daki dağılımdan çok farklı olarak, Türkiye’de 111 bin 211 hekimin 31 bin 978’i pratisyen hekimdir (*Sağlık Bakanlığı, 2010*). Bursa’da da sayıları 4000’e yakın olan tüm hekimlerin 1188’i (kamu ve özelde toplam aktif çalışan) pratisyen hekimdir. Ülkemizde “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” gereği 2005 yılına kadar tıp fakültelerinden mezun olan hekimler pratisyen hekim kadrosuyla ağırlıklı olarak “Sağlık Ocakları”nda birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmüşlerdir. 2005 yılında Düzce’de başlatılan pilot uygulama ile “sağlık ocağı sistemi” tüm değerlerinden ters yüz edilerek birinci basamakta “aile hekimliği sistemi” adı altında bir değişim başlatılmıştır. 2008 yılı itibariyle bu değişimin etkileri Bursa sağlık ortamında da kendisini göstermeye başladı ve 2009 yılı ekim ayıyla birlikte sisteme dahil olan 35. il olarak Bursa’nın da bütün sağlık ortamını değiştirmiş oldu.

Bursa Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu, pratisyen hekimlerin çalışma koşullarını izleyen, özlük hakları ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi için çalışmalar yürüten; toplum sağlığı merkezlerinde, aile hekimliklerinde, acillerde, sağlık müdürlüğünde, kurum hekimliklerinde, hastanelerde, belediyelerde, işyerlerinde ya da özel sektörde görev yapan tüm pratisyen hekimlerin mesleki platformu olarak 1 Ekim 2009’dan bu yana uygulanmaya çalışılan bu süreci ve Bursa sağlık ortamında yarattığı etkileri birinci yıl itibariyle değerlendirme kararı almış ve ortaya elinize ulaşan bu rapor çıkmıştır. Raporla daha çok hekim merkezli bir değerlendirme yapılmış olmakla birlikte sağlığın, hastasından sağlık kurumuna tüm bileşenleriyle organik bağı gözetilmeye çalışılmıştır. Bu raporla amaç Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla sağlık ortamına ve sağlık hakkına yapılan ulusal saldırıyı Bursa ölçeğinde deşifre etmektir.

Sosyalist bloğun çatlamasından sonra sosyal devlet kavramını terk etmeye başlayan uluslararası sermaye, sağlık hizmetini ciddi karlar getiren bir yatırım alanı olarak tanımlayarak geri kalmış ve “yeni kapitalistleşmiş” ülkelerden başlayan bir “çaba” içerisine girmiştir. Ülkemizde değişik hükümetler döneminde denenen ama toplumsal muhalefete takılan “sağlıkta değişim” çabaları, AKP’nin tek parti olarak iktidara gelmesiyle iktidarın temsil ettiği sınıfın beklentilerine uygun düşer biçimde sistemli şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Son sekiz yıllık hükümet uygulamalarına baktığımızda, sağlık hizmetlerinin kamu yerine özelden satın alınmasının tercih edildiğini; Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 2002 yılından bu

yana kamu hastanelerinden satın aldığı tedavi hizmetleri %21 azalırken, özel hastanelerden satın aldığı tedavi hizmetleri için yapılan harcamanın %221 arttığını görebiliriz. Aile hekimliğinde de amaçlanan, bir biçimiyle bu uygulamaları koruyucu hizmetleri de içerir şekilde genişletmektir. Biliyoruz ki özelde üretilen mal ve hizmetler maliyetinin üzerine "kar" ilave edilerek satılır. Yalnızca bu temel özellik bile kamunun özelden hizmet satın almasının, kendi ölçütleri üzerinden ifade edersek, verimli olamayacağını kanıtıdır. Kamu, özelden hizmet satın alma yoluyla zarara uğratılmaktadır.

Türkiye'de yıllar itibari ile cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı artmaktadır (*Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2010*). Mevcut hükümet döneminde kişilerin cepten yaptıkları ile ödedikleri primlerden yapılan sağlık harcamasının, toplam cari sağlık harcamasının ana kaynağı olmaya devam ettiği ve bu payın yıllar içerisinde düzenli olarak arttığı görülmektedir. Söylediklerinin ve yazdıklarının aksine son dönem hükümetleri kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını azaltırken, yurttaşın cebinden yaptığı harcamaları hem oran, hem mutlak olarak yükseltmiştir. Üstelik cepten harcamaların ülke dağılımı oldukça eşitsiz seyretmektedir (*Soyer A.,2010*).

Geçen zaman içerisinde müşteri, seçme hakkı, ofis, provizyon, eleman, gelir-gider dengesi, fatura gibi kavramları, meslek yaşamımızda sıkça kullanır hale geldiğimizi fark ettik. Her biri serbest piyasa aktörlerince kullanılan bu kavramlar sağlıkta dönüşümün oturtulmak istendiği paradigmaya yönelik bizlere önemli ipuçları sunmaktadır. Doğası gereği bir uygulamayı benimsetmek için öncelikle varolan paradigmalara sulandırılmalı veya tümünden kaldırılmalıdır. Aslında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla yürütülen bu dönem bazı siyaset bilimcilerce de sistemli bir 'reform' hareketinin parçası olarak görülmekteyse de, reform bir şeyi daha iyi duruma getirmek için yapılan değişiklik, iyileştirme, düzeltme demek olduğundan piyasa kurallarına dayalı böyle bir uygulamayı tarihsel düzlemde bakıldığında iyileştirme, ilerleme olarak göremeyiz. Bilinmelidir ki doğa gibi toplumlar da bir hareket içerisindedir. Ve bu hareket nicel değişikliklerden nitel değişikliklere doğrudur. İktidarlar tarafından yapılan yanlış düzenlemeler bu tarihsel ilerleyiş karşısında çürümüş bir duvar gibi yıkılacaktır. Amacımız bu duvarın altında toplumun kalmaması için uyarı görevini yapmaktır. Alman tıp bilimcisi Rudolf Virchow'un dediği gibi "Siyaset, tıbbın geniş ölçekli uygulanmasından başka bir şey değildir". Bu döneme denk gelen biçimde art arda patlayan uluslararası ve yerel krizler, çok büyük kitleleri etkilemiş, toplumda geniş kesimlere yayılan yoksulluk insanları ekonomik olarak bir umut arayışına itmiştir. Yıllar boyunca mesleki ve toplumsal beklentilerin çok altında bir gelirle yaşamak zorunda kalan pratisyen hekimler de umudu, allanıp pullanarak sunulan aile hekimliğinde aramışlar ancak raporda da göreceğiniz gibi pek çok nedenle hayal kırıklığına uğramışlardır.

Aile hekimlerinin kendilerine vaat edilen bereketli topraklara hiç ulaşamamaları bir yana şunu bir kez daha hatırlatmakta fayda olacak; yapılan uygulamalar halen pilot bir yasa üzerinden yürütülen siyasi bir tercihin sonucudur. Aile hekimliğinin ömrü, doğası itibariyle siyasi iktidarla sınırlıdır. Umarız ki sisteme umut bağlayan meslektaşlarımız ve toplumumuz bu dönemi en az zararlarla atlattır. Demokratik kitle örgütlerinin bütünlükçü duruşuyla “hakedilmiş gerçek umutlarımızın” önündeki bu engellerin kaldırılacağını, bu çalışmanın da bu sürece katkı sunacağını umuyoruz.

### ***Aile Hekimliği Süreci ve Bursa Tabip Odası...***

Sanılanın aksine Bursa, aile hekimliği kavramı ile Düzce'den çok daha önce, 1996 yılında, Eski Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna zamanında, Bilecik ve Ankara ile birlikte Bursa'da Ertuğrulgazi Sağlık Ocağı'nda ilk aile hekimliği uygulaması denemesiyle tanışmıştır. Ancak değişen hükümetlerle niyet değişmese de gerçekleştirecek siyasi irade bir türlü sağlanamamış ve bu uygulamalar minik pilot çalışmalar olarak kalmıştır. Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetlerinin 2002 yılında başlayan iktidarında yıllardır sürüncemede kalan “Sağlıkta Dönüşüm” için gereken -asında özellikle sermayedarların sabırsızlıkla beklediği- o irade bir bakıma sağlanmış oldu. Sağlık ocaklarının yapısal dönüşümü başlatılarak, döner sermaye ve her hekime poliklinik odası dayatması ile hekimlerin yalıtılmış rekabetçi ortamlara alışmaları sağlanmıştır. Ardından 2005 yılında Düzce'de başlatılan “pilot uygulama”, yanlışlardan hemen hiç ibret alınmadan, mağduriyetler yaratıla yaratıla tüm ülkede yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. İlimizde “yeni” aile hekimliği süreci 21 Şubat 2008 tarihinde birinci aşama uyum eğitimleri ile başlamış ve başka illerde yaşanan, hekimlerin bu eğitimlere katılmama olasılığı ‘sertifikası olmayana işyeri hekimliği yapma onayı verilmemesi tehdidiyle’ ortadan kaldırılmıştır. Nitekim bunun sonucunda emeklilikte işyeri hekimliği yapabilmek amacıyla tüm Türkiye’de en fazla uzmanın eğitim almak için başvurmak zorunda kaldığı il Bursa olmuştur. 8 Nisan 2009 tarihinde 26. tur eğitimi ile tamamlanan ve yaklaşık 14 ay süren eğitim sürecinde 45’i il dışından olmak üzere toplam 2064 hekim eğitime katılmıştır. Bursa’daki pratisyen hekimlerin tamamına yakını, aile hekimliği yapmayı düşünmese bile, bu eğitimlere katılmak zorunda kalmıştır.

Bursa Tabip Odası, bu dönemde, daha önce aile hekimliğine geçilen illerde yaşanan adam kayırmacı anlayışların yarattığı sıkıntılardan yola çıkarak İl Sağlık Müdürlüğü’nden eğitimcilerin seçilme kriterleri, seçilme biçimleri ve mevcut hizmet puanları, resmi olarak, bilgi edinme yasası çerçevesinde talep edilmiştir. Ancak idare bilgilerin Bakanlıktan elde edileceği cevabını vererek deyim yerindeyse topu taca atmıştır. Bakanlık ise yapılan yazışmalara hiç cevap vermeyerek, kendi hükümetleri tarafından çıkarılan bilgi edinme yasası hükümlerine

aykırı davranmayı tercih etmiştir. Bunun üzerine oda üyelerinden gelen talep üzerine Bölge İdare Mahkemesi'nde yürütmeyi durdurma davası açılmış ancak bu dava da aradan geçen onca süreye karşın henüz ilk duruşma bile gerçekleşmeden, aile hekimliği yerleştirmelerinin yapılması nedeniyle anlamsızlaşmış ve gündemden düşmüştür. Aile Hekimliğine geçilen her ilde hekimlerin tepkisine neden olan, eğitici hekimlere verilen ekstra puanlar, bu meslektaşlarımızın haksız bir şekilde eğitici olmayan meslektaşlarına göre üst sıralarda yer alma şansı elde etmelerini sağlamıştır. Sağlık Müdürlüğü'nce Haziran 2009 tarihinde yapılan yerleştirmelerden önce açıklanan son puan listesi ile puanlara itiraz için açıklanan ilk puan listesi karşılaştırılarak aradaki fark hekimlerin dikkatine sunulmuş ve takdir hekim kamuoyuna bırakılmıştır.

Süreç içinde Bursa Tabip Odası hekimlerin sisteme dahil olmak için gösterdikleri ilgiyi ve daha önce geçilen illerde sisteme dahil olmamayı seçen hekimlere uygulanan kötü muameleyi dikkate alarak, sistemin getirecekleri konusunda hekimleri bilgilendirmeyi ve tercihi kendilerine bırakmayı seçmiştir. Bununla ilgili çevre illerde değerlendirme gezileri ve deneyimli illerden gelen katılımcılarla yapılan paneller düzenlenmiştir.

Yine sisteme daha önce geçen illerin deneyimlerinden yola çıkarak dönemin İl Sağlık Müdürü ile özellikle acil sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sisteme geçme eğilimi aktarılmış ve yeterli acil deneyimi olan hekimlerin ikamesinin yapılması gerekliliği, sorunun ciddi hasta ve hekim mağduriyetlerine neden olabileceği ısrarla vurgulanmıştır.

