

## Aile Hekimliği

Dilek OĞUZ

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği,  
Ankara

**TIP** bilimi yüzyıllardır hastalıkla mücadelede büyük gelişmeler kaydetmiştir. Ancak günümüzde hala mücadele edilmesi gereken ve insanlığı tehdit eden hastalıklar varlığını sürdürmektedir. Tıp bilimindeki gelişme tedavi ve eradikasyonla ilgili vaatleri de gündeme getirmiş ancak bu vaatler insanlığın beklentilerini karşılamaya yetmemiştir. Bu gün dünya HIV/AIDS, açlık, tütün kullanımı ve buna bağlı kronik hastalıklar, kanserler ve kalp hastalıkları gibi sorunlarla karşı karşıyadır.

Günümüzde hastalıkların yapısındaki değişiklik, ölüm nedenlerinin farklılaşması, kronik hastalıkların oranlarındaki artış, sağlıkta teknoloji ve kaynak kullanımının da önemli boyutlara ulaşması insanları sürekli izleyebilecek yeni bir hekim tipine ihtiyacı ortaya koymuştur. Bu durum, birinci basamakta tıp fakültesini bitirdikten sonra alanında uzmanlaşmış hekime gereksinimi ortaya çıkarmıştır.

Önceleri semptoma yönelik olan tedavi anlayışı ile "hasta yoktur, hastalık vardır" görüşüyle, kişilerin sadece hastalıkları üzerinde durulmuştur. 1923 yılında Dr. Francis Peabody uzmanlaşma eğiliminin en yüksek noktaya ulaştığını ve modern tıbbın sağlık hizmet sunum sisteminin aşırı parçalara ayırdığını belirterek hızla kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek genel pratisyenliğe dönüşmesine gereksinim duyulduğunu bildirmiştir.

İngiltere'de 1952'de Genel Pratisyenlik Akademisi (College of General Practitioners), 1960'lı yıllarda da A.B.D'de Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. İzleyen yıllarda Avrupa'da birinci basamak hekimliğini geliştirmeyi amaçlayan pek çok birlik kurulmuştur.



Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir.

İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir.

### **Türkiye’de süreç nasıl işlemiştir?**

Aile hekimliği uzmanlık dalının Türkiye’deki gelişimi 24 yıllık süreç almıştır. İlk kez 1983’de Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır. 1984’de Gazi Üniversitesi’nde ilk kürsü kağıt üzerinde de olsa kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde ise 1985’de süreç başlamıştır. 1990’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş ve 1993’de ilk Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi düzenlenmiştir.

Uzmanlık derneğinin yoğun çabaları ile 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile Tıp Fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim dalları kurulmuştur.

1995’te Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır.

1996’da, Avrupa topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır.

1998 Mart ayında, 2/3/1998 tarih, 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almış ve TAHUD olarak ülkemizi alanında Dünya’da temsil etme yetkisini almıştır.

Ülkemizde 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm projesi ile de Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği sistemi uygulamasına geçilmeye çalışılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulamaları ise 2004 yılında çıkarılan kanun-

larla uygulanmaya çalışılmaktadır. Ancak alt yapısı yeterince hazırlanmadan, Uzmanlık dernekleri ve Tabibler Birliği ile koordinasyona gidilmeden yapılanmaya çalışıldığı için günden güne artan sorunlarla karşılaşmaktadır. Halkın bu sistem hakkında bilgilendirilmemesi, sağlık sisteminin uygulayıcılarının tamamen politik kaygılarla ve beklentilerle hareket etmesi, sorunları içinden çıkılmaz hale getirmiştir.

Türk Gastroenteroloji Vakfı’nın 1. basamakta çalışan hekimlerin çağdaş bilgilerle donatılması gerektiğini ve sağlıkla ilgili sorunların % 80’e yakınının birinci basamakta çözüleceğini vurgulaması aslında oldukça eski olup yıllardır herhangi bir karşılık gütmeksizin 1. basamak hekimlerine yönelik eğitim ve donanım sağlama faaliyetleri devam etmektedir. Bu bağlamda son yıl içinde Türkiye’nin çeşitli noktalarında düzenlenen ve düzenlenmeye devam eden Aile Hekimliği-Akademik Gastroenteroloji toplantılarında aile hekimleri dinlenmiş sorunlarının neler olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır.

