

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK
PERSONELİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
(İZMİR İLİ KONAK İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Filiz UYSAL

İSTANBUL, 2014

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK
PERSONELİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
(İZMİR İLİ KONAK İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Filiz UYSAL

Öğrenci No:
110746577

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği)” başlıklı çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 15/11/2014

(İmza)

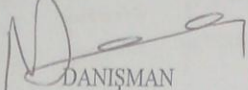
FİLİZ UYSAL

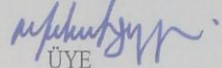
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

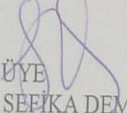
15.11.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746577 numaralı *Filiz UYSAL*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.10.2014 tarih ve 2014/30 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince 50 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~ayrıklık/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR.NEVZAT DEVEBAKAN


ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ŞEFAKA DEMİRKAN

*Varlığını her zaman yanımda hissettiğim babam Kemal
KÖSEOĞLU'na ithafen ...*

Adı ve Soyadı: Filiz UYSAL

Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

Türü ve Tarihi: Yüksek Lisans Tezi /2014

Alanı: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlık Personeli

ÖZ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK PERSONELİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (İZMİR İLİ KONAK İLÇESİ ÖRNEĞİ)

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sektöründe köklü değişiklikler yaşanmış olup süreç halen devam etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, hizmet sunumundan finansmanına, sağlık personeli istihdam biçimlerinden yönetsel yapıya kadar sistemi bütünüyle değiştirmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda da, 1961 yılında Sosyalizasyon Yasası ile kurulmuş olan sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olması da yaşanan bu değişimlerden biridir. 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapılarak 2010 yılı sonunda bütün iller uygulamaya dâhil edilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunum ve kapsamında değişiklikler yapılırken; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde yer alan sağlık personelinin de çalışma koşulları değiştirilmiş ve sağlık personeli sözleşmeli statüde görev yapmaya başlamıştır.

Çalışmanın temel konusunu, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün ortaya konulması ve bu doğrultuda aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin, uygulamaya yönelik görüşleri, bakış açıları, çalışma koşulları ve çalışma süreçlerinin değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini, İzmir ili Konak ilçesinde aile sağlığı

merkezlerinde çalışan 248 sağlık personeli oluşturmaktadır. Söz konusu evrenden 165 çalışan araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında “Sağlık alışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasını Değerlendirme” leği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Name and Surname: Filiz UYSAL

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Nevzat DEVEBAKAN

Degree and Date: Master Degree/2014

Major: Hospital and Health Care Organization's Management

Key words: Family Medicine Practice, Health Care Workers

ABSTRACT

THE ASSESSMENT OF FAMILY MEDICINE PRACTICE BY HEALTH CARE STAFF (SAMPLE FOR THE DISTRICT OF KONAK IN THE PROVINCE OF IZMIR)

Health sector has radically been transformed by means of Health Transformation Program which was implemented in 2003, and this process is still in progress. Health Transformation Program completely changes it from service delivery to finance as well as from ways of employing health care staff to administrative structure. One of the changes is Family Medicine Practice, which was put into effect with a view to delivering primary health care service, instead of community clinic system, which was practised as a result of the Socialization Law of 1961. Family Medicine System which was implemented as a pilot project in Düzce in 2005 gradually came into effect and at the end of 2010 all the cities of Turkey were included in the project. Along with the fact that primary health care delivery and its extension became modified as a result of Family Health Practice, the working conditions of health care staff in the process of primary health care delivery have been modified and health care staff have begun to work on contract.

The purpose of this study is to determine the transformation in primary health care service as a result of Family Medicine Practice and to assess the working

conditions of health care staff serving in Family Medicine Practice as well as their point of view of Family Medicine Practice and the working process. The research consists of 248 health care staff who have been working in family health centers in the district of Konak in the city of İzmir. 165 health care staff were included in the research. The Assessment of Family Medicine Practice by Health Care Staff scale was used to gather data for the research. The data collected in the research were analysed by using SPSS.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	iii
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI VE DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

1. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI	6
2.AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ ve ÖNEMİ	9
3.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ve AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	12
4. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER	15
4.1. İngiltere.....	18
4.2. İsveç.....	20
4.3. Romanya.....	22
4.4. Küba.....	23
4.5. Almanya.....	25

4.6. Hollanda.....	26
4.7. Litvanya	27
4.8. ABD.....	28

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

1.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASI.....	30
1.1.Sağlık Ocağı	32
1.2.Sağlık Evi	32
1.3.Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri	33
1.4.Verem Savaş Dispanseri	35
1.5.224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Uygulanmasında Yaşanan Sorunlar	36
2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	38
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri	40
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Yaşanan Değişimler	41
3.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİŞ	47
3.1.Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Yasal Düzenlemeler	50
3.2. Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Uygulaması	56
3.3. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği Uygulaması ve Gezici Sağlık Hizmeti ...	58
4.AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLAR.	59
4.1.Toplum Sağlığı Merkezi	60
4.2.Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi	62

5.TÜRKİYE İLE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI OLAN ÜLKELERİN KARŞILAŞTIRILMASI	65
---	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK PERSONELİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (İZMİR İLİ KONAK İLÇESİ ÖRNEĞİ)

1.KATILIMCILARIN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	72
1.1.Cinsiyet ve Yaş	72
1.2.Meslek Grubu	73
1.3.Eğitim Düzeyi	74
1.4. Meslekte Çalışma Yılı	75
1. 5. Kadro Durumu ve Kayıtlı Nüfus Sayısı	79
2.KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ.....	80
2.1. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüşler	80
2.2.Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Bireysel Performansına İlişkin Görüşler	84
2.3.Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesine İlişkin Görüşler	87
2.4. Katılımcıların Diğer Değerlendirmeleri	88
SONUÇ	91
KAYNAKÇA	96
ÖZGEÇMİŞ	105
TEŞEKKÜR	106

EKLER	107
Ek-1:Güvenilirlik Analizi.....	107
Ek-2:Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasını Değerlendirme Ölçeği.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	36
Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı	45
Tablo 3. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı	64
Tablo 4. Cinsiyet ve Yaş	72
Tablo 5. Meslek Grubu	73
Tablo 6. Eğitim Düzeyi	74
Tablo 7. Meslekte Çalışma Yılı	75
Tablo 8. Kadro Durumu ve Kayıtlı Nüfus Sayısı.....	79
Tablo 9. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüşler	81
Tablo10. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Koşulları ve Bireysel Performansı	85
Tablo 11. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Ülkelere Göre Aile Hekimliği Birimlerinin Hizmet Verdiği Nüfus Sayıları .70

Şekil 2. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Süreniz? 77

Şekil 3. Aile Hekimliği Uygulamasını İsteyerek mi Seçtiniz? 78

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AÜ	: Ankara Üniversitesi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
BSE	: Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü
C.	: Cilt
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DB	: Dünya Bankası
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
IMF	: Uluslararası Para Fonu
MARUN	: Marmara Üniversitesi
NHS	: Ulusal Sağlık Servisi
PDC	: Personel Dağılım Cetveli

S.	: Sayı
s.	: Sayfa
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
ÜSEM	: Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi
ÜSBEM	: Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi
TBC	: Tüberküloz
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UEMO	: Avrupa Genel Pratisyenler Birliği
WONCA	: Dünya Aile Hekimliği Birliği
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YUT	: Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
YYLP	:Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Türkiye’de, 2003 yılında hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunum şeklinde değişiklik yapılarak sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır. Çalışmanın temel konusunu, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün ortaya konulması ve bu doğrultuda 2007 yılında İzmir’de uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin, aile hekimliği uygulamasına bakış açıları ve çalışma süreçlerinin değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Yapılan araştırma ile aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin, (hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, ATT) aile hekimliği uygulamasına bakışları, çalışma koşulları ve uygulama hakkındaki düşüncelerine ilişkin bir değerlendirme yapılmıştır.

-**Çalışmanın Amacı:** Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesinde ve sonrasında şüphesiz ki en çok emek sağlık çalışanlarına aittir. Sağlık hizmetleri sunumunda temel unsur sağlık çalışanları olmasına rağmen aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin görüş ve önerilerini ortaya koymayı hedefleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmanın temel amacı, aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin, aile hekimliği uygulaması ile ilgili görüşlerini ortaya koymaktır. Aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık çalışanlarının (hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, ATT) aile hekimliği uygulamasına bakış açıları, çalışma koşulları ve uygulama hakkındaki düşünceleri çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

- **Çalışmanın Önemi:** Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda, 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile kurulmuş olan sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunum ve kapsamında değişiklikler yapılırken; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum

sürecinde yer alan sağlık personelinin de çalışma koşulları değiştirilmiş, sağlık personeli sözleşmeli statüde görev yapmaya başlamıştır. Bu değişim süreci, sağlık alışanlarında belirsizliklerin yaşanmasına neden olmuştur.

Aile hekimliği uygulamasının temel unsuru olan sağlık çalışanlarının, uygulamaya bakış açıları, çalışma koşulları ve görüşleri, uygulamanın olumlu ve olumsuz yönlerinin ortaya çıkarılması açısından önem taşımaktadır. Aile hekimliği uygulamasının çalışanlar açısından değerlendirilmesi, uygulama kapsamında oluşabilecek bazı problemlerin, olası risklerin ve bunlara ilişkin düzeltmelerin ortaya çıkarılması adına önemlidir. Çalışmada analiz yapılacak olan evren üzerinden edinilecek bulgular ile bu bulguların genele yorulması ile ortaya konacak bilgilerin değerlendirilmesi, aile hekimliği uygulamasının amacına ulaşması açısından kayda değerdir.

- **Çalışmanın Planı:**  bölümden oluşan çalışmanın birinci bölümünde, aile hekimliği kavramı, aile hekimliğinin temel özellikleri ve önemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasının yeri ile aile hekimliği uygulamasını uygulayan seçilen ülke örnekleri incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; Türkiye’de aile hekimliği uygulaması öncesi birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı, aile hekimliği uygulamasına geçiş aşaması, aile hekimliği uygulaması ile ilgili yasal düzenlemeler, kırsal kesimde aile hekimliği uygulaması ve gezici hizmetlerin nasıl gerçekleştirildiği, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar kaynak taraması yapılarak mevcut durum ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca, seçilen ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarının Türkiye’deki aile hekimliği uygulaması ile karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Çalışmanın nc bölümünde ise İzmir ili Konak ilçesinde aile hekimliği uygulamasının sağlık personeli tarafından değerlendirilmesine yönelik alan araştırmasına yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan metot ve teknikler ile ilgili detaylı bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Çalışmanın birinci ve ikinci bölümlerinde konu ile ilgili kaynak taraması yapıldıktan sonra elde edilen bilgilerin doğrudan aktarması, özetlenmesi ve yorumlanması yapılmıştır.

Üçüncü bölümde ise; İzmir ili Konak ilçesinde yapılan anket çalışmasına dair bilgiler ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında "Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması'nı Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek soruları konu ile ilgili literatür göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin güvenilirliği için güvenilirlik analizi yapılmış olup cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır.

Oluşturulan anket formunda 13 tanesi aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşler boyutuna, 10 tanesi aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin çalışma koşulları ve bireysel performansına ilişkin boyutuna, 5 tanesi ise genel olarak aile hekimliği uygulamasının değerlendirilmesi boyutuna ait olmak üzere 28 adet soru bulunmaktadır. Sorularda 5'li likert ölçeği kullanılmıştır. Bu soruların katılımcılar tarafından;1:Kesinlikle Katılmıyorum,5:Kesinlikle Katılıyorum aralığında beşli skalada değerlendirmeleri istenmiştir. Bu sorulara ek olarak 10 adet sosyo - demografik soru bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini, İzmir ili Konak ilçesindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Konak Toplum Sağlığı Merkezi'nden alınan bilgilere göre; 29 aile sağlığı merkezinde 124 aile hekimliği birimi bulunmaktadır ve 248 sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe ve ATT) görev yapmaktadır. Çalışmada, ilgili evrenden basit tesadüfî örneklem metodu ile örneklem oluşturulmuştur. Belirtilen evreni temsil edebilecek örneklem sayısı %95 güven düzeyi ve 0.05 önem düzeyinde 151 olarak tespit edilmiştir.

Olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak, evreni temsil edecek örneklem sayısının üstünde, 180 adet soru formu oluşturulmuştur. Verilerin toplanmasından sonra 15 adet soru formunun, belirli nedenlerle (eksik soru

cevaplama, güvenilir olmayan bilgi verme vb.) çalışma dışında bırakılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda 165 kişilik örneklem ile çalışma analizleri gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler ise SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Soru analizlerinin sınıflandırılması; tanımsal istatistiklerin ortaya konulması ve sorulara ilişkin ortalama katılım düzeyinin belirlenmesinden oluşmaktadır. Tanımsal istatistikler kısmında, örneklemde yer alan kişi sayısı ve yüzdeleri ortaya konulmaktadır. İfadelere katılım düzeyi ortalamalar ve medyan değerleri ile belirlenmiştir.

- **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Çalışmanın, aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşlerin yalnızca sağlık personelinin kapsamı, kısıtlama getiren öğelerden biridir. Anket uygulama esnasında aile sağlığı merkezlerine ulaşım, uzaklık ve çalışanların iş yoğunluğu nedeniyle zaman ayırmaları konularında zorluklar yaşanmıştır. Bu kısıtlar nedeniyle araştırma Konak ilçesi ile sınırlandırılmıştır.

- **Çalışmanın Varsayımları:** Çalışmanın varsayımları belirlenirken çalışmanın konusu ve amacına uygun sorgulamalar içermelerine dikkat edilmiştir. Çalışmanın en önemli varsayımlarından ve aynı zamanda veri toplama metodu olarak kullanılan anket metodunun da varsayımı; ankete katılan kişilerin verdikleri cevaplarda samimi değerlendirmelerde bulunmuş olmalarıdır. Çalışmanın varsayımları aşağıda belirtilmiştir.

-Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında başlatılan aile hekimliği uygulaması ile etkili ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti sunulması sağlanmıştır.

