

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİ VE DÜŞÜNCELERİ**

Ayfer KAYA

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ahmet KÖSE**

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİ VE DÜŞÜNCELERİ

Ayfer KAYA
114001001

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ahmet KÖSE

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

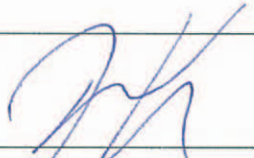
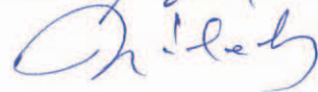
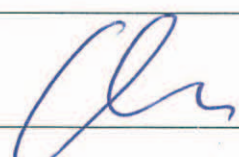
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ayfer Kaya Öğrenci No : 114001001
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tez Savunma Tarihi : 21.05.2018
Danışman : Prof. Dr. Ahmet Köse Tez Savunma Saati : 15:00

Tez Konusu : "Üsküdar Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof Dr. Ahmet Köse (İstanbul Üniversitesi) (Danışman)	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Onur Yarar	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		
Dr. Öğr. Üyesi Selma Söyük (İstanbul Üniv.)		

ÖZET

Bu çalışma, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsamı ve temel bileşenleriyle ilgili düşüncelerini öğrenmek, bilgi düzeylerini ölçmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evreni, Üsküdar Üniversitesinde okuyan öğrenciler arasında 250 öğrenci ile örneklem grubu belirlenerek evrenin belli olduğu örneklem hesaplama formülü ile 108 öğrenci (%43,2) Meslek Yüksekokulu, 142 Öğrenci (%56,8) Fakülte öğrencileri seçilmiştir. Veriler izinler alındıktan sonra 01 Ocak-31 Ocak 2016 tarihleri arasında mesleki ve demografik özellikler belirlemek amacıyla 11 sorudan oluşan anket formu ve Aydın tarafından geliştirilen 2010, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ‘3’lü Likert’’ ölçeği ile elde edilmiştir.

Veriler değerlendirilirken sayı, yüzdelik hesaplamaları, Fisher Freeman Halton test, Pearson Ki Kare Test kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm, Sağlık politikaları, Genel sağlık sigortası, Aile hekimliği

ABSTRACT

VISITS ON THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM OF HEALTH VOCATIONAL SCHOOL STUDENTS IN USKUDAR UNIVERSITY

The purpose of this study was to measure the level of knowledge about the scope and basic components of Health Transformation Program which Üsküdar health students will encounter in their working life after graduation and to learn their thoughts on this subject.

Among the students studying at Uskudar University 108 students (43,2%) and 142 students (56,8%) were selected from the sample students. The data were obtained from the questionnaire form consisting of 11 questions in order to determine occupational and demographic characteristics between June 2016 and June 2016, and the '3' Likert 'scale, which was developed by Aydın in 2010 and tested for validity and reliability.

When the data were evaluated, number, percentage calculations, Fisher Freeman Halton test, and Person Chi square test were used.

Keywords: Health transformation, Health policies, General health insurance, Family medicine

BEYAN

Yaptığım çalışmanın kendi çalışmam olduğunu ve kullandığım kaynakları etik kurallar çerçevesinde kullanarak, belirttiğimi beyan ederim.

24.04.2018

Ayfer KAYA



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında yanımda olan çok değerli Danışman Hocam Prof. Dr. Ahmet KÖSE' ye

Tezimin her aşamasında beni destekleyen iş arkadaşım Öznur YÖRÜMEZOĞLU' na,

Teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	2
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	2
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	3
2.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Süreci.....	5
2.4.1. 1920-1937 Dönemi Sağlık Politikaları.....	5
2.4.2. 1937-1960 Dönemi Sağlık Politikaları.....	6
2.4.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları.....	7
2.4.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları.....	8
2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	9
2.5.1. Genel Bilgiler	9
2.5.2. Amaçlar ve Hedefler	9
2.5.3. Temel İlkeler.....	10
2.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	11
2.5.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı.....	11
2.5.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası... 12	
2.5.4.2.1. Genel Bilgiler	12
2.5.4.2.2. Genel sağlık sigortasının kapsamı.....	13
2.5.4.2.3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar	14
2.5.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ve Katılım Payları.....	15
2.5.4.3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi.....	15
2.5.4.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	16

2.5.4.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri	21
2.5.4.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri ...	22
2.5.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan İnsan Gücü	23
2.5.4.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları	24
2.5.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon	24
2.5.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma ..	25
2.5.4.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
4. BULGULAR.....	33
4.1.Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Bilgi Düzeyi Soruların Değerlendirmeleri.....	41
4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Düşünce Soruların Değerlendirmeleri.....	47
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR	72
EKLER	80

TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı.....	33
Tablo 2: Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin özelliklerin dağılımı	34
Tablo 3: Fakülterle göre yaş, cinsiyet ve ikametgâhlarının değerlendirilmesi	36
Tablo 4: Fakülterle göre tedavi için başvuru yerlerinin değerlendirilmesi.....	36
Tablo 5: Fakülterle göre sağlıkta dönüşüm programını duyma ve sağlıkta dönüşüm programını araştırma durumlarının değerlendirilmesi	37
Tablo 6: Fakülterle göre sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi alma yerlerinin değerlendirilmesi.....	37
Tablo 7: Fakülterle göre aile hekimliği sistemini duyma ve aile hekimini bilme durumlarının değerlendirilmesi	38
Tablo 8: Fakülterle göre “sağlıkta dönüşüm programını planlayan kurum” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	38
Tablo 9: Fakülterle göre “genel sağlık sigortası kapsamında olanlar” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	38
Tablo 10: Fakülterle göre “kimlerin aile sağlığı elemanı olabilir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	39
Tablo 11: Fakülterle göre “sağlık-net uygulaması nedir?” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	40
Tablo 12: Fakülterle göre “sağlıkta dönüşüm programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	42
Tablo 13: Fakülterle göre “genel sağlık sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	43
Tablo 14: Fakülterle göre “aile hekimliği uygulamasında; aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	43
Tablo 15: Fakülterle göre “aile sağlığı elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	43

Tablo 16: Fakültelere göre “aile sağlığı elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	44
Tablo 17: Fakültelere göre “evre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasının bir parçasıdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	44
Tablo 18: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemtedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	45
Tablo 19: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “hizmet kalite belgesi” Çalışma ve Sosyal güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	45
Tablo 20: Fakültelere göre “ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumu sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	45
Tablo 21: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	48
Tablo 22: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	48
Tablo 23: Fakültelere göre “bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	49
Tablo 24: Fakültelere göre “GSS sağlık sisteminin finansmanıyla ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	49
Tablo 25: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	50

Tablo 26: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	50
Tablo 27: Fakültelere göre “hekimin hastaya bakabilmesi için “kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	51
Tablo 28: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürür” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	51
Tablo 29: Fakültelere göre “aile hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	52
Tablo 30: Fakültelere göre “aile sağlığı elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	52
Tablo 31: Fakültelere göre “lkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	52
Tablo 32: Fakültelere göre “aile hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan demeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	53
Tablo 33: Fakültelere göre “hastanelere ve aile hekimliği merkezlerine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	53
Tablo 34: Fakültelere göre “zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	54
Tablo 35: Fakültelere göre “aile hekimliği uygulamasında aile hekimi/ aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isterim” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	54
Tablo 36: Fakültelere göre “tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	55
Tablo 37: Fakültelere göre “ilaçta %18 olan kdv oranının %8’e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi	55

Tablo 38: Fakültelere göre “tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi.....	56
---	-----------



KISALTMALAR LİSTESİ

AB : Avrupa Birliği

DB : Dünya Bankası

DPT : Devlet Planlama Teşkilatı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSS : Genel Sağlık Sigortası

IBRD : International Bank for Reconstruction and Development (Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası)

KDV : Katma Değer Vergisi

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development (Avrupa Birliği ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

TBMM : Türkiye Büyük Milet Meclisi

1. GİRİŞ

Sağlık, sadece kişiyi değil tüm dünyayı ilgilendiren bir kavramdır. Sağlıklı yaşamak tüm bireylerin temel hakkıdır. Ülkemizde sağlıklı yaşama hakkından ilk kez 1961 Anayasa'sında yer verilmiştir. Ülkemizde sağlıkla ilgili Cumhuriyet döneminden başlayarak sağlık politikaları geliştirilerek devam etmiştir (1).

Küreselleşme ile beraber dünyada yaşanan değişimler ülkemizde de kendini hissettirmiştir. 1970 yıllarında başlayan sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye'de ilk olarak 1982 Anayasasında devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi olarak kendini göstermiş ve 2003 yılında az gelişmiş ülkelere yön veren Dünya Bankasının sağlık sektörü reform çalışmalarında Türkiye'ye de yön vermiştir. Sağlık sektöründe küresel işbirliği birçok kurum ile birlikte yapılmaktadır bunlar; DSÖ ve birçok sektörde hizmet veren ILO, FAO, UNEP, UNFPA, UNICEF' dir. Ülkemiz de bu kurumlar ile işbirliği yaparak, çalışmalara katılmaktadır. 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programını Türkiye Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar raporu ile başlatmıştır (2)

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri: kademeli sevk zinciri, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, idari mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde yapılanma, karar verme sürecinde etkili bilgiye erişim, bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyon ile çalışan sağlıkçı insan gücü sistemi, bütün vatandaşları tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası ve planlayıcı, denetleyici bir sağlık bakanlığıdır (1).

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık kavramı bireye ve hekime göre farklılık gösterir. Bireye göre hastalık ve rahatsızlığın olmaması iken hekime göre normal durum aksinde belirti gösteren her rahatsızlık bir hastalıktır ve sağlığı olumsuz etkiler (3). Kişiler çok ciddi olmayan yakınmalarını hastalık kabul etmezken, hekimler için basit yakınma veya normalden sapma durumları hastalık olarak kabul edilir. Sağlık kavramı sübjektif bir kavram olduğu için tanımları farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre sağlığın tanımı ise "Sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruh ve sosyal yönden tam bir iyilik hali durumudur." (4).

WHO' nun tanımında bireylerin, fiziksel, ruhsal ve bedensel iyilik halinin, kalıtım, çevre, davranış, yaşam tarzı, sağlık hizmetlerinin sunumu gibi birden fazla faktörün olduğu görülmektedir (5).

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

224 sayılı resmi gazetede 1961 yılında yayımlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun 2. Maddesi sağlık hizmetleri "İnsan sağlığına zarar veren faktörlerin yok edilmesi, toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni, ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması amacıyla yapılan tıbbi faaliyetler." şeklinde tanımlanmıştır (6).

Sağlık hizmetlerinin gayesi ise bireylere en kısa sürede, uygun ücrette, çeşitli seçenekleri olan tedavi şekillerini tıbbi etik ve meslek etiğine uygun olarak eldeki imkanlar ile en iyi hizmeti vermektir(7). Toplumdaki birey ve ailelerin kabul edebileceği şekil ve katılımları sağlanarak, toplum ve devlet tarafından karşılanabilir bir ücret karşılığında sunulan hizmetlerdir (8).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklılık gösterir, toplumda yer alan herkesi kapsar, yalnızca bir kesime hitap etmez, vatandaşların sağlık durumlarını iyileştirir ve geliştirir, toplumsal özellik taşır, bir mal yerine hizmet üretir, bu sebeplerden diğer hizmetlerden farklıdır (8).

Diğer sektörlerden farklı özelliklere sahiptir sağlık hizmetleri. Hizmetin insan hayatında taşıdığı önem itibari ile ayrı bir boyuttadır. Hizmetin yoğun olduğu soyut hizmetlerdendir (9).

Sağlık hizmetleri sürekliliği, boyutunun tam olarak kestirilememesi, kullanımının rastlantısal olması, yerine başka bir hizmetin/ürünün konamaması, ertelenememesi, çıktısının karşılığının paraya çevrilememesi, bedelinin pazarlık konusu olmaması, sonucunun toplumsal yarar olarak alınması özellikleri sebebiyle diğer hizmet sektörlerinden büyük farklılıklar göstermektedir (3).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekildedir; Hizmetin kapsamına hekim karar verir, tüketimi rastlantısalıdır, ikamesi yoktur. Toplumsal özellik taşır, garantisi yoktur, hata yapmaya yer yoktur, eksikliği toplumsal problemlere neden olur (8).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri verilen alanların niteliklerine göre gruplandırılmıştır (9).

Sağlık hizmeti olarak; sağlığın korunması, hastalıkların teşhisi, tedavi ve rehabilite/esenlendirme edilebilmesi amacıyla yapılan çalışmaların tamamı olarak ifade edilebilir (11).

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması üç temeldedir; korunma, tedavi ve rehabilitasyon dur (12).

Birinci faz daha çok sağlığın bozulmadan ya da bir hastalığa yakalanmadan önlemler ve tedbirlerin uygulanması, ikinci faz hastalıktan korunamayan bireyin tedavi edilmesi, son faz da bedenen ve ruhen iyi olamayan bireyin yaşam kalitelerini arttırabilmek ve onların yaşamlarına devam edebilmelerini sağlamak için yapılan tedavi ve rehabilite edici hizmetlerdir (9).

Koruyucu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleridir. Hizmet; sağlık çalışanları tarafından topluma ulaşan, hastalarla karşılıklı ve sürekli bir ilişki temelinde, hizmet veren diğer kurum ve basamaklar arasında koordinasyonu sağlanarak, aile ve toplum bağlamında sunulmasıdır (13).

Koruyucu hizmetler, Kaza ya da hastalıklara bağılı ortaya çıkan bozukluk ve engellerin günlük hayata etkilerini ortadan kaldırmak ya da en aza düşürmek, ruhsal ve bedensel olarak bireyin bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak için verilen sağıık hizmetleridir (14).

Koruyucu hizmetler primer, sekonder ve tersiyer koruma olarak 3 grupta, çevreye ve kişiye yönelik olarak iki grupta da ele alınabilir (14). Koruyucu sağıık hizmetleri geniş kapsamlı olup amacı toplumdaki hastalıkların azaltarak bütün toplumun bundan faydalanmasını sağlamaktır (1).

Koruyucu sağıık hizmetleri için alınacak önlemlerin uygulanma dönemleri açısından üç düzeyde ele alınmaktadır:

Primer koruma: Hastalık etkeni yokken yapılan faaliyetlerdir. Aşı, dengeli beslenme gibi.

Sekonder koruma: Hastalığın belirti vermediğı dönemde saptanmasına yönelik faaliyetlerdir. Mamografi taramaları, işe giriş muayenesi, senelik muayeneler bu koruma türünde yapılan faaliyetler olarak söylenebilir.

Tersiyer Koruma: Hastalık ve sakatlığın etkilerini azaltmak ve mümkünse yok etmek için yapılan faaliyetlerdir (8).

Hastalıkların tedavi edilmesinden önce oluşumunun önüne geçilmesi ve korunması toplum sağıığı ve ülke ekonomisi açısından koruyucu sağıık hizmetleri önemlidir. Hastalıkların önüne geçerek hasta bir bireyin topluma ekonomik olarak iş gücü kaybı ve zaman kaybı dezavantajlarının engellenmesi sağlanacaktır (9).

Tedavi edici hizmetler, ikinci basamak sağıık hizmetleridir. Hastalık ve sakatlıkta oluşan bozulmalara bağılı olarak ortaya çıkan durumun iyileştirilmesi, hastalık etkenlerinin yok edilmesi amacına yönelik verilen hizmettir (15).

