

THE ESTABLISHMENT OF PRIMARY HEALTH CARE AND TRANSITION PERIOD IN TURKEY

Ilhami UNLUOGLU¹, Mumtaz MAZICIOGLU²

¹Eskisehir Osmangazi University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Eskisehir, Turkey;

²Erciyes University Medical Faculty Department of Family Medicine, Kayseri, Turkey

Health care and education of health care workers were one of the leading issues that young Turkish Republic confronted in the foundation period of Turkey. Limited number of doctors and other health care staff managed to establish new reforms which produced great improvement in public health. After 40 years from the foundation of Turkish Republic a new reorganization was needed. In primary health care (PHC) with the socialization of health care law “the law numbered 224” in which a variety of subjects in primary health care were regulated. In the first 20 years of this regulation an apparent but limited improvement in PHC was observed [1]. In the last two decades there had been significant problems in managing PHC. These problems can be considered to be related with the management, insufficiency of the law in some areas and wide spectrum of health service which the GP’s were obliged to perform.

The main challenge of law numbered 224 which was prepared in 1961 was absence of financial support and organization in urban area [1]. Although a variety of subjects in PHC were regulated in law numbered 224; lack of financial support and limited administrative interest to prerequisites of this law decayed its popu-



FIGURE 1. First step education in Elazig.
СЛИКА 1. Први корак едукације у Елазигу.

¹Prof. Dr., President of the Board of Turkish Family Medicine

²Ass. Prof. Dr., Member of the Executive Committee of Turkish Association of Family Medicine

УСПОСТАВЉАЊЕ ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ПЕРИОД ТРАНЗИЦИЈЕ У ТУРСКОЈ

Илхами УНЛУОГЛУ¹, Мумтаз МАЗИЦИОГЛУ²

¹Универзитет „Ескисеhir Османгази”, Медицински факултет, Катедра за породичну медицину, Ескисеhir, Турска; ²Универзитет „Ерцијес”, Медицински факултет, Катедра за породичну медицину, Кајсери, Турска

Здравствена заштита и образовање радника здравствене заштите били су једни од водећих проблема с којима се суочила млада Република Турске у периоду оснивања. Ограничен број лекара и другог особља здравствене заштите изазвао је покретање нових реформи које су довеле до великог побољшања здравства. После 40 година од оснивања турске републике била је потребна нова реорганизација. У примарној здравственој заштити (ПЗЗ), са социјализацијом закона о здравственој заштити, донет је „закон под бројем 224”, који је регулисао низ проблема у ПЗЗ. У првих 20 година овакве одредбе примењено је очигледно, али и ограничено побољшање у ПЗЗ [1]. У последње две деценије било је значајних проблема у решавању ПЗЗ. Можемо сматрати да су ови проблеми били везани за руковођење, недостатак закона у неким областима, као и за широк спектар здравствених услуга које је лекар опште праксе био у обавези да пружи.

Главно оспоравање „закон под бројем 224”, који је написан 1961. године, био је изостанак финансијске подршке и организације у урбаној средини [1]. Мада је овим законом регулисана разноврсна проблематика ПЗЗ, недостатак финансијске подршке и



FIGURE 2. Turkish Board of Family Practice.
СЛИКА 2. Одбор за породичну медицину.

¹Проф. др, председник Одбора за породичну медицину у Турској

²Ас. проф. др, члан Извршног одбора Удружења породичне медицине у Турској

larity both among health care workers and public. The main interest of this law was rural area because 65 % of general population was living in rural area in 1961 but later the great move from rural area to urban area inverted the proportion of the population in rural area when compared with urban area and the population in rural area decreased to 30 %. Regulations which were considered to be very suitable for rural area in the past appeared to be insufficient for crowded cities [2].