Ülke sorunlarının tümünde olduğu gibi sağlık sorunlarının çözümünde de sivil toplum örgütlerinin yeri tartışılmazdır. Bu örgütleri yok sayarak yapılacak uygulamalar eninde sonunda aksamaya mahkumdur. Bu nedenle de hekimlerin yaşadıkları sorunları tarafsız gözlerle dinlemek ve sorunların çözümüne katkıda bulunmanın her hekimin görevi olduğunu vurgulamak yanlış olmasa gerektir. Akademisyenlerin bu işin içinde hatta kalbinde yer almaları ise eşyanın tabiatı gereğidir.

Türkiye’de yaşanan bazı sorunları hekimlerden aldığımız geri bildirimleri değerlendirmeden önce Dünya’da bu uygulamaların nasıl olduğunun gözden geçirmek gereklidir. Çünkü bir çok ülke bu uygulamalarını uzun yıllardır hayata geçirmiş olup yeni sorunlarla boğuşmaktadır.

**Aile Hekimliği**, bir tıp disiplindir. Diğer tıp branşları gibi kendine özgü bir eğitimi, uygulaması ve araştırma konuları bulunan, dahili tıp bilimleri içinde değerlendirilebilen klinik bir branştır.

Aile Hekimliği, çocuk, genç ve yaşlı tüm bireylere hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunan bir tıp uzmanlığıdır. Aile Hekimleri, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları – Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi, Psikiyatri branşlarında belirli sürelerde rotasyon yaparak temel hastalıkların önlenmesi ve tedavisindeki bilgileri edinirken aile hekimliğine özgün yaklaşımları da öğrenerek ve iç-





selleştirerek mezuniyet sonrası eğitimlerini tamamlarlar ve uzman hekimler olarak sağlık bakım ekipleri içinde yerlerini alırlar.

Aile Hekimliği, hastalarında yaş, cinsiyet, organ ya da sistem ayırımı yapmaz, eğitimi dahilindeki tüm hastalara hizmet verir.

Bu dalda eğitim görmüş hekime bazı ülkelerde Aile Hekimliği Uzmanı, bazı ülkelerde de Genel Pratisyen denir. Tıp fakültesinden mezun olunarak temel tıp eğitimi alındıktan sonra birinci basamak hekimi olabilmek için ek bir eğitim gerekmektedir. Bu eğitimin süresi ve şekli ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Türkiye'de en az 3 yıl sürmektedir.

Günümüzde Aile Hekimliği eğitiminin en az yarısının birinci basamakta geçmesi gerektiği ve eğiticilerinin ağırlıklı olarak birinci basamak hekimlerinden, tercihen aile hekimliği uzmanlarından oluşması gerektiği konusunda bir kanı vardır. Ülkemizde bu koşulları yerine getirmek için uğraşlar verilse de bugün ortaya çıkan tam bir kaos tablosudur.

Ülkemizde Aile Hekimliği eğitimi almamış, sadece Tıp Fakültesi mezunu olan hekimler sahada birinci basamak hekimleri olarak çalışmaktadırlar. Bu durum, Dünya genelindeki gelişmiş ülkelerin uygulamalarına uymamaktadır.

Ülkemizde 2002 yılından beri "Sağlıkta Dönüşüm" adı altında bir reform süreci sürmektedir. Bu çerçevede sahada çalışan tabipleri "Aile Doktoru"na dönüştürme çalışmaları çerçevesinde uyum eğitimleri verilmektedir. Uyum eğitimlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine eşdeğer olup olamayacağı tar-