Birinci basamaktaki bakımın yeterli olmaması, ikinci basamaktaki iş yoğunluklarına sebep olarak hizmette kalitenin düşmesine neden olur.

Tedavi edici sağıık hizmetini dört ya da iki gruba ayrılabilir. İki gruba ayrılan tedavi edici sağıık hizmetinde, sağıık hizmeti tek hekim tarafından hastane poliklinikleri

ve sağlık merkezlerinde verilirken, diğer ikinci basamak sağlık kurumlarını hastaneler oluşturmaktadır (16).

Tedavi edici hizmetler üç basamakta incelenmektedir, bu basamaklar şu şekildedir (17).

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların ayakta veya evde tedavisi yapılan sağlık sunumudur.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Ağır olmayan hastalıkların tedavi ve teşhislerinde yapıldığı sağlık hizmeti sunumudur.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: İleri tetkik ve tedaviye gereksinim duyan hastalıklarda Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastanelerinde verilen sağlık hizmetleridir (18).

Rehabilitasyon hizmetleri, amacı kişinin başkalarına olan bedensel ve ruhsal bağımlılığını en aza indirmek ve ortadan kaldırmaktır. Rehabilitasyon hizmetleri iki şekilde verilir.

Tıbbi (Medikal) Rehabilitasyon: Kaybedilen bedensel becerilerin düzeltilmesidir.

Sosyal (Meslek) Rehabilitasyon: Kaybedilen becerilerin sonucunda eski işlerini yapamayan veya belirli işlerde çalışamaz duruma gelenlere iş bulma, iş öğretim ve iş uyum sağlamalarında verilen hizmetlerdir (19).

2.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Tarihsel Süreci

2.4.1. 1920-1937 Dönemi Sağlık Politikaları

TBMM kurulmasıyla sağlık hizmetleri birinci derece devlet görevi olarak ele alınmıştır.

TBMM kurulduktan sonra, 3 Mayıs 1920’de kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’ sağlık hizmetlerini yönetim görevi verilmiş, Dr. Adnan ADIVAR ilk bakan olarak atanmıştır. Ankara Vilayet konağında göreve başlayan Dr. Adnan ADIVAR, mevcut durumla ilgili kayıt ve belge bulunmadığından, İstanbul Hükümeti’ nin kanun ve nizamnamelerini temin edip, görev yapmakta olan hekim isimlerini isteyerek, Bakanlık

usul ve kadrolarını düzenlemiştir (20). Düzenli kayıt sistemi şansı bulmadığından dönem daha çok savaşın sorunlarına cevap aramıştır (10). Tek çatı altında sağlığın koordinasyon, yürütme ve planlanmasını hedeflemiştir (21).

Sağlık bakanlığı bu dönemde; ücretsiz muayene, ücretsiz ilaç dispanserleri, doğum çocuk evleri, numune hastaneleri açmıştır (2).

Adnan Adıvar' dan sonra, Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, 1923 yılından 1937 yılına kadar bakanlık yapmıştır. Politikaları sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem vererek, eldeki imkanlarla, önemli hastalıkların önlenmesi için çalışmıştır (10).

Bakanlık tarafından 1920-1938 yılları arasında birçok alanda yasal düzenleme yapılmıştır (22).

1928 yılı 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” çıkarılarak, sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır (10).

1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ve uygulamaların esasları belirlenmiştir (10).

1936 yılında ise, 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılmış, böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir (10).

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmelerin yapısı şuan devam etmektedir (22).

2.4.2. 1937-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

II. Dünya Savaşının sonucu olarak sosyal ve ekonomik zorluklar ortaya çıkmış, sağlık hizmetleri ise tedavi edici sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada yürütmeyi benimsemiştir. Sosyal güvenlik sisteminde majör yapılandırmalar yapılmıştır (2).

Bu dönemde en önemli gelişme “İşçi Sigortaları Kurumu” nun 1945’ te kurulmasıdır. Kurum, işletme ve sağlık personeli yetiştirme yetkisi almış, işçilere örgüt kurma hakkını kazandırmıştır. Genel Sağlık Sigortası kurulması amaçlanarak işçi sigorta kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sağlaması görevi yüklenmiştir (23).

Nüfusa dayalı entegre hizmet sunan sağlık merkezleri sayısı artırılmıştır. Sağlık Bakanlığı, hastanelerin yönetimini yerel yönetimden devralmıştır. Sivil toplum örgütleri ve kimi tıp merkezlerinin hukuki altyapıları kurulmuştur. Hastalıklara özgü hastalık merkezli dikey yapılanmalar artırılmıştır (2).

2.4.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1960 darbesinden sonra, Planlı Kalkınma Dönemine geçilmiştir. Bu dönemde, halkın ihtiyaçlarının geleneksel önlemlerle çözülemeyeceğinin fark edildiği bir süreçtir. Milli Birlik Komitesi (MBK) tarafından yeni bir sağlık sistemi kurma hazırlıkları yapması için Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nusret Fişek görevlendirilmiştir. Fişek, farklı ülkelerin sağlık sistemini araştırarak koruyucu sağlık hizmetine ağırlık veren, bir sağlık sistemi önermiştir. Bu dönemde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilerek, sağlık hizmetleri “Sosyalleştirme Dönemi” başlamıştır (2).

Sosyalleştirme pilot uygulamalar başlatılmış, dikey örgütlenmeler azaltılmış, farklı nitelikte sağlık hizmeti sunan kuruluşlar sağlık ocağı bünyesinde bütüncül hale getirilmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Plan’ında belirtildiği gibi, halk sağlığına öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçla yeniden sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sağlık müsteşarı Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanarak “Sosyalleştirme Dönemi” başlatılmıştır (1).

Kanunun ilkeleri; nüfusa göre hizmet, ekip hizmeti, kademeli hizmet, katılımlı hizmet ve entegre hizmettir (23).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu Türkiye tarihinde sağlık alanında yapılan en büyük sosyalizasyon programıdır (1). Genel Sağlık Sigorta da bu dönemde gündeme gelmiştir hazırlanan kanun taslağı Bakanlar Kurulu’na sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası görüşülmüş, 1971 yılında

Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş yine kabul edilmemiş, 1974 yılında tekrar Meclise sunulmuş fakat taslak üzerinde görüşme yapılmamıştır (10).

29 Haziran 1978 günü 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun kabul edilerek, koruyucu hekimliği geliştirmek, geri kalmış yörelere hizmet etmek üzere özendirici imkanlar sağlanarak sağlık personelinin tam zamanlı olarak çalışması hedeflenmiş ancak 1980 yılında bu kanun yürürlükten kaldırılmıştır. Bu dönemde yapılan düzenlemeler uzun vadede devam edememiş, çözüm yolları sunan sağlık reformları dönemini beraberinde getirmiştir (10).

2.4.4. 1980-2002 Dönemi Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik haklarının uygulanmasında devletin sorumluluğunda olduğunu şu maddelerle açıklar. 60. Madde “Herkes sosyal güvelik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilat kurar.” (24).

56. Madde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler, bu görevi yerine getirirken devlet, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” şeklindedir (24).

1961 Anayasası “herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesi devletin görevi” olarak belirtirken, 1982 Anayasasında “Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” (2).

1980 yılı sonrasında hükümetin resmi programı ve V. Beş Yıllık Kalkınma Planı yaklaşımında vatandaşların tamamının, istediği hastaneden faydalanması, ilaç sektörü ve özel kuruluşların teşvik edileceği, vatandaşlarının tamamının sağlık sigortasına sahip olması hususları yer almıştır (10).

DPT sağlık sektöründe geniş bir plan oluşturmuş, 1992 yılında “Birinci Ulusal Sağlık Kongresi” ardından “İkinci Sağlık Kongresi” ve buralarda alınan karar ve düzenlemeler yapılmış olmasına rağmen istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özelleştirilmesi çalışmalarında da başarılı olunmamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında başlatılmış, önceden planlanan konularda yeni yaklaşımlarla sağlık sisteminde bir değişim başlatılmıştır (19).

1980’lerde başlayan neoliberal dönüşüm süreçlerinde ülkelerin başında İngiltere gelmiş, İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi, Türkiye’deki sağlıkta dönüşüm sistemini anlamada bir model olmuştur (25).

2.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2.5.1. Genel Bilgiler

Birçok ulus ve platformda olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık alanında önemli çalışmalara yol açmıştır. 1980’li yıllara kadar, sağlık politikaları ve sistemleri devletçi gelenekten beslenmekte iken, bu yıllardan sonra liberal düşünceler ağırlık kazanmaya başlamıştır (24).

Az gelişmiş ülkelere yön veren DB örgütü sağlık sektörü reform çalışmalarında Türkiye’ye de yön vermiştir. Sağlık sektöründe küresel işbirliği birçok kurum ile yapılmaktadır. DSÖ ve birçok sektörde hizmet veren ILO, FAO, UNEP, UNFPA, UNICEF bu kurumlar arasında sayılabilir. Ülkemiz de bu kurumlar ile işbirliği yaparak, çalışmalara katılmaktadır. “Türkiye Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” isimli 2003 yılında rapor ile DB’ in Ülkemizde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programına mali desteği devam etmektedir. Gerçekleştirilmek istenilen yenilikler ve bu yeniliklerin gereklilikleri, genellikle sağlık alanındaki finansal nedenler temelinde ortaya çıkmaktadır (24).

SDP, var olan siyasi partinin politikaları ile başlamamıştır, 1980’lerden beri kademeli olarak uygulamaya konulmuştur. SDP içerik olarak bir yenilik içermemektedir (2).

2.5.2. Amaçlar ve Hedefler

Dönüşüm Programının amaçları şunlardır: hizmetin verimli, etkili, hakkaniyete uygun sunulması, finansmanın sağlanması, sunumu şeklinde planlanmıştır (22).

Etkililik, bireyleri tedavi etmektense onların hastalanmalarının önlenmesi amacıyla ilgili bir ölçüt olarak görülmüştür. Doğumdan beklenen yaşam süresinin

yükseltilmesi, anne çocuk ölümlerinin azaltılması, sağlık göstergelerinde ilerlemeler, bize bu ölçüte ne kadar yaklaştığını gösteren veriler olacaktır.

Verimlilik, var olan kaynakların kullanımını en uygun şekilde yaparak maliyeti azaltıp, aynı kaynak ile daha çok hizmetin üretilmesi olarak açıklanmıştır. Koruyucu aile hekimliği, sağlık işletmeciliği, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve kaynakların dağılımı bu tanım etrafında şekillenmiştir.

Hakkaniyet ise bireylerin ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşmalarının ve mali güçleri oranında hizmet finansmanına katkıda bulunmaları şeklindedir. Farklı gruplar, doğu-batı, kır-kent arasındaki sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık verilerindeki farkların ortadan kaldırılması amacı da bu kapsamda yer alır (26).

2.5.3. Temel İlkeler

Sağlıkta Dönüşüm Programının dokuz ilkesi bulunmaktadır.

İnsan merkezlilik: Sağlık sisteminin planlanması ve hizmetin verilmesinde bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini esas alınmasıdır (27).

Sürdürülebilirlik: Ülke kaynakları ile kendine yetebilen bir sistemi amaçlamaktadır (20).

Sürekli kalite gelişimi: Geri bildirim mekanizması ile sistemin kendini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi amaçlayan ilkedir (28).

Katılımcılık: İlgili tarafların öneri ve görüşleri ile yapıcı bir tartışma ortamının oluşturulmasıdır (20).

Uzlaşmacılık: Sektörün tüm kesimleri arasında çıkar çatışması olmadan çıkar birliği sağlanarak ortak amaçlarda buluşmasıdır (27).

Gönüllülük: Hizmeti sunan ve alan tarafların sistem içerisinde katılımı artırıcı yöntemlerle istekleri dahilinde hizmete dahil olmalarıdır (28).

Güçler ayrılığı: Hizmetin finansmanı sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir (2).

Desantralizasyon: Hizmetin değişen şartlara, değişen zamana uygun olarak planlanması için, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan vazgeçilerek, yerinden yönetimin gerçekleştirilmesidir (22).

Hizmette rekabet: Hizmeti sunumunda, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır (2).

2.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetleri sektörünü tüm boyutuyla ele almak üzere şekillendirilmiş, birbiri ile ilişkili, bütünlük içinde uygun olabilecek czmleri barındıran 8 bileşene sahiptir (19).

2.5.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştirerek, standartlar belirleyip ve denetleyerek, sağlığa ayrılan kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak kullanılmasını sağlayacaktır (22).

Anayasanın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Yine burada da devlet sağlık alanında büyük görev ve yükümlülükler almıştır (29).

Bu bileşen ile Sağlık Bakanlığı; Standartlar koyan, politikalar belirleyen ve denetleyen konumundadır. Özel ve devlet kuruluşlarının sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların, verimli, etkili ve eşit kullanılması için yönlendirmeler yapmaktadır. Bu anlayışla, Bakanlık sağlık kuruluşlarının yerinden yönetim ilkesi doğrultusunda yapılandırılıp, planlama yapan stratejik örgüt yapısı kazanacaktır (10).

Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı ile devlet, sağlık hizmeti sunumundan çekilip, SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devrederek, bütün kamu hastanelerinin birer işletme biçimine dönüştürülmesi amaçlanmıştır (2).

2.5.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

2.5.4.2.1. Genel Bilgiler

Sosyal güvenlik, devlet tarafından verilmesi gereken, bireylerin yaşamları için tehlikeli olabilecek durumlar karşısında ve karşılayabilecekleri bir güven arayışıdır (30).

Bireylerin ödeme gücü ile paralel katlı sağlayacakları ve ihtiyaçları ölçüsünde eşit hizmet alacakları sağlık hizmeti sunumu amaçlarıyla planlanmıştır (22).

Sosyal devlet olmanın temellerinden biri olan ve Anayasa'nın 56. Maddesinin hükmünde belirtildiği gibi hakkaniyetli, vatandaşların ödeme gücü seviyesinde ve ihtiyaçları doğrultusunda faydalanabilecekleri bir sigorta sistemi oluşturmak amaçlanmıştır.

Türkiye'deki sağlık sistemleri son 30-40 yıldır önemli ilerleme göstermiş olmasına rağmen, genel olarak halkın sağlık düzeyi, doğurganlık seviyesi, sağlık hizmetlerine erişim, doğu-batı, kır-kent arasındaki sağlık göstergeleri farklılıklar göstermektedir. Nüfusun büyük kısmında bebek ölümlerinin oranı yüksektir. Beslenme bozukluğu, sağlıksız çevre koşulları, genel sağlık statüsü diğer orta gelirli komşu ülkelere göre düşüktür. Bu durumun düzeltilmesinden yola çıkarak sağlıkta dönüşüm programı ve bileşenlerinden genel sağlık sigortası ve aile hekimliği modeli önemli birer adımdır (22).

GSS Kanun Tasarısı 1. Maddesi Kanun'un amacı; "Türkiye'de sürekli ikamet eden kişilere, temel teminat paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemini oluşturmak ve bu amaçla Sağlık Sigortası Kurumunu kurmaktır." (22).

2003 yılından itibaren ivme kazanan çalışmalara 5502 sayılı 20.05.2006 tarihli kanun ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumuyla ilk adım atılmıştır. Var olan kamu sigortaları tek çatı altında birleştirilmiştir (20).

Sağlık sistemi içerisinde 1960'lardan bu yana Genel Sağlık Sigortasının kurulması tartışıla gelmiş bir konu olmuştur. 1 Ekim 2008 tarihi tartışmaların ötesine geçerek uygulama sürecini başlatmıştır. Bu süreç sağlık sisteminde bir dönem noktası teşkil etmektedir (30).