The number of small primary care health centers where midwives take in charge increased up to 12000 and PHC centers increased to 5700 [3]. Structural and logistic support of primary health care centers so called "Saglik Ocagi" gradually decreased and popularity of general practitioners leading these facilities decreased in public mind. Specialists in other medical disciplines increased their popularity which lead GP's who are employed in PHC to work hard to be a specialist in secondary health care system. The total number of doctors in Turkey exceeded 90000 where more than half of them were GP's who were not specialist in PHC. There were 785 (266-1823) individual per doctor in year 2000. This figure is still over 500 in 2005 [3,4]. The examination (TUS) which is needed to be a specialist became harder and harder as the number of candidates increased. In public mind specialty in any discipline became minimum requirement in health care and GP's who failed in the examination became depressed and this situation decreased their capacity in health centers (Saglik Ocagi) where they were employed.

Departments of family medicine appeared in the decay period of law 224 and improved gradually from 1984 to 2000. The number of specialists in family medicine exceeded 1500 in 2005 [5]. The distribution of these specialists in rural area and urban area shows that more than 2/3 of specialists in family medicine are in the three big cities of Turkey (Istanbul 40.1%, Ankara 15.6%, Izmir 11.6%) [6]. In the last six years time intensive studies on the integration of Turkey to European Union accelerated the improvement of family medicine because the necessity of GP's who are specialized for PHC is needed in the new system. Turkish Association of Family Medicine (TAHUD) which was founded in 1990 decided to take part in this transition period to obtain a desired program by the specialists in family medicine. Two workshops were made by this association when the government decided to start the transition program. Evidence based design of these two workshops became the foundation of the studies of transition period. In these workshops it was stated that postgraduate education in family medicine must be minimum 2 years, must be given in a medical faculty or in another facility which is approved by medical faculty, and most of this education must be in the field [7].

The prerequisites of education in the transition period for GP's (who did not have post graduate education in family medicine) were defined as [7]:

- The capacity of the current institutions must be increased in acceptable limits,
- The criteria of selecting institutions which will give education in transition period must be defined before the set up of education.

ограничено интересовање администрације у вези са предусловима овог закона умањили су његову популарност, како међу здравственим радницима, тако и у јавности. Главни интерес овог закона био је усмерен ка руралној средини, јер је 65% опште популације у 1961. години живело у оваквој средини, али је касније велико померање руралне средине ка урбаној преокренуло ту пропорцију и смањило је на 30%. Прописи који су сматрани врло повољним за руралну средину у прошлости сада су се чинили неадекватним за пренасељене градове [2].

Број малих центара ПЗЗ у којима су бабице водиле послове повећао се на 12.000, а број центара ПЗЗ на 5.700 [3]. Структурна и логистичка подршка центара ПЗЗ, тзв. *Saglik Ocagi*, постепено се смањивала, а популарност лекара опште праксе који су водили ове институције опадала је у јавности. Популарност специјалиста других дисциплина се повећавала, што је довело до тога да су лекари опште праксе који су запослени у овим здравственим центрима морали да улажу много труда да би постали специјалисти у систему секундарне здравствене заштите. Укупан број лекара у Турској прелазно је 90.000, при чему су више од половине били лекари опште праксе који нису били специјалисти ПЗЗ. У 2000. години на једног доктора долазило је 785 особа (266-1823). Овај број је и даље био већи од 500 у 2005. години [3, 4]. Испит (TUS) који је потребан за специјалисту постајао је све тежи како се број кандидата повећавао. Јавно мњење је сматрало да специјалност из било које дисциплине треба да буде минимални захтев у здравственој заштити и лекар опште праксе који није успео да положи испит постајао је депресиван, а оваква његова ситуација умањивала је његове капацитете у здравственим центрима (*Saglik Ocagi*) у којима су били запослени.