18 Mayıs 2009 tarihinde Bursa ili için belirlenen 152 Aile Sağlığı Merkezi ile 731 Aile Hekimliği Birimi (AHB) hakkında detaylı görsel bilgilerin yer aldığı sayfalar Sağlık Müdürlüğü web adresinde yayınlanmış, ardından hekimler puanlarına göre seçme olasılıkları olan kurumları ziyaret etmeye başlamışlardır. Birçok hekim yıpratılan sağlık ocakları modelinin terk edilmesini istemese de, özellikle İzmir ve Denizli örneklerini bilenler, başlarına gelebilecekleri öngörüp aile hekimliğine zorunlu olarak "evet" demişlerdir. 6-7 Haziran 2009 tarihlerinde yapılan yerleştirmelerle açık olan 731 pozisyonun tamamı tercih edilerek doldurulmuştur. Yerleştirmelere başvuran **995** hekimden **68'i** katılmazken **137** hekim seçme haklarından feragat ettiğini komisyon önünde sözlü olarak beyan etmiştir. **59** hekime ise pozisyonların tükenmesinden ötürü seçim sırası gelmemiştir (*BSM,2010*).

Aile sağlığı merkezini belirlemede kimi hekimler birlikte çalışacakları kişileri ana ölçüt alırken, kimileri de binaları veya bölgeyi temel ölçüt kabul etmiştir. Hizmet puanları düşük olanlar ise sona yaklaştıkça merkezden uzaklaşan seçenekler karşısında çaresiz kalmışlardır.

Yerleştirmelerin ardından sağlık ocaklarında iş verimi ciddi düşüş göstermiş, hekimler “yanmasın” diye kalan yıllık izinlerini kullanarak yeni sisteme hazırlanmak üzere kurumlarından ayrılmışlardır. Bu süreyi birlikte çalışacakları arkadaşlarını tanımak, odaları incelemek, malzeme eksikliklerini saptamak, ebe-hemşireleri bularak sözleşme yapmaya ikna etmek için kullanmışlardır. Seçimden en kötü etkilenenler henüz binası olmayan ASM'leri seçenler ile hizmet puanı az olup da ikametinden başka ilçelere gitmek zorunda kalanlar olmuştur. 3 ay içinde hem kendilerine hem de yönetmeliklere uygun bir bina bulmak ve bunları yaparken de tüm giderleri kendi ceplerinden karşılamak zorunda kalmışlardır. Geçiş süreciyle birlikte hekim dışı sağlık personeli üzerinde de gelecek kaygısı doruğa ulaşmış ve özellikle de aile sağlığı elemanları sözleşme imzalayan veya imzalamayan olarak ayrıştırılmıştır. Pek çok sağlık ocağı yeterli düzenleme ve tadilat yapılmadan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) haline getirildiği için bazı hekimler karşılarında boş odalar bulmuşlardır. Geçiş süreci ve sonrasında Bursa Tabip Odası gerek bina kiralari gibi maddi konular gerekse idarenin aile hekimlerine yönelik olumsuz tutumları gibi konularda hekimlerin yanında olmuş ve ilk olarak Bursa Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu içerisinde aile hekimliğı ile ilgili bir çalışma grubu kurmuş, ardından aile hekimi olarak çalışan pratisyen hekimlerden gelen talep üzerine Aile Hekimliğı Komisyonu'nun kurulması kararını almıştır. Odamız aynı zamanda tabip odaları içerisinde aile hekimliğı komisyonu ile ilgili yönerge çalışması yaparak, bu konuda ilk adımı atan tabip odalarından biri olmuştur. Komisyonun ilk etkinliğı ise İngiltere'de aile hekimliğı yapan bir hekimin katıldığı söyleşidir.

### ***Aile Hekimliğine Geçiş Süreci...***

Aile hekimliğı Bursa'da 1 Ekim 2009 tarihinde hafta içi perşembe günü uygulanmaya başlandı. Bir gün önce sağlık ocağı olan binalar ertesi gün tabelaları değiştirilerek ASM'lere dönüştü. Birgün önce sağlık ocaklarında, hastanelerde, 112'lerde, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nde (AÇSAP) ve Verem Savaş Dispanseri'nde (VSD) çalışanlar ertesi gün kendilerini yeni kurumlarında, yeni odalarında buldular. Son üç ayı verimsiz şekilde geçiren Sağlık Müdürlüğü gösterdiği altyapısı yetersiz binalarla çok tepki topladı. Hekimler hafta içine denk gelen uygulama başlangıcında bir yandan hizmet almaya gelen halkı bilgilendirmeye çalışırken diğer yandan odalarındaki eksiklikleri (boya-badana, internet ve elektrik bağlantısı vb.) gidermeye çalıştı. Birçok ASM yarım gün ila bir gün, hatta bazılarında ise günlerce hizmet sunulamadı.

Yerleştirmelerde beklenenin üzerinde bir taleple karşılaşan Sağlık Müdürlüğü pozisyonların dolması ile ziyadesiyle memnun olmuştur. Ancak odamızın tüm uyarılarına karşın, Bakanlığın bölgeye yeni hekim ataması yapmayarak kadro sıkıntısı yaratması sonucu, hastane

acillerinde ve 112 acil hizmetlerinde ciddi boşluklar yaşanmış ve pozisyonların boykot nedeniyle boş kaldığı Eskişehir, Düzce, Denizli illerinde Toplum Sağlığı Merkezi tercihini kullanan hekimlere yapılan intikam sürgünlerini hatırlatır şekilde Bursa'da Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışacağını uman hekimler kendilerini acillerde nöbette bulmuşlardır. Bir bölümünün ciddi sağlık sorunları da olan ve acil deneyimi az olan bu hekimlerin yarattığı boşluğu doldurmak acillerde kalan deneyimli hekimlere kapasite üstü hasta yoğunluğu ve fazla nöbet angaryası olarak yansımıştır. Ayrıca bir nedenle kamuda kalan hekimlerin bu dönemde belirlenen yeni görev yerlerinin hangi kriterlere göre seçildiği ise halen bilinmemektedir.

İlk günlerin şokunu atlatan bazı aile hekimleri kendilerine bağlandığı belirtilen nüfusların karşılığı olmadığı gerçeğiyle sarsıldılar. Kaydı yapılmamış kişilerin varlığı, kimlik numarası olmayan yabancı uyrukluların kayıtlarının olmayışı ve kaydı var gözükenlerin taşınmış olması ETF çalışmalarının yeniden yapılmasını zorunlu kıldı. Yine bu dönemde hekimlere bağlı nüfusun fazla oluşu ve yıllardır iktidarın uyguladığı politikalar nedeniyle artan yoğun poliklinik sayıları hekimlerin tüm zamanlarını almaya başladı. Kışkırtılmış sağlık talebiyle ortaya çıkan bu durum sağlık ocaklarında hiç ya da uzun yıllar çalışmamış hekimlerin uyum sağlamasında zorluk yarattı.

Aile hekimliği uygulamasında kullanılacak bilgisayar programlarının seçimi de ilk karşılaşılan sorunlardan biri oldu. Daha önce sağlık ocaklarında kullanılan bilgisayar programlarını pazarlayan şirketler yeni programları hekimlere adeta dayattılar. Bu dayatmaya direnen bazı hekimler bakanlığın programını ya da başka özel programları seçtiler. Ancak bir programın verimli olarak kullanılabilmesi için zaman gerektiğinden başlangıçta ciddi sıkıntılar yaşandı.

Uygulamaya geçilmeden önce Sağlık Müdürlüğü'nce sayımları yapılan bazı malzemeler istekleri üzerine hekimlere kiralandı. Ancak bunların bedelleri neredeyse bir yıl sonunda ve toplu olarak tahsil edildi. Planlama yanlışlıkları nedeniyle pek çok malzeme hurdaya ayrılmak ya da depolarda çürümeye bırakılmak zorunda kaldı.

İyi kurgulanmamış, yeterli altyapı ve personel desteğini almamış, yetkilendirilmiş ama sorumluluk verilmemiş TSM'lerde çalışanlar ile aile hekimleri arasında sürtüşmeler yaşanmış ve bakanlık her ay değiştirdiği yönetmelik ve genelgelerıyla buna çanak tutmuştur. Aile hekimleri poliklinikten fırsat buldukça bölgesini tanımaya, yeni kayıt girmeye, kurumdaki eksiklikleri gidermeye çalışırken, Sağlık Bakanlığı aile hekimleri üzerinden deneme yanılma işleri üretmeye başlamıştır. Bunlardan ilk akla gelenler TSM personelinin yetersiz olması nedeniyle okul aşılamlarında aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının görevlendirilmesi, çevre ilçelerde adli hekimlik ve acil nöbetlerin gündeme gelmesi, 15-49 yaş arasındaki

kadınların Akdeniz Anemisi (Talesemi) taramasından geçirilmesi, defin ruhsatı verilmesi, tüm nüfusun 1 yıl içinde boy-kilo-bel-kalça çevresi ölçümlerinin yapılması, güncel sağlık konularında halk eğitimleri yapılmasıdır. Aile hekimlerine kayıtlı nüfusların fazla olması nedeniyle uygulanması olası gözükmeyen ve hekimlerin işyükünü artıran bu tür istekler belirgin memnuniyetsizlik ve tükenmişlik yaratmaktadır.

Yıllardır ücretler konusunda mağdur olmuş ve bu mağduriyetini işyeri hekimliği ve/veya nöbet tutarak gidermeye çalışan pratisyen hekimler iş güvencesinden yoksunluğu, sözleşmeli hekimliği ve geleceği belirsiz bir çalışmayı gönülsüz kabul etmişlerdir. Ancak hak ettiğini düşündüğü ücrete yakın rakamları aldığını düşünürken bu kez de kendini sistemin içinde bir "esnaf" olarak bulmuştur. Bulunduğu binanın ve kullandığı eşyanın kirası dışında yanında çalıştırdığı personellerin ücretini, elektrik, su, telefon, doğalgaz, onarım ve sarf malzemesi giderlerini hesaplamak ve ödemek zorunda bırakılan bir tür "esnaf". Özürlü rampası için mühendisle, doğalgaz sobası için ısıtma ustasıyla, badana için boyacıyla ilişki kuran bir hekim nasıl verimli çalışabilir? Hekim için birer özel muayenehaneye, adeta işletmeye dönüştürülen aile hekimliği birimleri yoğun işyükü altında kendisinden her şeyin istendiği, yalnızlaştığı, sömürüldüğü yaşam alanları olmuşlardır.

Aile hekimleri bu dönemde halkın sağlık hizmetinden yararlanma alışkanlıklarını değiştirmek, vatandaşı hizmetin kullanımına ilişkin bilgilendirmek ve eğitmek için ciddi çabalar harcamışlardır. Eczanelerden keyfi alınan ilaçların yazımı, sosyal güvencesi olmayanların tedavi giderlerinin usulsüz yöntemlerle çözülmesi, uygunsuz rapor ve belge talepleri gibi sıkıntı yaratıcı isteklerin giderilmemesi hekimlerle hastalar arasında çatışmalara bazen arbedelere sebep olmuştur. Kuralları baştan itibaren sıkı bir şekilde koyan hekimlerin hastaları zamanla uyum göstermeyi öğrenmiş ancak "laf anlatacağıma yazarım gitsin" diyen hekimlerin hasta ve poliklinik sayıları da ciddi artışlar göstermiştir.