GSS sisteminde, finansman ile sağlık üretimi birbirinden ayrılarak, sistem sağlık hizmeti satın alınması mantığı üzerine kurulmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarına pazar yaratılmak istendiğı açıktır. Bu yapılanmayla sağlık hizmetlerinin pahalılaşacak olması kaçınılmazdır. GSS sisteminde temel teminat paketinin çok dar tutuluyor olması nedeniyle vatandaşlara katkı payı adı altında maddi yük bindirilmesiyle, özel sağlık sigortası yaptırmak zorunlu hale gelecektir. Genel sağlık sigortası zorunlu olarak tüm toplumu kapsamakla birlikte uygulamadan kaynaklanan, primlerini ödemeyen insanların güvence dışında kalmalarına yol açacağı kaygısı da gündeme getirilen konulardan birisidir. Öte yandan bu sistemin finansmanı açısından da çok hakkaniyetli olmadığı kanısı da ortaya atılmaktadır. Prim oranları bir düzeyden sonra gelire orantılı olarak artmamakta ve bu nedenle varlıklı üst kesimler avantajlı duruma geçmektedir. Yük ağırlıklı olarak geliri orta denebilecek insanların üzerine binecektir (31) .

2.5.4.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

SSGSS Kanunu 60. Maddeye göre GSS’ li sayılanlar şu şekildedir; “hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan, kamu idarelerinde hizmet akdi ile çalışması öngörülmemiş olan ve hizmet akdine bağılı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalılar, köy ve mahalle muhtarları, isteğe bağılı sigortalılar, vatansızlar ve sığınmacılar, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, şeref aylığı alanlar, sigortalı sayılmayanlardan yeşil kart verilen kişiler, vatani tertip aylığı alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar, 2230 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, geçici köy korucuları, harp malulü aylığı alanlar ile Terör Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık bağlanmış olan kişiler, bunların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler, işsizlik ödeneğinden yararlananlar, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilenlerdir (26).

Diğer önemli yenilikler, 18 yaşın altındaki bütün bireyler koşulsuz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri, yoksul vatandaşların sigorta primlerinin devlet tarafından ödenmesidir. Çalışanların primleri işveren tarafından, işverenlerin primleri

kendileri yatırarak yoksul olanların primleri de devlet tarafından yatırılarak, bütün vatandaşlar sağlık sigortalı olacaktır (32).

Genel Sağlık Sigortası kapsamında alınan hizmet ile prim miktarı ilişkisi olmadan, özel sigortacılıktan farklı, risk hesabı yapılmayacaktır. Özel sektör kamu sektörü ayrımı yapılmaksızın bireyler sağlık hizmetini, sözleşme yapan sağlık sunucularından ücret ödemeksizin alabileceklerdir (32).

5510 sayılı Kanun üç ayrı Kanun olan SSK, TCES Kanunları, Bağ-Kur, ve çalışan işçi, bağımsız çalışanlar ve memurlar tek kanunda toplamıştır (26).

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu' nun hedefi, vatandaşların tümünü güvence altına almak, sigortadan yararlanan kişileri bunların hakları, bu haklardan yararlanmanın şartlarını, finansman giderlerini ve bunların karşılanma yöntemlerini belirlemek ve işleyiş ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir (32).

2.5.4.2.3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

GSS kapsamında sağlık hizmetleri, öncelikle sağlığın korunması, bozulan sağlığın yerine getirilmesi, bireylerin ihtiyaçlarını fark etme yeteneklerini amaçlayarak, verilmesi planlanan sağlık hizmetleri, haklar ve yardımlar tüm toplum ihtiyacını azami olarak karşılayacak şekilde belirlenmiştir (22).

Sunulacak olan sağlık hizmetleri, ayaktan ve yatarak verilen sağlık hizmeti, zaruri giderlerin ödenmesi, yol parası ödemeleri, protez,-ortez ve gereçlerinin temininden oluşmaktadır (33).

a. Sağlanan Sağlık Hizmetinin Kapsamı;

Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer alanlar: hizmet sözleşmesi ile çalıştırılan kişiler, kamu hizmetinde çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları, hizmet sözleşmesine bağlı olmadan kendi hesabına çalışanlar bunlardan; İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler, hizmet sözleşmesine tabi olanlar, kamu idarelerinde çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlar genel sağlık sigortalıdır (20).

b. Kapsam Dışı Olan Sağlık Hizmetleri

Kanun kapsamında kurumca sağlanamayacak sağlık hizmetleri şu şekildedir: İnfertilite (kısırlık) tedavi işlemleri, kaza, iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık sonucu uzuv kayıpları, estetik amaçlı yapılan tıbbi işlemler ve alternatif tıp uygulamaları kapsam dışı olan sağlık hizmetleridir (34).

2.5.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ve Katılım Payları

Genel Sağlık Sigortası uygulaması prim esaslı olmasından, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için bazı şartlara bağlanmıştır (20).

a. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

Kanun kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri birtakım şartlara bağlanmıştır; Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler, 18 yaşın altında olanlar, acil haller, iş kazası, meslek hastalıkları, sağlık sigortalının kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (34).

Genel sağlık sigortalısı olanların, hizmet sunucusuna başvurduğu tarihten, önceki son bir yıl içinde en az 90 gün prim ödemiş olması gerekir. Halen prim ödeme yükümlüsü olanların prim borcunun bulunmaması şarttır. GSS sisteminde en az 90 gün prim ödeme şartı aranmaktadır. Bu durum Bağ-Kurlular için 8 aylık prim ödeme zorunluluğunu GSS sisteminde 3 aya indirmektedir (20).

b. Katılım Payı Alınması

Katılım payı alınacaklar; ayaktan tedavide sağlanan ilaç, ortez ve protez, iyileştirme araç-gereçleri, tedavi, diş hekimi muayenesi ve diğer sağlık hizmetleridir (34).

2.5.4.3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

Her yerleşim yeri için eşit kalitede ve kolayca erişebilecekleri bir şekilde verilemiyor olması, sağlık sisteminin önemli problemlerinden bir tanesi olarak ifade edilmiştir.

İnsani değerlerin ön plana çıkarılarak, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hizmet ve verimliliğinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır (35).

2.5.4.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

a. Genel Bilgiler

Performansa yönelik ve planlanmış bir sistem bulunmaması, temel sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir şekle dönüştürülmek istenmesine yol açmaktadır. Planlanan program ile bireylerin, hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmekle elde edilecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile planlı ve düzenli bir şekilde yürütülecektir (36).

Sağlık insan gücü bileşeni kapsamındaki hedefler, yeni kamu yönetimi anlayışının stratejik yönetimi, profesyonel yöneticilik sistemi, standartlara dayalı bir sorumluluk, performans ölçümü, hizmet sürecinde katılımcılık, işe almada ve ödüllendirmede esneklik gibi genel ilkeleri oluşturmaktadır (37).

Bireye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi tercih edeceği hekim tarafından yürütülmesi planlanmaktadır. Böylece doktor ile aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak sağlık hizmetlerinin etkililiği artırılabilecektir (38).

b. Tanımlar

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu 9 Aralık 2004 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Uygulamanın ne şekilde yürütüleceğine dair detaylar Resmi Gazetede 2005 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile açıklanmıştır (39).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarihinde yayınlanmış, Aile Hekimliği Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge ve diğer mevzuatlar yayınlanıp yürürlüğe girmiştir.” (39).

Aile Hekimliği, Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Düzce ilinde başlamış, 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır (40).

Aile Hekimliği, vatandaşların ikamet yerlerinin yakınlarında ya kolay ulaşabildikleri, ilk başvuracakları birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarıdır. Aile Hekimleri koruyucu hekimlik, ayakta tanı ve tedavi hizmeti verirler (41).

Toplum sağlığı merkezi, kendisine bağlı olan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlıkla ilgili risk ve problemlerini belirleyerek, önleyici ve düzeltici faaliyetleri sağlayan birinci basamak koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini düzenleyen, izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen kuruluştur (29).

Toplum Sağlığı Merkezinin sunduğu hizmetler şunlardır:

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönergenin 9. Maddesine göre toplum sağlığı merkezlerinin görevleri: Toplum sağlığı merkezi, bölgesinde yaşayan toplumun, hastalıklardan korunması ve gelişebilecek hastalık durumunda ulaşabileceği teşhis ve tedavinin sağlanması için gerekli önlemleri alır. Toplum Sağlığı Merkezi bu sağlık hizmetini verirken verdiği hizmeti bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmet ile diğer kurumlarla işbirliği yaparak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürmek toplum sağlığı merkezinin görevidir (26).

Diğer görevleri: İdari işler, kurumlarla işbirliği, kayıt, izleme ve değerlendirme çalışmaları, bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, kadın, çocuk ve ergen sağlığı, tarama ve eğitim hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar tanı hizmetleri, ulusal programlar, adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı, evde sağlık hizmetleri, sosyal hizmet çalışmaları, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları, hizmet içi eğitimlerdir (29).

c. Aile Hekiminin Görevleri

Ülkemizde 15 Eylül 2005’de Düzce ilinde Aile Hekimliği Uygulaması başlamıştır. 2006 yılında 1. Aşama Pilot İller Bolu, Eskişehir, Elazığ, Edirne, Adıyaman,

Denizli, Gümüşhane, Samsun, İzmir ve Isparta’da uygulama başlatılmıştır. 2. Aşama Pilot İller 12 ilde devam etmiştir (39).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 4. Maddesinde Aile Hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, kurumca ve mevzuatla ilgili verilen görevleri yapmaktır (43).

Sağlık Bakanlığı Aile Hekiminin görevlerini şu şekilde belirtmiştir: “Aile sağlığı merkezini yönetir, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlar, bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütür, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alarak, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri ekip anlayışı içinde verir (42).

Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlanması için bölgesinde toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar, gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar, karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumlarda bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir, kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur ya da kişiler ile iletişime geçer, sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini sunar, periyodik sağlık muayenesi yapar, kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapar, eldeki imkanlarla tanı veya tedavisi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sunar, evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlar, tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar, verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar, kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller, entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar, ilgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete belgelerini düzenler, hizmet içi eğitimlere katılır, ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar” şeklinde belirlenmiştir (43).

d. Aile Sağlığı Elemanının Görevleri

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 5. Maddesinde Aile Sağlığı Elemanının görevi, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür şeklinde (42).

Aile hekiminin görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur (43).

e. Personelin Statüsü ve Mali Haklar

Aile Hekimliği Uygulama Hakkında Yönetmeliği 5. Maddesine göre; aile hekimi tarafından belirlenerek, Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılan hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır (43).

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Personel, talepleri halinde eski görevlerine atanır ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır. Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilenlere ek ödeme yapılmaz. Bunlara, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak, en yüksek brüt sözleşme ücretini aile hekimi için altı katını, aile sağlığı elemanı için bir buçuk katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren on beş gün içerisinde ödeme yapılır. Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkrada belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar nceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespiti; çalıştığı bölgenin

sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzeme giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden damga vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz (42).

f. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

SDP, kapsamında en temel hasta haklarından biri olan hekim seçme hakkıdır. Sağlık Bakanlığı 8.9.2004 tarihinde 117 Sayılı Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırması Genelgesi ile hastanelerde hastaların hekim seçme hakkının esas olduğunu ve hastaların hekim seçebilmesine imkan verecek tedbirlerin alınması gerektiği ifade edilmiştir (31).

Sağlık Bakanlığı, 17 Ekim 2007 tarihinde yayımladığı yönerge ile Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge mevcuttur. Bununla birlikte birinci basamak sağlık kuruluşları, ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerini kapsamıştır. Türkiye’de TKHK’ na bağlı hastaneler ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hekim seçme hakkı uygulaması yapılmaktadır (44).

Hekim değiştirme hakkı kapsamında hasta talep etmesi durumunda, hizmet aldığı hekimin görev, kimlikleri ve unvanları hakkında bilgi verilebilir (2).

g. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Gezici Hizmetlerin yürütülmesi Madde 6’da Aile hekimliğine geçilen illerde gezici sağlık hizmeti bölgeleri, uygulama başlamadan önceki iki ay içinde, aile hekimliği uygulamalarına geçildikten sonra yapılır. Yapılmak istenen değişiklikler ise her yıl Ocak ve Temmuz aylarında il sağlık müdürlüğünün teklifi ve Bakanlığın uygun görüşüyle tespiti yapılır. Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimleri atama sırasında

belirlenir. Bölgedeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaret yapar ve programını köy/mahalle muhtarlar vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü saat 12.00'ye kadar duyurulmasını sağlar. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile sağlığı elemanınca da yapılabilir (42).

h. Fiziki ve Teknik Şartlar

Aile Sağlı Merkezi Madde 22'de "Aile sağlığı merkezi, nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir veya daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır. Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla sağlık memuru, ebe, hemşire, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile kalorifer, güvenlik, temizlik, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler. Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir. Binanın ulaşılabilir, ısıtma, güvenli, uygun havalandırma, aydınlatma imkanlarına sahip olması gerekir. Bekleme ve danışma bölümünün bulunması, muayene odasının büyüklüğü, lavabolar, ortamın sıcaklığı, kolay temizlenebilir olması, tıbbi müdahale odasının büyüklüğü, tıbbi müdahale odasında bulunması gereken malzemeler gibi asgari fiziki şartlar aranır." (44).

2.5.4.3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkili, kademeli sevk zincirinin kurulabilmesi, bireyin kendi seçtiği ve güven duyduğu hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Etkili bir sevk zincirinden söz edebilmenin ön şartı, bireyin kendi seçtiği aile hekiminden birinci basamakta çözülebilir olması, çözülemediği durumlarda ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara sevkidir (44).

Sistemin bu şekilde etkili çalışmasıyla, sağlık harcamalarını azaltacak, hizmetin kalitesini arttıracak ve hastanelerdeki yığılmaları azaltacaktır. Tanı ve tedavi için hastanelere başvuran hastaların tedavilerinin devamı, bakımı ve izlemi için tekrar birinci basamağa gönderilmesi söz konusudur. Yani sevk sistemi tek yönlü değildir. Böylece düşük maliyetle, kısa sürede kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşecektir (23).

2.5.4.3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Uluslararası kuruluşlar DB ve IMF neoliberal anlayışa uygun sağlık reform sürecinin başlaması, bu anlayışın ana çatısını oluşturan planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, tüm bireyleri tek çatı altında toplayan GSS, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri ile güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliğidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu tarafından, tedavi edici hizmetlerin ise özerk sağlık kurumları ve özel sağlık sektörü tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır (44).

2007 yılında TBMM' ne Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile sağlık hizmetlerinin eşit, ihtiyaç ve beklentilere uygun, kaliteli, kolay erişilebilir, verimli ve etkin biçimde verilmesi sunulmuştur. Tasarı; hastanelerin işletme haline getirilmesi, özerkleştirilmesi yani özelleştirilmesini gündeme getirirken, hastanelerin özelleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı, politika belirleme, piyasa kontrolü gibi görevlerden sorumlu olarak, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan arındırılmıştır (26).