- Aile hekimliği uygulaması ile aile sağlığı merkezlerinin fiziksel koşulları iyileştirilmiştir.

- Aile hekimliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının iş yükü azalmıştır.

- Aile hekimliği uygulaması ile sağlık personelinin unvanlarının (ebe, hemşire, sağlık memuru vb.) "Aile Sağlığı Elemanı" olarak tanımlanması uygun olmuştur.

- Aile hekimliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının ücretlerinde iyileştirme sağlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINI UYGULAYAN ÜLKE ÖRNEKLERİ

1.AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

Son yıllarda Türkiye’de, birinci basamak sağlık hizmetleri(BBSH)’nde sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olması, bir takım tartışmaları ve eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Aile Hekimliği; hem bir tıp disiplini hem de sağlık hizmet sunumunda BBSH’nin örgütlenmesinde belirleyici rolü olan bir uygulamadır. Gelişmiş ülkelerin birçoğunda aile hekimliği uygulaması mevcuttur. Aile hekimliği uygulamasının temel amacı, sorumluluğu altındaki nüfusa birinci basamakta sunulması gereken koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, birinci basamak sağlık kurumlarında tedavisi mümkün olabilecek hasta çoğunluğunun tanı ve tedavilerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gitmeden yapılmasını sağlamaktır. Böylelikle zaman, işgücü ve mali kaybın önlenmesi amaçlanmaktadır.

Tıpta uzmanlık alanı olarak aile hekimliği kavramının ortaya çıkış nedeni, birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet verecek hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmak ve BBSH’i iyileştirmektir. "1923 yılında dâhiliye uzmanı olan Dr. Francis E. PEABODY’in, modern tıbbın sağlık hizmet sunumunu çok fazla parçalara ayırdığından dolayı yetersiz hale geldiğini ve hızlı bir biçimde kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti sunacak genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği çağrısı ile gündeme gelmiştir"¹. Dr. Francis E. PEABODY’in bu çağrısı zamanından önce yapılmış bir uyarı olarak kaldı ve uzmanlaşma eğilimi 1950’li yıllara kadar güç kazanarak devam etmiştir². Ancak zamanla hastalıkların kişilere göre değişiklikler gösterebileceği fark edilmiş olup olayın sosyal ve psikolojik boyutları ortaya çıkmıştır. Bu gelişmelerin sonucu olarak; insanın sosyal ve fiziki çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu bütün içinde değerlendirmek gerektiği görüşü kabul edilmiştir.

¹ E. Ercan, Aile Hekimliği Başucu Kitabı, İstanbul, 2012,s.12

² Ercan, s.12

1966 yılında ise birinci basamaktaki yeni uzmanlık kavramı yayımlanan üç ayrı rapor ile tanınmıştır. Bu raporlardan birincisi, Millis Komisyon Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliğinin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu'nun Raporu'dur. İkinci rapor ise, Willard Komite Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliği Eğitim Konseyi Aile Hekimliği Eğitim Komitesinin Raporu'dur. Üçüncü rapor ise, Folsom Raporu, Toplum Sağlığı Ulusal Komisyonu'nun Raporu'dur ve hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklenmektedir¹.

1966 yılında birincil bakım kavramını tanımlayan genel pratisyenlerin eğitimi konusunda Amerikan Tıp Birliği'nin, Millis ve Willard Raporları'nı yayımlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak "Aile Hekimliği" tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu kurulmuştur².

Millis raporuna göre, birinci basamak hekiminin başlıca dört ana sorumluluğu veya rolü bulunmaktadır. Birinci rol, ayrıştırılmamış hasta ile ilk temas sürecindeki hizmetin sağlanmasıdır. İkincisi, geniş kapsamlı bakımı sağlamaktır. Üçüncü rolü, bakımın sürekliliği ve sağlık sistemi içindeki koordinasyonudur. Dördüncü rolü ise, birinci basamak hekimi toplum içinde liderlik ve yol göstericilik yapmakla sorumludur. 1994 yılında ise Millis Raporu'ndaki tanıma ek olarak aile ve toplumun entegrasyonu sorumluluğu da eklenmiştir³. ABD'de de, Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun kurulmasıyla, uzmanlığın ve eğitim programının düzenlenmesinden sonra disiplinle ilgili araştırma esaslarının geliştirilmesi sağlanmıştır.

1974 yılında Hollanda'da İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı düzenlenmiştir. Düzenlenen bu toplantıda aile hekimliği; "Yaş, cinsiyet ve hastalık

¹E.Saatçi - N.Bozdemir - E.Akpınar, "Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,10(2),İstanbul,2006, s.80

²T.Sezer, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi(YUT), Adana, 2008, s.2

³S.H. Mcdaniel- T.L. Campbell- J.Hepworth-A. Lorenz, Aile Yönelimli Birincil Bakım, (Çev.Edt.H.Yaman),İstanbul,2007,s.7

ayırımı yapmaksızın, bireylere, ailelere ve sorumlu olduğu nüfusa kişisel, sürekli ve BBSH sunan uzmanlaşmış tıp doktoru"¹ olarak tanımlanmıştır. Aile hekimi, sağlık hizmeti almak isteyen bireylere ve ailelerine yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız, kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmeti sunarken kişisel değerleri, kişinin içinde yaşadığı toplumsal ve kültürel değerleri dikkate almaktadır.

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) ise, 1991 yılında Aile Hekimliği tanımını ; "Tıbbi bakıma ihtiyacı olan her bireye kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlayan ve gerektiğinde, diğer sağlık personelinin hizmet vermesinin temin edilmesinden birinci derecede sorumlu olan hekim"² olarak tanımlamıştır. Diğer branş hekimlerin kendi hizmetlerini yaş, cinsiyet, tanı vb. biçimlerde sınırlandırırken, aile hekimi her yaş ve cinsiyetteki kişilere ve onların ailelerine birinci basamak sağlık hizmetini bir bütün olarak ve sürekliliği gözeterek sunmaktadır.

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda ise aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, belirli bir mekânda, sürekli ve kapsamlı olarak sunmakla yükümlü, gerekli zamanlarda gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre görev yapan aile hekimliği uzmanı ve Sağlık Bakanlığı'nın (SB) öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekim olarak ifade edilmiştir³.

Uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini ise birbirinden ayırmak gerekmektedir. Uzmanlık dalı olarak aile hekimi, BBSH sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekim ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği anlayışı ise, her ailenin bütün olduğu görüşü ile aile bireyleri arasında yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın sağlık hizmetlerinin bütün

¹S.Çalış, Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Marmara Üniversitesi(MARUN) Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü(BSE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi(YYL), İstanbul, 2006, s.191

² Ercan, s.13

³5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:1,Resmi Gazete,25665(15.01.2013)

olarak sunulmasıdır¹. Aile hekimliği uygulaması, aile hekiminin hizmet alıcılarının çalışma ortamlarını, yaşam standartlarını ve sağlıkla ilgili sorunlarını yakından takip etmesini ve tanınmasına olanak sağlamaktadır.

Sağlık hizmetleri, meslek gruplarının tek başına hizmet sunabileceği meslek grubu olmadığından ekip çalışması içinde sunulmaktadır. Sağlık ekibi içindeki meslek üyelerinin her birinin önemli ve değerli rolleri bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulaması da, ekip hizmetidir ve BBSH ekibi ile (hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru) birlikte yürütülmektedir. Sağlık hizmeti sunduğu kişilere, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunmak bu ekibin sorumluluğundadır.

Sağlık hizmetlerini en ücra yerleşim birimlerine kadar ulaştırmak ve sürekliliğini sağlamak; çocuklar, yaşlılar, kadınlar, adölesanlar gibi özel grupların sağlık ihtiyaçlarını belirlemek, sağlık eğitimleri vermek, kronik hastalıkları önlemek, hastalara uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini sağlamak gibi pek çok hedef, aile hekimliği uygulamasının temel amaçlarıdır². Ayrıca aile hekimleri sorumlu oldukları kişilere sadece tedavi edici sağlık hizmeti vermez aynı zamanda sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin bütün olarak sunulmasını sağlayarak bireyleri ve toplumu hastalıklardan korumaya çalışmaktadır. Bu amaçla kişiye verilen koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bağışıklama, bebek, çocuk, gebe izlemleri, aile planlaması hizmetleri ve yaşam tarzı değişiklikleri için danışmanlık sunma gibi hizmetleri vardır.

2.AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ VE ÖNEMİ

WONCA 2002 yılında aile hekimliğini; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin

¹ Z.Öztek,"Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Ve Aile Hekimliği",Hacettepe Tıp Dergisi, 40(1), Ankara, 2009,s.8

² Çalış, s.190

ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlamıştır¹. Bu dalda eğitim almış olan hekimler bazı ülkelerde aile hekimliği uzmanı, bazı ülkelerde ise genel pratisyen olarak adlandırılmaktadır. BBSH’nde, aile hekimliği uygulamasını uygulayan ülkelerde sağlık sistemlerinin planlaması, organizasyonu ve hizmet sunumu ile ilgili farklılıklar bulunmasına rağmen hizmetin yürütülmesini sağlayan aile hekimlerinin nitelikleri birbirine benzerdir. İlk başvuru noktası olma, ulaşılabilirlik, erişilebilirlik özelliği, kişi merkezli uzun süreli sağlık hizmeti, kapsamlılık, eşgüdüm ve işbirliği ile sunulan sağlık hizmeti aile hekimliği ve BBSH sunumuyla tam olarak bağdaşmaktadır.

Aile hekimliği, yürüttüğü birinci basamak sağlık hizmetleri nedeniyle sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin ilk başvuru noktasıdır. Sağlık hizmeti almak isteyen kişilerde yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan, bireylerin sağlık sistemine girişini sağlamaktadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin ilk tıbbi temas noktası olmasının yanı sıra aile hekimliği hizmetleri kolay ulaşılabilir olmalıdır. Kolay ulaşılabilirlik ise coğrafi, ekonomik, kültürel ve mali yönden olmalıdır.

Aile hekimliği, sorumlu olduğu nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamaktadır. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, hizmet basamakları arasında koordinasyon sağlanarak sunulmalıdır. Sorumlu olduğu kişileri tüm yaşamları süresince takip ederek sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktadır. Sağlık sorunlarını ruhsal, fiziksel, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele almaktadır. Bunun yanında aile hekimliği kişiseldir. Birey merkezli olarak sunduğu sağlık hizmetlerini başvuranların bireysel özelliklerine göre düzenlemektedir². Aile hekimliği bireyi bütün olarak ele aldığından dolayı bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir.

¹J.Allen- B.Gay- H.Crebolder- I.Svab- P.Ram, WONCA Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı (Çev.Edt.O.Başak) ,Wonca Europe,2002,s.10

²TC.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı; [http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C4%B1/Aile%20Hekim%C4%9Fi/Kaynak/Raporlar\(16.07.2012\)](http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C4%B1/Aile%20Hekim%C4%9Fi/Kaynak/Raporlar(16.07.2012))

Aile hekimliği bireye yönelik danışmanlık, sağlık eğitimi, tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri içerdüğinden kapsamlı olarak da tanımlanmaktadır¹. Sorumlu olduğu kişileri tüm yaşamları süresince takip ederek sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktadır. Aile hekimliği aile ve toplum yönelimlidir; sorunların aile ve toplumsal örüntülerine hâkimdir, hizmet verdiği bireylerin özellikleri üzerinden toplumun sağlık sorunlarına hâkim bir bakış açısı kazanmaktadır².

Aile hekimliği aynı zamanda ekip hizmetidir. Sağlık hizmetlerini birinci basamakta görev yapan diğer sağlık çalışanlarıyla ekip çalışması içinde yürütür ve gerekli durumlarda diğer uzmanların sunduğu hizmetleri yönetmektedir. Ayrıca gerekli durumlarda diğer sektörler, gönüllü kuruluşlar, meslek grup ve kuruluşları ile iş birliği yaparak entegre çalışma sürdürmektedir. Aynı zamanda aile hekimliği, sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlamaktadır. Bu özelliğini, reçete yazımı, üst basamağa sevk, konsültasyon, laboratuvar tetkikleri gibi olanaklar üzerinden sağlamaktadır. Aile hekimliğinin kendine özgü görüşme ve klinik karar verme süreci vardır.

Aile hekimliği, bireylere ve ailelere, sürekli iletişimde olacakları, tanıdık bir hekim aracılığıyla sağlık hizmetlerini sunma olanağı sağlamaktadır. Birinci basamakta çözümlenemeyen rahatsızlıklar için üst basamağa sevk olanağı sağlayarak ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hastanın izlenme güvencesini vermektedir³. Sadece hastalık dönemlerinde değil, sağlıklı dönemde de bireylerin faydalanabileceği, hastalıkların önlenmesinin yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de amaçlayan, süreklilik gösteren

¹TC. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı; <http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC/Aile%20Hekimli%C4%9Fi/Kaynak/Raporlar>(16.07.2012)

²....., http://www.canakkale.hsm.saglik.gov.tr/images/dosyalar/aile_hekim.doc(16.07.2012)

³ Ercan, s.14

BBSH sunmaktadır¹. Örnek verilecek olursa, sağlığa zararlı etkisi olan bazı davranışların değiştirilmesi yolunda yapılacak eğitimler kişilerde hem davranış değişikliğine hem de sağlığın geliştirilmesine yönelik olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Bireyin hekime ve sağlık personeline daha fazla güven duymasını sağlamaktadır. Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin daha başarılı olmasını sağlamaktadır. Etkili ve verimli sağlık hizmet sunumunun temel şartı, sağlık hizmet alıcılarıyla etkili bir iletişim, güven ve işbirliğidir.

3.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

BBSH, toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolaylıkla ulaşabildikleri, sağlık sisteminin giriş kapısını oluşturan sağlık hizmetleridir. BBSH'in toplum sağlığı açısından önemi, 1978 yılında Alma Ata'da düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı'nda belirtilmiştir. Ancak ülkemizde ise, bu konferanstan önce 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile BBSH'nin önemi benimsenmiş olup gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması amaçlanmıştır. Bu kanun ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması, sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip hizmeti anlayışının benimsenmesinin yanı sıra kırsal kesimi de içine alarak herkese eşit sağlık hizmeti sunulması benimsenmiştir². BBSH, toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolaylıkla erişebilecekleri ve yararlanabilecekleri şekilde oluşturulan sağlık hizmetidir.