Tablo 1. Aile Hekimliği illerinin geçiş tarihine göre güncel durum bilgisi

AİLE HEKİMLİĞİ İLLERİ GÜNCEL DURUM (GEÇİŞ TARİHİNE GÖRE)						
	İL ADI	GEÇİŞ TARİHİ	TÜİK 2009	Aile Hekimi Pozisyon Sayısı	Aile Sağlığı Merkezi	Toplum Sağlığı Merkezi
1	DÜZCE	15.09.2005	335.156	98	31	8
2	ESKİŞEHİR	17.07.2006	755.427	218	62	14
3	BOLU	16.10.2006	271.545	79	28	9
4	EDİRNE	01.12.2006	395.463	112	48	9
5	ADİYAMAN	25.12.2006	588.475	164	67	10
6	DENİZLİ	25.12.2006	926.362	262	104	22
7	GÜMÜŞHANE	29.12.2006	130.976	41	21	6
8	ELAZIĞ	04.01.2007	550.667	168	69	13
9	ISPARTA	18.01.2007	420.796	120	52	14
10	SAMSUN	01.03.2007	1.250.076	350	130	18
11	İZMİR	14.05.2007	3.868.308	1117	272	36
12	SİNOP	15.08.2007	201.134	56	25	9
13	BARTIN	01.11.2007	188.449	57	31	4
14	AMASYA	03.12.2007	324.268	93	41	7
15	BAYBURT	02.01.2008	74.710	24	14	3
16	ÇORUM	02.01.2008	540.704	166	73	15
17	MANİSA	02.01.2008	1.331.957	378	154	18
18	OSMANİYE	14.01.2008	471.804	137	54	8
19	KARAMAN	15.01.2008	231.872	72	27	7
20	KARABÜK	01.02.2008	218.564	63	26	6
21	ADANA	21.05.2008	2.062.226	590	148	18
22	BURDUR	14.07.2008	251.550	73	33	11
23	KIRIKKALE	18.08.2008	280.834	84	33	9
24	ÇANKIRI	15.10.2008	185.019	46	19	12
25	TUNCELİ	15.10.2008	83.061	25	14	8
26	YALOVA	15.10.2008	202.531	51	26	5
27	BİLECİK	10.11.2008	202.061	54	23	8
28	KASTAMONU	10.11.2008	359.823	102	48	20
29	ERZURUM	21.11.2008	774.207	230	72	20
30	KİRŞEHİR	21.11.2008	223.102	62	20	7
31	KAYSERİ	15.12.2008	1.205.872	357	65	18
32	RİZE	05.01.2009	319.569	93	21	12
33	TRABZON	05.01.2009	765.127	213	74	18
34	UŞAK	13.07.2009	335.860	102	29	6
35	BURSA	01.10.2009	2.550.645	717	162	20
36	KÜTAHYA	04.01.2010	571.804	166	69	13
37	NEVŞEHİR	04.01.2010	284.025	83	29	8
38	SAKARYA	04.01.2010	861.570	245	75	16
39	ARTVİN	18.01.2010	165.580	47	14	8
40	ERZİNCAN	18.01.2010	213.288	62	23	9
41	İĞDIR	12.04.2010	183.486	47	21	4
42	KİLİS	12.04.2010	122.104	35	14	4
43	NİĞDE	10.05.2010	339.921	97	45	6
44	GİRESUN	14.06.2010	421.860	119	33	16
45	KIRKLARELİ	14.06.2010	333.179	94	41	8
46	KONYA	14.06.2010	1.992.675	549	185	31
47	BİNGÖL	05.07.2010	255.745	73	29	8
48	MERSİN	05.07.2010	1.640.888	441	114	13
49	YOZGAT	05.07.2010	487.365	125	40	14
50	AKSARAY	12.07.2010	376.907	103	49	7
51	ÇANAKKALE	12.07.2010	477.735	130	50	12
52	MALATYA	12.07.2010	736.884	203	71	14
53	ANKARA	15.07.2010	4.650.000	1247	315	25
54	ARDAHAN	09.08.2010	108.169	30	13	6
55	BATMAN	09.08.2010	497.998	140	39	6
56	KARS	09.08.2010	306.536	84	30	8
57	TEKİRDAĞ	09.08.2010	783.310	215	79	9
58	TOKAT	09.08.2010	624.439	164	66	12
59	BİTLİS	13.09.2010	328.489	87	31	7
60	MUŞ	13.09.2010	404.484	112	46	6
61	ORDU	13.09.2010	723.507	187	62	19
62	ZONGULDAK	13.09.2010	619.812	173	60	6
63	SİVAS	20.09.2010	633.347	169	54	17
64	AFYONKARAHİSAR	11.10.2010	701.326	192	96	18
65	AĞRI	11.10.2010	537.665	147	51	8
66	BALIKESİR	11.10.2010	1.140.085	313	109	19
67	HAKKARİ	18.10.2010	256.761	63	23	4
68	VAN	18.10.2010	1.022.310	271	78	12
69	İSTANBUL	30.10.2010	12.915.158	3540	890	39
70	SİİRT	09.11.2010	303.622	77	27	7
71	DIYARBAKIR	15.11.2010	1.515.011	414	117	17
72	KOCAELİ	15.11.2010	1.522.408	419	136	12
73	MARDİN	15.11.2010	737.852	189	63	10
74	ŞIRNAK	06.12.2010	430.424	112	48	7
75	ŞANLIURFA	13.12.2010	1.613.737	454	115	11
76	ANTALYA	13.12.2010	1.919.729	544	163	19
77	GAZİANTEP	13.12.2010	1.653.670	451	119	12
78	HATAY	13.12.2010	1.448.418	398	157	12
79	KAHRAMANMARAŞ	13.12.2010	1.037.491	290	102	10
80	MUĞLA	13.12.2010	802.381	228	112	12
81	AYDIN	13.12.2010	979.155	280	111	17
	<b>TOPLAM</b>		<b>72.560.510</b>	<b>20.183</b>	<b>6.330</b>	<b>986</b>
			<b>100,00%</b>			

## **Aile Hekimliğinde Yaşanan Sorunlar...**

Aile hekimlerinin karşılaştığı sorunları birkaç ana başlıkta sistematize etmeye çalışalım.

1. *Mekansal sorunlar:* İl Sağlık Müdürlüğü'nce seçmeler öncesinde sunulmayan ya da sunulanın da yetersiz olduğu mekanlar var. Uygun binalarda da kira bedeli sorunları ve kira sözleşmelerinin özellikle kamusal binalarda ya yapılamaması ya da dayatılan sözleşmelerin hekime ciddi yükümlülükler getirmesi nedeniyle çatışmalar yaşanıyor. Bu konuda ulusal/yerel bir standardın oluşmaması, muhatap bulunamaması ve hekimlerin ortada bırakılması durumu söz konusudur. Gerek belediyeler gerekse Milli Emlak tarafından kira bedelleri keyfi olarak belirlenmekte, hekimlerin son yönetmeliklerle 1500TL'ye düşmüş cari gider yardımları hala ağız sulandırmaktadır. Binaların pek çoğu bakanlığın sınıflandırma koşullarını bile yerine getiremeyecek kadar yetersiz olmasına karşın kira bedelleri emsallerinin 2 katına yakın belirlenmektedir.
2. *Örgütsel sorunlar:* Aile hekimlerinin büyük kısmı sorunlarının çözümü için örgütlenme gereksinimi duymamaktadır. Bireysel, günü kurtarıcı girişimler tercih edilmektedir. Bu konuda oluşturulan BTO Aile Hekimliği Komisyonu ve Bursa Aile Hekimliği Derneği hekimlerin ciddi çoğunluğunu halen kucaklayamamıştır.
3. *Mesleki sorunlar:* Hekimlerin birinci basamak hekimliği ile ilgili olarak donanım ve uygulama eksiklikleri vardır. Hekim daha çok tedavi edici hekimlik hizmeti sunmakta, koruyucu, geliştirici sağlık hizmeti geri planda kalmakta veya birlikte çalıştığı sağlık personeli tarafından sunulmakta ve onun görevi olarak algılanmaktadır.
4. *Yönetmelik sorunları:*
  - a. *ASM-TSM İlişkileri:* Görev ve sorumluluk alanlarının sürekli değişen bir zeminde ve hekimlerin iş yükünü artıracak bir biçimde tanımlanması, aile hekimlerinin TSM'leri üst kurum/amir gibi algılamak istememesi nedeniyle yetki çatışmaları yaşanmaktadır. Yine son yönetmeliklerle yaratılan ceza puanı uygulaması, nesnel temellere dayanmayan keyfi uygulamalara yol açabilecek ve mağduriyetlere neden olabilecek bir potansiyel taşımaktadır. Başlangıcından beri yetersiz personelle tanımlanan ve gittikçe sayıları azaltılan TSM'lerin iş yükü gerek merkezde gerekse çevre ilçelerde aile hekimlerinin "joker" kullanımı yoluyla giderilmeye çalışılmakta, aile hekimlerinin iş yükü dikkate alınmamakta, bu da meslektaşlar arasında gerilimlere neden olmaktadır.
  - b. *ASM-Sağlık Müdürlüğü İlişkileri:* Eksik (izinde, hasta vb) sağlık personeli olduğunda yeterli desteğin sunulmaması, denetimlerin geliştirici olmaktan çok

cezalandırıcı işlevde değerlendirilmesi yaygın bir davranış biçimidir. Aile hekimlerine verilen eğitim, toplantı gibi ek görevlerde, birlikte çalışılan hekimlerin işyükünü azaltıcı çözümler üretilmemesi, yönetici hekim kavramının işlevsiz ve fazladan sorumluluk anlamına gelmesi, mevzuatın aile hekimleri lehine değil aleyhine yorumlanması, TSM ve belediye hekimlerine tanımlı görevlerin kadro yetersizliği gibi gerekçelerle valilik oluru alınarak aile hekimlerinin mevcut iş yüküne eklenmesi ilerisi için kaygı yaratmaktadır.

- c. *ASM-Sağlık Bakanlığı İlişkileri:* Hekimlerin görece iyileştirilmiş ücretlere onay verdiğini gören bakanlık, her gün yeni bir yönetmelik, genelge, yasa vb. ile çalışma koşullarını ağırlaştırıp yapılan ödemeyi azaltıcı girişimlerde bulunmaktadır. Bu konularda üretilen itirazlar dikkate alınmamakta, konuya ilişkin örgütsel yapılar muhatap alınmamaktadır. Bakanlığın yeterli planlama ve araştırma yapmadan “verin aile hekimlerine yapsınlar” tarzındaki görev tanımları bıkkınlık yaratmakta, konuya ilişkin uyarılar sonucunda geri alınan uygulamalar bakanlığa olan güveni sarsmaktadır. Bunun en iyi örneği gebelere -D- vitamini verilmesi uygulanması sırasında yaşanmıştır. İlaç prospektüslerindeki “gebeler için sakıncalı” ibaresi nedeniyle hekimler ve gebeleri arasında güvensizlik oluşmuş, itirazlar yükselince bakanlık uygulamayı gerekli düzenlemeleri yapana kadar durdurmak zorunda kalmıştır.
- d. *Hasta-Hekim İlişkileri:* Bakanlığın hizmet talebini kışkırtıcı açıklamaları nedeniyle hasta ve hasta yakınlarının karşılanamayacak beklentileri, genel eğitim düzeyinin düşüklüğü nedeniyle sağlık kurumlarının amaç dışı kullanım alışkanlığı sürmektedir. Nüfus hareketliliğinin kontrol edilememesi nedenli mevsimsel ve bölgesel artış gösteren inanılmaz bir iş yükü vardır. Yaz aylarında tatil bölgelerinde gerçekleşen nüfus patlamalarına hiçbir akılcı çözüm geliştirilememiş bu bölgelerde çalışan meslektaşlarımızın yazın üçe katlanan nüfuslarla baş etmeleri beklenmiştir. Bakanlığın yeterli altyapıyı oluşturmadan ortaya attığı hizmet beklentileri (evde sağlık hizmetleri, ev ziyaretleri vb) ile vatandaşın bu konudaki itirazları arasında kalınmaktadır. SGK reçete ödeme koşullarını sürekli değiştirerek yapay aksaklıklar ortaya çıkarmakta, bir hak olmasına karşın aile hekimliğine geçişte armağan gibi sunulan bazı ilaçların SGK tarafından karşılanması (kolesterol düşürücü statinler, angiotensin reseptör blokerleri ve bazı diyabet ilaçları gibi) Türkiye genelinde AH uygulamasının yaygınlaşması ile yeniden kısıtlanmıştır.
- e. *Hekim-Hekim İlişkileri:* Aynı ve komşu ASM'lerde çalışan hekimler arasında zaman zaman “hasta kapma” nedenli yaşanan sorunlar çalışma barışını

bozmaktadır. Etik dışı ve esnafça yapılan bu tür davranışlar aslında modelin arzuladığı rekabetçi anlayışın bir yansımasıdır.