Ülkedeki tüm hastaneler ayırım yapmaksızın, sevk sistemi esaslarına ve sigorta kurumu ile sözleşme yapmak kaydı ile tüm vatandaşlara sağlık hizmeti verebilecektir. Verilen hizmet esnasında sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları ve hizmet kalitesi bakımından denetime tabii tutulacaktır. Finansman olarak kurumlar değil bireyler desteklenecektir. Hizmeti veren kurumlar sundukları hizmet oranında pay alacaklardır (23).

Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve kamuya ait tüm hastanelerin verimlilik ve etkinlik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, sağlık sektörünün diğer paydaşları ile kontrollü bir rekabet ortamında etkin ve kaliteli sağlık hizmetini sunabilen daha verimli sağlık işletmeleri haline dönüştürülmeye

çalışılmaktadır. Mevcut yapının beklenen yüksek kalite ve kaliteli hizmet sunumu için yeterli olmayışı ve yerinde karar alabilen, etkili ve sorunların olduğu anda çözüm üretilen bir yapının gerekliliğinden doğmuştur (44).

Böylece kamu sağlık kuruluşları kamu kelimesi ile beraber finansmanı kendisi karşılayabilmek için hizmeti üreten ve diğer sağlık kuruluşları ile rekabette olan birer piyasa aktörü haline dönüşen, yönetimden işleyişe bütün olarak sağlık işletmesine dönüşmektedir (46).

İdari ve mali açıdan hastanelere özerklik verilmesi hastanelerin yerelleşmesini sağlayacaktır (47).

Neoliberal politikalar serbest pazar anlayışını doğururken, performansa dayalı ücretlendirme ve hekimler arasında rekabeti yoğunlaştırmaktadır (45).

2.5.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan İnsan Gücü

Dönüşümün başarısı, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımı teşvik edici gönüllü politikalarla sağlanmalıdır (22).

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacına ulaşılabilmesi, iyi bir yönetici kadrosuna sahip olmasıyla mümkün olacaktır. Hekimlerin yöneticilikte istihdam edilmesi hekime yapılan yatırımın haricinde kullanılmasına ve deneyimsiz yöneticilerin ortaya çıkmasına sebep olacaktır. Hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak sağlık sistemi yöneticiliğinin güçlenmesi için araştırma, planlama ve eğitim faaliyetlerine öncelik verilecektir. Bu doğrultuda da sağlık çalışanlarına eğitimler vermeye başlanmıştır (10).

SDP, sağlık çalışanlarının ülke içinde dengeli dağılımını ve teşvik edici gönüllü politikalarla sağlayacaktır. Zorunlu hizmet kaldırılarak, daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek tedbirler alınacaktır. Yerinden yönetim insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulacak, sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımı sağlanacaktır (23).

2.5.4.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları

Program sürecinde, sağlık politikalarını, işletmeciliği, sağlık planlaması ve ekonomisi konularını bilen, araştırmalar yapabilecek, sektörün ihtiyaç duyduğu, mezuniyet sonrasında eğitimler verecek kurumların oluşturulması hedeflenmektedir (22).

Bu doğrultuda mevcut olan tıp eğitimi veren kurumlarla iletişimi arttırmak tıp eğitimini etkilemek ve Hıfzıssıhha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmıştır. Türkiye Sağlık Kurumu olarak Hıfzıssıhha Mektebi 10 Ekim 2008 tarihi itibari ile yeniden yapılandırılmıştır. Kurum, sağlık sisteminin geliştirilmesini, sektörler ve uluslararası işbirliğinin güçlendirilmesini ve uzaktan sağlık eğitimi sertifika kursları açmayı hedef edinmiştir (48).

Tıp eğitimi, hekimleri Sağlıkta Dönüşüm Programına uygun bilgi ve birikimle donatmayı amaçlamalıdır. Müfredat programları meslek örgütlerinin katılımı ile gerçekleştirilip, denetlenmelidir. Eğitim hastaneleri organize edilerek, tıpta uzmanlık eğitimi planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar ile Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır (23).

Söz konusu kurum işe başlayan personelin uyumu ve meslek içi eğitimi, yeni sistemin yönetici kademelerinin oluşturulması amacıyla aile hekimliği, sağlık ve ilaç ekonomisi, proje yönetimi gibi birçok konuda eğitim programları düzenlemiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı altında faaliyet gösteren Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nce de hizmet içi eğitimler gerçekleştirilmekte, yeni sağlık sistemi sürecinde katkı sağlamaktadır (49).

2.5.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri Kaliteli Akreditasyon programının amacı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilerek, finansmanın sağlanması ve sunulmasıdır (44).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özerk, tarafların yönetimde söz sahibi olduğu ve gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer yapıda, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını yürütmek üzere bir Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu" nun kurulması amaçlanmıştır (37).

Hizmeti sunucularının, kurumsal olarak kalite ve akreditasyon çalışmalarını teşvik ederek, kurumların uyması gereken kalite standartlarını geliştirmek gayesiyle, kalite yönetim daire başkanlığı kurularak kalite ve akreditasyon konusunda çalışmalar yürütölüp ve takibi sağlanması amaçlanmıştır (48).

Sağlık hizmeti sunucuların performansının göstergesi ve sağlık hizmeti alanların memnuniyeti açısından kalite ve standardizasyon önemlidir. Standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara hız verilip, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek sağlanması amaçlanmıştır (22).

Sağlıkta Dönüşüm Programı daha önce gündeme gelmemiş kalite güvenliği ve akreditasyona öncelik vererek, programa göre, “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” sertifikasyon, akreditasyon ve ruhsatlandırma konularını gerektiği şekilde düzenleyecektir. Bu şekilde, hizmet sunucularının performanslarını oluşturan veriler oluşturularak performans ve uygulamaların daha doğru belirlenmesi sağlanacaktır (11).

Sağlık kurumlarında, sorumlu başhekim yardımcısı ve kalite birimi tarafından, bakanlık ile koordineli çalışmalar yürütölcek ve denetimleri bağımsız kalite denetimi yapan kuruluşlar tarafından sağlanacaktır (2).

Uygulanabilir performans verilerine ulaşmak, verim elde etmek için hizmet sunucularının performanslarını gösteren veri tabanı kurulacaktır. Verilen sağlık hizmetinde etik kurallara uyulmalıdır, bu sebeple yaptırım yetkisi olan bir kurul gerektirmektedir. Yaptırım yetkisi olan kurul sektördeki farklı temsilcilerin katılımıyla gerçekleştirilip, geniş yetkilerle donatılmalıdır (23).

2.5.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

WHO, sağlığın temel bir hak olarak ve buna ulaşmakta eşit, ilaca ulaşabilmede uzaklık, ilaç politikasının bir bölümü olarak görülmesi gerekliliğinin neticesine ulaşmıştır. Konuya daha geniş çerçeveden bakıldığında sağlık, bir ülkenin ekonomik ve sosyal politikalarının parçası görölmüştür. Bu sebeple bu konuda birtakım çözümler bulunmaya çalışılmıştır, bunlardan bir tanesi de Akılcı İlaç Kullanımı uygulamalarıdır. Nairobi’de 1985 yılında düzenlenen DSÖ toplantısı akılcı ilaç kullanımı için başlangıç kabul edilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı DSÖ tanımına göre; “kişilerin klinik bulgularına

ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” dir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorun olan yanlış, gereksiz ve etkisiz ilaç kullanımı artmakta, bu soruna karşı çözümü gerekli kılmaktadır (49).

SDP ile ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi hususlarında uluslararası seviyeyi yakalamak üzere kurumsal yapılar oluşturulmak için Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu oluşturulacaktır (22).

Oluşturulması düşünülen Ulusal ilaç Kurumu, ilaçla ilgili politikaların oluşturulması, ruhsatlandırma, üretim, tanıtım, satış, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi çeşitli konularda kısacası ilaç sektörünü düzenleyen ve destekleyen bir işlevi yerine getirecektir. Yine Tıbbi Cihaz Kurumu sağlık kurumlarında mühendislik hizmetlerinde ulusal düzeyde denetleyici, düzenleyici ve eğitici özelliklere sahip bir yapılanma oluşturulmak istenilmektedir (37).

Ulusal İlaç Kurumu yapılandırılmasına ihtiyaç duyulduğu kadar yine bir Tıbbi Cihaz Kurumu yapılandırılması da gereklidir. Böylelikle iyi bir hizmet sunumunda, hizmet sunumunda gerekli olan tıbbi teçhizatların kalite, güvenlik standardında olmaları sağlanabilir. Bu sebeple hem Ulusal İlaç Kurumu hem de Tıbbi Cihaz Kurumunu aynı çatı altında Tıbbi İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adıyla kurulmasını öngören yasa tasarısı 2007 tarihinde TBMM’ de görüşülmek üzere gönderilmiştir. Bu yasa tasarısı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ilaçlar, tıbbi cihazlar, kozmetik ve tıbbi amaçlı ürünlerin, izin, bildirim, ruhsatlandırma, fiyatlandırma, dağıtım, piyasaya arz, denetim konularında düzenleyici, mali ve idari olarak bağımsız ve Sağlık Bakanlığına bağlı bir kuruluş olarak öngörülmektedir (50).

İlaç ve tıbbi malzemelere yapılan harcamalar 2003 OECD ortalaması %22 iken ülkemizde %34 tür. Bu sebeple ilaç fiyatlandırılması beş AB ülkesi fiyatları temel alınıp ‘beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasına dair karar’ düzenlenerek %1 ile %80 arasında değişen indirimler ortaya çıkmıştır. SSK ve Yeşil Kartlı vatandaşların ilaçlara eczanelerden ulaşmaları sağlanmıştır. Yapılan çalışmalara rağmen ilaç tüketiminde yapılan yanlış uygulamalar, ilacın kullanımının akılcı olmaması şüpheleri, maliyet üzerinde de şüphelere neden olmaktadır (48).

Yine 2004 tarihli Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar, bugüne kadar olan karmaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırıp, ilaç fiyatlandırılmasına şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında düşme olup, Avrupa’da var olan en düşük seviyeye getirilmiştir. İlaçta var olan % 18 KDV oranı % 8’e düşürülerek ilaç fiyatlarında ciddi bir düşüş daha sağlamıştır. Yine ilaçların kamuya maliyeti daha da aşağılara çekilmiştir (50).

2.5.4.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinin tamamının uyumlu olması amacıyla entegre bir bilgi sisteminin oluşturulması öngörülmüştür. Bu sebeple, Sağlık hizmetlerinde uyumun sağlanması, envanterlerin oluşturulması sevk basamakları arasında bilgi aktarılması, tıbbi kayıtların tutulması ve sağlık verilerinin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulması amaçlanmıştır (22).

Bu sistem ortak veri tabanı üzerinden işleyerek, sevk zincirinin etkin ve hızlı olmasını sağlayacaktır. Hastaların her birine özgü verilen Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) numarası ile farklı veri tabanlarında olan verilerin eşleştirilmesi, başvuran hastaların sigortalı olup olmadığının anlaşılmasını ve birden fazla sigorta sistemini kullanılan kişiler tespit edilebilecektir. Hastaların doğumundan ölümüne kadar olan bütün sağlık bilgilerini içeren verilerin toplandığı ‘‘Sağlık-NET’’ sistemi 2009 yılı itibariyle uygulanmaya başlatılmıştır (11).

Sağlık-NET sağlık kurumlarında alınan elektronik verilerin standartlara uygun toplanması verilerden bilgi üreterek, sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi amaçlayan güvenli, entegre ve genişleyebilen sağlık iletişimi platformudur (5).

Sağlık bilgi sistemi, devletin dönüşümünü simgeleyen e-devlet kapsamındaki uygulamalardan birisi olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte oluşturulması düşünülen sağlık bilgi sisteminin hizmet sunumu sürecinde etkinlik ve verimliliğin sağlanması, şeffaflık, akılcı ve etkin denetim, müşteri-vatandaş merkezlilik gibi neoliberal devletin ve yeni kamu yönetiminin ilkeleri ile doğrudan bir paralellik gösterdiği söylenilebilir (37).

Türkiye’deki e-sağlık uygulamaları; Sağlık Net ile Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Hastane Bilgi Sistemleri, Merkezi Hastane Randevu Sistemi, Tele-Tıp, Ulusal Veri Standartları, Sağlık Kodlama Referans Sözlüğü dür (44).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşüncelerini ölçerek farkındalıklarının belirlenmesidir.

Yapılan literatür taramasında Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu karşılaştırılmasına rastlanmadığı için böyle bir çalışma seçilmiştir.

Bu bağlamda araştırmanın önemi geleceğin birer sağlık çalışanı olacak olan öğrencilerin içinde bulundukları sağlık sistemi hakkında farkındalıklarını belirleyerek bu alanda yapılacak diğer çalışmalar için kaynak ve fayda sağlamaktır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmada amaç öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi ve düşüncelerini ölçmektir. Bu amaca bağlı olarak ve araştırmanın varsayımları ve sınırlılıkları çerçevesinde kurulan hipotezler şu şekilde oluşturulmuştur.

H0: Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında Üsküdar Üniversitesinde okuyan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokul öğrencilerinin bilgi düzeyleri ve düşünceleri arasında fark yoktur.

H1: Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında Üsküdar Üniversitesinde okuyan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokul öğrencilerinin bilgi düzeyleri ve düşünceleri arasında fark vardır.

3.3. Evren ve Örneklem

Tez çalışmasında araştırmanın ana kütesini, İstanbul Üsküdar Üniversitesi 2015-2016 Eğitim yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda eğitim gören 3169 öğrenci oluşturmaktadır. Bu araştırma için 04.12.2015 tarih ve 07 no'lu toplantıda alınan Etik Kurul izni (bkz. EK-1) alınmış ve kolayda örneklem yöntemi tercih edilerek 300 öğrenciye ulaşılmıştır. Hazırlanan anketler

öğrencilere bireysel olarak ulaştırılmış, verilen anketlerin hepsi geri dönmüş ancak içerdiği eksik bilgiler nedeni ile 50 anket araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir. Araştırma 1 Ocak-31 Ocak 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi düzeyleri ve düşüncelerinin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Ek 1’de verilen ve araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anketin, öğrencilerin sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili bilgi ve düşüncelerini ölçme yeterliliğine sahip olduğu ve öğrencilerin anket sorularına objektif ve gerçeğe uygun olarak yanıt verdikleri varsayılmaktadır. Ayrıca bu araştırma; 2016 yılı 1 Ocak-31 Ocak tarihleri arasında, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda, katılmaya istekli öğrencilerle sınırlıdır.

3.3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Ek 1 ile verilen “Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri” isimli tez çalışmasındaki anket kullanılmıştır. Anket formu iki temel bölüm halinde hazırlanmıştır. Anket formunun birinci kısmında öğrencilerin demografik özelliklerine ilişkin bilgi formu, İkinci bölümde ise Prof.Dr. Gamze Çan tarafından geliştirilen sorular yer almaktadır.

3.3.3. Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Araştırmada kullanılmış olan anket formunun geliştirilmesinde; yurtiçi makale ve tezler başta olmak üzere ilgili literatür ayrıntılı şekilde taranmıştır. Bu taramalar sonrasında Merve Aydın’ın “Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri” başlıklı tezine ulaşılmış, tez çalışmasındaki anketinin kullanılmasına karar verilmiştir. Bununla birlikte danışman öğretim üyesi ile sürekli iletişimde bulunulmuş ve öncelikle danışman öğretim üyesinin, daha sonra ilgili konularda akademik yayınları, deneyimi ve uzmanlığı olan farklı öğretim üyelerinin

anket formu taslağı ile ilgili görüş ve önerilerinden yararlanılmıştır. Tüm bu değerlendirmeler neticesinde anket formuna son hali verilmiş ve Merve Aydın ve tez danışmanı Prof. Dr. Gamze Çan'dan gerekli izin alınarak anketin kullanılması kararlaştırılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin 9 soru sorulmuştur.

Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır.

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa yöntemi):

Alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı, bireysel puanların k soru içeren bir ölçekte sorulara verilen cevapların toplanması ile bulunduğu durumlarda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Alfa katsayısı, ölçekte yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını sorgulamaya yarar.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin bilgi düzeyleri anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0.771$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. Buna göre ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo : Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	n
0,771	9

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin düşüncelerini ölçmeye yönelik ilişkin 18 soru sorulmuştur.

Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin düşüncelerini ölçmeye yönelik anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0.927$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. Buna göre ölçeğimizin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo : Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	n
0,927	18

3.3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma 1 Ocak-31 Ocak 2016 arasında %33,2'i (n=83) erkek, %66,8'i (n=167) kadın toplam 250 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları 17 ile 88 arasında değişmekte olup, ortalama 49,15±15,41 yıldır.

Tablo 1: Demografik özelliklerin dağılımı

		Min-Max (Medyan)	Ort±SD
Yaş (yıl)		17-34 (20)	20,76±2,52
		n	%
Cinsiyet	Erkek	83	33,2
	Kadın	167	66,8
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi	142	56,8
	SHMYO	108	43,2
Anne eğitim	Okuryazar değil	28	11,2
	Okuryazar	18	7,2
	İlkokul	108	43,2
	Ortaokul	52	20,8
	Lise	39	15,6
	Üniversite	5	2,0
Baba eğitim	Okuryazar değil	7	2,8
	Okuryazar	10	4,0
	İlkokul	69	27,6
	Ortaokul	72	28,8
	Lise	66	26,4
	Üniversite	26	10,4
Anne meslek	Çalışmıyor	220	88,0
	Çalışıyor	30	12,0
Baba meslek (n=239)	Çalışmıyor	50	20,9
	Çalışıyor	189	79,1
İkametgâh	Ailesiyle birlikte	176	70,4
	Arkadaşlarıyla birlikte	32	12,8
	Yurtta	42	16,8
Tedavi için başvuru yeri	Aile hekimi	99	39,6
	Kamu hastanesi	95	38,0
	Özel hastane	39	15,6
	Üniversite hastanesi	17	6,8
Mezuniyet sonrası mesleği yapma durumu	Evet	211	84,4
	Hayır	12	4,8
	Kararsız	27	10,8

Olguların %56,8'i (n=142) Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyor iken, %43,2'si (n=108) SHMYO'da okumamaktadır. Anne eğitim düzeyleri %11,2'sinin (n=28) okuryazar değil iken, %7,2'sinin (n=18) okuryazar, %43,2'sinin (n=108) ilkokul, %20,8'sinin (n=52) ortaokul, %15,6'sının (n=39) lise, %2,0'sinin (n=5) ise üniversitedir. Baba eğitim düzeyleri %2,8'sinin (n=7) okuryazar değil iken, %4,0'ünün (n=10) okuryazar, %27,6'sının (n=69) ilkokul, %28,8'inin (n=72) ortaokul, %26,4'ünün (n=66) lise, %10,4'ünün (n=26) ise üniversitedir.

Olguların %88,0'sinin (n=220) annesi çalışmıyor iken, %12,0'sinin (n=30) çalışmaktadır. Olguların %20,9'unun (n=50) babası çalışmıyor iken, %79,1'inin (n=189) çalışmaktadır.

İkametgâhları, %70,4'ü (n=176) evde ailesiyle kalıyor iken, %12,8'i (n=32) evde arkadaşlarıyla, %16,8'i (n=42) ise yurttta kalmaktadır.

Tedavi için %39,6'sı (n=99) aile hekimini tercih eder iken, %38,0'i (n=95) kamu hastanesi, %15,6'sı (n=39) özel hastane, %6,8'i (n=17) ise üniversite hastanesini tercih etmektedir.

Mezuniyet sonrası %84,4'ü (n=211) mesleğini yapmayı düşünüyor iken, %4,8'ü (n=12) düşünmüyor, %10,8'i (n=27) ise kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2: Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin özelliklerin dağılımı

		n	%
Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma durumu	Evet	136	54,4
	Hayır	114	45,6
Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi alma yeri (n=136)	Aileden	10	7,4
	Derslerden	48	35,3
	Basın ve internet yoluyla	57	41,9
	Seminerlerden	10	7,4
	Diğer	11	8,1
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili araştırma durumu	Evet	136	54,4
	Hayır	114	45,6
Aile hekimliği sistemini duyma	Evet	237	94,8
	Hayır	13	5,2
Aile hekimini bilme durumu	Evet	236	94,4
	Hayır	14	5,6
*Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kurum	Sağlık bakanlığı	205	82,0
	Başbakanlık	31	12,4
	Dünya bankası	5	2,0
	Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası	1	0,4
	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	34	13,6
*Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar	Askerlik Hizmetini yapanlar	35	14,0
	Yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar	113	45,2
	Tutuklular ve Mahkûmlar	22	8,8
	Ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanlar	91	36,4
*Kimlerin Aile Sağlığı Elemanı Olabilir	Ebe	103	41,2
	Hemşire	192	76,8
	Sağlık memuru	123	49,2
	Çevre Sağlığı Teknisyeni, Röntgen Teknisyeni, Laboratuvar Teknisyeni	38	15,2
*Sağlık-Net Uygulaması	Vatandaşların sağlık ilgilerinin yer aldığı bir sistemdir	180	72,0
	Vatandaşlar kendi Sağlık Bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir	126	50,4
	Vatandaşların Sağlık Bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.	101	40,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Sağlıkta Dönüşüm Programını, %54,4'ü (n=136) duymuş iken, %45,6'sı (n=114) duymamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında, %7,4'ü (n=10) ailesinde bilgi alırken, %35,3'ü (n=48) derslerden, %41,9'ü (n=57) basın ve internet yoluyla, %7,4'ü (n=10) seminerlerden, %8,1'i (n=11) diğer yollardan bilgi almıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında, %54,4'ü (n=136) araştırma yapıyor iken, %45,6'sı (n=114) araştırma yapmamaktadır.

Aile hekimliği sistemini, %94,8'ü (n=237) duymuş iken, %5,2'si (n=13) duymamıştır. Aile hekimini, %94,4'ü (n=236) biliyor iken, %5,6'sı (n=14) bilmemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kurumun, %82,0'si (n=205) sağlık bakanlığı olduğunu düşünür iken, %12,4'ü (n=31) başbakanlık, %2,0'si (n=5) dünya bankası, %0,4'ü (n=1) uluslararası imar ve kalkınma bankası, %13,6'sı (n=34) ise çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığının planladığını düşünmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında, %14,0'ü (n=35) askerlik hizmetini yapanlar olduğunu düşünür iken, %45,2'si (n=113) yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar, %8,8'si (n=22) tutuklular ve mahkûmlar, %36,4'ü (n=91) ise ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanların olduğunu düşünmektedir.

Aile Sağlığı Elemanının, %41,2'si (n=103) ebe olduğunu düşünür iken, %76,8'si (n=192) hemşire, %49,2'si n=1239 sağlık memuru, %15,2'si (n=38) ise çevre sağlığı teknisyeni, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni olduğunu düşünmektedir.

Sağlık-Net uygulamasının, %72,0'si (n=180) vatandaşların sağlık ilgilerinin yer aldığı bir sistem olduğunu düşünür iken, %50,4'ü (n=126) vatandaşlar kendi Sağlık Bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir, %40,4'ü (n=101) ise vatandaşların Sağlık Bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir olduğunu düşünmektedir.

Tablo 3: Fakültelere göre yaş, cinsiyet ve ikametgâhlarının değerlendirilmesi

		Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	Ort±SD Min-Max (Medyan)	20,76±2,52 17-34 (20)	20,28±1,73 17-26 (20)	21,39±3,18 18-34 (20)	-2,179	^c 0,029*
Cinsiyet n(%)	Erkek Kadın	167 (66,8) 83 (33,2)	119 (83,8) 23 (16,2)	48 (44,4) 60 (55,6)	42,848	^a 0,001**
İkametgâh n(%)	Evde ailesiyle Evde arkadaşlarıyla Yurtta	176 (70,4) 32 (12,8) 42 (16,8)	107 (75,4) 9 (6,3) 26 (18,3)	69 (63,9) 23 (21,3) 16 (14,8)	12,315	^a 0,002**

^aPearson Ki Kare Test ^bFisher Freeman Halton Test ^cMann Whitney U Test
 **p<0,01 *p<0,05

Sağlık Bilimleri Fakültesi grubu olguların yaşlarının, SHMYO grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029; p<0,05)

Fakültelere göre cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Sağlık Bilimleri Fakültesi grubunda erkek öğrenci oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Fakültelere göre ikametgâh dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002; p<0,01). Sağlık Bilimleri Fakültesi grubunda Evde ailesi ile kalma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 4: Fakültelere göre tedavi için başvuru yerlerinin değerlendirilmesi

Tedavi için başvuru yeri n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Aile hekimi	99 (39,6)	63 (44,4)	36 (33,3)	7,534	^a 0,295
Kamu hastanesi	95 (38)	45 (31,7)	50 (46,3)		
Özel hastane	39 (15,6)	26 (18,3)	13 (12)		
Üniversite hastanesi	17 (6,8)	8 (5,6)	9 (8,3)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre tedavi için başvuru yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 5: Fakültelere göre sağlıkta dönüşüm programını duyma ve sağlıkta dönüşüm programını araştırma durumlarının değerlendirilmesi

	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma durumu n(%)					
Evet	136 (54,4)	84 (59,2)	52 (48,1)	2,996	0,083
Hayır	114 (45,6)	58 (40,8)	56 (51,9)		
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili araştırma durumu n(%)					
Evet	136 (54,4)	84 (59,2)	52 (48,1)	2,996	0,083
Hayır	114 (45,6)	58 (40,8)	56 (51,9)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre sağlıkta dönüşüm programını duyma ve sağlıkta dönüşüm programını araştırma oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6: Fakültelere göre sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi alma yerlerinin değerlendirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgi alma yeri (n=136) n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^b p
Ailemden	10 (7,4)	7 (8,3)	3 (5,8)	9,957	0,038*
Derslerden	48 (35,3)	36 (42,9)	12 (23,1)		
Basın ve internet yoluyla	57 (41,9)	32 (38,1)	25 (48,1)		
Seminerlerden	10 (7,4)	6 (7,1)	4 (7,7)		
Diğer	11 (8,1)	3 (3,6)	8 (15,4)		

^bFisher Freeman Halton Test

* $p<0,05$

Fakültelere göre sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi alma yerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,038$; $p<0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesi grubunda derslerden bilgi alma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 7: Fakültelere göre aile hekimliği sistemini duyma ve aile hekimini bilme durumlarının değerlendirilmesi

	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Aile hekimliği sistemini duyma n(%)					
Evet	237 (94,8)	136 (95,8)	101 (93,5)	0,633	0,426
Hayır	13 (5,2)	6 (4,2)	7 (6,5)		
Aile hekimini bilme durumu n(%)					
Evet	236 (94,4)	133 (93,7)	103 (95,4)	0,339	0,561
Hayır	14 (5,6)	9 (6,3)	5 (4,6)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre aile hekimliği sistemini duyma ve aile hekimini bilme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 8: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programını planlayan kurum” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

*Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kurum	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	p
Sağlık bakanlığı	205 (82,0)	118 (83,1)	87 (80,6)	0,269	^a0,604
Başbakanlık	31 (12,4)	20 (14,1)	11 (10,2)	0,859	^a0,354
Dünya bankası	5 (2,0)	3 (2,1)	2 (1,9)	0,021	^b1,000
Çalışma ve sosyal güvenlik bakanlığı	34 (13,6)	21 (14,8)	13 (12,0)	0,395	^a0,530

^aPearson Ki Kare Test

^bFisher Freeman Halton Test

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Fakültelere Göre “Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kurum” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası kapsamında olanlar” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

*Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Askerlik Hizmetini yapanlar	35 (14)	29 (20,4)	6 (5,6)	11,261	0,001**
Yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar	113 (45,2)	66 (46,5)	47 (43,5)	0,217	0,641
Tutuklular ve Mahkûmlar	22 (8,8)	18 (12,7)	4 (3,7)	6,153	0,013*
Ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanlar	91 (36,4)	57 (40,1)	34 (31,5)	1,987	0,159

^aPearson Ki Kare Test

** $p<0,01$

* $p<0,05$

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Sağlık Bilimleri Fakültesin grubunda askerlik hizmetini yapanların genel sağlık sigortası kapsamında olabilir diyenlerin oranları, SHMYO grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Fakülterlere göre yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanların genel sağlık sigortası kapsamında olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesin grubunda tutuklular ve mahkûmların genel sağlık sigortası kapsamında olabilir diyenlerin oranları, SHMYO grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$).

Fakülterlere göre ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanların genel sağlık sigortası kapsamında olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10: Fakülterlere göre “kimlerin aile sağlığı elemanı olabilir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Kimlerin Aile Sağlığı Elemanı Olabilir	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Ebe	103 (41,2)	61 (43,0)	42 (38,9)	0,419	0,517
Hemşire	192 (76,8)	118 (83,1)	74 (68,5)	7,319	0,007**
Sağlık memuru	123 (49,2)	66 (46,5)	57 (52,8)	0,974	0,324
Çevre Sağlığı, Röntgen ve Laboratuvar Teknisyeni	38 (15,2)	27 (19,0)	11 (10,2)	3,710	0,054

^aPearson Ki Kare Test

**** $p<0,01$**

Fakülterlere göre aile sağlığı elemanını ebe olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Fakülterlere göre aile sağlığı elemanını hemşire olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$; $p<0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde bu oran anlamlı düzeyde yüksektir.

Fakülterlere göre aile sağlığı elemanını sağlık memuru olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesi grubunda aile sağlığı elemanını çevre sağlığı, röntgen ve laboratuvar teknisyeni olabilir diyenlerin oranları, SHMYO grubundan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakın bulunmuştur ($p=0,054$; $p>0,05$).

Tablo 11: Fakülteleere göre “sağlık-net uygulaması nedir?” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlık-Net Uygulaması	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Vatandaşların sağlık ilgilerinin yer aldığı bir sistemdir	180 (72)	100 (70,4)	80 (74,1)	0,406	0,524
Vatandaşlar kendi Sağlık Bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir	126 (50,4)	76 (53,5)	50 (46,3)	1,281	0,258
Vatandaşların Sağlık Bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.	101 (40,4)	56 (39,4)	45 (41,7)	0,127	0,722

^aPearson Ki Kare Test

Fakülteleere Göre “Sağlık-Net Uygulaması Nedir?” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.1.Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Bilgi Düzeyi Soruların Değerlendirmeleri

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin bilgi düzeylerine ilişkin 9 soru sorulmuştur.

Ölçeklerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır.