Одељења породичне медицине појавила су се у периоду изумирања „закона под бројем 224“ и постепено су се унапређивала од 1984. до 2000. године. Специјалиста из породичне медицине у 2005. години било је више од 1.500 [5]. Распоређеност ових специјалиста у руралној и урбаној средини показује да се више од две трећине специјалиста из породичне медицине налази у три велика града Турске (Истанбул – 40,1%, Анкара – 15,6% и Измир – 11,6%) [6]. У последњих шест година интензивне студије о интеграцији Турске у Европску унију убрзале су унапређење породичне медицине, јер лекари опште праксе који су специјализирали ПЗЗ су потребни у новом систему. Удружење породичне медицине Турске (TAHUD), које је основано 1990. године, донело је одлуку да учествује у овом периоду транзиције да би специјалисти добили жељени програм из породичне медицине. Одржана су два семинара овог удружења, када је влада одлучила да започне програм транзиције. Дизајн ова два семинара, која су заснована на доказима, постао је основа за студије у вези са транзиционим периодом. На овим семинарима је објављено да постдипломско образовање о породичној медицини мора да траје најмање две године, мора да се спроведе на Медицинском факултету или некој другој институцији коју факултет овласти и да већи део овог образовања мора да буде на терену [7].

- Transition period education to GP's must be given just to volunteers
- The volunteers must have a clinical experience of at least two years in the field.
- Previous experience in the field must be an advantage to get transition period education before the other volunteers.

The transition period proposed to be in four periods [7]. The first period is defined as certification of GP's who are working in the field, after an education program about the principles of family medicine. The second period covers the actual start of the program both with specialists in family practice and certified GP's. Each GP can be responsible for maximum 3000 individuals. Certification of GP's and specialists who decides to work in the PHC must be finalized in this period. The third period starts when the number of specialists in family medicine became sufficient for at least 3000 individuals and the goal is proposed to be 1500.

These two workshops were performed consequently by TAHUD and suggestions were taken into consideration by the government for the transition period. Education of the educators in this project was performed in 2006. The educational document was developed later and in the last two years time the first step of education was performed for more than 250 GP

The Law about the Pilot Practice of FM was the first law of the reform and it became law on 9th December 2004. The pilot study began in Duzce more than a hundred practitioners were trained by the trainer team. This first step education was a ten day long course which is based on fundamental requirements to work in primary care as a family doctor. In the second step of education a one year long modular clinical practice based education will be made in certain family practice centers. The second step education will be started after the pilot courses are finished and GP's will be employed to perform medical practice with principles of family medicine. The education of the future trainers was performed together with the education of GP's. In the last two years period the Board of Family Medicine was formed by TAHUD. This board developed the post graduate curriculum. In the second two years period of this board the certification of continuing medical education periodic exams will be planned.

Primary and secondary health care system was reevaluated and many new regulations were performed in the previous two years. Health insurance organizations were just paying for expenses of state hospitals, university hospitals and PHC centers but in the previous 2 years period private hospitals were included in payment spectrum and the gate keeper function of GP's in PHC was abandoned so finance of PHC moved towards the secondary and tertiary health care system. A new regulation was started by Ministry of Health in which social security organizations will pay in parcels (a certain payment for a particular disorder) not pay for each intervention. This will lead optimal use of secondary health system and perhaps direct individuals to PHC. In 2006 in ten additional cities first step education of GP's will be finished and pilot study will be broadened.

New challenges in PHC seem to start in near future and organizational problems must be solved during

Предуслови образовања у периоду транзиције за лекаре опште праксе (који немају постдипломско образовање из породичне медицине) дефинисани су као [7]:

- капацитет постојећих институција мора да се повећа до прихватљивих граница;
- критеријуми за избор институција које ће пружити образовање у транзиционом периоду морају да се дефинишу пре почетка едукације;
- едукација у транзиционом периоду за лекаре опште праксе пружа се само волонтерима;
- волонтери морају имати најмање две године клиничког искуства у датој области;
- претходно искуство у датој области треба да представља предност у добијању образовања у транзиционом периоду у односу на друге волонтере.