- f. *Hekim-Hekim Dışı Sağlık Personeli İlişkileri*: Poliklinik yükü arttıkça hekimin diğer görevlere zaman ayıramaması nedeniyle, kalan işyükü altında hekim dışı sağlık personeli ezilmektedir. Ücretleri arasındaki ciddi fark nedeniyle ekip anlayışı ve işin sürdürülebilirliği zora girmektedir

Özetlenecek olursa aile hekimlerinin gerek Bursa gerekse Türkiye genelinde yaşadığı iki temel sorun vardır:

- 1) Giderek aleyhte gerçekleşen gelişmeler (maddi hak kayıpları, işyükünü artırıcı angaryaya dönüşen düzenlemeler, bezdiriye (mobbing) varan boyutlarda disiplin uygulamaları, belirsizlik...)
- 2) Hekimlerin sorunlarına olan müdahaleden uzak gözlemci/ilgisiz tutumları

“2.Ulusal Katılımlı Karadeniz Aile Hekimliği Günleri” sonrasında Sağlık Bakanlığı yetkililerinin değerlendirmelerinde sağlık müdürlüklerinin aile hekimlerinden hiç bir form isteyemeyeceği, Bakanlık olarak istenilen her bilgiyi aile hekimliği bilgi sisteminden zaten alabildikleri belirtilmişti. Kesinlikle aylık çalışma hazırlanmaması istenmişti. Ayrıca aile hekimlerinin bağlı olduğu kanun 657 değil 5258 sayılı kanun olduğu için tüm cezai işlemlerin buna göre yapılması gerektiği yetkili ağızlarca dile getirilmişti. Uygulamada hala merkezle taşra arasında uçurumlar bulunmaktadır. Bu durum her eğitim yılı öncesi Milli Eğitim Bakanlığının velilerden bağış almayacağız deyip, okulların bağış almaya devam etmesine benziyor. Kadro derecelerinin ancak memuriyete dönünce ilerlediğini de hatırlatmakta fayda var. Aile hekimlerinin emeklilik yaşı 65’den 75’e çıkartılması ve raporun hazırlandığı sıralarda halkın talebi doğrultusunda esnek çalışma saatleri getirilebileceği ayrıca gündeme getirilmişti.

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği uygulamasını 2010’un sonuna kadar tüm yurda yayarken ASM’leri kendince bir sınıflamaya tabi tutmuştur. Mayıs 2010 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ASM’leri A, B, C, D olarak sınıflamakta ve hekimlere verilen cari giderler adındaki ödemeleri bu sınıflamaya göre vermeyi öngörmektedir. Daha önce özel hastaneleri aynı şekilde sınıflandıran Bakanlık, bununla aynı zamanda hekimleri ve tabi ki hizmet alan vatandaşı da sınıflamaktan çekinmemektedir. Bugüne kadar cami altlarında, apartman dairelerinde, tuvaletten ve marangoz atölyelerinden bozma mekanlarda hizmet sunulmasına sessiz kalan Bakanlık, şimdi ASM’lerin “A sınıfı” olmasını istemektedir. Aslında bu hekimlere ödenen ücretlerin azaltılması demektir. Bakanlık bunu açıkça değil ama birçok uyulması imkansız ölçütler oluşturarak yapmaktadır. Tıpkı tam gün yasası kısmi iptali sonrası muayenehanelerin yönetmeliklerinde yaptığı gibi. Nitekim Sağlık Bakanlığı’nın aile

hekimlerine yeni yıl armağanı olarak 30.12.2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" aile hekimlerine ödenen ücretlerin düşmesine yol açmıştır. Yıllarca birinci basamakta verilmiş olan hizmetleri değersizleştirerek hekimleri, ebe-hemşire ve hastaları sınıflayan, hekimleri her an suç işleyebilecek kişiler olarak gören anlayışı yansıtmaya açısından bir ibret belgesi olarak ortaya çıkmıştır. Aynı yönetmelik sekiz haftayı aşan gözaltı sürelerini fesih nedeni sayarak ileriki zamanda taraf olmayanları bertaraf edeceğinin gözdağını da verebilmektedir.

13.10.2010 tarihinde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın "Bürokrasinin Azaltılması ve İdari Basitleştirme Hakkında Genelge"si yayınlandı. Bu genelgeye göre aile hekimleri sundukları hizmetlerin önündeki engelleri kaldırarak erişimi kolaylaştırmaları, hizmet yarışı mantığı içerisinde hangi hizmeti, nerede, hangi şart ve sürede sunacaklarına dair kurumsal taahhütlerde bulunmaları ve taahhütlerine uymaları istenmektedir. Bu amaçla aile hekimleri yapmakla yükümlü bulunduğu bütün (sabit, gezici, isteğe binaen ya da doğrudan yaptıkları) hizmetleri kapsayacak şekilde "Kamu Hizmet Envanter Tabloları" hazırlamışlardır. Gerek çalışma alanlarına müracaat edilerek hizmet (muayene, tedavi) talep edenlere yönelik olarak gerekse görevleri gereği sorumluluk alanlarında gezici olarak yapacakları tüm hizmetleri içerecek şekilde "Kamu Hizmet Standartları Tablosu"nu hazırlamışlardır. Aile hekimleri bu süreçte çalıştıkları bina ve kullandıkları demirbaş malzemelerin de ücretlerini ödemek zorunda bırakılmışlardır. Bu aşamada belediye, vakıf ve çoğunlukla Sağlık Müdürlüğü'ne ait binalarda hizmet sunan aile hekimleri ile ilgililer arasında sıkı bir kira bedel pazarlığı yaşanmaktadır. Belediyelerin istedikleri yüksek kira bedelleri ve tek taraflı sözleşme dayatmaları aile hekimlerinde huzursuzluğa neden olmaktadır. Alt yapısı yetersiz belediye binalarında hizmet sunan hekimler, birçok onarımları kendileri yaptırmak zorunda kalmaktadır. Olumlu olan ise belediyelerce istenen yüksek kira bedelleri hekimlerin mücadelesi ve Tabip Odası'nın girişimiyle makul seviyeye inmesidir. Üçüncü sözleşme döneminde olunmasına rağmen hala bina kiralarını öde(ye)meyen aile hekimleri vardır. Bunun nedeni Milli Emlak'ın bina ve demirbaş kira bedellerini belirlerken izlediği politikalarıdır. Emsal kira bedellerini aşan fiyat uygulamaları ve Sağlık Müdürlüğü'nün bu süreçte yer alma isteksizliği hekimlerde memnuniyetsizlik yaratmıştır. Kimi bina demirbaşların sayımında yaşanan sıkıntılar ödemelerin aksamasına yol açarken, hekimleri de mağdur etmiştir.

Son bir yılda yaşanan sıkıntılar bu şekilde bir aile hekimliği uygulamasının sakıncalarını göstermesi açısından ibret vericidir. Bazı hekim-eczacı ve ilaç firmaları arasında daha öncelerde de yaşanan "sempatik ilişkiler" bu dönemde artarak sürmüştür. Bir yıl geçmesine rağmen binaların altyapısı iyileştirilememiş, başka binalara geçmek isteyen hekimler çeşitli

bahanelerle engellenmiştir. TSM'lerin ve çalışanların sayısı artırılması beklenirken tam tersine son çıkarılan yönetmelikle TSM'ler azaltılmıştır.

Bugün mevcut hükümetin “Sağlıkta Dönüşüm” programı sona yaklaşmaktadır. Çıkarılması beklenen birkaç yasa ve yönetmelikle çember kapanmış olacaktır. Hergün sırtına yüklenen yüklerin altında ezilmeden, aydınlığa erişebilmenin hesabı içinde, kimileri zorunlu, kimileri isteyerek aile hekimliğini seçen hekimler geleceğe umutla bakabilmenin hayalini kurmaktadır.

### **Çevre İlçe Aile Hekimlikleri...**

Çevre ilçe aile hekimlikleri merkez ilçelerden farklı olarak yapılandırılmıştır ve genellikle TSM ile ASM aynı binayı kullanmaktadır. Bazı hastane başhekimleri aynı zamanda Sağlık Grup Başkanı yetkisindedir ve aile hekimleri hastane başhekimlerine bağlıdır. Çevre ilçe halkı tarım, madencilik, ormancılık, balıkçılık, rençberlik gibi el emeği gerektiren küçük ölçekli üretim alanlarında genelde kendi hesabına çalışmaktadır. Kişiler ihtiyaç duyulan her branşa ulaşamadıklarından birinci basamağı yoğunlukla tercih etmektedir. Bundan ötürü poliklinik sayıları fazladır. Kırsal hekiminin hastaya ulaşması şehir hekimine göre daha kolaydır. Gebe ve bebek izlemleri için hastaya ulaşma sorunu fazla yaşanmaz. Genel olarak yaşlı nüfus fazla olduğundan geriatik sağlık sorunları ön plandadır. Halkın eğitim düzeyi şehir nüfusuna göre daha düşüktür. Şehirdeki aile hekiminin yaptığı işlerden farklı olarak ilçede çalışan aile hekimleri yoğun gezici sağlık hizmeti vermektedir. Halen adli nöbet tutulmakta ve defin ruhsatları aile hekimlerince verilmektedir. Bilindiği kadarıyla entegre hastanelerin olduğu ilçelerde (Keles, Harmancık, Büyükorhan) acil nöbetleri de aile hekimleriyle birlikte tutulmaktadır. Birimlere ulaşımın zor olduğu bölgelere aile hekimleri tarafından gidilerek hizmetin yerinde verilmesine gezici (mobil) sağlık hizmeti denmektedir Mobil hizmetleri için gerekli donanım aile hekimi tarafından sağlanır. Bu konu idari ve çalışan bir çok kişi için farklı anlamlara da gelmektedir. Zaman zaman köy kahvelerinin sağlık evi haline getirilmesi gibi isteklerle de karşılaşılabilmektedir. Halen çalışmakta olan sağlık evleri kapatılmadan vermiş oldukları hizmete devam ettiler. Şimdilik aile hekimleri buralardan yararlanarak gezici sağlık hizmeti verebiliyor. Hekimlerin ortak kanısı sağlık evlerinin işlevselliğinin kaybettirilmemesi gerektiği, daha da geliştirilerek tüm köylere yaygınlaştırılmasıdır. Gezici hizmet verilen köylerde Ev Halkı Tespit Formu (ETF), bebek ve gebe takibi, enjeksiyon, tansiyon ve glukoz takibi yapabilecek bir sağlık çalışanının olması bu gezilerin tamamlayıcı ve etkin olmasını sağlayacaktır. Gezici sağlık hizmetleri mutlaka köyün sağlık ihtiyacı, nüfusu, nüfus piramidi, ASM'ye uzaklığı, çalışma koşulları göz önüne alınarak aile hekimi tarafından belirlenmeli ve TSM tarafından onaylanmalıdır. Hizmetin verildiği yerlerde Sağlık Bakanlığı'na ait kadrolu

sağlık personelinin olması verilen hizmetin başarısını sağlar. Bu nedenle sağlık evleri kapatılmamalı, işlevsellik kazandırılmalı, olmayan köylere açılması sağlanmalıdır. (Tablo.2).

**Tablo 2. Gezici sağlık hizmetlerinin süresi ve periyodunun çıkartılan yönetmeliklerle değişimi**

<p><b>Temmuz 2005 Yönetmeliği</b></p> <p><i>(Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliği)</i></p>	<p><b>200 kişi altına → 4 saat</b></p> <p><b>201-500 kişi arası → 8 saat</b></p> <p><b>501-1000 kişi arası → 16 saat</b></p> <p><b>1001-1500 kişi arası → 32 saat</b></p> <p><b>1501 kişi üzerine → 48 saat</b></p>
<p><b>Mayıs 2010 Yönetmeliği</b></p>	<p><b>Her 100 kişi için 3 saat</b></p> <p><i>(750'nin üzerinde nüfus için haftada 2 kez, 750'nin aşağısında nüfus için haftada 1 kez gezici sağlık hizmeti verilir)</i></p>
<p><b>Mart 2011 Yönetmeliği</b></p>	<p><b>Her 100 kişi için 2 saat</b></p> <p><i>(750'nin üzerinde nüfus için haftada iki kez zorunluluğu kaldırılmıştır)</i></p>

Defin ruhsatı ve adli tabiplik hizmetleri, modelin Bursa'da başlangıcından itibaren devam eden bir sorundur. Çevre ilçelerde otopsi, defin ruhsatı ile ilgili bütün görevler 7/24 aile hekimlerinin ve toplum sağlığı hekimlerinin sırtına yüklenmiştir. Tıpkı acil hekimliğinde olduğu gibi adli hekimlik de kendine has disiplini olan bir hekimlik dalıdır. Adli hekimlik için gerekli personel ve hekim açığı belirlenmeli, atamaları yapılmalıdır. Bu zaman zarfında oluşacak adli hekimlik nöbetleri ilçedeki bütün hekimlere eşit olarak dağıtılmalıdır. En son Mart 2011 tarihinde çıkartılan yönetmelikle de bu yönde bir düzenleme yapılmıştır. Hastanede yapılan otopsi için aile hekiminin çağrılması, hastanede verilmesi gereken otopsi dışındaki adli hekimlik gibi hizmetler için bile aile hekimlerine yönlendirme yapılması kabul edilemez uygulamalardır. Sorumlu hekim toplantılarında birçok kez yönetmeliğe uygun hareket edilmesi kararı alınmıştır. Aile hekimleri umutla bu kararın uygulanmasını beklemektedir.