Cronbach Alfa Katsayısı (Alfa yöntemi):

Alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı, bireysel puanların k soru içeren bir ölçekte sorulara verilen cevapların toplanması ile bulunduğu durumlarda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Alfa katsayısı, ölçekte yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını sorgulamaya yarar.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin bilgi düzeyleri anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0.771$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. Buna göre ölçeğimizin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo : Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	n
0,771	9

Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Bilgi Düzeyi Soruların Değerlendirmeleri

Tablo 12: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^b p
Evet	66 (58,4)	43 (59,7)	23 (56,1)	0,845	0,705
Hayır	5 (4,4)	4 (5,6)	1 (2,4)		
Bilgim yok	42 (37,2)	25 (34,7)	17 (41,5)		

^bFisher Freeman Halton Test

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Mevcut Yapıyı Tahrip Etmeden Yeni Bir Sisteme Geçmek Amaçlanmıştır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	74 (29,6)	34 (23,9)	40 (37,0)	7,734	0,021*
Hayır	89 (35,6)	60 (42,3)	29 (26,9)		
Bilgim yok	87 (34,8)	48 (33,8)	39 (36,1)		

^aPearson Ki Kare Test

*p<0,05

Fakültelere göre “Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri Bedelinin Tamamını Karşılamaktadır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,021; p<0,05). SHMYO grubunda tamamını karşıladığı düşünülenlerin oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 14: Fakültelere göre “aile hekimliği uygulamasında; aile hekimi veya aile sağlık elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile hekimliği uygulamasında; aile hekimi veya aile sağlık elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	92 (36,8)	58 (40,8)	34 (31,5)	2,313	0,315
Hayır	49 (19,6)	26 (18,3)	23 (21,3)		
Bilgim yok	109 (43,6)	58 (40,8)	51 (47,2)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Aile Hekimliği Uygulamasında; Aile Hekimi Veya Aile Sağlık Elemanı Olarak Çalışmak İsteyenler Sözleşme İle Çalıştırılacaktır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 15: Fakültelere göre “aile sağlık elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile sağlık elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	109 (43,6)	67 (47,2)	42 (38,9)	3,797	0,150
Hayır	47 (18,8)	29 (20,4)	18 (16,7)		
Bilgim yok	94 (37,6)	46 (32,4)	48 (44,4)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekmetedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Fakültelere göre “aile sağlığı elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile sağlığı elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	139 (55,6)	84 (59,2)	55 (50,9)	1,685	0,431
Hayır	27 (10,8)	14 (9,9)	13 (12)		
Bilgim yok	84 (33,6)	44 (31)	40 (37)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Aile Sağlığı Elemanının Görevleri Arasında, Hastaların Sevk İşlemlerini Yürütmek, Sevk Edilen Hastaların Sevk Edildiği Kurumla Koordinasyonunu Sağlamak Vardır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Fakültelere göre “çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasının bir parçasıdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasının bir parçasıdır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	121 (48,4)	74 (52,1)	47 (43,5)	3,611	0,164
Hayır	30 (12)	19 (13,4)	11 (10,2)		
Bilgim yok	99 (39,6)	49 (34,5)	50 (46,3)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Çevre Sağlığına Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Parçasıdır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	81 (32,4)	41 (28,9)	40 (37)	5,440	0,731
Hayır	43 (17,2)	31 (21,8)	12 (11,1)		
Bilgim yok	126 (50,4)	70 (49,3)	56 (51,9)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programı İlkeleri Arasında Yer Alan Sevk Zinciri Aktif Olarak İşlemektedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “hizmet kalite belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	102 (40,8)	60 (42,3)	42 (38,9)	0,319	0,853
Hayır	26 (10,4)	14 (9,9)	12 (11,1)		
Bilgim yok	122 (48,8)	68 (47,9)	54 (50,0)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Birlikte Belli Şartları Taşıyan Hastanelere Verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın Bir Uygulamasıdır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Fakültelere göre “ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumu sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumu sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Evet	99 (39,6)	55 (38,7)	44 (40,7)	0,104	0,949
Hayır	19 (7,6)	11 (7,7)	8 (7,4)		
Bilgim yok	132 (52,8)	76 (53,5)	56 (51,9)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, Malzeme ve Tıbbi Cihazların Standardizasyonu, Ruhsatlanması ile İlgili Görev Yapması Planlanmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



4.2. Sağlıkta D n    m Programına İlişkin D    nce Soruların Değerlendirmeleri

Sağlıkta d n    m programına ilişkin d    ncelerini    meye yönelik ilişkin 18 soru sorulmuştur.

    klerin güvenilirliğinin test edilmesinde Alfa Katsayısından (Cronbach Alfa) yararlanılmıştır.

Sağlıkta d n    m programına ilişkin bilgi düzeyleri anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0.927$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir. Buna göre     ğimizin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo : Güvenilirlik Değeri

Cronbach Alfa	n
0,927	18

Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Düşünce Sorularının Değerlendirmeleri

Tablo 21: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	110 (44)	60 (42,3)	50 (46,3)	1,477	0,688
Kısmen katılıyorum	64 (25,6)	40 (28,2)	24 (22,2)		
Katılmıyorum	18 (7,2)	11 (7,7)	7 (6,5)		
Fikrim yok	58 (23,2)	31 (21,8)	27 (25)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programı Ülkemizde Uygulanabilir Bir Programdır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22: Fakültelere göre “sağlıkta dönüşüm programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	104 (41,6)	62 (43,7)	42 (38,9)	1,414	0,702
Kısmen katılıyorum	67 (26,8)	39 (27,5)	28 (25,9)		
Katılmıyorum	25 (10)	14 (9,9)	11 (10,2)		
Fikrim yok	54 (21,6)	27 (19)	27 (25)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Bakanlığın Sağlık Hizmet Sunumunda Özel Sektörden Yararlanma Yolunu Açması Olumlu Bir Gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23: Fakültelere göre “bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	79 (31,6)	41 (28,9)	38 (35,2)	7,978	0,046*
Kısmen katılıyorum	65 (26)	36 (25,4)	29 (26,9)		
Katılmıyorum	42 (16,8)	32 (22,5)	10 (9,3)		
Fikrim yok	64 (25,6)	33 (23,2)	31 (28,7)		

^aPearson Ki Kare Test

* $p < 0,05$

Fakültelere göre “Bakanlığın Hizmet Sunumundan Ziyade Düzenleyici ve Denetleyici Rolünü Üstlenmesi Sağlık Alanındaki Rol ve Sorumluluklarından Çekilme Eğilimine Girdiğini Gösterir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,046$; $p < 0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 24: Fakültelere göre “GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	61 (24,4)	33 (23,2)	28 (25,9)	1,479	0,687
Kısmen katılıyorum	60 (24)	36 (25,4)	24 (22,2)		
Katılmıyorum	31 (12,4)	20 (14,1)	11 (10,2)		
Fikrim yok	98 (39,2)	53 (37,3)	45 (41,7)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “GSS Sağlık Sisteminin Finansmanı ile İlgili Olduğundan Sağlık Çalışanlarının Mesleklerini Bağımsızca Uygulamalarını Etkilemez” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 25: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Genel sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	104 (41,6)	63 (44,4)	41 (38)	2,408	0,492
Kısmen katılıyorum	79 (31,6)	41 (28,9)	38 (35,2)		
Katılmıyorum	13 (5,2)	9 (6,3)	4 (3,7)		
Fikrim yok	54 (21,6)	29 (20,4)	25 (23,1)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Genel Sağlık Sigortası Uygulamasıyla Birlikte, Kamu Hastaneleriyle Özel Sektör Hastanelerinin Ulaşılabilirlik Yönünden Denkleştirilmesi Hastalar Açısından Olumlu Bir Gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26: Fakültelere göre “genel sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters düşer n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	85 (34)	50 (35,2)	35 (32,4)	1,628	0,653
Kısmen katılıyorum	60 (24)	33 (23,2)	27 (25)		
Katılmıyorum	24 (9,6)	16 (11,3)	8 (7,4)		
Fikrim yok	81 (32,4)	43 (30,3)	38 (35,2)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Genel Sağlık Sigortası Uygulamasıyla Birlikte, Kamu Hastaneleriyle Özel Sektör Hastanelerinin Ulaşılabilirlik Yönünden Denkleştirilmesi Hastalar Açısından Olumlu Bir Gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27: Fakültelere göre “hekimin hastaya bakabilmesi için “kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Hekimin hastaya bakabilmesi için “kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	97 (38,8)	53 (37,3)	44 (40,7)	3,990	0,263
Kısmen katılıyorum	64 (25,6)	43 (30,3)	21 (19,4)		
Katılmıyorum	26 (10,4)	13 (9,2)	13 (12)		
Fikrim yok	63 (25,2)	33 (23,2)	30 (27,8)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Hekimin Hastaya Bakabilmesi İçin “Kişilerin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı” Mesleki Bağımsızlığını Olumsuz Etkiler” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28: Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürür” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürür n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	99 (39,6)	48 (33,8)	51 (47,2)	15,514	0,001**
Kısmen katılıyorum	53 (21,2)	38 (26,8)	15 (13,9)		
Katılmıyorum	34 (13,6)	26 (18,3)	8 (7,4)		
Fikrim yok	64 (25,6)	30 (21,1)	34 (31,5)		

^aPearson Ki Kare Test ** $p<0,01$

Fakültelere göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla İdari Ve Mali Açıdan Özerk Hale Gelen Hastaneler Hekim–Hasta İlişkisini Tüccar–Müşteri İlişkisine Dönüştürür” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 29: Fakültelere göre “aile hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir n(%)	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	88 (35,2)	40 (28,2)	48 (44,4)	10,417	0,015*
Kısmen katılıyorum	66 (26,4)	46 (32,4)	20 (18,5)		
Katılmıyorum	30 (12)	20 (14,1)	10 (9,3)		
Fikrim yok	66 (26,4)	36 (25,4)	30 (27,8)		

^aPearson Ki Kare Test

*p<0,05

Fakültelere göre “Aile Hekimliği Modelinde Zorunlu Olarak Sözleşmeli Çalışma Kaygı Vericidir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,015; p<0,05). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 30: Fakültelere göre “aile sağlığı elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile sağlığı elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	82 (32,8)	48 (33,8)	34 (31,5)	2,332	0,506
Kısmen katılıyorum	67 (26,8)	35 (24,6)	32 (29,6)		
Katılmıyorum	41 (16,4)	27 (19)	14 (13)		
Fikrim yok	60 (24)	32 (22,5)	28 (25,9)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekliliği Olumlu Olacaktır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 31: Fakültelere göre “ülkümüzde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Ülkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	124 (49,6)	76 (53,5)	48 (44,4)	6,016	0,111
Kısmen katılıyorum	56 (22,4)	30 (21,1)	26 (24,1)		
Katılmıyorum	20 (8)	14 (9,9)	6 (5,6)		
Fikrim yok	50 (20)	22 (15,5)	28 (25,9)		

^aPearson Ki Kare Test

^bFisher Freeman Halton Test

**p<0,01

*p<0,05

Fakültelere göre “Ülkemizde Aile Hekimliği Sisteminin Uygulanması Gereklidir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32: Fakültelere göre “aile hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	76 (30,4)	39 (27,5)	37 (34,3)	7,714	0,788
Kısmen katılıyorum	65 (26)	39 (27,5)	26 (24,1)		
Katılmıyorum	34 (13,6)	26 (18,3)	8 (7,4)		
Fikrim yok	75 (30)	38 (26,8)	37 (34,3)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Aile Hekimliği Sistemindeki Kayıtlı Kişi Sayısına Ve Sevk Oranına Göre Yapılan Ödemeler Etik Değerlerin Yitimi Açısından Endişe Vericidir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 33: Fakültelere göre “hastanelere ve aile hekimliği merkezlerine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Hastanelere ve Aile Hekimliği Merkezlerine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	81 (32,4)	46 (32,4)	35 (32,4)	3,721	0,293
Kısmen katılıyorum	68 (27,2)	36 (25,4)	32 (29,6)		
Katılmıyorum	40 (16)	28 (19,7)	12 (11,1)		
Fikrim yok	61 (24,4)	32 (22,5)	29 (26,9)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Hastanelere ve Aile Hekimliği Merkezlerine Başvurularda Alınan “Katılım Payı” Hastaların Hekime Başvurmalarını Olumsuz Etkiler” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Fakültelere göre “zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	94 (37,6)	56 (39,4)	38 (35,2)	1,715	0,634
Kısmen katılıyorum	70 (28)	42 (29,6)	28 (25,9)		
Katılmıyorum	20 (8)	10 (7)	10 (9,3)		
Fikrim yok	66 (26,4)	34 (23,9)	32 (29,6)		

^aPearson Ki Kare Test

Fakültelere göre “Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması İkinci Ve Üçüncü Basamaktaki Gereksiz Yığılmaları Önleyebilecek Bir Uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35: Fakültelere göre “Aile Hekimliği uygulamasında Aile Hekimi/ Aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isterim” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi/ aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isterim	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	119 (47,6)	64 (45,1)	55 (50,9)	11,703	^a 0,008**
Kısmen katılıyorum	53 (21,2)	36 (25,4)	17 (15,7)		
Katılmıyorum	33 (13,2)	24 (16,9)	9 (8,3)		
Fikrim yok	45 (18)	18 (12,7)	27 (25)		

^aPearson Ki Kare Test

** $p<0,01$

Fakültelere göre “Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı Olarak Çalışmak İsterim” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isterim diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Tablo 36: Fakültelere göre “tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^a p
Katılıyorum	125 (50)	73 (51,4)	52 (48,1)	8,405	0,038*
Kısmen katılıyorum	53 (21,2)	37 (26,1)	16 (14,8)		
Katılmıyorum	32 (12,8)	15 (10,6)	17 (15,7)		
Fikrim yok	40 (16)	17 (12)	23 (21,3)		

^aPearson Ki Kare Test

* $p < 0,05$

Fakültelere göre “Tıp Fakülteleri Ve Sağlık Yüksekokulu Kontenjanlarının Arttırması Ülkemizdeki Sağlık İnsan Gücünü Karşılamak İçin Yapılmış Olumlu Bir Uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,038$; $p < 0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde yüksektir

Tablo 37: Fakültelere göre “ilaçta %18 olan KDV oranının %8’e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

İlaçta %18 olan KDV Oranının %8’ e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^b p
Katılıyorum	148 (59,2)	90 (63,4)	58 (53,7)	4,133	0,261
Kısmen katılıyorum	38 (15,2)	22 (15,5)	16 (14,8)		
Katılmıyorum	11 (4,4)	4 (2,8)	7 (6,5)		
Fikrim yok	53 (21,2)	26 (18,3)	27 (25)		

^bFisher Freeman Halton Test

Fakültelere göre “İlaçta %18 Olan KDV Oranının %8’e Düşürülmesi Olumlu Bir Gelişmedir” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 38: Faktelere göre “tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtların değerlendirilmesi

Tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır	Total (n=250)	Sağlık Bilimleri Fakütesi (n=142)	SHMYO (n=108)	Test değeri	^b p
Katılıyorum	148 (59,2)	88 (62)	60 (55,6)	4,576	0,209
Kısmen katılıyorum	43 (17,2)	27 (19)	16 (14,8)		
Katılmıyorum	9 (3,6)	3 (2,1)	6 (5,6)		
Fikrim yok	50 (20)	24 (16,9)	26 (24,1)		

^bFisher Freeman Halton Test

Faktelere göre “Tüm Vatandaşların Sağlık Kayıtlarının Tek Bir Merkezde Toplanması, lkemizde Yapılacak Olan Analiz alışmalarında Sağlık Verilerine Erişimi Kolaylaştıracak Bir Uygulamadır” sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Sağlığın bir hak olması ve devlet tarafından korunması hükümetlere sorumluluk yüklemiştir. 1961 Anayasasında sağlık hizmetleri devletin sunması gereken bir hizmet olarak tanımlanırken, 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak görülüp kabul edilirken, 1982 Anayasasının 56. Maddesiyle devletin yükümlülüğünden çıkarılmıştır. (36).