Sağlık sisteminin birinci basamağı için, birbirinden küçük farklarla ayrılan birçok tanımlama yapılmıştır. Bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturma,

¹M.F.Dikici-M.Kartal-S.Alptekin-M.Çubukçu-A.S.Ayanoğlu-F.Yarış,"AileHekimliğinde,Kavramlar Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi,27(3), Ankara, 2007,s.416

² İ. Ünlüoğlu-A.Y.Kaptanoğlu-C.Özer, Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi, İstanbul,2012 s.30

süreklilik, kapsamlılık, eşgüdüm sağlama birinci basamağın genellikle tüm tanımlarda belirtilen temel özelliklerdir. 1978 yılında düzenlenen Alma Ata Bildirgesi de, bireysel ve toplumsal açıdan bu dört özelliği taşıyan bir sağlık sistemini tanımlamaktadır. Düzenlenen bu toplantıda BBSH'nin tanımı; "Kendilerinin de katılımlarıyla, toplumdaki tüm bireylere ve ailelere ulaşabilen, toplum ve ülkenin karşılayabileceği bir maliyetle, esansiyel sağlık hizmeti, olarak tanımlanmıştır. BBSH, ülkenin sağlık sisteminin eksiksiz olması için gereklidir, sistemin ve toplumun her türlü sosyoekonomik gelişiminin çekirdeğini oluşturmaktadır"¹. Aile hekimliği uygulaması, BBSH'in koordinasyonu ile maliyet etkili bakımı sağlayarak sağlık sistemi içinde kişi yararını gözetmektedir. BBSH, etkili sağlık personeli-hasta iletişimini sağlayarak hastanın kendi bakımında rol sahibi olmasını özendirmektedir. BBSH, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre hem sermaye hem de zaman bakımından daha az yoğundur ve örgütlenmesi daha az hiyerarşiktir. Yapısı gereği toplumun değişen gereksinimlerine daha kolay uyum sağlamak ve yanıt verebilmektedir.

BBSH, sağlık sisteminin ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilere sürekli bakım sağlayarak, yaş, cinsiyet veya sistem ayrımı yapmaksızın kapsamlı sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Bireylerin ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetleri için koordinasyon görevi üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerini bütün olarak ele aldığından dolayı ise bütüncül sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Hastalıkta ve sağlıkta, kişilere uzun süreli hizmet sunumu ilkesiyle de süreklilik sağlamaktadır². Toplum düzeyinde kapsayıcılık, hizmet yelpazesinin toplumun ihtiyacına göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile ölçülmektedir. DSÖ'ye göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcı olabilmesi için tüm kalkınma programlarına ve belirlenen sağlık sorunlarıyla ilişkili ve yönlenmede dengeli olmalıdır. Entegre

¹, <http://web.ttnet.com.tr/ekayaalp/egitim/rakel/aile%20hekimisi.htm>;18.07.2012

² T.Ergüder-S.Esin- L.Kutlu- D.Kanyılmaz, "Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik", Amme İdare Dergisi, 33(4),Ankara, Aralık 2000, s.109

olması, kültürel olarak kabul edilmeli, teknik olarak uygun olmalı, hiç kuşkusuz bölgesel ihtiyaçları karşılayabilir nitelikte bir yapıya sahip olmalıdır¹.

Birçok ülkede sağlık sistemleri farklılık göstermesine rağmen bu sistemlerin birinci basamağında farklı görev tanımları bulunan aile hekimleri görev yapmaktadır. Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu da, aile hekimliği uygulamasının birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımını aşağıdaki şekilde özetlemektedir:

- "Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır yani giriş kapısıdır.
- Hastalıkta ve sağlıkta, hastalara uzun süreli hizmet sunumu ilkesiyle süreklilik sağlamaktadır. Kişiye, sağlık ve hastalıkta sürekli sağlık hizmeti sunmaktadır.
- Tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir.
- Bireylerin ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetleri için koordinasyon görevini üstlenmektedir.
- Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşımaktadır.
- Kişiselleştirilmiş bakım sağlamaktadır"².

BBSH, tedavi edici sağlık hizmetleri kadar koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece tıbbi bakım alanlarına yönelik bir çaba olmayıp sağlıklı kişileri ve bakıma ihtiyacı olan kişileri tespit etmeyi ve gerekli önlemleri alarak kişileri hastalıklardan korumayı amaçlamaktadır. Bu nedenden dolayı koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulamasında çok önemli bir yer tutmaktadır.

¹.....,http://www.turksagliksen.org.tr/haberler/226-aile-hekimligi/1939-ae-heklpot-uygulamasi-hakkindakkanunun-derlendmes.html(19.07.2012)

² Ergüder-Esin- Kutlu-Kanyılmaz, s.109

BBSH'nin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, sağlık personelinin teşvik edilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve etkili sevk sisteminin uygulanması BBSH'nde olması gereken temel ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki hasta yoğunluğunu azaltmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterli zamanın ayrılmasını sağlayacaktır¹. Etkin bir şekilde sunulan BBSH, toplumdaki hastalık yükünü hafifletmesinin yanında üst basamaklardaki sağlık kuruluşlarının da hem daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunmalarına hem de sağlık eğitimi vermelerine olanak sağlayacaktır. Bu özelliğinden dolayı birinci basamak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının önünde bir filtre görevi görmektedir.

Türkiye'de zorunlu sevk zinciri uygulaması olmamasından dolayı nüfusun büyük bir çoğunluğu en basit rahatsızlıklarında bile BBSH sunan kurumları atlayarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmaktadır². Sonuç olarak bu kurumlarda sunulan sağlık hizmet sunumu verimsizleşmekte, hastanelerde hasta yoğunluğunun artması sonucu uzun beklemelelere ve kaynak israfına neden olmaktadır.

4.DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER

Günümüzde, uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olmasına rağmen dünyanın birçok ülkesinde aile hekimliği uygulaması, BBSH'nin temelini oluşturmaktadır. Dünyada aile hekimliği ile genel pratisyenlik kavramları ise genellikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında düzenlenen Alma- Ata Bildirgesi, sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir dönüm noktası olmuştur.

¹S.Korukluoğlu - Y.Üstü -İ.Kasım - A.R.Doğusan - A.Hacımamağaoğlu, Aile Hekimliği Türkiye Modeli,(Ed.S.Aydın),Ankara,2004,s.52

²H. Sur, Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim, İstanbul,2006, s.7

Alma Ata Bildirgesi ile bütün sağlık sistemlerinin bütüncül bir şekilde gözden geçirilmesinin yolu açılmış olup, değişen dünya konjonktürüne bağlı olarak, BBSH yeniden ele alınmaya başlamıştır. Bu süreçte, BBSH’de, genel pratisyenlik ve aile hekimliği gibi kavramlar gündeme gelmiştir¹. Birinci basamak hekimliğinin kendine özgü bilgi ve tutum içerdiği ve bu hizmet sunumunun bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu hizmetin uzmanlaşmış hekimler tarafından sunulması gerektiğinin vurgulanmasıyla gerekli çalışmalar başlatılmış olup ülkeler de sağlık sistemlerini ve sağlık politikalarını bu görüş doğrultusunda tekrar gözden geçirmişlerdir².

DSÖ ve WONCA, Alma Ata Konferansı’nda ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada’da ortak bir konferans düzenlemiştir. Düzenlenen bu konferansta sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişikliklerin yapılması gerekliliği üzerinde durulmuştur³. Aile hekimlerinin hasta bakımında yetkin olması gerektiği, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca bireye yönelik sağlık hizmetleri sunumunda kaliteli bakım sunmak ve toplum sağlığı ile kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlamak konusunda aile hekiminin öneminin yadsınamaz olduğu ve bu alanda çalışan hekimlerin aile hekimi olması gerektiği görüşü benimsenmiştir. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için aile hekimlerinin daha donanımlı ve yetkin olmaları amaçlanmıştır. Bu amacın ise aile hekimliği uzmanlık eğitim programları ile mümkün olacağı belirtilmiştir.

Belirlenen bu amaçlar doğrultusunda aile hekimliği eğitim programlarının, toplumun değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda sürekli yenilenerek geliştirilmesi belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzman hekimler ile aile hekimi

¹S.Aydın, Hayata Yüksekten Bakabilmek Sağlık Politikası Üzerine Makale ve Denemeler, İstanbul,2008,s.70

² G. Özdemir, Aile Hekimliği; <http://www.doktorsitesi.com/makale/aile-hekimligi>(24.12.2013)

³A.Çaylan,"Uluslararası Açıdan Ülkemizde Aile Hekimliği", Sağlıkta Nabız Dergisi,26(7), İstanbul,2010,s.7

uzmanları arasında denge oluşturulmasının gerekli olduğu vurgusu yapılmıştır. Ayrıca diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önüne geçilmesi amacıyla, sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktasının aile hekimliği birimlerinin olmaları gerektiği vurgulanmıştır¹.

Düzenlenen konferans ve toplantılarda alınan karar ve öneriler, tüm dünyada aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur. Düzenlenen bu toplantılar sonrasında aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış olup mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren BBSH’de görev yapacak hekimlerin mezuniyet sonrası, birinci basamağa yönelik uzmanlık eğitiminin en az iki yıl olmasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996 yılından itibaren ise eğitim süresinin üç yıl olması kararlaştırılmıştır². Türkiye’de, birinci basamak hekimliği ile ilgili uzmanlık alanının adı ilgili mevzuat uyarınca Aile Hekimliği Uzmanlığı olarak tanımlanmış olup aile hekimliği uzmanı olabilmek için Tıpta Uzmanlık Sınavı ile girilen üç yıl süreli bir eğitim programını tamamlamak gerekmektedir.

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde ise farklı ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarına yer verilecektir. Ülke seçimlerini yaparken Milton I.ROEMER’ın sağlık sistemleri sınıflandırması baz alınmıştır. ROEMER, sağlık sistemlerini, sağlık hizmetleri piyasasına devletin müdahale sınırlamasının en az olanından, en çok olanına göre dört sınıfta toplamaktadır.

Milton I. ROEMER’e göre sağlık sistemi sınıflaması; Girişimci ve Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemleri, Refah Yönelimli tipteki sağlık sistemleri, Genel Ve Kapsayıcı tipteki sağlık sistemleri ve Sosyalist ve Merkezden Planlanmış sağlık sistemleri olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır³. ABD, serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemlerini uygulayan ülkelerin en tipik örneğidir. Refah yönelimli tipteki

¹E.Ö.Aktaş,G.Çakır, "Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması "Ege Tıp Dergisi Ege Journal of Medicine ,51(1), İzmir,2012,s.21

² Ergüder–Esin-Kutlu–Kanyılmaz, s.104

³ E. Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), Ankara, 2006, s.412

sağlık sistemine; Almanya, Hollanda ve Litvanya, Genel ve Kapsayıcı tıpteki sağlık sistemine; İngiltere, İsveç ve Romanya, Sosyalist ve Merkezden planlanmış sağlık sistemini uygulayan ülke olarak ta Küba örnek gösterilmektedir.

4.1.İngiltere

İngiltere’de TSH’ye uzun yıllardır önem verilmektedir. Hastanın ilk başvuru yeri TSH’nin verildiği genel pratisyenler yani aile hekimleridir. TSH, tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlığı hizmetlerini, acil servislerde sunulan hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır.

İngiltere’de, aile hekimliği uygulaması 1947 yılında başlamıştır. 1952 yılında ise, genel pratisyenliği geliştirmek, standartlarını yükseltmek ve genel pratisyenlerin sesi olmak amacıyla Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji kurulmuştur¹. 1946 yılındaki yönetmelikle 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) teşkilatı kurulmuştur². NHS, kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip olması nedeniyle sağlık sistemleri içinde haklı bir öneme sahiptir. 'NHS' nin temel felsefesini "Sağlık Bir Haktır" cümlesi ile özetlemek mümkündür. Ödeyebilme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsamı ve herkese eşit hizmet sunmayı amaçlaması; finansmanın genel vergilerle karşılanması dolayısıyla kişilerin sağlık hizmetini alırken ücret ödememeleri veya aylık prim yatırmamaları; sağlık hizmetlerini tümelci bir elle vermeyi ilke edinmesi³ NHS’nin temel özelliklerini oluşturmaktadır. NHS’de bütün sağlık hizmetleri ücretsiz verilmekte olup sağlık hizmet sunumu birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç ayrı basamakta sunulmaktadır. Basamaklar arası sevk zinciri ise başarıyla uygulanmaktadır.

İngiltere’de sağlık hizmetinin başlangıç noktası ve temel direği genel pratisyen veya Türkiye'deki adıyla aile hekimidir. Sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen kişiler, öncelikli olarak aile hekimlerine başvurmaktadır. İkinci basamak

¹ Ergüder–Esin-Kutlu–Kanyılmaz, s.105

²S.Ö. Paycı-İ.Ünlüoğlu, "Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği",Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara,2004,s.24

³ Çalış, s.169

sağlık hizmetlerinde ise uzman hekimler görev yapmaktadır. Hastalar uzman hekime aile hekiminin sevk etmesiyle başvurabilmektedir. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleri bulunmaktadır¹. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç kişiler aile hekiminin sevki olmadan üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yaptıkları takdirde harcamalarını kendileri karşılamak zorundadır. Nüfusun %97'si aile hekimine kayıtlıdır. Geri kalan kesim ise, kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır².