Entegre hastanelerin olduğu ilçelerde acil nöbeti tutulması yeni yönetmelikle de devam etmektedir. Acil ve aile hekimliği ayrı disiplinlerdir. Aile hekimlerinin gece nöbet tutup gündüz işlerini yapması beklenemez. Acillerin işleyebilmesi için gerekli olan hekim sayısı bellidir. Hekim açığı olan acillerde hekim açığı kapatılmalı, hastaneler işlevsel hale getirilmelidir.

**Tablo 3. Bursa çevre ilçelerinde aile hekimliğinin durumu**

İLÇE	NÜFUS	ASM	AHB
İNEGÖL	195883	13	56
M.KEMALPAŞA	98223	9	30
GEMLİK	91293	6	26
KARACABEY	75927	3+1	21
ORHANGAZİ	67664	6	20
MUDANYA	62281	5	19
GÜRSU	59009	2	18
YENİŞEHİR	49778	4	14
İZNİK	42740	3	13
KESTEL	42307	2	13
ORHANELİ	23351	1	6
KELES	13683	1	4
BÜYÜKORHAN	11945	1	3
HARMANCIK	7261	1	2
<b><u>TOPLAM</u></b>	841345	57+1	245



### ***Aile Hekimliğinde Toplum Sağlığı Merkezleri...***

Ne yazık ki süreç aile hekimliğini seçenleri gelecek kaygısına, seçmemiş olanları ise kafa karışıklığına itmiştir. Bu dönemde herhangi bir nedenle sisteme dahil ol-a-mamış, kamuda kalan hekimler, çalışma yerlerinin alınmış olmasından kaynaklı huzursuzluk ve belirsizlik içersine girdiler. Ardından geçici görevlendirmeler ve düşen maaşlarıyla yüzleştiler. Henüz koşullara uyum sağlayamamışlardı ki daha ilk aylarda “Domuz Gribi” gibi şartları daha da ağırlaştırıcı bir salgının ortasında kala kaldılar.

Aile hekimliğinin ilk çıkarılan yönetmeliğinde adları geçmeyen bulaşıcı hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, okul sağlığı ve aşılama hizmetleri gibi konular sisteme getirilen eleştirilere yanıt vermek için olacak TSM'lere bırakılmıştır. Ayrıca Danıştay tüzel kişiliğin yanlış bir mevzuat tekniğiyle kurgulandığını da tespit etmiştir. Ülkemizde bulaşıcı hastalıklardan içme sularındaki tehlikelere, hava kirliliğinden baz istasyonları gibi çevresel tehditlere kadar çok geniş bir çerçeveye yayılan önemli halk sağlığı sorunları yaşanmaktadır. Bu sorunların çözümü ise sağlığa bütüncül yaklaşım ve bütüncül sağlık hizmeti gerektirir. Aile hekimliği modeliyle birlikte, bu önemli hizmetler kadro yetersizliğiyle bunalan TSM'lere devredilmiştir. Aile hekimliği sistemi ve bunun bileşeni olan Toplum Sağlığı Merkezleri yoksulluğun, sağlık eşitsizliklerinin çok yaygın olduğu, sağlık bilincinin henüz yerleşmediği ülkemiz açısından uygun bir birinci basamak hizmet modeli değildir. Ama bu modelde ısrar eden Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sadece bireysel yönü ve tedavi edici boyutu ile ilgilendiğini, toplumsal hizmetleri, yani salgınların önlenmesi, sağlığı etkileyen çevresel risklerin denetimi, bebek ve anne ölümlerinin nedenlerinin sorgulanması, okullara yönelik sağlık hizmetleri gibi hastalıkların asıl nedenlerini ortadan kaldırmaya, kontrol etmeye yönelik halk sağlığı hizmetlerini gözden çıkarttığını göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında son yayınlanan yönergeyle ilçelerde birden fazla olan tüm Toplum Sağlığı Merkezleri kapatılmıştır. Burada amaçlananlardan birisi de görev yapan sağlık çalışanlarını geçici görevlendirme ve sürgünlerle daha da yıldırarak, güvencesiz çalışmaya zorlamaktır. TSM'lerdeki personel aile hekimlerinin yanına veya yerine geçici aile sağlığı elemanı ve görevlendirilmiş aile hekimi olarak sürekli rotasyona gönderilmektedir. Böylece TSM'lerden beklenen görevler yerine getirilemez hale gelmektedir. Daha da değersizleşen TSM'ler aile hekimleriyle sıkça karşı karşıya gelebilmektedir. Her il kendine göre TSM'lere görev vermekte, yaratılan bu esneklik Bakanlığın denetlemelerde standartı tutturamamasıyla daha da çelişkili hal almaktadır. Adli nöbetler, aile planlaması uygulamaları ve evde bakım hizmetleri her ilde farklı uygulamalara sahiptir. Ücretlerdeki azlık çalışma barışını bozan en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Son dönem değişiklikleriyle TSM'lere işyeri

hekimliği sunma görevi de verilmiştir. Herşey olması istenip de hiçbirşey olamayan, tam anlamıyla işlevsizleştirilen TSM'ler uygulanan modelin aslında en can yakıcı yerleridir.

### ***Aile Hekimliğinde İşçi Sağlığı Hizmetleri...***

Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarı döneminde sağlık alanında eşi görülmemiş bir değişim gerçekleştirmeye çalıştı. Bu değişim, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla sunulan ve temelde sağlık hizmetlerinin organizasyon ve finansmanına piyasa dinamiklerinin ve mekanizmalarının yerleştirilmesini esas alan, yeni liberal politikalarla "kamu"nun yeniden yapılandırılması ekseninde "özelleştirmeci" bir özellik taşımaktaydı. Bu özellik doğal olarak kendisini işyeri hekimliği alanında da hissettirdi. Aile hekimliği, işyeri hekimliği etkileşimleri de bu piyasa dinamiklerini gözetten bir yerden kuruldu.

Çok özetle bu yansıma şöyle ifade edilebilir: İşyeri hekimliği alanında TTB'nin eğitim, ücretlendirme ve görevlendirme yetkisinin ortadan kaldırılması; işyeri hekimlerinin ücret ve çalışma koşullarının belirlenmesinin işverenlerin insafına bırakılması. Eğitim ve hizmet sunumu başta olmak üzere hizmetlerin bütününün piyasaya sunulması. Bu nedenle, AKP'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden olan "özelleştirme" ve "taşeronlaştırma" politikalarının işçi sağlığı ortamına yansımaları da farklı olmadı.

Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının genel gerekçelerini oluşturan; devlet borçlarının geri ödenmesinin güvence altına alınması, sermayenin vergi yükünün hafifletilmesi ve özel gerekçesini oluşturan, sağlığın "kar" elde edilebilecek önemli bir alan olduğu için, alım/satımı yapılabilecek bir biçime dönüştürülmesi işyeri hekimliği uygulamalarına ağırlıklı olarak sermayenin yükünün hafifletilmesi boyutuyla yansıtılmaya çalışıldı.

Bu amaçla; İşçi Sağlığı İş Güvenliği alanındaki birikimi ve eğitim donanımları nedeniyle alanda işyeri hekimliği eğitimlerini (sertifikalandırma) gerçekleştiren, işyeri hekimliği atamalarını yapan ve sahada çalışan hekimlerin ücret ve özlük haklarını düzenleyen TTB'nin bu alanın dışına çıkarılmasını hedefleyen yönetmelik düzenlemeleri ile ilk adımlar atıldı. İşçi sağlığı açısından temel göstergeler olan "iş kazaları oranı" ve "meslek hastalıkları" açısından ülkemizin içinde bulunduğu "karamsar" tablonun nasıl değişeceği ile ilgili kaygılar bu düzenlemelerin dokusunda hiç yer almadı.

Sağlıkta Dönüşüm Programınının bir ayağını oluşturan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Aile Hekimliği ile düzenlenmesinin bir boyutu da işyeri hekimliği uygulamalarına yansıtılmış ve uyumlu hale getirilmeye çalışılmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'te yapılan düzenlemede, işyeri hekimlerinin tedavi edici hizmetlerden tamamen

mahrum bırakılmasını hedefleyen maddelerle işçi sağlığı hizmetlerinin taşeronlaştırılmasının zemini hazırlanmıştır.

**“Madde 26 — İşyeri hekimi, işyerindeki çalışana sevk, reçete veya rapor gerektiğinde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile aile hekimine gönderir. Kişiler aile hekimlerince takip edilmek durumundadır. İşyerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli müdahale işyeri hekimi tarafından yapılır ve gerekirse hastane acil servisine sevk edilerek en kısa süre içerisinde aile hekimi bilgilendirilir. Kurum hekimliğinden sağlık hizmetleri alan kişiler, aile hekimine kayıt yaptırarak sağlık hizmetini alırlar.”**

Sadece Yönetmeliklerle başarılabilen bu niyetler, işyeri hekimliği alanını AH'liği sistemi ile birleştirerek, özel şirketler aracılığıyla taşeronlaştırma istekleri ile hazırlanan “İş Sağlığı İş Güvenliği Yasa Tasarısı” ile devam ettirilmiştir. AH uygulaması olan illerde Aile Hekimliği Sertifikası almamış hekimlere işyeri hekimliğine onay verilmeyerek ve mevcut çalışan işyeri hekimleri de Aile Hekimliği Sertifikası eğitimlerine katılmaya zorlanarak keyfilik ya da başka bir söyleyişle işyeri hekimliği alanını “Sağlıkta Dönüşüm Programına” uyumlulaştırma niyetleri sürmüştür.

Bursa'da aile hekimliğine geçiş süreci işyeri hekimliğinin piyasaya açılma düzenlemeleri ile birlikte yaşanmıştır. Bu nedenle bir taraftan aile hekimi olanlarca boşalacak işyerlerine yeni işyeri hekimleri görevlendirme/atama yapmak, öbür taraftan ise işçi sağlığını sadece bir rant kapısı olarak gören anlayışla mücadele etmek gerekmiştir. İşyeri Hekimliği Komisyonu aile hekimliğine geçişte çok sayıda meslektaşımızın zorunlu olarak işyeri hekimliğinden istifa edeceğini öngörmüştü. İşyerlerinin, işçi sağlığı hizmetlerinden yoksun kalmaması için sürekli yeni planlar oluşturarak, durum komisyon toplantılarında tartışılmıştır. Aile hekimliğini tercih eden 129 meslektaşımız işyeri hekimliklerini bırakmak zorunda kalmıştır. Döner sermaye katkı paylarındaki ciddi kesintiler nedeniyle özellikle bu dönemde işçi sayısının az olduğu işletmeler işyeri hekimi temininde zorluklar yaşamıştır. Aile hekimliğine başlayan meslektaşlarımızın istifalarıyla, özellikle çevre ilçelerde, işyeri hekimliği yapacak hekim bulmakta zorluklar yaşanmıştır. Mustafakemalpaşa'da meydana gelen ve 19 maden işçisinin yaşamını yitirdiği iş kazası, madende görevli işyeri hekiminin aile hekimliği nedeniyle madenden ayrılmasından sonra gerçekleşmiştir.