Yapılan araştırmaya katılan öğrencilerinin %56,8'i Sağlık Bilimleri Fakültesi, %43,2'si Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisidir. Çalışmaya katılanların %33,2'si erkek, %66,8'i kız öğrencilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %59,2'si, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %48,1'i Sağlıkta Dönüşüm Programını duyduğunu belirtmiştir. Yapılan literatür taramasında Aile Hekimliği sistemi ile ilgili öğrenciler üzerinde yapılan (2010) Merve Aydın'ın çalışmasında Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programını, Tıp Fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek oranda duyduğu belirtilmiştir. Aksu ve arkadaşlarının (2006) Bir grup hekim ve Hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi isimli çalışmasında araştırmaya katılan hekimlerin %53,4'ünün, hemşirelerin %68,6'sının SDP hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (51).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda ise Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %42,9'unun derslerden, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin de %48,1'inin basın ve internetten bilgi edindiğini belirtmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi grubunda derslerden bilgi alma oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmamızda öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını araştırma durumları sorgulanmış, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %59,2'si, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %48,1'inin konuyu araştırdığını belirtmiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin daha yüksek oranda konuyu araştırması öğrencilerinin konu hakkında daha çok bilgi edinme gereksinimi içinde olduğunu gösterebilir.

Aile Hekimliği ile ilgili çalışmalar Düzce ilinde 2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile başlamıştır. Bu sistem içerisinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı görev yapmaktadır. Araştırmamızda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %95,8’i, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin ise %93,5’i aile hekimliği sistemini duyduğunu belirtmiştir. Yine Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %93,7’si, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %95,4’ü aile hekimlerinin kim olduğunu bildiğini belirtmiştir. Fakültelere göre aile hekimliği sistemini duyma ve aile hekimini bilme oranları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir.

Tedavi için başvuru yerleri sorusuna Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %44,4’ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin de %33,3’ü Aile Hekimin, tercih ettiğini belirtmiştir. Fakültelere göre tedavi için başvuru yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programının hangi kurum tarafından planladığı sorulmuş Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %83,1’inin Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin de %80,6’sının Sağlık Bakanlığı tarafından planlandığı belirtilmiştir, verdikleri yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca Fakülte öğrencilerinin %2,1’inin, Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin de %1,9’u Dünya Bankası cevabını vermiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından, istenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek planlanmıştır. Araştırmaya katılan Fakülte öğrencilerinin %59,7’si, Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %56,1’inin Sağlıkta Dönüşüm Programının mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmeyi amaçlanmıştır sorusuna cevapları evet olmuştur. Fakülte ve Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu na göre ikameti Türkiye’de olmayanlar, askerlik hizmetini yapanlar ve tutuklularla mahkumlar GSS kapsamı dışında tutulurken, “Türkiye’de sürekli ikamet eden T.C. vatandaşları, bunların (var ise) yabancı uyruklu eş ve çocuklarını, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancıları, Türkiye’nin onayladığı Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri kapsamında olan

kimseler ile sığınmacıları ve vatansızları, ayrıca eğitim gören çocuklar orta öğretimler için 20, yüksek öğretim için 25 yaşlarına kadar GSS kapsamında yer almıştır. Araştırmada Fakülte öğrencilerinin %20,4 Askerlik Hizmeti yapanlar, %46,5'i Yükseköğretim gören 25 yaşını aşmayanlar, %12,7'si Tutuklular ve mahkumlar, %40,1'i Ortaöğretim gören 20 yaşını aşmayanları GSS kapsamında tanımlamışken, Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %5,6'sı Askerlik Hizmeti yapanlar, %43,5'i Yükseköğretim gören 25 yaşını aşmayanlar, %3,7'si Tutuklular ve Mahkumlar, %31,5'i Ortaöğretim gören 20 yaşını aşmayanları GSS kapsamında tanımlamıştır” .

5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sigortası Kanunu” na göre Genel Sağlık Sigortası finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kurumca ödenecek bedellerini Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu belirler. Araştırmamızda Fakülte öğrencilerinin %42,3 ‘ü Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamamaktadır derken, Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %37,0 Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır demiştir. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin tamamını karşıladığı düşünülenlerin oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

Aile Hekimliği uygulamasında sözleşmeler gönüllük esasına dayanır. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 40,8'i, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %31,5'ine göre “Aile Hekimliği uygulamasında, Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalışacaktır” demiştir. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

52383 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu” na göre Aile Sağlığı Elemanı; Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu ifade eder.

Çalışmamızda öğrencilere kimlerin aile sağlığı elemanı olabileceği sorulmuş soruyu cevaplayan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %43,0'ı Ebe, %83,1'i Hemşire, %46,5'i Sağlık memuru, %19,0'ı Çevre Sağlığı, Röntgen ve Laboratuvar Teknisyeni, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %38,9'u Ebe, %68,5'i Hemşire, %52,8'i Sağlık memuru, %10,2'si Çevre Sağlığı, Röntgen ve Laboratuvar Teknisyeni cevabını vermiştir.

Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşmeli Şartları Hakkında Yönetmelikte “Aile Sağlığı Elemanları, Aile Hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır” olarak belirtilmiştir. Araştırmaya katılan Fakülte öğrencilerinin %47,2’si, sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %38,9’u Aile Sağlığı Elemanın çalışması için Aile Hekiminin uygun görmesi gerektiğini olumlu görmüştür. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde “Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak” vardır. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %53,2’si, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %50,9’u önermeyi doğru olarak tanımlamıştır. Verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri hala aktif olarak işlememektedir. (55) Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %28,9’u, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %37’si Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir olarak tanımlamıştır. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Aile Hekimliği Uygulamasında çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinin sorumluluğundadır. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %52,1’i, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %43,5’i çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini Aile Hekimliğinin bir parçası olarak tanımlamıştır. Verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık-Net Projesinde tanı tahlil ve tetkik bilgilerin hasta mahremiyeti göz önüne alınarak hekimler ve sağlık kurumlarının hastaya ait sağlık verilerine erişimi sağlanarak, vatandaşların hastanede daha kısa sürede daha iyi hizmet almasına olanak tanıyacaktır. Yine Sağlık Bakanlığı’nın hastanelerden elde edilecek verilerinden istatistiklere ulaşarak, bölge ve illerde hangi hastalıkların yaygın olduğu, ölüm oranlarının nerelerde yüksek

olduğu gibi birçok saptama yapabilmesini ve bu verilere göre düzenlemelere gidilmesine imkan verecektir. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %70,4'ü Vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir, %53,5'i Vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla ulaşabilir, %39,4'ü Vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir olarak tanımlarken, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %74,1'i Vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir, %46,3'ü Vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla ulaşabilir, %41,7'si Vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir olarak tanımlamıştır.

Belli şartlar taşıyan hastanelere verilen ‘‘Hizmet Kalite Belgesi’’ Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındadır. Çalışmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %42,3'ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %38,9'u Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen ‘‘Hizmet Kalite Belgesi’’ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir uygulaması olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %38,7'si, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %40,7'sine göre Ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır düşüncesine ne yönde katıldıkları sorulmuş Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %42,3'ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %46,3'ü katıldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Özel sağlık uygulamalarını teşvik ederek, sağlık uygulamalarını özel sektör lehine geliştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı her ne kadar 2003'te uygulamaya konulmuş olsa da, program aslında 1980'lerle birlikte benimsenen neo-liberal yapısal

dönüşüm politikalarının bir sonucudur.(56) Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir düşüncesine Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %43,7'si, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerini %38,9'u katılmaktadır. Verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Türkiye'nin sağlık sistemi kamu, özel ve gönüllü örgütlerden oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirirken koruyucu sağlık hizmeti vermektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Bakanlığın yanında diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf özel kişiler tarafından gerçekleştirmektedir(57). Araştırmamızda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %28,9'u, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %35,2'sinin Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiği yönündedir. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır($p=0,046$; $p<0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Araştırmamıza katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %23,2'si, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %25,9'u GSS sağlık finansmanı ile ilgili sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemeyen bir uygulama olduğu yönündedir. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çelikay ve Gümüş'ün (2011) "Eskişehir" de yaptığı araştırmaya göre, katılımcıların %68'i sağlık güvencesinin arttığını ve %62,2'si daha nitelikli sağlık hizmeti sunumu aldıklarını düşünmektedir. Katılımcıların en olumlu olarak gördükleri bir diğer alanda SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumlarının birleştirilmiş olması (%77,8) ve ilaçların istenilen eczaneden alınabilir olması (%77,8)' olmuştur. Aksu ve arkadaşlarının (2006) Bir grup Hekim ve Hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi isimli çalışmasında araştırmaya katılan hekimlerin %65,8'i GSS ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanacağını düşünmektedir (51).

Araştırmada Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından

olumlu bir gelişmedir düşüncesine araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %44,4'ü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %38'i katıldığını belirtmiştir. Yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Genel Sağlık Sigortalısı sayılanların hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde en az 90 gün prim ödemiş olması gerekmektedir (42). Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %35,2'sinin, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %32,4'ünün Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın 'hak' olduğu düşüncesine ters olduğu yönündedir. Yine Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %37,3'ünün, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %40,7'sinin Hekimin hastaya bakabilmesi için "kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı" mesleki bağımsızlığını olumsuz etkileyen bir durumdur yönündedir. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı 2007 yılında "ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyet, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin bir biçimde sunulması amacıyla sunulmuş" 2010 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu'na gönderilmiştir (13). Araştırmamızda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %33,8'inin, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %47,2'sinin Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim-hasta ilişkisi tüccar-müşteri ilişkisine dönüştüreceği yönündedir. Yanıtlar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimi ya da Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışacak kişilerin sözleşme ile çalıştırılacağı yer almaktadır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %28,2'si Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı verici bulurken, %32,4'ünün kısmen katıldığını belirtmiştir. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %44,4'ünün Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı verici bulmuştur. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu na göre “ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde, ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, ilişme, iyileştirme araç ve gereçlerinde, ayaktan tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetlerinde katılım payı alınacaktır”. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %32,4’ünün, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin de %32,4’ünün Hastanelere ve Aile Hekimlerine başvurularında alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir. Verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kurumların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli personel çalıştırılması öngörülmüştür. Kanuna göre; “bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personeli bu hizmetler için görevlendirebilecektir”. Araştırma sonuçlarına göre, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %45,1’inin, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %50,9’unun Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak istiyordur. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak isterim diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür. Aydın’ın yaptığı çalışmada Tıp Fakültesi okuyan öğrencilerin Aile Sağlığı Hekimi olarak çalışmak isteyenler %27,6, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerin %50,8’inin Aile Hekimi Elemanı olarak çalışmak istediği bulunmuştur. Dereli ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik 4.sınıf öğrencilerinin aile hekimliği ile görüşleri isimli çalışmasında da aile hekimliğinde çalışmak istemeyenlerin oranı %82,5’nin bulunmuştur.

“Bakanlık, sağlık insan gücü yetersizliği sebebiyle kontenjanların artırılmasını talep edip ve YÖK 2008 tarihinde Tıp Fakültesi öğrencilerinin kontenjanlarını %30, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanlarını %15 artırmıştır”. Araştırmaya katılan öğrencilerin Sağlık Bilimleri Fakültesinin %51,4’ünün, Sağlık Meslek Yüksekokulunun %48,1’inin; Tıp Fakülteleri ve Sağlık Meslek Yüksekokulu kontenjanlarının artırılması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için olumlu bir gelişme olarak görürken, %26,1.2inin kısmen katıldığı, %10,6’sını olumsuz bulduğu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin ise %48,1’i Tıp Fakülteleri ve Sağlık Meslek Yüksekokulu kontenjanlarının artırılması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için olumlu bir gelişme olarak görürken, %14,8’i kısmen katıldığını, %15,7’si

olumsuz bulmuştur. Öğrencilerin verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde yüksektir.

2004 tarihli “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar ile ilaçların fiyatlandırılmasında beş AB ülkesinin fiyatları baz alınarak fiyatlandırma işlemi gerçekleştirilmeye başlanmasıyla beraber, yaklaşık 100 ilaçta %1 ila %80 arasında değişen indirimler elde edilmiş, ilaçta %18 olan KDV oranı %8’e düşürülmüştür”. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %63,4’ünün, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %53,7’si ilaçta %18 olan KDV oranının %8’e düşürülmesini olumlu bir gelişme olarak belirtmiştir. Verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık-net uygulaması Bakanlığın “bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında etkin ve verimli bir şekilde kullanımını sağlayarak, erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılabilir, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin sağlıkla ilgili güncel ve doğru bilgiler ile kendi bilgilerine erişebildiği, doğum ile başlayıp tüm yaşam süresince oluşan sağlıkla ilgili verilerin tüm ülkeyi kapsayacak sağlık özel ağı üzerinden paylaşılmasını amaçlamıştır”. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %62’sinin, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %55,6’sının tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Değişen sağlık politikaları halkın ve sağlık çalışanlarının katılımıyla daha verimli uygulanabilir. Bu nedenle sağlık sektörünün çalışanları olması beklenen Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin güncel mevzuat değişikliklerine hakim olması beklenmektedir.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşüncelerini karşılaştırmak ve belirlemek amacıyla 01.05.2016-30.06.2016 tarihleri arasında yaptığımız çalışmaya 250 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi düzeyleri toplam 46 ifadeye verdikleri cevaplar ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeyleri Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine oranla daha yüksek bulunmuştur. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Demografik özelliklerin değerlendirme sonuçlarına göre;

Öğrencilerin %56,8'ini Sağlık Bilimleri Fakültesi, %43,2'sini Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencileri oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sadece %54,4'ü Sağlıkta Dönüşüm Programını duyduğunu belirtmiştir. Bu oranın düşüklüğü dikkat çekiciyken, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerine oranla, Sağlıkta Dönüşüm Programını duymuş olmaları Aydın'ın (2010) çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Aksu ve arkadaşlarının (2006) Bir grup hekim ve hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi isimli çalışmasında araştırmaya katılan hekimlerin %53,4'nün, hemşirelerin %68,6'sının SDP hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma ve SDP araştırma oranları ve Aile Hekimini duyma ve Aile Hekimini bilme durumları arasında fark tespit edilmemiştir. Bu da bize sağlık hizmeti sunumunun birinci basamağında yer alan Aile Hekimliği sistemine öğrencilerin hizmet için başvurarak bilgi sahibi olduklarını düşündürmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi edinme yolları incelendiğinde Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğu bilgiyi derslerden elde ettiğini belirtirken, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin büyük bir kısmı bilgi edinme yollarını basın ve internet olarak belirtmiştir. Bu sonuç Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin müfredatlarında SDP ile ilgili eğitim verilen derslerin yer aldığını düşündürmektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı hangi kurum tarafından planlanmıştır?” sorusuna her iki grupta yüksek oranda “Sağlık Bakanlığı” cevabını vermiştir.