tışma konusudur. İki eğitim birbirleriyle karşılaştırılmayacak durumdadır. O nedenle bu tartışmalar lüzumsuzdur, çünkü Tıp Fakültesi mezunu bir doktor, birinci basamak hekimliği açısından yeterli olmamakta, yıllar süren bir ek eğitim alması gerekmektedir. Tıp Fakültelerinin eğitsel amaçları konusunda bir uzlaşma mevcut değildir. Mezun ettikleri öğrencilerine birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli görevler biçenler olduğu kadar, tıp eğitimi uzmanlaşmanın bir ön koşulu diyen öğretim üyeleri de bulunmaktadır. Ancak dünyada bulunan genel kanaat temel tıp eğitiminin birinci basamak hekimlik uygulamaları için yeterli olmadığıdır. Müfredatlarında yapılacak uyarlamalarla Aile Hekimliğine ve Birinci Basamağa hekim adayı kazanmak mümkün olacaktır. Uzmanlığı bile seçecek olsa genç hekim, birinci basamağın önemini de böylece kavrayacaktır.

Türkiye'de pilot uygulama yapılan bölgelerde kısa süreli eğitimlerle sağlık ocağı hekimlerinin aile hekimine dönüştürülmeye çalışılması baştan sıkıntıların ana kaynağıdır.

Normalde birinci basamak, bir hastanın ilk başvurduğu sağlık kurumu olmalıdır. Özellikle sevk zincirinin sıkı biçimde denetlendiği sistemlerde bu böyledir. Hasta gereği halinde birinci basamak hekimi tarafından 2. basamağa ya da daha üst kurumlara sevk edilir.

Bu sistemlerde Aile Hekimliği Uzmanı hastaların ilk başvuracakları hekimdir. Ancak böyle bir sistem oluştuğunda ise; Aile hekimliği Uzmanı, sadece aile bireylerine hizmet sunmasından dolayı değil kendilerine başvuran kişileri aileleri ve

toplumları içinde değerlendirdiklerinden dolayı bu adı almıştır. Aile Hekimlerinin hizmet sunduğu nüfus yaşayan herkesidir. Kendisine kayıtlı olan bireyler ile bütün sağlık sistemi arasında aracılık yapar ve sağlık sorunlarında bu süreci koordine eder. Hastalardan, acil durumlar dışında, kendi aile hekimlerine görünmeleri beklenilmektedir, ancak bazı durumlarda sevk zincirini aşıp 2. ve 3. basamakta bulunan branş uzmanlarına gitme eğilimi söz konusudur. Bu özellikle hekimiy-le yeterince güven ilişkisi kuramamış, yapılan girişimlerden memnun kalmamış olan, birinci basamak sağlık kurumunda bulunan laboratuvar donanımından memnun olmayan hastalar tarafından sıklıkla seçilen bir yoldur. Aile Hekimliği Uzmanının kapı tutuculuk görevinden memnun kalmayıp, hastanelere doğrudan yapılan başvuruların sağlık harcamalarını daha artıracak kaygısı bulunmaktadır. Bu nedenle katkı payları alınarak, hastanın tercihiyle izin verilmeye çalışılmaktadır.

Türkiye’de bunlara ek olarak halkın siyasi dönemlerde oy aracı olarak kullanılması yanı sıra da eklenince projeler baştan çözüm değil bozum olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların %80-90’ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedirler. Bu başvuru sırasında hastalıklarının çok büyük kısmı tedavi edilir (%90-95). Aile Hekimleri bir üst sağlık basamağına, (hastanelere) sevk ettiği %5-10 oranındaki hastalarını da izler ve onların sorumluluğunu taşır (süreklilik ilkesi). Aile Hekimliği Uzmanlarının hizmet alanı aile üyelerinin tümünü içerecek tarzda geniş bir biyolojik perspektifi içermesinin yanı sıra hizmet verdiği bireylerin sosyal ve psikolojik durumlarını da kapsar (kapsamlı hizmet ilkesi). Hastaya önerilen tüm tanı ve tedavi yaklaşımları hasta bireye özgündür ve bir bütün olarak bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerine yanıt verir. Aile hekimleri sadece aile yönelimli bir yaklaşım göstermez, aynı zamanda toplum sağlığının gereklerini gözeterek bir yaklaşım sergiler.