Kişiler kendi bölgelerinde istedikleri aile hekimini tercih etmektedirler. Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ortalama 1800 kişidir. Aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı ise, 3.000 kişiyi geçmemektedir. Kişiler bir yıldan önce aile hekimi değişikliği yapamazlar³. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı aile hekimine kayıtlıdır. Kişilerin hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi, hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Aile hekimlerinin kendilerine her başvuruları listeye alma zorunluluğu yoktur. Bu nedenden dolayı genellikle kronik hastalığı olanlar ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedir. Bu tip hastaların aile hekimlerince listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. Ayrıca geçici oturma izni almış olan kişiler de aile hekimlerine kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile plânlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, minör poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz olarak sunulmaktadır⁴.

İngiltere’de aile hekimlerinin ücretlendirilmesi ise farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin bir kısmı listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir⁵. NHS, 1991 yılından itibaren sağlık hizmet sunucularını aynı zamanda fon yöneticisi şeklinde sistem içine

¹A.İ.Oral,"ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme"; <https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle/11421/510> (18.11.2012)

² Oral

³ Çalış, s.171

⁴S. Korukluoğlu – N. Bozdemir, "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları", Her Aileye Bir Hekim, SB Diyalog Dergisi,S.9,Ankara,Ocak 2005,s.16

⁵.....,http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf(15.09.212)

alan bir uygulama başlatmıştır. Böylelikle genel pratisyenlere sağlık otoritesinin yerine sağlık fonlarının yöneticisi olma hakkı tanınmıştır¹. Bu uygulama ile hekimlere sabit bir bütçe verilerek, kendi hastalarının ayakta tanı hizmetlerini, ilâçları ve elektif cerrahi hizmetlerini de içeren bazı hastane hizmetlerini kendilerinin karşılaması sağlanmaktadır. Hekimlerin kontratlarının devam edebilmesi için kendilerine verilen bütçeyi iyi yönetmeleri gerekmektedir. Böylelikle sistemin tasarruf etmesi hedeflenmektedir².

İngiltere'de aile hekimleri genellikle "Grup Pratiği" adı verilen üç veya dört kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler³. Bazı aile hekimleri tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunarken, bazı aile hekimleri ise sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır. Aile hekimleri, Aile Hekimliği Komiteleri ile anlaşma yoluyla istedikleri bölgede görev yapabilmektedirler.

4.2. İsveç

İsveç'te BBSH, aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Kişiler, bulundukları il sınırları içinde istedikleri aile hekimini seçme hakkına sahiptirler. Aile hekimleri, ekip çalışmasının olduğu birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışmaktadır. Bu merkezlerde aile hekimleri, hemşireler, fizik tedavi uzmanı, sosyal çalışmacı ve psikologlar görev yapmaktadır.

İsveç'te, BBSH kamunun görevi olup yerel düzeyde organize edilerek Birincil Bakım Alt Bölgeleri aracılığıyla sunulmaktadır. Nüfusu 20-50 bin arasında olan her bölgede en az bir sağlık merkezi ve uzun süreli bakım veren hemşire evi bulunmaktadır. Hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist ve jinekologun istihdam edildiği sağlık merkezleri il konsüllerince yönetilmektedir. Sağlık merkezine başvuran hastayı ilk gören sağlık personeli, hemşiredir. Hemşirenin sorumlulukları arasında

¹ http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf(15.09.212)

² http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf(15.09.212)

³ Çalış, s.173

hastanın sağlık merkezindeki genel pratisyene ya da hastaneye y6nlendirilmesi hususunda karar vermesi ve 6zellikle yaşlılar için ev ziyaretleri yer almaktadır. Yaşlı ve ocuk hastaların ilk başvurduğu sağlık personeli ise, sağlık merkezinin aile hekimidir¹.

1995 yılında alınan h6k6met kararına g6re, birinci basamakta çalışan t6m hekimler genel pratisyenlikte uzmanlaşmış olmak zorundadır. Genel pratisyen, aile hekimi ya da b6lge hekimi gibi terimler yerel politik karara g6re değişmekle birlikte t6m6 birinci basamakta çalışan uzman hekimi ifade etmektedir. Her il y6netimi BBSH'in nasıl sunulması gerektiğini kararlaştırmada serbesttir. BBSH, temelde kamu tarafından sağlanmakla birlikte 6zel hizmet sunucuları da bulunmaktadır². BBSH 6zel hekimler, hemşire klinikleri ve ana-ocuk sağlığı klinikleri tarafından desteklenmektedir.

İsveç'te, hekimlere kişi başına 6deme yapılmakta olup, ayrıca hizmet başına 6deme ve hedefe y6nelik 6demeler de yapılmaktadır. İsveç aile hekimliği uygulamasının, en tipik 6zelliği ise, zorunlu sevk zincirinin uygulanmayıp, bunun yerine aile hekimine başvurmadan 6st basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katılım payı sisteminin uygulanıyor olmasıdır. Katkı payı, 6lkedeki sağlık hizmetlerinin her basamağına başvuran hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimine başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha d6ř6kt6r. Aile hekimi sevk yaptđđı s6rece 6zel merkezlere gidilse dahi ek 6cret 6denmemektedir³. Ayrıca ikinci basamak sağlık merkezlerinden randevu alındığında, bekleme s6relerinin uzun olması sebebiyle birinci basamak hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir.

¹A.Kaya, T6rkiye İle Bazı OECD 6lkelerinde Sağlık Sistemleri Ve Karşılaştırması, MARUN, BSE, YYLT, İstanbul,2011,s.173

² H. T6z6n, "İsveç: Sosyal Devletin D6şen Kalesinde Sağlık Nereye?" Sağlık Sistemleri II, Toplum ve Hekim Dergisi,21(5-6), Ankara, 2006, s.367

³Hazine M6steşarlığı, T6rkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması Politika Analizi Raporu, Ankara,2011,s.8

4.3. Romanya

Romanya’da, 1999 yılına kadar varlığını sürdüren sağlık ocakları, yerel hastanelere bağlı olarak çalışmaktaydı. 1970’li yıllarda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanarak, uzak bölgelerde yaşayan kişilere de sağlık hizmetlerinin sunulması ve en uygun ulaşım şekliyle kişilerin sağlık kuruluşlarına ulaşması sağlanmıştır¹.

Romanya’da, sosyalizm döneminin sona ermesi ile 1991 yılında ‘sağlık reformu’ başlatılmıştır. Sağlık reformu sürecinde Romanya hükümeti, Dünya Bankası (DB) ve Avrupa Birliği (AB)’nden kaynak kullanmıştır. 1992 yılında DB’den alınan kredi ile BBSH’in iyileştirilmesi ve sağlık reformunun altyapı hazırlığına başlanmıştır. 1994 yılında sekiz ilde başlatılan pilot uygulama, birinci basamakta hizmetin sunumu ve finansman kaynağını değiştirmeyi; pratisyen hekimlerin bölge sağlık idaresi ile sözleşme yapmalarını ve hastanelerin sorumluluklarını bölge sağlık idarelerine kaydırılmasını kapsamaktaydı. 1997 yılında sağlık sigortası yasasının çıkarılması ile uygulama tüm ülkede yaygın hale getirilmiştir².

Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin hepsi kendi özel ofislerinde çalışmaktadır. Uygulamada kişilere hekim seçme özgürlüğü tanınmaktadır. Kişinin tekrar hekim değiştirebilmesi için ise üç ay süre geçmesi gerekmektedir. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişileri tedavi etme, bağışıklama, gebe izlemi gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de sunmaktadır³. Romanya’da aile hekimliği uygulamasında, koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Aile hekimi aşı sayısı, gebe izlemi, bulaşıcı hastalıkların bildirimi, kronik hastalıkların durumu ile ilgili kayıtları hem bölge halk sağlığı idaresine hem de bölge sağlık

¹N.Etiler,"Romanya Sağlık Sistemi", Sağlık Sistemleri II, Toplum ve Hekim Dergisi, 21(5-6), Ankara,2006,s.452

² Etiler, s.452

³ Etiler, s.453

sigortasına bildirmek zorundadır. Her ailenin bir aile hekimi vardır ve kişilerin acil durumlar dışında kendi aile hekimlerinden sağlık hizmeti almaları gerekmektedir.

BBSH, aile hekimi ve hemşire tarafından sunulmaktadır. Hizmet sunulan nüfus 1800 kişi ve üstünderse ikinci bir hemşire, tam zamanlı veya yarı zamanlı istihdam edilebilmektedir¹. Birinci basamak tedavi edici hizmetleri devam ettiren aile hekimlerine, listelerinde bulunanlar için kişi başı ödeme ve koruyucu sağlık hizmetleri için ise hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Ayrıca, sigorta kurumu, hekimlerin sağlık hizmeti için aldıkları miktarın yaklaşık yarısı kadar yönetim ve personel harcamaları için ödeme yapmaktadır.

4.4.Küba

Sağlık alanında güçlü, eşit, etkin, ucuz ve dinamik bir sistem uygulayan Küba bütün ülkelerin hayranlığını kazanmıştır. Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin tümü ücretsiz olarak sunulmaktadır. Yetmişli yıllarda uygulanan hastane ağırlıklı sağlık sistemi yerini seksenli yıllarda aile hekimliği uygulamasına bırakmıştır. Sağlık sistemi hastalık temelli sistemden hastalığı önleme temelli bir sisteme dönüştürülmüştür. Tedavi edici sağlık hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem artmıştır.

Küba’da 1983 yılında, sağlık hizmetlerinin toplum temelli örgütlenmesi, küçük toplulukların sağlık sorunlarının daha kolay çözülmesi amacıyla, aile hekimi ve hemşire programı başlatılmıştır. Bu uygulamada ekipler, bir aile hekimi ve hemşireden oluşmaktadır. Herkese erişilebilir sağlık hizmeti sunmakta TSH’nin rolüne vurgu yapan 1978 Alma-Ata Bildirgesi ilkeleriyle paralellik gösteren program, 1983 yılında Havana’nın Lawton mahallesinde denenmiştir. 1984 yılında ise uygulama ülke çapında yaygın hale getirilmiştir².

¹Z.F.Pall,,Primary Health Care in Romania;<http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-romania>(15.11.2013)

²M.A.Akalın,Küba’da TıpEğitimi;<http://www.academia.edu/4252193/KubadaTipEgitimi>(15.09.2012)

Her ekip coğrafi bölgelerindeki 120-150 ailenin sağlığından sorumludur. Uygulama, sabahları hastaların ofiste muayene ve işlemlerinin yapılması, öğleden sonraları ise ekibin ev ziyaretlerinde bulunması ve sağlığı teşvik etkinliklerinin yapılması şeklindedir. Ayrıca, belli bölgelerdeki aile hekimleri 20-40 bin kişiye hizmet sunan yerel bir poliklinik çevresinde toplanmışlardır¹. Hastalarını uzman hekimlere sevk etmek, laboratuvar ve diğer tanı hizmetleri ve kurumsal destek alınması gerektiğinde aile hekimleri kişileri bu polikliniğe yönlendirmektedir. Aile hekimleri aynı zamanda fabrikalarda, okullarda, gemilerde ve yaşlı evlerinde de görev yapmaktadır.

1990'lı yıllarda ise yeni mezun olan hekimlerin, aile hekimi olarak hizmet sunabilecek yeterli bilgi ve becerilere sahip olmadığı görülmüştür. Küba hükümeti, bu sorunu çözebilmek amacıyla aile hekimlerine, aile hekimliği uzmanlığı eğitimi alma zorunluluğu getirmiştir. Küba'da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için mezuniyet sonrası iki yıllık aile doktorluğu eğitimi tamamlamak gerekmektedir².

Küba'da birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği önemli yer tutmaktadır. Aile hekimleri sağlık hizmetlerinin temel noktası olarak hizmet sunmaktadır³. Aile hekimlerinin, maaşları iyi düzeyde olduğundan aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. Kişiler istedikleri aile hekimini seçebilmektedir. Toplumla hekim arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi amacıyla Küba'da aile hekimleri sağlık hizmeti sundukları bölgede ikamet etmektedirler. Hekimlerin ikamet ettikleri bölgede hizmet vermesi sonucu hekim hasta arasındaki güven ve iletişim artmaktadır. Hekim-hasta arasında etkili iletişim sağlanması ile oluşan güven bağı tanı ve tedavide işbirliği sağlamaktadır.

¹ Akalın

² Akalın

³ E.Sargutan, KübaSağlıkSistemi; <http://www.sargutan.com/kuba%20sağlık%20sistemi.pdf> (6.09.2012)

4.5. Almanya

Almanya sağlık sistemi köklü bir gemiŖe dayanmaktadır. Almanya’da 1883 yılında sosyalleŖme kanunları ile gündeme gelmiŖ olan “Bismarck Modeli Sağlık Sigorta Sistemi” hâkimdir. Amaç, toplumun tümünü mümkün olan en geniŖ yelpazede sağlık hizmeti kapsamına almaktır. Hizmet sunum olanakları büyük ölçüde kamunun elindedir¹.

BBSH ile ikinci basamak sağlık hizmeti ayırımı keskin olmakla birlikte her iki alanda da uzman hekimler alıŖmaktadır². Almanya’da aile hekimliği hizmetleri, öncelikle aile hekimi uzmanları, ocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, dâhiliye ve diğer dal uzmanları tarafından verilmektedir. 1994 yılından itibaren ise birinci basamakta görev yapacak hekimler için 4 yıl süren aile hekimi uzmanlık eğitimini tamamlamaları zorunlu kılınmıŖtır.

Hastanın ilk muayenesini gerekleŖtiren aile hekimleri, 2004 yılında yapılan sağlık reformu sonrasında tamamen “kapı tutucu” rolünü üstlenerek sağlık hizmetinde sevk zincirinin kontrolünü stlenmiŖtir³. Gerekli durumlarda hastalar aile hekimi tarafından hastaneye sevk edilmektedir. Acil vakalara mesai saati dıŖında bakmak aile hekimlerinin sorumluluğundadır. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile ortaklaŖa üstlenmektedir. Almanya’da kiŖiler kayıtlı oldukları aile hekimini üç aydan önce deđiŖtirememektedir.