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri daha yüksek oranda ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı, röntgen ve laboratuvar teknisyeninin Aile Sağlığı Elemanı olabileceğini belirtmiştir. Ayrıca Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu arasında aile sağlığı elemanı hemşire olabilir diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesinde bu oran anlamlı düzeyde yüksektir. Bu sonuç fakülte öğrencilerinin SDP Aile Hekimliği sistemi hakkında daha fazla bilgilerinin olduğunu desteklemektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi düzeylerine ait sonuçlar şu şekilde değerlendirilebilir;

“Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır” ifadesine iki grubun da cevaplarının daha yüksek oranda evet olması, öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında olumlu düşündüklerini göstermektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin daha yüksek oranda “Genel Sağlık Sigortasının sağlık bedelinin tamamını karşılamaktadır” ifadesinin evet olarak değerlendirmeleri, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yeni sağlık sistemi hakkında bilgi eksikliğini göstermektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir. Çelikay ve Gümüş’ün (2011) “Eskişehir” de yaptığı araştırmaya göre de katılımcıların %68’i sağlık güvencesinin arttığını ve %62,2’si daha nitelikli sağlık hizmeti sunumu aldıklarını ifade etmişlerdir. Çelikay ve Gümüş’ün (2011) çalışmaları da toplumun SDP ile ilgi bilgi eksikliklerini göstermektedir. Aksu ve arkadaşlarının (2006) Bir grup hekim ve Hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi

isimli çalışmasında araştırmaya katılan hekimlerin %65.8'i GSS ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanacağını düşünmektedir.

“Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşmeli çalıştırılacaktır”, “Aile sağlık elemanının aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir” ve “Aile sağlığı elemanının görevleri arasında sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunun sağlamak vardır” ifadelerinin değerlendirilmesinde anlamlı farkın olmaması, sağlık sunumu aldıkları birinci basamak sağlık sunucularıyla sağlık hizmeti sunumunda birinci basamakta karşılaştıklarını ve tecrübe ederek bilgi edindiklerini düşündürmektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zincirinin aktif olarak işlemektedir” ifadesine öğrencilerin büyük kısmı fikrim yok diye cevaplarırken kalan kısmın aktif olarak işlediğini değerlendirilmesi bilgi eksikliklerini göstermektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere Hizmet Kalitesi Belgesi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir uygulamasıdır” ifadesi ve “Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihaz standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır” ifadesine öğrencilerin verdikleri benzer cevapları bize bu iki soruya öğrencilerin mantık yürüterek cevap verdiklerini düşündürmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili düşüncelere ait sonuçlar şu şekilde değerlendirilebilir;

İki öğrenci grubunun da “Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir” ifadelerine katılmaları SDP' na olumlu baktıklarını göstermektedir.

“Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiği gösterir” ifadesine Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşük çıkmasının sonucu, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin bilgi eksikliklerini göstermektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmamıza katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin “GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez” ifadesine katılmaları öğrencilerin bilgi eksikliklerini göstermektedir.

Araştırmada “Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” ifadesine Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin benzer oranlarda katılması, öğrencilerin SDP’ nın ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesini olumlu bulduklarını göstermektedir.

“Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunu bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters düşer” ve “Hekimin hastaya bakabilmesi için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler” ifadelerine öğrenciler benzer oranda katılmışlardır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim-hasta ilişkisini tüccar-müşteri ilişkisine dönüştürür” ifadesine verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri arasında katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

“Aile hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir” ifadesine öğrencilerin verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşüktür. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

“Aile sağlığı elemanın aile hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır” ve “Ülkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir” ifadelerine öğrenciler benzer ve yüksek oranda katılmışlardır.

“Aile hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir” ifadesine öğrenciler benzer oranda katılmışlardır.

Araştırma sonuçlarına göre, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %45,1'i, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %50,9'unun Aile sağlığı elemanı olarak çalışmak istiyor. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Aile hekimliğinde çalışmak isteme düzeyleri düşük bulunmuştur. H1 hipotezi kabul edilmiştir. Dereli ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik 4.sınıf öğrencilerinin aile hekimliği ile görüşleri isimli çalışmasında da aile hekimliğinde çalışmak istemeyenlerin oranı %82.5 bulunmuştur.

“Hastanelere ve aile hekimliği merkezlerine başvurularda alınan katılım payı hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler” ifadesine iki öğrenci grubunun da benzer oranda katılmaları soruyu anlayarak cevapladıklarını göstermektedir.

“Zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır” ifadesine iki öğrenci grubu da katıldıklarını belirtmiştir.

“Aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı olarak çalışmak isterim” ifadesine verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve SBF öğrencileri arasında çalışmak isterim diyenlerin oranı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu da fakülte öğrencilerinin aile hekimliği sistemini kendileri açısından çalışılabilir bulmadıklarını düşündürmektedir. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

“Tıp Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulu kontenjanlarının artırılması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır” ifadesine verilen yanıtlarda Sağlık Bilimleri Fakültesinde katılıyorum diyenlerin oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. H1 hipotezi kabul edilmiştir.

“İlaçta %18 olan KDV oranının %8'e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir” ifadesine araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %63,4'ünün, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin %53,7'si olumlu bir gelişme olarak belirtmiştir.

“Tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır” ifadesi iki öğrenci grubu da yüksek oranda “katılıyorum” cevabı vermiştir.

Öneriler

Değişen sağlık politikaları halkın ve sağlık çalışanlarının katılımıyla daha verimli uygulanabilir. Bu nedenle sağlık sektörünün çalışanları olması beklenen Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin güncel mevzuat değişikliklerine hakim olması beklenmektedir. Ancak araştırma sonucunda öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma oranları sadece %54,4 olarak bulunmuştur. Bu nedenle öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını da içeren mevzuatla ilgili eğitim almaları gerekmektedir.

Eğitim programlarının son gelişmelere bağlı olarak içerikleri yeniden düzenlenerek, öğrencilerin çalışacakları sağlık sistemine daha kolay adapte olmaları ve kendi çalışma ortamlarına ait kişisel bakış açılarının gelişmesine katkıda bulunması gerçekleştirilerek, geleceğimizin sağlık çalışanlarının bilgili, bilinçli, sorgulayan ve üreten birer sağlık çalışanlarına dönüşebilmeleri sağlanabilir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin var olan bilgileri ışığında Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bileşeni olan Aile Hekimliği sisteminde yer almak istememelerinin nedenleri araştırılabilir.

Bu araştırmada Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. İlerde yapılacak araştırmalarda farklı bölümler ve programlar baz alınarak yani Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümleri ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Programlarının karşılaştırılması ile kendi arasındaki farklılıklar ve nedenler ortaya konabilir.

İleride yapılacak araştırma kapsamında çalışmakta olan sağlık insan gücü üzerinde geniş bir örneklem ile çalışanların farkındalık düzeyleri belirlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Karar, Ş. *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.3-44
2. Bıyık, E. *Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi (Ankara İli Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma)*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara.3-12
3. Tekin, B. *Sağlık Hizmetlerine Etkin Yönetim*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul.7-8
4. Akın, C. *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana.5-6
5. Demirel, A. *Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.3-4
6. Şimşek, Z. “Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12 (3):343-358
7. Sevgen, S. *Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini: Adana İli Hastane Uygulaması*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara.7-8
8. Öztürk, F. *Sağlık Kuruluşlarında Geri Ödeme Yöntemleri ve Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulanan Laparoskopik Ameliyatların Hizmet Maliyetlerinin Belirlenerek Sut Fiyatlarıyla Karşılaştırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir.7-8

9. Küçükmadan, E. *Marka, Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma ve Marka Sadakati*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 20015, İstanbul.34-35
10. Sönmez, D. *Sağlık Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2012, Isparta.12-42
11. Erdoğan, H. *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul. 12-122-134.
12. Çezik, F. *Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Özel Forum Yaşam Hastanesi)*, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul.18-19
13. Erdemir, A. *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 20015, İstanbul.35-36
14. Orhan, F. *Sağlık Hizmetlerinde Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara.51-52
15. Cıvdı, D. *Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Hastane Uygulaması*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara.12-13
16. Er, Ü. *Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara.21-22

17. Top, H. *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.43-44
18. Çamcı, M. *Sağlık Yönetimi*, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, Mersin.3
19. Gavaz, N. *Türkiye’de Ki Sağlık Yönetiminde Hemşirelik Mesleğinin Durumu ve Geleceğinin Analizi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul.32-26
20. Aydın, M. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri*, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, Trabzon.16-4
21. Soysal, A. , Yağar F. “Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma”, *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 12 (2).
22. Günaydın, A. *Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul.15
23. Çakıcı, S. *Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması*, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, Sivas. 8-14-23-24-25-26
24. Arı, E. *Uluslararası ve Ulusal Sağlık Sistemlerinde Yerel Yönetimlerin Yeri*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.
25. Demirci, B. “Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı Nasıl Bir Sistem Getiriyor”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (30) 2015, 122-135.

26. Dericioğulları, A. *Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, Isparta.126-132-147-148-158
27. Kocakoç, N. *Sağlıkta Dönüşüm Programının, Salık Hizmetleri Kalitesine ve Çalışanların Performansları Üzerine Etkileri*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık kuruları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara.25-27
28. Ersöz, D. *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, Balıkesir.82-83
29. Resmi Gazete, (2015), Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Sayı:29258, <http://www.resmigazete.gov.tr>, Erişim: 13.09.2017
30. Avşar, N. *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşleme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul.37-51
31. Pekşen. E. *Kamu Yönetimi Reformu Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2012, Antalya. 74-75
32. Dağ, C. *Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Seçilmiş Bazı Ülke Sistemleri İle Karşılaştırmalı Analizi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2013, İstanbul.179-180
33. Kaya, S. *5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasından Doğabilecek Muhtemel Sorunlar*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Eko. Ve İliş. Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, Bursa.119-120

34. Köprücü, Y. *Hane Halkının Genel Sağlık Sigortasından Yararlana bilirliği*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir.
35. Bostan, S. *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi*, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2009, Trabzon. 38
36. Üneş, Y. *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılan Uygulamaların Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi (Ayvalık Devlet Hastanesi ve Edremit Devlet Hastanesi Örneği)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013.
37. Eke, E. *Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2014, Isparta. 153
38. Yavuz, M. “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Toplum Sağlığına Etkileri”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2015, 30,2.
39. Kılıç, E. *Kayseri İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin ve Aile Reislerinin Hekim Seçimi Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2009, Kayseri.51-52
40. Çevik, C. *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2013, İzmir, 3-4
41. Boysan, Y. *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Aile Hekimlerinin Yaşadığı Problemler ve İş Tatmin Düzeyleri: Bursa Alan Araştırması*, Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, Yalova, 35
42. Resmi Gazete, (2004), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Sayı:25867, <http://www.resmigazete.gov.tr>, Erişim: 13.09.2017

43. Özdemir, A. *Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis Örneği*, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2012, Denizli.63-64
44. Aykır, E. *2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.
45. Kart, E. “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2013, 3.
46. Ergun. C. Ve Dericioğulları Ergun A. “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 2010, 4 (8-9-10), 33-34.
47. Yüksel. N. *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 20013 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 205, İstanbul. 23
48. Karakuş, F. *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.30-31
49. Özmen, S. *Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstrileşme İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, Bursa.
50. Önder, B. *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*, Adnan Menderes Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013, Aydın.143-144

51. Aksu, A. , Atay, E. , Karagöz, B. , Körükçü, Ö. , Özmeri, G. “Bir grup hekim ve hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi”, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2007, 60
52. Dereli, F. , Günger, G. Subaşı, M. Tümer, A. “Hemşirelik bölümü 4.sınıf öğrencilerinin aile hekimliği ile ilgili görüşleri”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014, 107



EKLER

EK 1

09/12/2015-E.5179



T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

REKTÖRLÜK

Sayı : 60560713-044/
Konu : Anket İzni

Sayın Öğr.Gör. Ayfer KAYA

İlgi : 04.12.2015 tarihli, 67677119-044/5098 sayılı yazınız.

Üniversitemiz öğrencilerine uygulamak istediğiniz "Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri" adlı yüksek lisans çalışmanız kapsamındaki anket uygulama talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. K.Nevzat TARHAN
Rektör

EK 2

OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı
Hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri

Değerli Öğrenciler,

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri başlıklı yüksek lisans çalışmamda katılımınız için sizlere teşekkür ederim.

Ayfer KAYA

Yaşınız:..... Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Okuduğunuz bölüm:

Enstitü.....

Yüksekokul.....

Meslek Yüksekokulu.....

Annenizin eğitim durumu: okuryazar değil () okuryazar () ilkokul mezunu ()
ortaokul mezunu () lise mezunu () üniversite mezunu ()

Babanızın eğitim durumu: okuryazar değil () okuryazar () ilkokul mezunu ()
ortaokul mezunu () lise mezunu () üniversite mezunu ()

Annenizin mesleği:.....

Babanızın mesleği:.....

İkamet yeri niteliğiniz: Evde ailemle () Evde arkadaşlarımla () Ede yalnız () Yurtta ()

Diğer(belirtiniz).....

Sağlık probleminiz olduğunda tedavi için ilk olarak hangi kurumu tercih edersiniz?

Aile Hekimi () Kamu Hastanesi () Özel Hastane () Üniversite Hastanesi ()

Diğer(belirtiniz).....

Mezun olduktan sonra mesleğinizi yapmayı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

Kararsızım ()

Sağlıkta Dönüşüm Programını duydunuz mu? Evet () Hayır ()

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgiyi nereden aldınız? Ailemden ()

Derslerden () Basın ve İnternet yoluyla () Seminerlerden ()

Diğer(belirtiniz).....

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ilgili bilgi edinme amacıyla araştırma yaptınız mı?

Evet () Hayır ()

Aile Hekimliği sistemini duydunuz mu? Evet () Hayır ()

Aile Hekiminizi biliyor musunuz? Evet () Hayır ()

(Aşağıdaki sorularla ilgili olarak birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Sağlıkta Dönüşüm Programı hangi kurum tarafından planlanmıştır? Sağlık Bakanlığı ()

Başbakanlık () Dünya Bankası () Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD)
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ()

Genel Sağlık Sigortası ile kimler kapsam altına alınmıştır?

Askerlik Hizmetini Yapanlar () Yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar ()

Tutuklular ve Mahkumlar () Ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanlar ()

Kimler Aile Sağlığı elemanı olabilir? Ebe () Hemşire () Sağlık memuru () Çevre Sağlığı Teknisyeni () Röntgen Teknisyeni () Laboratuvar Teknisyeni ()

Sağlık-net uygulaması;

Vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir ()

Vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir ()

Vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik ilkeleri çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir ()

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI” ile ilgili aşağıdaki bilgiler hakkında kendi durumunuza uygun olanı işaretleyiniz

	Evet	Hayır	Bilgim Yok
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır.			
Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır.			
Aile Hekimliği uygulamasında; Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır.			
Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir.			
Aile Sağlığı elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır.			
Çevre Sağlığına Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği uygulamasının bir parçasıdır.			
Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir.			
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “ Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır.			
Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır.			

	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
Sağlıkta Dönüşüm programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır.				
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir.				
Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir.				
GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez.				
Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, Kamu hastaneleriyle Özel Sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir.				
Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters düşer.				
Hekimin hastaya bakabilmesi için “ kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler.				
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim-hasta ilişkisini tüccar-müşteri ilişkisine dönüştürür.				
Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak, sözleşmeli çalışma kaygı vericidir.				
Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır.				
Ülkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir.				
Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir.				
Hastanelere ve Aile Hekimliği merkezine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurularını olumsuz etkiler.				
Zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır.				
Aile Hekimliği uygulamasında Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak isterim.				
Tıp fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulları kontenjanlarının artırılması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır.				
İlaçta %18 olan KDV oranının %8'e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir.				
Tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır.				

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI” hakkında aşağıdaki düşüncelerle ilgili sizce uygun olanı işaretleyiniz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bunların dışında düşüncelerinizi belirtebilirsiniz:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