Aile Hekimliği Uzmanları hastalarını aile ve toplumları içinde değerlendirir. Hastalıkların sadece hastayı değil aileyi de etkilediğini dikkate alarak aile yönelimli bir yaklaşım sunar. Bu yaklaşım içinde hastanın sorunları çözümlenirken hastalığın aile üzerine etkileri ve ailenin hastalık üzerine etkileri dikkate alınarak sorunun çözümlenmesi için tedavinin planlanması aşamasında hastanın ve ailesinin görüşlerinin alınarak ortaklaşa bir tedavi planı hazırlanması hastanın tedaviye uyumunu artırır ve tedavinin etkinliğini sağlar.

Aile Hekimliği Uzmanları sadece aile merkezli bir yaklaşım göstermez, aynı zamanda toplum sağlığının gereklerini gözeterek bir yaklaşım sergilerler. Bu WONCA 2002 Avrupa Tanımında “Toplum Yönelimli Yaklaşım” olarak isimlendirilmektedir.

Aile Hekimleri hastalarını sadece tedavi etmez, onları hastalanmadan önce korumaya çalışır. Bu amaçla kişiye yönelik koruyucu hizmetler içinde aşılama, yaşam tarzı değişiklikleri için danışmanlık yapma, bebek ve çocuk izlemi, gebe izlemi, aile planlaması hizmetlerini sunar. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar varlığında aile bireylerini bilgilendirir ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlarken çevre sağlığı için gerekli önlemlerin alınması için yerel yönetimlerle işbirliği yapar, diğer tıp branşlarıyla ortak olarak toplumun sağlığını koruma çalışmalarına aktif olarak katılır. Koruyucu hekimlik Aile Hekimliğinde önemli bir yer tutar.





Toplumsal ve bireysel sağığı geliştirme çalışmaları içinde yaşlı sağığı ve bakımı, seyahat tıbbi ve sporcu sağığı ile ilgili sorunlar da Aile Hekimlerinin ilgilendiğı konular arasındadır. Kişileri bu konularda bilgilendirerek olası sorunları önlemeye veya en aza indirmeye çalışırlar. Aile Hekimleri sağığın korunması ve artırılması bağlamında hizmet sunduğı birey ve toplumun sağık eğitiminden de kendini sorumlu tutar. Birey olarak hastasına hastalığı ile ilgili eğitimin yanı sıra sık görülen hastalıklar, bu hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesinde bireyin ve toplumun sorumluluğı paylaşmaları için onları bilgilendirir. Sonuç olarak Aile Hekimlerinin amacı her bireyin sağık düzeyini yükseltmek ve daha sağıklı bir topluma ulaşmaktır. Kişilerin talep ettikleri tüm sağık konularında onları bilgilendirerek kişilerin kendi sağıkları konusunda daha fazla söz sahibi olmalarını ve kendi kararlarını oluşturabilmelerini amaçlar

Aile Hekimi hastalarının farketmedikleri, şikayet etmedikleri sağık sorunlarından da sorumludur. Hastalarını bilgilendirir, gerekli sağık kontrollerini yaparak hastalıkları erken dönemde yakalamaya çalışır, hastalıklara karşı alınabilecek önlemleri uygular. Koruyucu hekimlik aile hekimliğinde önemli bir yer tutar.

### **Dünya ülkelerindeki uygulamalar;**

**İngiltere;** İlk Aile Hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda Aile Hekimliği veya İngiltere'deki ismiyle Genel Pratisyenlik 1947'de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin kurulmasıyla başlamıştır.

İngiltere'de Ulusal Sağık Hizmetleri Örgütü vardır.

İngiltere'de sağık hizmetlerinin çoğı vergilerle finanse edilmektedir.

Ülkedeki 34.000 civarındaki Aile Hekiminin çoğı 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. Sanırım (5-10 bin) olmalı kadarı ise tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmaktadır. 6000 kadar Aile Hekimi ise sağık merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir Aile Hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır.

Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları Aile Hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile Hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağı acil durumlar dışında baş vuramazlar. Aile Hekimlerinin ikinci basamağı sevk oranı %10 dolayındadır. Aile Hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir.