Şimdi gerek aile hekimliği modeline geçiş, gerekse de “tam gün” adı altında yürütülen uygulama ile part-time işyeri hekimliği hizmetleri engellenmiştir. Yerine piyasa koşullarında kurdukları ticari şirketler için hizmet sunum düzenlemeleri gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı bu ülkenin çalışanlarının çalışma koşulları, iş kazaları nedeniyle yaşamlarını kaybetmeleri, tanısı konulamayan ve risk faktörleri yok edilemeyen meslek hastalıklarıyla

ilgilenmemektedir. Niyet açıktır, sermayenin yükünü azaltmak ve sunulacak hizmetleri özel sektör aracılığıyla yürüterek sağlık sermayesine yeni bir alan yaratmaktır. Özetle işyeri hekimliği alanı da “özelleştirme” ve “taşeronlaştırma” uygulamalarından nasibini almaktadır.

**Tablo 4. Mart 2011 itibariyle Bursa'da İşyeri Hekimliği verileri**

<i>Mart 2011 İtibariyle Bursa'da İşyeri Hekimliği Alanı</i>			
Oluşturulan Ortak Sağlık Birimi sayısı	<b>195</b>	İşyeri Hekimliği yapanlar	<b>306</b>
Ortak Sağlık Birimlerinden hizmet alan işletme sayısı	<b>544</b>	Sadece işyeri hekimliği yapanlar	<b>108</b>
Aile Hekimliği nedeniyle 2009 Ekim ayında istifa eden işyeri hekimi sayısı	<b>129</b>	İşyeri Hekimliği ile birlikte başka mesleki etkinliği olanlar	<b>198</b>

### ***Aile Hekimliğinde Kurum Hekimlikleri...***

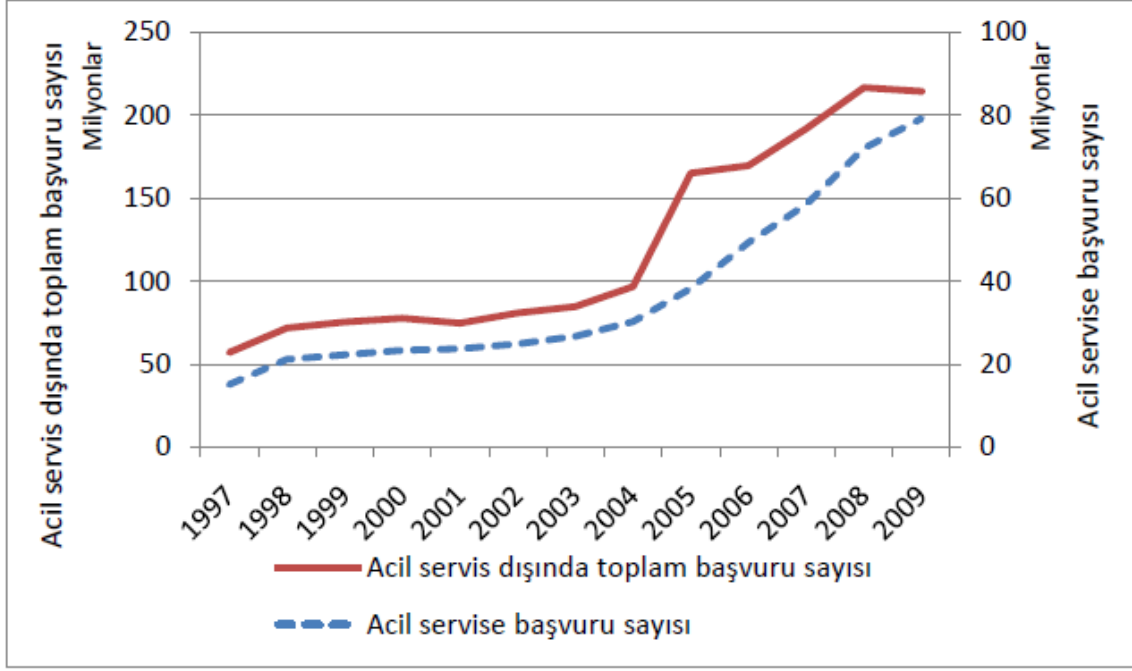
Ne yazık ki gerek ülkenin gerekse sağlık sisteminin kurgusundaki belirsizlikler ve dünya ekonomik örgütlerinin dayattığı demode sistemlerle parçalanmış, umut vermeyen bir gelecek kurum hekimlerini beklemektedir. Çaresizlik, depresyon ve vurdumduymazlık her meslekte olduğundan daha fazla kurum hekimlerini etkilemektedir. Gelir dağılımındaki eşitsizlikler tüm alanlarda olduğu gibi hekimlikte de bir sorun olarak kendini göstermektedir. Kurum hekimlerinin maaşları yoksulluk sınırındadır. Bu nedenle belediyeler kadrolu hekim bulmakta zorluk çekmektedirler. Halen çalışmakta olan hekimler de, döner sermaye, tazminat, ek ödenek gibi herhangi yan gelirleri de olmadığından; hekim kimliğine yakışır bir yaşam standardını tutturabilmek için mesai saatleri dışında çalışmak, ek iş yapmak zorunda kalmaktadırlar. Kendileri için en değerli araç olan zamanı sosyal, kültürel, bilimsel, ailesel ortamlarda geçirmek yerine, yollarda bir yerden başka bir yere yetişmek için koşuşturarak, ek işler yaparak geçirmektedirler. İşyeri hekimliği ve uygulamaları ile ilgili yetkinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na devredilmesi kurum hekimleri açısından önemli bir sorundur. Hekimler artık kendi hesabına çalışarak yaşamlarını sürdüremez konumdadırlar. İşçileşen hekimlikle beraber mesleğin bağımsızlığını, sanatsal, özgün, başı dik karakterini kaybedeceği günlere girilmiştir. Türkiye Aile Hekimliği Modeli hem halk sağlığı açısından yetersiz bir yapılanmadır hem de maddi olarak külfetlidir. Serbest piyasa temelinde ilerledikçe bizim gibi borç batağında bir ülke için lüks uygulamalar halini almaktadır.

### ***Aile Hekimliğinde Acil Sağlık Hizmetleri...***

Toplum, acil servis hekimine, kendini acil olarak gören herkese bakmak zorunda olduğu gibi sosyal bir sorumluluk yüklemiştir. Birçok hasta herhangi bir rahatsızlığı kendince önemli ve acil kabul etmekte, hekimler ise olgunun tıbben acil olup olmadığını belirlemede zaman zaman güçlük çekmektedirler. Acil sağlık hizmetleri de aile hekimliği sürecinin getirdiği yeni sorunlarla uğraşmaktadır. Bu sorunlar yapısal ve sistemden kaynaklıdır. Teknik, fiziki v.s koşullar düzeltilmedikçe sorunlar devam edecektir. Yıllardan beri acil sağlık hizmetlerinde görev yapmamış hekimlerin, meslek odamız tarafından yapılan uyarılara karşın, acil uyum eğitimi verilmeden görevlendirilmeleri, tıbbın “önce hastaya zarar verme” evrensel ilkesine aykırıdır. Sağlık hizmeti hele de acil hizmetler, deneyimli ve bir arada çalışma alışkanlığını geliştirmiş bir ekip olmadan verimli bir şekilde sunulamaz. Acil sağlık hizmetlerinde hekim ve hemşirelerin geçici görevlerle sürekli yer değiştirmeleri, hem deneyim oluşturmanın, hem de ekip hizmetinin önünde ciddi bir engeldir

Aile hekimliği süreciyle acil sağlık hizmetlerine, genelde acil deneyimi eksik hekimler verilmiştir. Yıllar içerisinde deneyim kazanmış kişiler bir gecede farklı alanlara kaydırılınca oluşan boşluk maalesef hastasından, personeline kadar herkesi adeta yutmuştur. Muayene katılım payı almadan hizmet verilen devlet hastanesi acillerinde son dönemlerde muayene kuyrukları oluşmuştur. Ayrıca acil servise başvuruların toplam başvurular içerisindeki payı yüzde 27 olup diğer ülkelere göre oldukça yüksek bir orandır. Bu durum tıbbi acil hastaların yoğun hasta kuyrukları nedeniyle mağdur olmalarına yol açmaktadır.

Aile hekimliğiyle birlikte Bursa merkezde doktorlu 112 nokta sayısı yediye düşürülmüş; geri kalan yerlerde ise acil tıp teknikeri, paramedik veya sağlık memuru üzerinden hizmet vermeye başlanmıştır. İşlev ve hizmet kalitesi tartışmalı olan bu ekipler çoğu zaman kritik vakalarda doktorlu ekiplerin yardımıyla hizmet vermektedir. Son yıllarda ambulans sayılarının artması çıkılan vaka sayısını yine de karşılar durumda değildir. Bakanlık, komuta merkeze gelen her çağrıya ambulans gönderilmesi talimatı vermekte, bu da zaten kısıtlı sayıda olan hekimlerin işlerini daha da güçleştirmektedir. Hekimler arasındaki yaygın kanaate göre bunun nedeni, acil sağlık hizmetleri üzerinden hükümetin popülizmi oya tahvil etme arzusudur. 112 hekimleri kışın Uludağ'a, yazın da deniz kıyılarına, cezaevlerine, yeri geldiğinde bakan ve milletvekili peşine koşturulsa da, komuta merkez ve idari kadro 7/24, insan üstü bir çabayla sorunları omuzlasa da artık tükenmişlerdir. Acil sağlık personelinin gün geçtikçe düzeysiz ve suçlayıcı medya haberlerine malzeme olup, artan oranlarda trafik kazalarına ve şiddete uğramaları da cabası. Çoğu zaman yetersiz fiziki koşullarda hizmet verip, yemek haklarını dahi kullanacak fırsat bulamamaktadırlar.



**Şekil 1. Acil servise başvuru sayısı ve toplam başvuru sayısının yıllara göre değişimi**

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanların somut olarak şu talepleri vardır:

- Erken Emeklilik
- Yıpranma tazminatı
- Farklı personel istihdam rejimlerinin uygulanmaması
- Ücretlerde adalet
- Yıllık izinlerin düzenlenmesi

Komisyonumuza bağlı üyelerimiz ve komisyonumuzun temsil etmiş olduğu pratisyen hekimlerin hastane acillerinde ve 112 acil hizmetlerde mesai saatleri hakkında ciddi yakınmaları mevcuttur. Bu sıkıntılar sistemin geçiş aşamasında olması nedeni ile zaman verilerek kişisel şikâyetler şeklinde Bursa Sağlık Müdürlüğü'ne iletilmiş olmasına rağmen süreç içinde belirgin bir düzelme kaydedilmemiştir. Avrupa Birliği Adalet Divanı'nın 03.10.2000 tarihli SİMAP, 09.09.2003 tarihli JAGLER ve 11.01.2007 tarihli VOREL kararında, hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma sürelerinin **en çok 48 saat** olabileceği belirtilmiştir.

Kamuda hafta tatillerinde ve resmi tatil günlerinde nöbet tutanlara hizmeti aksatmamak kaydıyla diğer iş günlerinde nöbet süresi kadar izin verilebilir. İzin kullandırılmayan hekimlere ise nöbet karşılığında ücret ödeneceği 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun Ek 33. Maddesinde düzenlenmiştir. Bu madde uyarınca; yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere) nöbet ücreti ödenecektir. Ancak ayda 130 saatten fazlası için ödeme yapılmayacaktır. Acilde çalışan pratisyen hekimlerden alınan bilgiye göre, aylık çalışma saatleri ortalama: Şevket Yılmaz Araştırma Hastanesi'nde **232 saat**, Bursa Devlet Hastanesi'nde **208 saat**, Çekirge Devlet Hastanesi'nde **216 saat**, 112 ASHİ'nde **216 saati** bulabilmektedir. Bu konuyla ilgili Sağlık Müdürlüğü'ne 10-1231 sayılı Oda yazısıyla başvurularak, biran önce iyileştirici düzenlemeler yapılması istenmiş olmasına rağmen halen bir yanıt alınabilmiş değildir. Bu çarpık çalışma sistemi adeta hekimlerimize benimsetilmeye çalışılmakta ya da sistem taşeronlaştırılınca kadar talepler sünen altı edilmeye çalışılmaktadır. Bunun en belirgin göstergesi 2009 Mayıs ayında ambulans hizmeti veren 112 acil servislerinin özelleştirilmesi amacıyla Bursa'da atılan adımdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'nde yer alan "Ambulans servisleri, özel sağlık kuruluşları ile ambulans hizmet alımı için sözleşme yapabilir" maddesi gereği Bursa'da ki üç istasyon ihaleye çıkarılmış. Açık ihale sonucunda üç istasyonu da "çöp poşeti" imalatıyla uğraşan bir şirket almıştır. Dönemin Bursa Tabip Odası yönetiminin ısrarlı takibiyle Müdürlük ihaleden sağlık personeli alımını çıkartma kararı almak zorunda kalmıştır. Pilot bölge olarak seçilen Bursa'nın ardından uygulamanın tüm Türkiye'de yaygınlaşacağı bilinmektedir. Şimdilerde bazı noktaların ambulans ve şoförü hala taşeron şirketten alınmaktadır. 2011 tarihinde açılan yeni ihaleyle bu kez sayı on noktaya çıkartılarak, hizmet alımı Acil Tıp Teknikeri ve Paramediklerle genişletilecektir. Yani acil sağlık hizmetleri çok yakın bir zamanda özelleştirilecektir. Bu kapsamda İl Sağlık Müdürlüğü'nün 09.03.2011 tarihli "Ekipli Ambulans Alım Hizmeti" ve 16.02.2011 tarihli "Ambulans Kiralama Hizmeti" ihaleleri için Oda'mız hukuki girişimde bulunmaktadır.