Almanya’da 1996 yılından itibaren aile hekimliği uygulamasında alıŖan sağlık personeline yapılan hizmet baŖı ödeme sistemi, deđiŖtirilerek hizmetleri sınırlayabilmek için ödeme sistemi aŖamalı yapılmıŖtır. deme sistemleri hala deđiŖim halindedir. rnek verecek olursak; belirli sayıda hizmete ödenen cret

¹E.Tre,Düzce İlinde Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması ncesi Ve Sonrası Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların Ve Sağlık Göstergelerinin KarŖılaŖtırılması, BaŖkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, YUT, Ankara,2007,s.39

²H.Sanholze-H.Yaman,Almanya’dakiAileHekimliđiUygulamaları;<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42>(16.09.2013)

³E.Akalın,SağlıkReformuAmalar,İlkelerVelkeler,http://kutuphane.fisek.org.tr/kitap.php?book_id=4741 (16.09.2013)

miktarı, bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca hekimlerin gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır¹.

4.6. Hollanda

Hollanda'da sağlık sisteminin temelini aile hekimliği uygulaması oluşturmaktadır. Aile hekimliği sağlık hizmetlerinin başlangıç noktasıdır. Acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hastalar öncelikle aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Hollanda'da hastaların %90 kadarını karşılayan ve tedavi eden aile hekimleridir. Bu özelliği ülkede aile hekimliği uygulamasının etkili ve verimli olmasını sağlamaktadır.

Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ortalama 2350 kişidir. Aile hekimleri mesailerinin sabahdan olan bölümünü genellikle hasta-hekim ilişkilerini geliştirmeye yönelik uygulamalara, öğleden sonra olan bölümlerini ise klinik beceri ve tıbbi araştırmalara ayırmaktadırlar². Her bireyin aile hekimine kayıtlı olması gerekmektedir. Kişiler, istedikleri aile hekimini seçebilirler ancak yılda iki defa aile hekimi değişikliği yapabilmektedirler³.

Hastalık sigortası sisteminde hastalar, acil durumlar dışında, dal uzmanı olan hekime başvurmadan önce aile hekimine gitmek zorundadırlar. Genelde bütün özel sigorta şirketleri bu kuralı uygulamaktadırlar. Bu sebeple, aile hekimliği uygulaması sağlık sisteminin girişinde yer almakta olup diğer sağlık hizmeti sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir⁴. Hollanda'da Almanya gibi Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modeli uygulamaktadır. Bu modele göre; çalışanlar istihdam kategorilerine

¹Töre, s.44

² H. Can- M. Altuntaş- Z. Akbayın, "Hollanda LOVAH 2012 Değişim Programı İzlenimleri (Impressions of LOVAH 2012 Exchange)", Tıp Dünyasından Haberler, Smyrna Tıp Dergisi, S.1, İstanbul, 2012, s.69

³E.Sargutan, Hollanda Sağlık Sistemi; <http://www.sargutan.com/39%20hollanda%20sağlık%20sistemi.pdf> (20.9.2012)

⁴ Korukluoğlu-Bozdemir, s.15

göre gelirlerinden bir kısmını hastalık fonlarına veya benzer üçüncü taraflara katkı olarak ödemektedirler¹.

Hollanda’da aile hekimlerinin, %90 kadarı Aile Hekimleri Milli Kuruluşu’nun üyesidir. Bu kuruluş Hollanda’nın her yerinde kesintisiz kaliteli BBSH sunmakla sorumludur. Hollanda’da aile hekimleri grup pratiği yapan ve özel çalışan BBSH sunumundan sorumlu kişilerdir.

4.7.Litvanya

Litvanya’da, 1991 yılında BBSH’de reform çalışmaları başlamıştır. Birincil sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve geliştirilmesi sağlık reformunun en önemli aşaması olarak düşünülmüştür. Birincil sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve alt yapı ilkelerinin benimsenmesinde DSÖ, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ve DB katkıda bulunmuştur. Birincil sağlık hizmetlerinin temel amacı, hasta ihtiyaçlarına uygun olarak sağlık hizmetlerine katkıda bulunmak ve hastalıkları önlemektir². Bu amaçla, Litvanya’da, 1992 yılında üniversitelerde departmanlar kurulmuş olup aile hekimliği 1995 yılında ilk mezunlarını vermeye başlamıştır. 1996 yılında ise Aile Hekimleri Birliği kurulmuştur³.

Litvanya’da ortalama 1600 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile hekimleri tarafından sunulan birincil sağlık hizmetleri sürekli genişlemektedir. Toplam nüfusun %75’inden fazlasının bir aile hekimi vardır. Aile hekimliği hizmetleri kişi başına ödeme ile düzenlenmiş olup ücret ödemeleri buna göre yapılmaktadır⁴.

¹ H.H.Yıldırım- T.Yıldırım - Y.Akbulut, Sağlık Sigortacılığı,2012,Eskişehir, s.13

²E.Sargutan,LitvanyaSağlıkSistemi;http://www.sargutan.com/litvanya%20sağlık%20sistemi.pdf
(25.09.2012)

³ Sargutan

⁴,http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=78&t=Litvanya_da_Aile_Hekimligi
(25.9.2012)

Litvanya’da, sağlık reformuyla başlayan aile hekimliği uygulamasında olumlu gelişmeler olmasına rağmen bir takım sorunlar da yaşanmaktadır. Birinci basamak reformunun erken evrelerinde politikacıların yeterli istek ve iradeyi gosterememiş olmaları, bürokratik iş yükünün fazla olması nedeniyle, konsültasyon süresinin %60 gibi büyük kısmını evrak işlerinin oluşturması, uzmanlık eğitimi sonrası klinik pratiği yapma zorunluluğunun olmaması, aile hekimlerine klinik dışı fonksiyonların yüklenmesi, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin henüz tam olarak ayrılmaması, BBSH’nin kapsamlı ve kaliteli olması için teşvik ve finasmanın yetersiz olması gibi nedenlerden dolayı aile hekimliği uygulamasında sorunlar yařanmaktadır¹. Litvanya’daki aile hekimliği uygulamasında yaşanan sorunlar incelendiğinde benzer sorunların ölkemizdeki aile hekimliği uygulamasında da yaşandığı görölmektedir.

4.8. ABD

ABD’deki sağlık sisteminin en önemli özelliği çoğunlukla kar amaçlı kuruşlar tarafından yürütölmesidir. Kişiler, kendilerine uygun olan sağlık hizmetini, hekimi ya da hastaneyi seçebilmektedir. Bu sebepten dolayı ABD için birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlamasını yapmak oldukça güçtür.

ABD’de sağlık hizmetlerinin çoğunluğu özel sektörün elindedir. Sağlık sektöründeki ana ilke, toplumun hekimini seçme, hekimin de hastasını seçme özgürlüğüdür². "ABD’de kamuya bağlı sosyal sağlık sigortalarının oranı % 24’tür. ABD’de de sağlık sisteminin çoğunlukla "özel" nitelikte sağlık sigortalarıyla işliyor olması hizmetin parası olanlara yani satın alabilecek güçte olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Gelir düzeyi yetersiz kalanlara "devlet desteği" düzenlenmiş olmasına rağmen istenen düzeyde değildir. Özellikle etnik azınlıklar, siyahlar, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalılarla

¹.....,http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=78&t=Litvanya_da_Aile_Hekimligi (25.9.2012)

² B.Kılıç,"Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)", 5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı, Manisa,2007,s.15

kıyaslandığında durumun daha kötü olduğu gör÷lmektedir"¹. Koruyucu sağlık hizmetleri ise eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından daha çok sigortası olmayan kişilere verilmektedir.

ABD sağlık sisteminin kendisine özgü karmaşık yapısı içinde ve hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve etkili bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Sağlık sigortası olan hastalar kendi seçimlerine göre istedikleri sağlık kurumundan sağlık hizmeti talep etmektedir. "Hastaların genel eğilimi, önceden belirlenmiş bir birinci basamak hekimi tarafından değerlendirilmeden, hastalıklarının semptomları ile ilgili bir uzmana başvurmaları şeklindedir"². Ayrıca aşırı uzmanlaşma ve sistemin üçüncü basamağa dayalı olması nedeniyle sağlık kurumları arasında organizasyonel bir işbirliği bulunmamaktadır.

BBSH’de görev yapan hekimler tüm hekimlerin %40’ını oluşturmaktadır. Birinci basamakta aile hekimleri, genel dâhiliye ve genel pediatri uzmanları görev yapmaktadır. Aile hekimleri ya kendi ofislerinde ya da son yıllarda yaygınlaşan grup muayenehanelerinde hizmet sunmaktadır. Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta olup ücretlerini hizmet başına almaktadır. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır³.

Çalışmanın buraya kadar olan kısmında aile hekimliğinin tanımına, temel özelliklerine ve aile hekimliği uygulamasının farklı ÷lkelerdeki örneklerine yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, sağlıkta dönüşüm programı ve yaşanan dönüşüm doğrultusunda ÷lkemizde uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulaması, seçilen ÷lkelerde uygulanan aile hekimliği uygulamaları ile Türkiye’deki aile hekimliği uygulamasının karşılaştırılmasına yer verilecektir.

¹Kılıç, s.15

²C.Terzi,"Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ",Sağlık Sistemleri-II,Toplum ve Hekim Dergisi, 22(1-2), Ankara2007,s.6

³ Oral

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

1.TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI ÖNCESİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASI

1978 yılında Alma Ata TSH Konferansı'nda BBSH'nin toplum sağlığı açısından önemi vurgulanmıştır. Önceki bölümde belirtildiği üzere, Türkiye'de Alma Ata TSH Konferansı'ndan önce 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile BBSH'nin toplum sağlığı açısından önemi daha önce benimsenmiştir. Kısaca BBSH'i tekrar tanımlarsak; BBSH, toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel, koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir arada kapsayan, yaşam boyu sürekli erişilebilen, diğer basamaklarla eşgüdüm içinde çalışan, ekip hizmeti temeline dayanarak sunulan ve kişilerin sağlık sistemine ilk başvuru noktasında verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir¹. Temel amacı; kişileri hastalıklardan korumaktır. BBSH sunan kurumlar genellikle yataksız sağlık kuruluşlarıdır ve ayakta tedavi hizmetleri yaygın şekilde kullanılmaktadır.

BBSH ile ilgili temel yasalardan en önemlisi Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in önderliğinde hazırlanan 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"dur. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile BBSH'nin kapsamlı, planlı ve rasyonel bir şekilde örgütlenmesi sağlanmıştır. 1961 yılında kabul edilen ve uygulamasına 1963 yılında Muş'ta pilot uygulama olarak başlanan birinci basamak sağlık kurumlarının sağlık ocağı şeklinde örgütlenmesi, 1983 yılında sosyalleştirmenin yurt çapına yaygınlaştırılması ile tamamlanmıştır.

¹, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD194/index.pdf> (20.04.2013)

Sosyalizasyon programı ile herkesin sağlık hizmetlerinden, eşit bir şekilde faydalanabilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. Sağlık ocaklarında tam gün esası ile çalışan sağlık personeli tarafından sunulan, toplumcu anlayış ile sürekli, eşit, ücretsiz, entegre ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti, sosyalleştirmenin temel ilkeleri olarak kabul edilmiřtir¹.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un uygulanmaya başlamasıyla birlikte, cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren uygulanan hkmet tabiplikleri sisteminin yerine sağlık ocakları sisteminin getirilmesi uygun görülmüştür. Sağlık ocaklarının kurulmasıyla birlikte dikey örgütlenmeler kademeli olarak azaltılarak farklı sağlık hizmetleri sunan yapılar sağlık ocakları çatısı altında birleştirilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünleşmiş bir biçimde, nüfusa göre yaygınlaştırmayı amaçlayan kanunun en temel birimi sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarına bağlı köy ve mahallelerde oluşturulacak sağlık evleri ile sağlık hizmetlerinin her yere ve herkese ulaşması hedeflenmiřtir². Kurulacak bölge laboratuvarları ve bölge hastaneleri ile sistemin tamamlanması ve bu organizasyonu Sağlık Grup Başkanlıklarının yönetmesi planlanmıştı. Ancak zamanla uygulamadan kaynaklanan nedenlerden dolayı ilkelerden sapmalar yaşanmaya başlanmıştır. Yaşanan sapmalar modelin değişmesine ve yozlaşmasına neden olmuştur. 224 Sayılı Kanun ile ilgili yaşanan sorunlara çalışmanın ileriki bölümlerinde daha ayrıntılı olarak yer verilecektir.

¹N. Yavuz, Türkiye Ve OECD lkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi(SD),SBE,Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi(YYLP), Isparta, 2011,s.29

² S.Bostan Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri zerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBE, Yayımlanmamış Doktora Tezi(YDT), Trabzon,2009, s.20

1.1.Sağlık Ocağı

Sağlık ocakları, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a dayanarak kurulmuş sağlık kurumlarıdır. Sağlık ocakları sağlık hizmeti sunduğu nüfusa göre; köy tipi (nüfusu 10 binde az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Sağlık ocaklarında, kişiye ve kişinin yaşadığı çevreye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül yaklaşımla sunumu söz konusudur. Kişiler sağlık ocaklarına sadece hastalık durumlarında değil sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmak içinde başvurmaktadır. Sağlık ocakları nüfus tabanlı örgütlendiğinden dolayı kişiler sağlık ocaklarına başvurmasalar dahi kayıtları bulunmaktadır.

Sağlık ocaklarında çok yönlü sağlık hizmeti verilmekte olup gerekli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için sağlık personelinin ekip olarak çalışması gerekmektedir¹. Sağlık ocakları, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında evde ve ayakta (birinci basamak) tedavi hizmetleri ile de yükümlüdür. Sorumlu olduğu nüfusta, sağlıkla ilgili tüm olayları izlemek, değerlendirmek ve kendi olanakları ile çözebileceği sorunların çözümünü sağlamak, çözemediği sorunlar için ise, üst kuruluşlardan yardım istemektedir. En geniş anlamıyla sağlık ocakları, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve izleme noktasını oluşturmaktaydı.