Tüm tıp fakültelerinde Aile Hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1979'da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörlük döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimi ve daha sonra da eğitimci eğitimi almış bir Aile Hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır.

Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğı yoktur. Ancak Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimi tamamlayan Aile Hekimlerinin %80'i sınava girmektedir.

Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir ancak desteklenmekte ve özendirilmektedir.



**Almanya;** Birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Hekimleri tarafından verilmektedir.

1980 yılından itibaren Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanmıştır.

1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

İlk Aile Hekimliği kürsüsü 1976'da Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır. Bugün 24 tıp fakültesinde Aile Hekimliği kürsüleri bulunmaktadır.

Tıp fakültelerindeki Aile Hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır.

Aile Hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır.

Hastalar dosyalarını teslim ettikleri Aile Hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler.

Aile Hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir.

Aile Hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler.

**İsrail;** Genel sağlık sigortası nüfusun % 96'sını kapsamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir Aile Hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kent sel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki bu merkezler laboratuvar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır. Ayrıca özel olarak çalışan Aile Hekimleri de sözleşme ile bu sisteme dahil olabilmektedir.

Tüm tıp fakültelerinde Aile Hekimliği bölümleri vardır. Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası Aile Hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan Aile Hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitim 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır. Eğitimin denetimi ve kredilendirilmesinden meslek örgütü sorumludur.

**ABD;** Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun %14'ünün sağlık güvencesi yoktur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler tüm hekimlerin %'40'ıdır. Bunlar arasında Aile Hekimleri de vardır.

Aile Hekimleri ya kendi muayenehanelerinde veya son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır.

Aile Hekimliği uzmanlığı ülkedeki ikinci büyük uzmanlık dalıdır ve eğitimi üç yıldır. Amerikan Aile Hekimliği kurulu tarafından şekillendirilir ve denetlenir. Sınav zorunluluğu vardır.

**Kanada;** Kanada'da ulusal sağlık sigortası tüm bireyleri kapsamaktadır. 65 yaş üstündekilerden ve maddi durumu iyi olmayanlardan sağlık sigorta primleri alınmaz.

Birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Hekimleri tarafından verilmektedir. Aile Hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2. basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler.

Tüm tıp fakültelerinin Aile Hekimliği bölümleri vardır. Aile Hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluştururlar.

Mezuniyet öncesi Aile Hekimliği stajı, Aile Hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler.

1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, Aile Hekimliği ihtisasını bitirip, sınavı başaranlara kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır.

**Portekiz;** Ulusal Sağlık Sistemi 1979'da kurulmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Buralardaki çalışma ekip çalışması olup Aile Hekimleri de bu ekibin içinde yer almaktadırlar.

Her kişi bir Aile Hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir Aile Hekimi düşmektedir.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi üç yıldır. 1987 yılından itibaren bu eğitim birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu hale getirilmiştir.

1982'de Aile Hekimliği koleji kurulmuştur. Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte Aile Hekimliği eğitiminden sorumludur. Eğitim sonrasında sınav zorunluluğu vardır.

Tıp Fakültelerinde ilk Aile Hekimliği bölümü 1987'de Lizbon Üniversitesi'nde açılmıştır.

**Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Ancak Türkiye'de pilot olarak uygulanan illerde başlayan belli başlı sorunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.**