Предложено је да се транзициони период одвија кроз четири периода [7]. Први период дефинише се као давање потврда лекарима опште праксе који раде на терену после програма образовања о принципима породичне медицине. Други период покрива актуелни почетак програма, како за специјалисте из породичне медицине, тако и за лекаре опште праксе са потврдама. Сваки лекар опште праксе може да буде одговоран за највише 3.000 особа. Давање потврда лекарима опште праксе и специјалистима који одлуче да раде у ПЗЗ мора да се заврши у овом периоду. Трећи период почиње када број специјалиста из породичне медицине постане довољан за барем 3.000 особа, а циљ је да то буде бар 1.500.

Ова два семинара одржао је TAHUD један за другим, а влада је размотрила сугестије за транзициони период. Обука едукатора овог програма одржана је у 2006. години. Документ о едукацији урађен је касније, а у последње две године први корак едукације спроведен је за више од 250 лекара опште праксе.

Закон о пилот-пракси породичне медицине је први закон реформе и ступио је на снагу 9. децембра 2004. године. Пилот-студија је започета у Душчеу (*Duzce*) и више од стотину лекара је обучавао тим за обуку. Први корак у едукацији био је десетодневни курс који се заснивао на фундаменталним захтевима за обављање примарне заштите у својству породичног лекара. У другом кораку едукације једногодишња едукација заснована на модуларној клиничкој пракси спроводила би се у центрима за породичну праксу. Други корак едукације започео би после завршетка пилот-курсева и лекари опште праксе почели би с лекарском праксом у складу с принципима породичне медицине. Едукација будућих предавача обављена је заједно с едукацијом лекара опште праксе. У последње две године TAHUD је оформио Одбор за породичну медицину. Овај одбор је направио програм постдипломских студија. У следеће две године рада овог одбора планира се оверавање и издавање диплома после полагања периодичних испита из непрекидне медицинске едукације.

У последње две године систем примарне и секундарне здравствене заштите био је поново процењиван и урађено је много нових прописа. Организације здравственог осигурања су плаћале само трошкове у државним болницама, универзитетским болницама и здравственим центрима, али у последње две

this period to set up a stable system in PHC. Initial data derived from the pilot studies must be evaluated carefully to meet needs of a crowded country.

REFERENCES

1. Çağlayaner H. Aile Hekimliği-II. İstanbul: İletişim Yayınları; p.71-85.
2. Unluoglu I, Ayrancı U. Turkey in Need of Family Medicine. Primary Care 2003; 3:988-94.
3. The World Bank Report No: 24358-TU. Turkey: The reform of health sector for much better reach and efficacy. 2003. p.5-44.
4. OECD Report. Health at a glance: OECD indicators. 2005.
5. Unluoglu I, Çağlayaner H. Aile Hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. Aile Hekimliği Dergisi 1997; 46-9.
6. Topalli R. Türkiye'de Aile Hekimlerinin durumu: Kesitsel bir çalışma. Aile Hekimliği Dergisi 2003; 7(4):46-9.
7. The report of the first workshop in Family Medicine; 2003.

године приватне болнице се такође укључују у овај спектар наплаћивања трошкова и напуштен је модел функционисања лекара опште праксе као „чувара капија центрима ПЗЗ”, те се финансирање ПЗЗ помери-ло ка секундарном и терцијарном систему здравствене заштите. Министарство за здравље је покренуло нову регулативу према којој ће организације социјалног осигурања плаћати у пакетима (одређена сума новца за одређено обољење), а не за сваку интервенцију. Ово ће довести до оптималне примене система секундарне здравствене заштите и највероватније да ће упућивати особе на систем ПЗЗ. У 2006. години биће завршен први корак едукације лекара опште праксе и прошириће се пилот-студија.

Изгледа да ће у блиској будућности доћи до нових изазова везаних за ПЗЗ, а проблеми организације морају се решити током тог периода, како би се поставио стабилан систем ПЗЗ. Иницијални подаци добијени из пилот-студије морају пажљиво да се процене да би се задовољиле потребе једне пренасељене земље.

* Рукопис је достављен Уредништву 10. 7. 2006. године.