1.2.Sağlık Evi

Sağlık evi ise sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışan kuruluşlardır. 2000-2500 nüfusa sağlık hizmeti sunan ve bir ebe veya ebe-hemşire tarafından sağlık hizmeti sunulan en küçük hizmet birimleridir. Kırsal bölgelerde coğrafi yapı ve yol durumu göz önünde bulundurularak 2000-2500 nüfus için bir sağlık evi kurulmuştur. Sağlık ocağına bağlı olarak çok yönlü sağlık hizmeti sunan birimlerdir. Sağlık

¹Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Madde 54; http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=34 (25.02.2013)

örgütlenmesinin en uç ve en küçük birimi sağlık evleri olup genellikle köylerde kurulmuşlardır¹.

Ağırlıklı olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile yükümlüdür. Gebelerin tespiti, belli aralıklarla izlenmesi ve kontrolü, doğumun yaptırılması, lohusa ve çocukların izlenmesi ve kontrol edilmesi ile aşılama hizmetleri sağlık evinde görev yapan ebeden beklenen temel görevlerdir². Temel görevlerin yanı sıra, sorumlu olduğu nüfusta, enfeksiyon hastalıkları, aile planlaması, beslenme ve sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve benzeri diğer sağlık sorunlarından da sorumludur. Sağlık evlerinde sadece ebe veya ebe hemşire görevlidir, başka sağlık personeli bulunmamaktadır.

1.3. Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri

Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) hizmetleri, TSH kapsamında bulunan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır. Amacı, toplumun öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, etkili aile planlaması hizmetlerini ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktır.

Dünyada son yirmi yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları AÇSAP kapsamında ele alınırken, uygulanmakta olan AÇSAP yaklaşımının, üreme sağlığı ile ilgili tüm sağlık sorunlarını karşılamakta yetersiz olduğu görülmüştür. 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile 1995 yılında Pekin’de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Üreme Sağlığı konusunda dönüm noktası olmuştur. Bu sebeple yeni bir kavram olan Üreme Sağlığı kavramının, yaşam boyunca ele alınması yaklaşımı kabul görmüştür.

Düzenlenen bu konferanslarda, temel insan haklarının bir parçası olarak cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım

¹R.Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara,1999,s.18

² N.Tanrikulu, Düzce İli Hane Halkının Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Görüş Ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Düzce,2008, s.7

geliştirilmiştir¹. Türkiye’de de, üreme sağlığı konusunda, 1994 Kahire Konferansı ve 1995 IV. Dünya Kadın Konferansı eylem programları dâhilinde pek çok çalışmalarda bulunulmuş ve programlar başlatılmıştır. Sağlık kuruluşlarında nitelikli ve bütüncül yaklaşımla üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasını hedeflemiştir.

DSÖ, sağlığın tanımında olduğu gibi, Üreme Sağlığı(ÜS)’nı; "Üreme sistemi, görevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin zihinsel, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması"² olarak tanımlamıştır. ÜS tanımından da anlaşılabileceği üzere yaş ve cinsiyet ayrımı yapmadan herkesi kapsamaktadır. Yaşam boyu yaklaşımı gereği artık yaşamın bebeklik, çocukluk ve 15-49 yaş doğurganlık dönemi gibi sadece belirli dönemlerine değil, kesintisiz olarak doğumdan ölüme kadar herkese yaşam boyu üreme sağlığı hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Bu süreçte bütün yaş dönemlerinde üreme sağlığı gereksinimlerini dikkate alan ve ÜS sorunlarını çözmeye yönelik hizmetlerin sunulması önerilmektedir³.

Üreme sağlığı ve aile planlaması danışmanlığı hizmetleri, aile hekimleri tarafından verilemediği ya da yetersiz kaldığı durumlarda AÇSAP merkezleri tarafından desteklenmektedir. Fizik ve teknik altyapısı güçlü olan doksan iki AÇSAP Merkezi, hizmet sunum kapasitesi genişletilerek Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi’ne (ÜSEM) dönüştürülmüştür⁴. ÜSEM’lerden on dört tanesi Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak hizmet sunmaktadır. Ayrıca iki tanesi ikinci basamak sağlık kuruluşlarında olmak üzere kırk bir adet Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi mevcuttur. Aile hekimliği uygulaması kapsamında AÇSAP Merkezleri, ÜSEM ve ÜSBEM’ler TSM’lere bağlı olarak hizmet sunmaktadır.

¹S.Mihçioğur,'Türkiye’de, Ergen / Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler', Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, Bursa, 2012,s.312

²A.Akın,"Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı", Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, Bursa, 2012,s.308

³A.N.Özaydın,"Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri Nereye Gidiyor?",15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012, s.142

⁴Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;www.thsk.gov.tr/tr/dosya/.../ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi.doc (10.01.2013)

1.4.Verem Savaş Dispanseri

Verem Savaş Dispanserleri, verem hastalığına karşı mücadele etmek üzere kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Tüberküloz (TBC) kontrolünde uç birimi oluşturmaktadırlar. Verem Savaş Dispanseri (VSD), sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP'ler ile işbirliği içindedir¹. Hastalığın gidişatını takip etmek amacı ile hastaların kontrolü, muayenesi ve gerekli tahlillerinin yapılmasını sağlayan kurumlardır. VSD' de kayıt altına aldığı hastayı bağlı bulunduğu aile hekimliği birimine bildirmektedir.

DSÖ, TBC hastalığının kontrolü için Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisini önermiştir. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) yaklaşımını uygulayan ülkelerde başarılı sonuçlar alınmıştır. Hastaların ilaçlarını bir sağlık personeli gözetiminde almasına dayanan DGT uygulaması, ülkemizde 2003 yılında pilot uygulama olarak başlamış olup 2006 yılından itibaren ise ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır². TBC hastası VSD' ye kaydı sonrasında VSD hekimi, hastayı kayıtlı olduğu aile hekimine yönlendirmektedir.

Çalışmanın buraya kadar olan bölümünde Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi BBSH sunan kurumlara kısaca yer verilmiştir. SDP ile birlikte BBSH (hizmet sunumuna göre) sunan kuruluşlar yeniden belirlenmiştir. Son olarak 2006 yılına göre; BBSH veren sağlık kurumlarının sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Personel ve ekipman eksikliği nedeniyle bazı sağlık evleri faaliyet gösterememektedir.

¹, http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf(11.01.2013)

² Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ; <http://www.thsk.gov.tr/tr/index.php/tsbs-el-kitabi>(10.01.2013)

**Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi
BBSH Veren Kurumlar**

Kurum Adı	Sayısı
Sağlık Ocağı	6203
Sağlık Evi	11740
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	234
Verem Savaşı Dispanseri	259

Kaynak:TC.SağlıkBakanlığıTemelSağlıkHizmetleriMüdürlüğü;
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5250/temelsaglik-hizmetlerigenel- urlugu-calisma-yilligi-.html>(02.01.2013)

2004 yılında yürürlüğe giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanun’una istinaden kurulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evlerinin yerini Toplum Sağlığı Merkezleri(TSM), Aile Sağlığı Merkezleri(ASM) ve Aile Hekimliği Birimleri(AHB) almıştır. AÇSAP, Sıtma Savaş, VSD hizmetlerinin ise TSM çatısı altında yer alması planlanmıştır.

1.5.224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un Uygulanmasında Yaşanan Sorunlar

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile kurulan sağlık evleri ve sağlık ocaklarıyla, ülkenin en ücra köşelerine kadar sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. İlk yıllarda uygulama oldukça başarılı olmasına rağmen daha sonraki yıllarda uygulayıcılardan dolayı bir takım aksaklıklar oluşmuştur. 224 Sayılı Kanun’un ilk yıllardaki uygulamaları, belirlenen ilkelere uygun olmasına rağmen yıllar geçtikçe ilkelere sapmaların olması modelin değişmesine ve yozlaşmasına neden olmuştur.

224 Sayılı Kanun, nüfus sayısına göre sağlık ocağı sayısını belirlemeyi öngörmüş olmasına rağmen özellikle göç sebebiyle, bölgelerin değişen nüfus yapısını dikkate alan bir sağlık örgütlenmesi hedefi gerçekleştirilememiştir¹. Bu durum özellikle kırsal bölgelerde etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumuna engel olmuştur. Üstelik sağlık ocağı ile hastane arasında kurulması gereken ilişki kurulmamıştır. Sağlık yönetici kadrosuna ve hekim dışı personel yetiştirilmesine gereken önem verilmediği gibi sağlık personeli yetiştirme müfredatının da hastanelere yönelik sağlık personeli yetiştirmeye yönelik olması birinci basamakta çalışmanın öneminin benimsenmesine engel teşkil etmiştir². Yaşanan sorunların en önemli nedeni ise, ülke genelinde sağlık personeli dağılımının dengesiz bir şekilde planlanmasıdır. Sağlık insan gücü planlamasında yapılan hatalardan dolayı iller ve bölgeler arası adaletsizlikten dolayı uzun yıllar çoğu sağlık ocağında sağlık personeli sıkıntısı yaşanmıştır.

Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması, tam gün çalışma ilkesinden vazgeçilmesi, il içinde bütünlük ilkesinden vazgeçilmesi, ücretsiz bakımdan vazgeçilmesi, sevk zincirinin işletilememesi, kent tipi sağlık ocakları ve aile hekimliği uzmanları, tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesi, semt poliklinikleri, personel, bina ve donanım yetersizliği, dikey örgütlenmenin kaldırılmaması, nüfus tespitlerinin yapılamaması, formların kullanılamaması, toplum katılımının sağlanamaması, yönetim kapasitesinin yetersizliği vb. nedenler ÖZTEK'e göre sosyalleştirme modelinin ilkelerinde yapılan başlıca sorunlardır³. Belirtilen sorunların çoğunluğunun 224 Sayılı Kanun'undan değil, uygulayıcıdan ve Türkiye'nin ekonomik, siyasal yapısından kaynaklandığı görülmektedir⁴. Zaman içinde kanunla ilgili gerekli değerlendirme, düzenleme ve güncelleştirmeler

¹ C.C.Aktan, Sağlık Bakanlığı Organizasyon Ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar Ve Mevcut Durum Analizi; <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>(26.04.2013)

² N.Fişek, "Sağlık Yönetimi", Nusret FİŞEK'in Kitaplaşmamış Yazıları-1, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html (25.05.2013)

³ Z.Öztek, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Sorunlar ve Çözümler; http://www.ebto.org.tr/index.php/?Itemid=78&id=158&option=com_content&task=view(10.01.2013)

⁴, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html> (02.01.2013)

yapılamamıştır. Modelde ve uygulama ilkelerinde yapılan sapmalar ve yönetim kusurları sonucunda sistemde aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Bu sorunların özellikle 1990'lı yıllardan sonra arttığı görülmektedir.

2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye’de son yıllarda hem sağlık finansmanı ile hem de sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla ve çalışan sağlık personeliyle ilgili reformlar gündeme gelmektedir. Tarihsel süreci seksenli yıllara kadar uzanan ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla sürdürülen sağlık reformu süreci, sağlık sistemini bütünüyle değiştirmektedir. Değişim sağlık sisteminin tüm basamaklarını etkilemekte, hizmet sunumundan finansmanına, sağlık personeli istihdam biçimlerinden yönetsel yapıya kadar hemen her şey dönüşmektedir.

Sağlık politikalarının oluşturulmasında 1980’lerden sonra DB belirleyici bir rol oynamaya başlamış ve son yıllarda bu rolü giderek artmıştır. Türkiye’de de SDP’nin uygulanmaya başlamasıyla ilgili olarak başlıca iki etmenden söz edilmektedir. Bunlardan birincisi; sağlık hizmetlerinin uygulanmasında görülen aksaklıklar, ikincisi ise; DB’nin önderliğinde başlatılan ve küreselleşme anlayışının katkısı ile hemen hemen bütün ülkelere yayılan reform uygulamalarıdır¹. Sağlık politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan DB, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve DSÖ gibi uluslararası ve ulus ötesi organizasyonların etkileri belirleyicidir.

Sağlık reformu çalışmaları, Sağlık Projesi çerçevesinde 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, DB ve DSÖ’ nün ideolojik, finansal, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır². 2002 yılının Haziran ayında DB "Türkiye: Verimliliği ve Erişimi Geliştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı yayımladığı raporun içeriği ve önerileri SDP

¹ Öztekin, s.7

²O.Koçak-D.Tiryaki, "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği", İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi,10(19), 2011, s.56

açısından önemli bir belge niteliği taşımaktadır. Bu raporda belirtilen öneriler Acil Eylem Planı ile SDP'nin önemli bileşenlerini oluşturmaktadır.

Raporda, "Kamu Hastanelerinin Reorganizasyonu ve Daha Fazla Özerklik" başlığı altında SB ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan hem de hizmet üretim girdilerini sağlamak ve yönetmek açısından özerklik tanınmasının gerektiği önerilmiştir. Raporda yer alan diğer önemli başlık ise; sosyal güvenlik kurumları ve yeşil kart gibi refah programlarının birleştirilerek zorunlu sosyal sağlık sigorta sistemi ya da sağlık fonu oluşturulması ve sağlık fonunun büyük oranda özerk olması önerisidir. Ayrıca; SB'nin başlıca görev ve sorumluluğunun politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olması gerektiği, kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi üzerinde çalışması gerektiği, TSH'nin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi yer almaktadır¹.

Raporda sistemin kendini hazırlaması için iki aşama önerilmiştir. Birinci aşama, bütün yasal ve kurumsal gereksinimlerin sonuçlandırılmasına imkân veren hazırlık aşamasıdır. İkinci aşama ise reform kriterlerinin uygulanmasının tamamlanmasıdır. SDP, DB ile yürütülen “ Ülke Destek Stratejisi” çerçevesinde kredilendirilmiştir. 21 Nisan 2004 tarihinde SDP'nin birinci aşaması için yaklaşık olarak 60 milyon Amerikan doları bütçe belirlenmiştir².