### ***Birinci Yılın Sonunda Bursa Sağlık Göstergeleri...***

Dünya Sağlık Örgütü bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, suların klorlanması hizmetlerini asgari sağlık hizmeti paketi olarak belirlemiş ve vazgeçilmez demiştir (ESSS, 2006). Bu nedenle aşağıdaki ölçütler üzerinden modelin sağlık düzeyinde varsa değişimini saptamak istedik.

1-Post neonatal mortalite (29-365 günlük bebek ölümleri) oranları

2-Düşük doğum ağırlıklı bebek oranları

3- 0-23 aylık çocukların aşılama oranları

4-İshalli hastalık oranları

5-Annenin aile planlaması yöntemi kullanma durumu

Bursa ili aile hekimliği öncesi 2009 yılı ve aile hekimliği sonrası 2010 yılı sağlık düzeyi göstergeleri modelin etkinliği açısından çalışmamızda fikir verecekti. Ancak Müdürlük'ten sadece 0-23 aylık çocukların bağışıklama hızları ve ishalli hastalık vaka oranlarına yanıt verilebildi. Post neonatal mortalite oranları, düşük doğum ağırlıklı bebek oranları ve annenin aile planlaması yöntemi kullanma durumunu ne yazık ki bilemiyoruz.

**Tablo 5. Bursa ili 2009 ve 2010 yılı 0-23 aylık bağışıklama hızları**

Bursa İli 2009 ve 2010 yılı 0-23 Aylık Bağışıklama Hızları		
Antijen	Bağışıklama Hızları %	
	2009	2010*
DaBT-İPA-Hib I	100	101
DaBT-İPA-Hib II	99	100
DaBT-İPA-Hib III	97	102
DaBT-İPA-Hib R	78	97
KPA I**		101
KPA II**		100
KPA III**		103
KPA R**		101
KKK	96	99
BCG	93	100
Hepatit I	92	124***
Hepatit II	94	100
Hepatit III	97	101

\* 9 Aylık Hedef Nüfus ile hesaplanan Ocak-Eylül verisidir.

\*\* 2009 mayıs ayında bağışıklama takvimine girmiştir.

\*\*\* Hastanelerde doğumda yapılmaktadır. Mükerrer bildirimler söz konusudur.

Form 018-A ile bildirilen ishalli hastalıklara ait 2009 Ocak-Eylül vaka sayısı **63.981** iken 2010 Ocak-Eylül vaka sayısı **50.812** olmuştur. Görece ishalli hastalık kontrolünün iyileştiği görüls



de daha az olgunun bildirilmiş olduğunu söylemek yanlış olmaz. Aile hekimliğine yıllarca sağlık ocağı deneyimi olan hekimler yanında hastane acil, 112 ve kurum hekimleri de katılmıştır. Sağlık ocağı döneminde sorumlu hekim tarafından günlük, haftalık ve aylık yapılan veri bildirimleri artık tüm aile hekimleri tarafından yapılmaktadır. Bildirilen vaka sayılarının azalmasının nedenleri arasında daha çok işyükü nedeniyle veri bildirimlerinin unutulması, bilgisayar kullanma becerisinde yetersizlikler, bildirimlerin öneminin iyi kavranılamaması, doğru tanı kodlarının kullanılmaması yatabilir.

2009 ve 2010 yılı 0-23 aylık bağışıklama hızlarının bir önceki yıla göre artarak %100'lerin üzerinde gerçekleşmesi olumlu gibi görünmekle birlikte önemli bir sorunun varlığını da göstermektedir. Ya hedef nüfus yanlıştır, ya aile hekimlerindeki nüfuslar yanlıştır, ya da aşı kayıtları ile ilgili bir sorun yaşanmaktadır. Aksi halde yüzde yüzü aşan bağışıklama oranı söz konusu olmamalıdır. Modeli tartışmalı yapan bir diğer yön de bu yetersiz planlamalardır. Son günlerde bakanlığı da sıkıntıya sokan Kızamık ve olası diğer salgınların nedeni olan sakat bakış açısı, sağlıkta "plan değil pilav lazım" zihniyetidir. Aile hekimliğinde kişilerin kaydının TC kimlik numarası ile yapılması aşılama ve salgın sürveyansında sakıncalar yaratmaktadır. On bir yıl önce kimlik numarasıyla tanışan Türkiye'de kabaca 1 milyon kişinin nüfus cüzdanında TC kimlik numarası bulunmadığını hatırlarsak, sağlık ocaklarındaki gibi aktif nüfus tespitine dayalı kayıt tutulması daha doğru olacaktır.

### ***Birinci Yılda Aile Hekimleri Memnuniyet Anketi...***

Bursa'da aile hekimliği yapan 171 meslektaşımıza telefonla ulaşarak;

1-Ücretlerden memnun musunuz?

2-Genel olarak uygulanmakta olan Aile Hekimliği Modelinden memnun musunuz?

sorularından oluşan bir memnuniyet anketi yaptık. Belirtmek gerekir ki bu çalışma aile hekimlerine verilecek ücretleri düşüren yeni yönetmeliğin yayınlanmasından sonra, ancak kimin ne alacağını bilmediği, maaşların hesaba yatmadığı bir dönemde yani Şubat 2011'de yapılmıştır.

Verilen yanıtlardan 76 kişi ücretlerden memnun olduğunu (%44.4), 80 kişi memnun olmadığını (%46.7), 15 kişi ise kısmen memnun olduğunu (%8.9) söyledi. Ayrıca uygulanmakta olan modelden 42 kişi memnun olduğunu (%24.5), 89 kişi memnun olmadığını (%52), 40 kişi kısmen memnun olduğunu (%23.5) yanıtladı. Sonuçlar itibariyle Bursa'da aile hekimlerinin yarıya yakını kesin ifadeyle ne verilen ücretlerden ne de uygulanan aile hekimliği

modelinden memnun değildir. Düşündürücü olan yetkililerin bu durumu görüp, çözüm önerilerine kayıtsız kalmasıdır.

**Tablo 6. Bursa ili aile hekimlerine yönelik Şubat 2011 ayı memnuniyet anketi**

<b>Soru 1 :</b>	Memnunum	<b>Soru 2 :</b>	Memnunum
<b>Aile Hekimliği Modelinde verilen ücretlerden memnun musunuz?</b>	<b>% 44.4</b>	<b>Bursa'da uygulanmakta olan Aile Hekimliği Modelinden genel olarak memnun musunuz?</b>	<b>% 24.5</b>
	Memnun değilim		Memnun değilim
	<b>% 46.7</b>		<b>% 52</b>
	Kısmen memnunum		Kısmen memnunum
	<b>% 8.9</b>		<b>% 23.5</b>

### **Bitirirken...**

Son olarak ellinci yılını kutladığımız (her ne kadar kadük bırakılsa da) “224 sayılı Sağlık Hizmetleri'nin Sosyalleşmesi” yasasını tartışmakta fayda var. 27 Mayıs Darbesi ve ürünü olan Anayasa da dahil olmak üzere dönem içinde yapılan tüm düzenlemeler yaşanan sistemin krizine bir müdahaleydi. Çeşitli şekillerde dönemin hükümeti burjuvazinin gereksinimlerini karşılayamaz hale gelmişti. Çünkü Türkiye kapitalizmi artık ağır sanayi hamlesi yaratacak gelişkin bir kapitalizmi hedefliyordu. 1960'ların Türkiye'si nüfusunun büyük çoğunluğunun kırsalda yaşadığı ve sağlık düzeyi ölçütleri en geri ülkeler arasında yer alıyordu. Diğer taraftan SSCB önderliğindeki sosyalist ülkeler sağlığı devletin en temel sorumluluğu sayıyor ve dünya siyasetine ağırlığını koyuyordu. Bu iklim içinde Milli Birlik Komitesi sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesini isteyerek Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek'e bu konuda görev verdi. Önerilerin içinden en kapsamlısı olan “sosyalleşme” seçildi. Yasanın en kritik yanı devlet eliyle toplum sağlığını koruyup, geliştirecek sağlık ekiplerinin oluşturulmasıydı. Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, şoför gibi çeşitli personelden oluşan bir ekip 5-10 bin nüfuslu bir toplum kesimine koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bütünlük içinde ve ücretsiz sunacaktı. Sevk sistemi sağlık ortamına plan ve verimlilik getirecekti.

Sosyalleşmenin ilk yıllarında çalışanlar tam gün ve yüksek ücretlerle çalıştılar. İkinci bir işle uğraşmadılar. Sistemin en büyük açmazı piyasacı sağlık hizmetlerine son verilmiyor

oluşuydu. Hekim muayenehaneleri, sonrasında özel poliklinik ve hastanelerin bu devletçi sisteme paralel yaşamasına izin verildi. Zamanla oluşturulan karma yapının piyasaya dönük yüzü sosyalizasyonu da en çok kemiren unsur olacaktı. Sosyalizasyon uygulamasına pilot iller seçilerek başlanmış, ancak ödeneksizlik nedeniyle 1980'lere kadar en fazla 45 il kapsama alınabilmiştir. İktidarların uygulamak konusunda hevesiz olduğu, belki de sosyalizasyonun “sosyalizmi” çağrıştırmaması nedeniyle bu sisteme dört elle sarılmadıkları söylenir. Sosyalizasyon için ilk seçilen il olan Muş'ta yaşayan bir vatandaşın ettiği “gökte Allah, yerde sosyalizo” sözleri belki de her türlü aydınlanmadan çekinir hale gelen burjuvazinin korkularını haklı kılmaktadır.