1. Öncelikle hekimler sözleşmeli personel haline getirilmektedirki her ne kadar hekim geri dönmek isterse de özlük hakları kalıcıdır dense de, bunun garantisi olmadığı Denizli'de sözleşmesi yenilenmeyerek işsiz kalan ya da mecburen istemediği yerlere sürüklenen veya sürüklenerek hekimlerden anlaşılmaktadır. Bu özlük haklarındaki belirsizlik sadece hekimleri değil, sağlık elemanlarını etkilemekte, istemediği halde zoraki olarak sisteme dahil edilen yardımcı sağlık personeli işsizlikle ve sürülmekle karşı karşıya kalmaktadır.
2. Hekimler Aile Hekimliğine geçişlerinde ve belirlenecek merkezlerde hizmet puanlarına göre atanacakları yerde siyasi kriterlerle çalışma yerleri belirlenmektedir.
3. Halkın bu konuda yeterince bilinçlenmemiş olması hekimleri Aile Hekiminden ayrılmakla tehdit etme kavramının ortaya çıkmasına neden olduğu kadar hekimi de hastayı müşteri gibi görme şeklinde etik olmayan davranışlara sürüklemektedir.
4. Öte yandan uygulanmaya çalışılan sevk zinciri de ertelenerek başarısızlığa uğramıştır. Bunun nedeni her ilde siyasi parti yapılanmalarının özellikle de iktidar partisi yöneticilerinin, il ve ilçe örgütlerinin yöneticilerinin sağlık müdürlükleri üzerinde ve doktorlar üzerinde oluşturdukları siyasi baskıdır. Sevk etmeyen doktorların sürülmekle tehdit edilmeye çalışılması bu olumsuzluklardan sadece birisi olup doğu illerinde sadece aşiret liderlerinin emri ile 1000 kişilik hasta kayıplarının aile hekiminin üstünde demoklesin kılıcı gibi salladığını görmemek olanaksızdır. Bu tablo siyasi otorite tarafından görülmek istenmese de aslında bilinmektedir. Sadece bu değil seçim kaygıları da sevk zinciri uygulamalarını erteletmiştir.
5. Öte yandan bazı özel hastanelerin Aile Hekimlerine hasta sevki karşılığında büro açmaya çalışmaları ve primlerini ödeme sözleri verdiklerinin bilinmesi işin diğer boyutunu da ortaya çıkarmaktadır. Toplumsal ahlaki çözülmenin pek çok yere sirayet ettiği bu alacakaranlık döneminde bu uygulamaların ne kadar etik dışı olacağı gayet açıktır.

6. Yanısıra hekim bu sistem içinde tamamen yalnız bırakılmakta, her sorununu kendiliğinden çözmesi istenmektedir. Hekimlerin bir kısmı balayı dönemini yaşasa da bu sorunlarla aldıkları paraların giderek azaldığının, devlet desteği olmadan koruyucu sağlık hizmetlerinin hiçbirisinin yapılamayacağını anlayacaklardır.
7. Hekimlere kiralanan devlet kurumları için anlamsız kiralar istenmesi, daha önce sağlık ocağı malı olan masa, sandalye gibi malzemelerden kira istenmesi gibi uygulamalar işin daha da çığırından çıkmasına neden olacaktır.
8. Donanımı eksik olan hekimler yukarıda tanımlanan Aile Hekimi özelliklerini taşımadıkları için de hastalarının güvenini kazanamayacaklar ve sürekli sürtüşme ve tartışma ortamı, hasta ile hekim arasında yaşanacaktır.

Saydığımız veya saymadığımız ve illerde yaşadıkça öğreneceğimiz bütün bu sorunlar, ancak tüm toplum örgütlerinin işbirliği ile yaşama ve sağlık hizmetlerinin en temel insan hakkı olduğu felsefesini benimsemesiyle çözülebilir. Bu nedenle siyasi otoritenin tüm dünyadaki örnekleri incelemesi, sivil toplum örgütleri ile işbirliğine gitmesi, kendi ülke kaynaklarını en doğru kullanmanın yollarını araştırması gerekmektedir. ABD gibi 60 milyondan fazla insanın sağlık sigortası kapsamı dışında kaldığı ve çökmeye yüz tutmuş modelleri ülkemize monte etmeye çalışmadan önce her ülkenin toplum yapısının farklı olduğunu, insan kaynaklarının ve teknolojisinin farklı olduğunu gözetmesi gerektiği gün gibi açıktır.

Hekimlere gelince; "her insanın bir bedeli vardır" zihniyeti ile kendisine yaklaşan bir çarpık zihniyetin tehlikelerini anlayacak kadar elit ve eğitilmiş oldukları gerçeğini ve dünyanın en saygın mesleğini yerler altında çiğnetmemeleri gerektiğini hatırlatmak bir namus borcudur.