2002 yılında Acil Eylem Planı'nın belirlenmesinin ardından, 2003 yılında SB ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı SDP'yi hazırlamıştır. SDP ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması hedeflenmiştir³. Bu amaçların gerçekleştirilmesi için de temel ilkeler benimsenmiştir. Benimsenen bu ilkeler ise; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler

¹ N. Savaş, "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi", 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012,s.30

² A.D.Ergun-S.S.Gül, "Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye'de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması", [http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15\(2\).PDF](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15(2).PDF) (25.03.2013)

³ S.N.Sülkü, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011,s.1

ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet şeklinde sıralanmaktadır. Belirlenen hedefler doğrultusunda 2003-2010 döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmış olup süreç halen devam etmektedir.

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

SDP ile Türkiye sağlık sisteminde değişim süreci yaşanmaktadır. 2003 yılında projeye başlandığında sekiz başlık altında SDP bileşenleri toplanmıştır. Ancak 2007 yılında sekiz ana başlığa üç ana başlık daha ilave edilerek, bileşenlerin sayısı on bire çıkarılmıştır. Bu bölümde SDP'nin bileşenleri kısaca incelenecektir.

DB desteğiyle yürütülen SDP'nin temel bileşenleri; planlayıcı ve denetleyici bir SB yapısını, toplumun tamamını kapsayacak nitelikte herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortasını, yaygın, kolay erişilebilen güçlendirilmiş TSH ve aile hekimliği uygulamasını, etkili ve kademeli sevk zincirini, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerini, beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması olarak belirtilmiştir¹. SDP'nin belirtilen temel bileşenlerinden “etkili ve kademeli sevk zinciri” hariç diğer bileşenlerinde uygulamalara geçilmiş olup sonuçlar alınmaya başlanmıştır².

2007 yılında ise bu bileşenlere ek olarak; sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları, tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu ve uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri bileşenleri olmak üzere üç önemli başlık daha programa ilave edilmiştir. Her bileşen bir diğer bileşen ile bağlantılı olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir. Ayrıca bu dönemde, alkolle

¹N.Bakırcan, Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YYLT, İstanbul,2012,s.21

²H.H.Yıldırım, Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Ankara,2013,s.13

mücadele, tütünle mücadele, diyabetle mücadele ve obezite ile mücadele gibi halk sağlığı programları da başlatılmıştır.

2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Yaşanan Değişimler

2003 yılında SDP'nin açıklanmasıyla birlikte sağlık sektöründe yapısal değişimlerinde adımları atılmaya başlamıştır. SDP ile getirilen düzenlemeler gerek sağlık hizmeti kullanıcıları gerekse sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri üzerinde etkili olmaktadır.

SDP'nin hayata geçirilmesi sırasında, aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlanabilmesi amacıyla; 9 Aralık 2004 tarihinde Resmi Gazete' de yayımlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile bu konuda önemli adımlar atılmıştır. Bu kanun kapsamında aile hekimliği uygulaması, pilot il olarak belirlenen Düzce ilinde 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama olarak başlamıştır. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Denizli, Edirne, Gümüşhane, Adıyaman, 2007 yılında ise Isparta, Elazığ, İzmir Sinop, Bartın, Samsun ve Amasya illeri de pilot uygulama kapsamına alınarak aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapılmıştır¹. 13 Aralık 2010 tarihinde uygulama yurt çapına yaygınlaştırılarak bütün illerimizde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olup, yaşanan bu değişiklik ile BBSH'de köklü bir değişim süreci yaşanmıştır.

2005 yılında 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile bazı kamu kurumları dışında, kamuya ait bütün sağlık birimlerinin SB'ye devredilmesi sağlanarak, başta Genel Sağlık Sigortası(GSS) sistemi olmak üzere SDP'nin birçok bileşeni için altyapı hazırlanmıştır. Kanun ile hastaneler tek çatı altında toplanmış olup hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır². Böylece SB'nin nüfuz alanı genişletilmiş, kamu hastanelerinin neredeyse tümünün özerkleştirilmesi-

¹TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007,Ankara,2007,s.276

² Ergun-Gül

özelleştirilmesi mümkün hale gelmiş ve hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılarak GSS sistemine ve özel sigortacılığa zemin hazırlanmıştır.

SDP açısından asıl belirleyici düzenlemelerden birisi de Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasıdır. 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile SB teşkilat yapısında da değişiklikler yapılarak görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile personel rejimine ilişkin düzenlemeler yapılmış; Kamu Hastane Birliklerinin kurulması, Sağlık Serbest Bölgeleri’nin oluşturulması, yabancı hekim ve hemşire çalıştırılması, sağlık personelinin niteliği, statüsü ve çalışma esasları, sözleşmeli çalışacak olan sağlık personelinin mali hakları ve yükümlülükleri meslek örgütleri ile ilgili mevzuat vb. konularda pek çok yeni düzenleme getirilmiştir¹. Ayrıca yapılan bu düzenlemelerde Bakanlık Merkez Teşkilatından "bağlı kuruluşlar" adı altında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK), Türkiye Hudut Ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olmak üzere dört kuruluş kurulmuştur².

Yeni sistemde, temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinden sorumlu kuruluş Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak belirlenmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, illerde "Halk Sağlığı Müdürlüğü" olarak temsil edilmektedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak ise, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Birliklerin yönetici personeli sözleşmeli olarak görev yapacaktır. Birlik yönetiminden genel sekreter sorumlu olduğundan dolayı birlik bünyesinde oluşacak personel hareketleri de genel sekreter tarafından gerçekleştirilecektir. Bu düzenlemeyle personel atamalarından genel sekreter

¹A.Akın-K.Ersoy,2050'ye Doğru Nüfus Bilim Ve Yönetim:Sağlık Sistemine Bakış, İstanbul,2012,s.36

²A.Akın-K.Ersoy, s.36

sorumlu olacak, birlik bünyesinde görev yapan sağlık personelinin atamasını bünyesindeki bir hastaneden başka bir hastaneye yapabilecektir.

Sağlık finansmanını yeniden yapılandırıp, üretim sürecini yeniden örgütlerken aynı zamanda sağlık personelinin istihdam koşullarında da değişiklik oluşturan SDP, yeterli bilgi ve beceriye sahip yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü oluşturmaya amaçlamaktadır. "Bu süreç dâhilinde, sağlık hizmetlerinde örgütlenme değişimini yansıtan "Aile Hekimliği Uygulaması" ve "Kamu Hastane Birlikleri" modellerinde personel istihdamı "sözleşmelilik" esasına dayandırılmakta; hizmetin özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılmasının yolunu açan "taşeron personel çalıştırma" düzenlemesine gidilmekte; özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik "yabancı sağlık personeli" istihdamının yolu açılmaktadır"¹. Programa göre; sağlık çalışanlarının sözleşmeli çalışma istihdam modelinde artış görülmektedir.

Sözleşmeli çalışma, esnek çalışmayı getiren ve iş güvencesini ortadan kaldıran bir çalışma düzenidir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile de aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personeline sözleşmeli çalışma şartı getirilmiştir. Yaşanan dönüşüme paralel olarak sağlık çalışanları çalışma koşulları açısından önemli değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde hem sağlık hizmetlerinde hem de kamuda yaşanan reformlar etkili olmuş, sonuçta kamu sektöründe iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayla esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar gündeme gelmiştir.

Türkiye’de sağlık insan gücü ile ilgili önemli sorunlar yaşanmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli sayısındaki yetersizlik, sağlık personelinin dağılımında dengesizlikler olması, sağlık personelinin görev tanımı dışında başka alanlarda görevlendirilmesi, iş güvencesi, ücretlendirme, sosyal ve özlük haklar konusundaki

¹İ.Ö.Sayan-A.Küçük,"Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", Ankara Üniversitesi (AÜ) SBF Dergisi,67(1),Ankara,2012, s.176

farklılıklar ve belki de ön önemlisi yıpranma payının verilmemesi gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır. Son yıllarda sıkça görülen en önemli sorunların başında sağlıkta şiddet gelmektedir. Sağlıkta şiddeti önleyecek caydırıcı önlemlerin acilen alınması gerekliliği ortadır. Sağlık, emek ve özveri ağırlıklı bir sektördür. Sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış insan gücü gerektirmekte, aynı zamanda hizmetin odak noktasını bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi oluşturmaktadır¹. Etkin ve nitelikli sağlık insan gücünün, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda en önemli kaynak olduğu unutulmamalıdır.

Ülkemizde uygulanan sağlık politikaları günümüze kadar olan sürede bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. Dr. Refik SAYDAM dönemi, Dr. Behçet UZ dönemi, Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in öncülüğünde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı önemli dönüm noktalarıdır. SDP, bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır. Ancak çoğu zaman yeterli düzenleme ve alt yapı sağlanmadan yapılan değişiklikler sağlık sisteminde sorunları da beraberinde getirmektedir.

Sonuç olarak; SDP'nin üç temel amacının (GSS, aile hekimliği uygulaması ve hastanelerin finansal özerkleşmesi) noktası, sağlık maliyetlerini düşürebilmek, kendi kendine yetebilen sağlık birimleri oluşturmak ve mümkün olabildiğince öngörülebilir (global bütçe) bir maliyeti büyük oranda ödenen sigorta primlerinden karşılayabilmektir². Son olarak, Tablo 2'de yıllara göre SDP kısaca özetlenmiştir.

¹Ö.A.Şerefoğlu,Kahramanmaraş'ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye ile Karşılaştırılması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, SBE, YYLP, Kahramanmaraş,2007, s.21

²M.Akman,"Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü" Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2),Ankara,2014,s.75

Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Tarih	Değişiklik
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı Açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi.
	Aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlamaya geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
2005	İlaçta KDV oranı % 8'e indirildi.
	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı.
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı.
2006	Yeşil Kart sahiplerinin ilaçta % 20 katılım payı alınmaya başladı.
	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
2007	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
2008	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili Kanunlar yürürlüğe girdi
2009	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı
	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + % 15 olarak değiştirildi.
2010	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi
	İlaçta Global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı.
	Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi.
	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
2011	Tüm gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.
	02.11.2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazetede "663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" yayımlandı.

Kaynak: M.Tatar,"Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi",Sosyal Güvenlik Dergisi,1(1),Ankara,2011,s.128.

Tablo 2’de görüldüğü üzere; 2003 yılından itibaren, SDP’nin önemli adımları gerçekleştirilmiştir. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, SDP kapsamında 2003 yılında on kurumda pilot olarak başlamıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi bir takım olumsuzlukları ve istismarları da beraberinde getirmiştir. Fakat bu olumsuzluklardan belki de en önemlisi sağlık personelinin maaşlarında gerekli düzenleme ve iyileştirmenin yapılmasının önünü kapatmasıdır.

2003 yılından itibaren SDP’nin özel hastanelerden tüm sosyal güvencesi olan vatandaşların düşük katılım payı alınması ile faydalanmaları sağlanmıştır. Fakat özel hastanelerin hem sistemden gittikçe fazla pay almaya başlaması hem de katılım payı uygulamalarının yaygınlaşmasının ve serbestleşmesinin tüm sağlık sistemi için bir risk getireceği unutulmamalıdır¹.

2004 yılında Ulusal Sağlık Hesapları ile Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik çalışması yayımlanmış, performansa dayalı ödeme sistemi Türkiye geneline yaygınlaştırılmıştır. 2005 yılında Yeşil Kart sahiplerinin ayaktan tedavi ve ilaç alımlarından yararlanmaları imkânı sağlanmış ve Yeşil Kart sahiplerinden katılım payı alınmaya başlanmıştır. SSK ve diğer bazı kamu kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Aynı zamanda SSK’lılara serbest eczanelerden yararlanma imkânı sağlanmıştır².

2004 yılında 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Resmi Gazete’de yayımlanarak, kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği uygulaması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuş olup 13.12.2010 tarihinde aile hekimliği uygulaması tüm yurtda yaygınlaştırılmıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yürürlüğe girerek 3 Kasım 2012 tarihinde uygulamaya konulmuştur.

¹D.Ersöz,Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği Ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Balıkesir Üniversitesi SBE,, YYLT, Balıkesir, 2010,s.98

² Şerefoğlu, s.13

3.TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA GEÇİŞ

1983 yılından beri Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesine rağmen pek çok kişi, aile hekimliği ile SB’nin, ilk olarak Düzce’de başlattığı aile hekimliği pilot uygulaması ile tanıştı. Aile hekimliği uygulaması, DB tarafından, Türkiye’ye BBSH’nin organizasyonunda bir seçenek olarak önerilmiş olup, 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan SDP çerçevesinde ve DB’nin desteğiyle BBSH’nin, planlanması ve sunumuna yeni bir anlayış getirmiştir.

Türkiye’de, 09 Aralık 2004 tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un Resmi Gazete’de yayımlanmasıyla aile hekimliği uygulamasının ilk adımları atılmıştır. 03.01.2005 tarihinde ise pilot il olarak belirlenen Düzce’de çalışmalara başlanmış, sistem yapılandırılmış ve 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde pilot uygulama olarak aile hekimliği uygulaması başlamıştır.

SB, aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapmıştır. 2006 yılının sonunda yedi, 2007 yılının sonunda on beş, 2008 yılının sonunda otuz iki, 2009 yılının sonunda ise otuz beş ilimizde kademeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır¹. SB’nin son olarak 25 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile 2010 yılının sonuna kadar bütün illerde aile hekimliği uygulamasına geçişin tamamlanacağı ifade edilmiş olup, 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla de ülkemizin tamamında sağlık ocağı sisteminin yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmıştır². Aile hekimliği uygulaması ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamaktaki sağlığın geliştirilmesi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ASM’lerde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer hizmetlerde TSM’lerde verilmeye başlamıştır.

Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesi yapılan çalışmalara ve hazırlık aşamalarına değinecek olursak; aile hekimliği uygulamasına geçiş döneminde ve

¹ Ünlüoğlu-.Kaptanoğlu- Özer, s.6

²G.H.Dağlı,Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, AÜ, SBE,YYLT, Ankara, 2006,s.128

öncesinde en çok emek şüphesiz ki ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak görev yapan sağlık personeline aittir. Çünkü onlar bu dönemde hem sağlık ocağındaki görevlerini (okul aşıları, bebek-gebe –çocuk izlem, bağışıklama, acil ve laboratuvar gibi) yerine getirmeye çalışırken diğer taraftan da, Ev Halkı Tespit Fişleri'nin sahada kontrollerini yaparak, düzenlenen nüfusların T.C. kimlik numaraları esası ile dijital ortama aktarımını sağlamışlardır.