**Tablo 7. Türkiye'nin ilk bütünlükçü sağlık uygulaması olan Sosyalleştirme Programı ile son dönem Sağlıkta Dönüşüm Programının farkları**

<b>Sosyalleştirme ile Sağlıkta Dönüşüm Programlarının Farkları</b>	
<b>Sosyalleştirmenin birinci basamak sağlık hizmeti anlayışı</b>	<b>Sağlıkta dönüşümün birinci basamak sağlık hizmeti anlayışı</b>
<p><b>Alt yapı temini</b></p> <p>Sosyalleştirme, bir bölgede sağlık ocağı kurmak için o bölgede gerekli tüm tesislerin, lojmanların, malzemelerin, araçların ve personelin sağlanmasını, bunlar sağlanmadıkça o bölgenin sosyalleştirilmemesini Kanun hükmü olarak belirlemiştir.</p>	<p><b>Alt yapı temini</b></p> <p>Devletin altyapı temini ile ilgili bir sorumluluğu yoktur. Devlet kendi binasını hekime kiraya vermektedir. Hekime verilen bir bütçeden eğer devlete ait bir binada hizmet veriyor ise kira, elektirik, su, doğalgaz, telefon, internet vb harcamaları karşılaması beklenmekte, eğer devlete ait uygun bir yer yoksa kendisinin bir bina kiralaması ve harcamalarını karşılaması öngörülmekte ve uygulanmaktadır.</p>
<p><b>Parasız hizmet</b></p> <p>Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlardan, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanması öngörülmüştür.</p>	<p><b>Katkı payı</b></p> <p>Bugün itibarı ile uygulanmıyor olsa da sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de katkı payı öngörülmektedir.</p>

<p><b>Entegre hizmet</b></p> <p>Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetlerin entegre olarak sunulması esas alınmıştır.</p>	<p><b>Parçalanmış entegrasyon</b></p> <p>Kişiyeye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ayrıştırılmıştır. Kişiyeye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler aile sağlığı merkezlerine, neredeyse kalan bütün diğer hizmetler de(çevreye yönelik hizmetler ve diğer hizmetler) toplum sağlığı merkezlerine verilmiştir. Böylece entegrasyon bütünlükte değil parçalarda sağlanmaya çalışılmaktadır.</p>
<p><b>Ekip hizmeti</b></p> <p>Sosyalizasyonda sağlık hizmeti hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan bir ekip tarafından üretilir.</p>	<p><b>Ekipçik hizmeti</b></p> <p>Ekibin her anlamda parçalanması söz konusudur. Bir hekim bir de hekim dışı sağlık çalışanından oluşan bir "ekipçik" oluşturulmuştur. İhtiyaç olması durumunda ek personeli hekimin kendisinin temin etmesi/sağlaması söz konusudur.</p>
<p><b>Nüfusa orantılı hizmet</b></p> <p>Sosyalleştirme dar ve belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı (entegre) hizmet sunumunu öngörmüştür.</p>	<p><b>Kayıtlı kişiyeye orantılı hizmet</b></p> <p>Bölge tabanlı nüfus anlayışını öngörmez, onun yerine "kayıtlı liste" nüfusuna geçiş gerçekleşmiştir. Aile hekimliği sisteminin belirli bir bölge anlayışı ya yok ya da o bölge çok geniş bir düzeydedir. Bu açıdan bölge düzeyinde bir değerlendirme, planlama ve müdahale olanağı yok olmaktadır. Sosyalleştirmenin belirlediği dar alanda bölge tabanlı genişletilmiş geniş hizmet anlayışı kayıtlı listeye dar kapsamlı hizmet anlayışına dönüştürülmüştür.</p>
<p><b>Koruyucu sağlık hizmetine öncelik ve önem</b></p>	<p><b>Koruyucu sağlık hizmetinin parçalanması</b></p> <p>Tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla yönelme tehlikesi.</p>

<p><b>Personelin sürekli eğitimi</b></p> <p>Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin sürekli eğitimini, özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarına görevler tanımlayarak sağlamaya çalışmıştır.</p>	<p><b>Personelin sürekli eğitimi</b></p> <p>Sistematize edilmiş bir sürekli eğitim ve gelişim anlayışı yoktur.</p>
<p><b>Toplum katılımı</b></p> <p>Toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımını sağlamak için sağlık merkezlerinde ve illerde sağlık kurulları oluşturulmasını öngörmüştür.</p>	<p><b>Maliyet paylaşımı</b></p> <p>Hiçbir toplum katılımı mekanizması yoktur. Daha doğrusu toplum katılımı yerine, “maliyet paylaşımı” anlayışı göze çarpmaktadır.</p>
<p><b>Sevk sistemi</b></p> <p>Sağlık hizmetlerinin işleyişinde “sevk sistemine” kilit bit rol vermiştir.</p>	<p><b>Sevk sistemi teoride var pratikte yok</b></p> <p>Sağlıkta dönüşüm programının önemli iddialarından biri birinci basamağın “kapı tutucu” işlevi, etkili sevk sistemi olmuş ancak 2007 yılında sevk sistemi kaldırılmıştır.</p>
<p><b>Tam gün çalışan hekim</b></p> <p>Sosyalleştirme, sağlık personeline yüksek ücret vererek güvenceli bir tam gün çalışmayı ve sağlık personeline yüksek ücret verebilmek için sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personelin sözleşmeli çalışmasını esas almıştır. Sözleşme ile verilecek ücret miktarının bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak belirlenmesi kararlaştırılmıştır. Özellikle ilk yıllarda Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında ücretin belirlenmesi ile ilgili yoğun tartışmalar yaşanmış, Sağlık Bakanlığı Maliye'nin öngördüğü maaş tutarının</p>	<p><b>Kendi hesabına çalışan hekim</b></p> <p>Aile hekimliği sistemi ücretlendirmeyi farklılaştırmıştır. Aile hekimi olarak çalışacak hekime verilen bir bütçeden hekimin kendi gelirini çıkartmasını esas almaktadır. Hekimin hizmet sunumundaki bütün giderleri ve gelirini de bu bütçeden karşılayacak olması hizmet sunumunu etkileyecek bir unsur haline gelmektedir. Hekimi kendi hesabına çalışan bir tür “küçük işveren” konumuna düşürmektedir. Öte yandan toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personeli eski statüde(maaş+döner sermaye) devam etmektedir. Sağlık personeli arasında ücretler, çalışma koşulları ve biçimleri açısından olumsuz farklılıklar oluşmuştur.</p>

yaklaşık üç katını kabul ettirmiştir. Ancak zamanla sağlıkçılara-özellikle de hekimlere-ödenen yüksek ücretler çeşitli nedenlerle tırpanlanmış ve düşürülmüştür.	
<p><b>Planlama ve değerlendirme üst kurulları</b></p> <p>Sosyalleştirme, sosyalleştirmeyi değerlendirmek ve halk ve çeşitli kurumlar arasındaki işbirliğini sağlamak için bir Genel Kurul oluşturulmasını öngörmüştür. Bu kurula çeşitli kurum ve kuruluşlardan(Üniversiteler, DPT, SSK, TTB, TEB, TVHB vb) temsilcilerin katılımı, olağan olarak yılda bir kez toplanması Kanun hükmü olarak belirtilmiştir. Bu mekanizma yanında gerek merkezi düzeyde gerekse de illerde sektörlerarası işbirliği önemsenmiştir.</p>	<p><b>Böyle bir yapı ve vizyon yoktur</b></p>

Türkiye, 2007 sonlarında başlayan dünya ekonomik krizinden en ağır şekilde etkilenen ülkelerden bir tanesi olmuştur. Uluslararası krizin etkilerinin Türkiye ekonomisi üzerindeki etkileri Ekim 2008 ile Eylül 2009 arasında gerçekleşmiştir. Bu on iki aylık dönemde Türkiye ekonomisi yüzde 7,8 küçülmüştür. Yalnızca Ocak-Mart 2009'u kapsayan üç aylık dönemde milli gelir bir önceki yılın aynı dönemine göre yüzde 14,6 daralmıştır (*Boratav K.,2010*). Krizin etkilerinin en derin şekilde hissedildiği bu dönemin ardından gelen toparlanma ise halen kriz öncesi düzeye dönüşü temin edebilmiş değildir. Faiz ve kur hareketlerinin kontrol altında tutulabilmesini mümkün kılan ana "dinamik", kriz döneminde ülkeden çıkan büyük miktardaki yabancı sermayeye (yaklaşık 11 milyar dolar) karşın, yine büyük miktarda "kaynağı belirsiz", kayıt dışı sermaye girişinin (yaklaşık 14 milyar dolar) gerçekleşmesi olmuştur. 2009 Ekim'in den bu yana Türkiye'ye giriş yapan yabancı sermayenin yüzde 80'den fazlası "sıcak para" niteliğindedir. Bu oran Ekim 2008 öncesinde yüzde 15 civarında seyretmekteydi. Ekonomisi kırılgan ve istikrarsız olan Türkiye'nin pahalı bir örgütlenme olan Aile Hekimliği Modeli'nin uzun süre destekçisi ve garantörü olmayacağını tahmin etmek hiç de zor değildir.

Türkiye Aile Hekimliği Modeli sağlık gereksinimlerine göre değil, piyasaya, rekabete, müşteri memnuniyeti ilkesi ile talebi sürekli kışkırtan ve tüketmeye dayalı yeni bir sağlık algısına dayalı, birinci basamakla ilgili tüm hizmetlerde piyasalaşma dinamiklerinin önünü açan, sağlık düzeyini, hizmetin geliştirilmesini, niteliğinin geliştirilmesini piyasa kuralları ile çözmek

isteyen, bu amaçla sağlıkçılara gelire dayalı pozitif ve negatif performans dayatan, istenilen düzeyin elde edilememesi halinde sözleşme feshi ile personelin tehdit edilmesini de yönetimde ikinci bir yol olarak kullanan, ekip çalışanlarının sayı ve nitelikçe azaltılıp çalışma sürelerinin ve iş yoğunluğunun arttırıldığı bir sistem yaratmıştır. Geldiğimiz süreçte görülmektedir ki aile hekimliğinin yüzü sermayeye, sırtı ise halka dönüktür.

Yerel sağlık gündemi Samanlı'ya yapılması planlanan endüstriyel hizmet modeliyle çalışacak "sağlık fabrikası", içeriğinde kanser yapıcı bileşenler de olduğu söylenen (Öngür T. 2010) "rantsal jeotermal merkezler" gibi konularla uğraşadursun, aile hekimliği gözlerden kaçırılıyor. Bursa'da aile hekimleri için sorunlar bazen bireysel, sıklıkla da ücret yönetmeliğinde olduğu gibi 25 bin hekimin tamamını ilgilendiren düzeyde ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin düzenlemelere ilişkin tutum alması, bazen düzenlemelerin mantıksızlığı ve değişkenliği nedeniyle mümkün olamamakta, bu da belirsizliğe ve güvensizliğe neden olmaktadır. Geçmişte olduğu gibi bugün de bir grup hekim gelişmeleri yakından izlemekte, sorunlarına duyarlılık göstermekte, kafa yorup çözümler üretmekte iken ezici çoğunluk gelişmeleri izlemekten uzak, anı yaşayan ve her yeni düzenlemenin ardından biraz daha daralan kabuğuna sığmaya çalışan bir tutum takınmaktadır. Bu nedenle ne dernekler ne de Oda komisyonlarında yeterli çoğunluk sayılarına ulaşamamıştır. Aile hekimlerinin Oda üyelikleri ciddi oranlarda sürmesine karşın (Bursa'da %81) dernek üyelikleri henüz yeterli çoğunluğa ulaşamamıştır. Bunda örgütlenmeye duyulan isteksizlik kadar, üye aidatından duyulan rahatsızlık da (bedel ne olursa olsun) rol oynamaktadır. Oda üyeliklerinin sürmesinin önemli bir nedeni de her şeye rağmen hekimlerin sorunlarının son çözüm yeri olarak Odalarını görmeleridir.

Aile hekimliği için yaratılmak istenen balayı döneminin sonuna gelinmiştir. Aile hekimliği sürecinde, ortaya çıkan sorunların TTB ve odalarca öngörülen noktalara varmış olması hekimler tarafından Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile aslında neyi dönüştürdüğünü algılamalarını hızlandırmıştır. Bu süreçten sonra sağlık ortamında yaratılan yıkımı durdurup iyi hekimlik ve sağlık hakkı adına tüm kötücüllerle mücadeleyi yeniden başlatmanın tam zamanıdır.

## Kaynakça

**Boratav K. (2010)**, <http://haber.sol.org.tr/yazarlar/korkut-boratav/buyume-martavallari-30474>

**BSM (2010)**, Bursa Sağlık Müdürlüğü, <http://www.bsm.gov.tr/duyuru/duyuru.asp?no=3008>

**ESSS (2006)**, Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü ; s:25

**Öngür T. (2010)**, <http://haber.sol.org.tr/yazarlar/mehmet-yavuzkan/secilmis-valiler-37191>

**Sağlık Bakanlığı (2010)**, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu

**Toplum ve Hekim (Mart-Nisan 2010)**, Yayın Kurulu Yazısı

**Soyer A. (2010)**, “Sağlık Harcamalarında AKP'nin Eli Yurttaşın Cebinde”,  
<http://www.birgun.net/forum>

**Tablo.1**, <http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Resimler/Duyurular/guncel.jpg>

**Tablo.2**, Değişik zamanlarda çıkartılan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmelikleri derlenmiştir

**Tablo.3**, <http://etf.bsm.gov.tr/bsmah/giris.php>

**Tablo.4**, Bursa Tabip Odası verileri-arşivi

**Tablo.5**, Sağlık Bakanlığı 2008 istatistikleri

**Tablo.6**, Bursa Sağlık Müdürlüğü verileri

**Tablo.7**, Bursa Pratisyen Hekimlik Komisyonu anketi

**Tablo.8**, TTB (2011),Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil Kamucu, Eşitlikçi  
Sosyalleştirme Raporu