Sağlık müdürlükleri tarafından merkezden en uç yerleşim bölgesine kadar hizmet veren sağlık ocakları ve sağlık evleri gözden geçirilerek binaların aile sağlığı merkezi olarak dönüşümü planlanmıştır. Mevcut binaların fiziksel durumunun değerlendirilerek ihtiyaç duyulan binalarda tadilat ve tamirat işlemlerinin yapılması sağlanmıştır. Tıbbi cihaz ve ekipmanların envanter kayıtları gözden geçirilmiş, daha sonra ilin nüfusu ve coğrafi özellikleri dikkate alınarak aile hekimliği birimleri ve mobil hizmet bölgeleri belirlenerek birimlere göre planlamalar yapılmıştır¹. Tüm binaların krokileri hazırlanmış olup kodlarıyla birlikte aile hekimliği birimleri belirtilmiştir. ASM olarak planlanan sağlık ocaklarının ADSL alt yapısı hazır hale getirilmiştir.

Aile hekimliği biriminin belirlenmesinde, ilin nüfus ve coğrafi yapısı, hastalık ve sağlık istatistikleri dikkate alınarak birimler belirlenmiştir. Ortalama 3.000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde uygulamalara başlanmıştır. Yapılan bu çalışmaların ardından belirlenen takvime göre yerleştirme işlemleri yapılarak aile hekimliği uygulaması kademeli olarak başlamıştır.

Personel şubesi tarafından il personel dağılım cetveli (PDC) yeniden incelenmiş olup aile hekimliği uygulamasında ihtiyaç duyulacak personel sayısı belirlenmiştir. Hizmet puanlarını etkileyecek durumlar göz önünde bulundurularak (askerlik, geçici görevlendirmeler v.s.) hizmet puanı hesaplamaları yeniden yapılmış

¹E.E.Mavi,1960 Sonrası Türk Sağlık Personeli Politikası, AÜ, SBE, YDT, Ankara,2010, s.247

olup, itirazlar alınıp sonuçlandırılarak güncel tutulmuştur¹. Hekimler arasında, kimin hangi bölgede çalışacağını belirlemek için hizmet puanı esas alınmış ve puanı yüksek olan hekimlere bölge seçiminde öncelik hakkı tanınmıştır. PDC’de fazla olan ebe, hemşire, sağlık memuru olarak görev yapan sağlık personelleri ilk başta başka kurumlara görevlendirilmiş olup daha sonra istekleri dışında resen atamalarla hastanelere tayinleri yapılmıştır. Örnek verecek olursak; 2011 yılında İzmir ilinde, pratisyen tabip resen atamada 67 pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerde ise 29 hemşire ve 61 ebenin resen atamaları yapılmıştır.

Aile hekimliği uygulamasına geçiş öncesi BBSH’de çalışan sağlık personeline, birinci aşama uyum eğitimleri ve bilgisayar eğitimleri verilmiştir. SDP çerçevesinde, aile hekimliği uygulaması, başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi ile başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş çalışmalarında, iki aşamalı düşünülen eğitimin ilk aşamasında hekimler on gün, ebe, hemşire, sağlık memurları ise üç gün süren uyum eğitimi sonunda sertifikalarını almışlardır. Bu geçiş sürecinde, birinci basamakta çalışmak isteyen sağlık personeli 1.Aşama Uyum Eğitimlerini tamamlayıp geçici aile hekimliği uygulama sertifikalarını almış ve artık sağlık ocaklarının yerini alan ASM’lerde çalışmaya başlamışlardır. İkinci aşama modüler eğitim ise, aile hekimlerinin mesleki bilgilerinin güncelleştirilmesi ve geliştirilmesini hedefleyen bir yıl süreli uzaktan eğitim olarak planlanmıştır ve eğitimler halen devam etmektedir.

Aile hekimliği uygulaması öncesinde birinci basamak sağlık kurumlarında 17.800 hekim görev yaparken, geçiş sonrasında 2014 yılı verilerine göre 6768 ASM’de 21217 aile hekimi görev yapmaktadır². 2012 yılı verilerine göre ise bir aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısı ise ortalama 3634 kişidir³. SB yıllar itibarıyla aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planlamakta ve 2023 yılı hedefi 1.680 kişiye bir aile hekimliği biriminin hizmet vermesini

¹E.B.Selçuk,"Malatya İli Aile Hekimliği Uygulaması Hazırlık Çalışmaları", 9.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Kitabı, Antalya,2010, s.44

.....,http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:aile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38(18.03.2014)

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara,2013,s.81

amaçlamaktadır¹. 3634 kişiye bir aile hekimliği biriminin hem koruyucu sağlık hizmetini hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunması, aynı zamanda her geçen gün artan iş yükü ve çıkarılan yönetmelikler sağlık personelinin oldukça zor durumda bırakmaktadır.

Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler, elbette ki aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan dolayı yeni döneme geçişte birçok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev almıştır. SB, aile hekimliği uygulamasının nihai hedefi için 2017 yılından sonra aile hekimliği uygulamasında çalışmaya başlayacak tüm hekimlerin aile hekimi uzmanı olmasını öngörmektedir². Birinci basamakta çalışan hekimlerin kazanılmış haklarının olması; hem de ne zaman, ne maliyet ne de insan kaynakları açısından birinci basamakta çalışmakta olan yaklaşık 30.000 hekimi bir anda sahadan çekip uzmanlık eğitimi vermenin imkânsız olmasından dolayı mevcut uygulamada böyle bir zorunluluk söz konusu değildir.

3.1.Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Yasal Düzenlemeler

2004 yılında Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, aile hekimliği uygulaması ile ilgili yasal düzenlemelerin başlangıcı olmuştur. Kanunun akabinde çıkarılan yönetmeliklerle gerekli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan düzenlemelerle, bireye yönelik koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmesi öngörülen aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin görev tanımları, çalışma usulleri ve ücretlendirme yöntemleri belirlenmiştir.

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili yasal mevzuatın çıkarılması, uygulanması aşamalarında disiplin – sistem karışıklığı yaşanması, geçiş dönemi eğitimleri ve pilot uygulamayla başlayan aile hekimliği uygulaması, sağlık alanında gündemin ana

¹TC.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı; <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files//FaaliyetRaporu2012/faaliyet/files/publication.pdf>(25.05.2013)

²TC.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı; <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files//FaaliyetRaporu2012/faaliyet/files/publication.pdf>(25.05.2013)

konularını oluřturmuřtur¹. 2004 yılında Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun amacı; SB’nin pilot olarak belirleyeceği illerde, BBSH’nin geliştirilmesi, kişilerin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini sağlamak amacıyla görevlendirilecek sağlık personelinin konumu ve mali hakları ile hizmetin ilkelerini düzenlemek olarak belirtilmiřtir².

Kanun’un 3.maddesinde ise; aile hekimliği uygulamasında çalışacak olan sağlık personelinin sözleşmeli statüde olacağı ve sözleşmeli olarak görev yapan sağlık personelinin kurumlarında ücretsiz izinli sayılarak, kadroları ile ilişkilerinin devam edeceği belirtilmiştir. Ayrıca bu personelin, sözleşmeli statüde geçen hizmet süreleri kazanılmış hak, derece ve kademeleri değerlendirilerek her yıl gerekli işlemlerin yapılacağı ve talepleri halinde eski görev yerlerinde boş pozisyonlara öncelikli atamalarının yapılacağı ifade edilmiřtir³. Sözleşmeli statüde çalışmaya başlayan sağlık personelinin, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkilerinin aynı şekilde devam ettirileceği belirtilmiştir. Sözleşmeli statüde görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının kadroları ile ilişikleri devam ettirilerek her yıl düzenli olarak kadro ve derece ilerlemeleri ile intibakları yapılmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında sözleşmeler ilk zamanlar bir yıllık olarak imzalanmaktaydı ancak daha sonra bu süre iki yıla çıkartılmıştır. şuan aile hekimliği uygulamasında sözleşmeler iki yılda bir yenilenmektedir. Prensipte, sözleşmeleri yapma ve sona erdirme sorumluluğu ilin valisindedir; ancak bu sorumluluk uygulamada İl Halk Sağlığı Müdürü’ne veya İl Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı’na devredilmektedir.

¹ Ünlüoğlu-Kaptanoğlu- Özer, s.6

² 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:1,Resmi Gazete,25665(15.05.2013)

³ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:3,Resmi Gazete, 25665(15.05.2013)

25 Ocak 2013 tarihinde yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre; aile hekimi ile birlikte sağlık hizmeti sunan, sözleşmeli statüde görev yapan veya THSK veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni (ATT) için aile sağlığı elemanı tanımlaması yapılmıştır. Aile hekimliği uygulamasında, ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni olarak görev yapan sağlık personelinin 'eleman' olarak tanımlanması oldukça rahatsızlık vericidir. Ebelik ve hemşirelik meslekleri görev alanları tanımlanmış profesyonel mesleklerdir¹. Aile hekimliği modelini uygulayan ülkelerde aile hekimi ile birlikte çalışacak sağlık çalışanı mesleklerine göre isimlendirilmesine karşın, ülkemizde hekim dışı sağlık çalışanlarının aile sağlığı elemanı olarak tanımlanması bir ilktir. Eğitimlerini alarak mesleklerine yıllarca emek veren ve özveriyle çalışan sağlık personeli için 'eleman' olarak tanımlanmak hem oldukça üzücü hem de demoralize edicidir. Bu durumda, SDP'nin, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü sağlanmasına yönelik temel prensibinin pratikte gerçekleştiğini söylemek güçtür.

5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 5.maddesi 2.fıkrasına göre, kişiler hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, acil durumlar ve mücbir sebepler dışında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilmesi aile hekiminin sevk zorunlu kılınmıştır. Yine aynı kanunun 3.maddesinin son fıkrasında ise; koruyucu sağlık hizmetlerinin eksik uygulanması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde aile hekimine yapılacak ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar kesinti yapılacağı öngörülmüştür. Ancak bu uygulama sistemde bazı sorunlara neden olduğundan dolayı 2008 yılında Anayasa Mahkemesi'nce alınan bir karar ile iptal edilmiştir².

Başlangıçta sevk zinciri uygulaması ile bireylerin öncelikle aile hekimlerine başvurması planlanmış, kişilerin ancak aile hekiminin gerek gördüğü durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmaları düşünülmüştür. Bu

¹ Mavi, s.258

² Hazine Müsteşarlığı, s.14

amaçla, uygulanması düşünülen aile hekimliği uygulamasında, sevk zinciri uygulaması süresiz olarak ertelenmiş olup bireyler aile hekimleri olmalarına rağmen ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilmektedir. Ancak sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından, kişilerin en basit düzeydeki rahatsızlıklar için dahi ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kurumlarına başvuruda bulunmaları, uzun vadede ciddi sıkıntılara yol açmaktadır.

Gerekli alt yapılar sağlandıktan sonra zorunlu sevk zincirine geçilmesi, tedavilerin daha pahalı olan üst basamaklardan birinci basamağa kaydırılmasıyla, kamu bütçesi üzerindeki yükü de hafifletecektir. Ancak aile hekimliği uygulamasından beklenen etkinin güçlendirilmesi için, kurulması istenen sevk zinciri sistemi tek yönlü olmamalıdır. Aynı zamanda tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına sevk edilen hastaların, tedavilerinin düzenli olarak takip edilebilmesi açısından aile hekimlerine geri bildirimlerinin yapılması gerekliliği sağlanmalıdır.

29 Şubat 2012 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği’ne göre; 'Aile hekimliği ve sağlık ocağı gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmaz. Fakat reçete yazılması halinde üç kutuya kadar olan ilaçlar için 3 TL, üç kutuya ilave olarak reçete edilen her bir kutu ilaç için 1TL katılım payı alınacağı belirtilmiştir¹. Muayene katılım payı uygulaması ile hastanelerdeki yoğunluğu bir nebze de olsa azaltmak ve birinci basamakta tedavi edilebilecek hastalıkların tedavisini sağlamak amaçlanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde bireylerin BBSH’den yararlanabilmesi için bir aile hekimine kayıtlı olması gerekmektedir. Kişiler aynı il içinde bölge sınırlaması olmaksızın istediği aile hekimini seçmektedir. Zorunlu durumlar hariç kişiler aile hekimini üç aydan önce değiştirememektedir. Aile hekimi değişikliği kişilerin talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimi tarafından

¹, <http://sgk.org/muayene-katilim-payi-2.html>(15.06.2013)

yapılmaktadır. Aile hekimi tarafından yapılan değişiklik işlemlerinin, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılması gerekmektedir¹. İkamet ettiği ilden başka bir ile ikamet amacıyla yeni gelen kişiler ise süre kısıtlaması olmaksızın istedikleri aile hekimine kayıt yaptırabilmektedir. Kişilerin istedikleri aile hekimini seçebilmeleri, aile hekimliği uygulamasının en önemli hususlardan biridir. Uygulama hekimlere rekabet ortamı oluşturacağından dolayı ilaç ve tıbbi malzeme tüketimini arttırıcı, yanlış, gereksiz tıbbi uygulamalara, hekimi yanlış ve tıbbi gerekçesi olmayan raporlar vermeye zorlayıcı nitelikler taşımaktadır. Bu durum ise uygulamanın tartışılan yönlerindendir.

Mevcut uygulamada aile hekimine herkes başvurabilmektedir. Aile hekimine başvuruda bir sağlık güvencesi aranmamakta olup, anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar, muayene, tahlil, enjeksiyon, pansuman, vb. işlemler de tamamen ücretsiz olarak sunulmaktadır. Nüfusun tamamı aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS) ile dijital ortamda kayıt altına alınmıştır². Aile hekimlerinin, bakanlıkça belirlenen, standartlara uygun AHBS yazılımı kullanmaları şarttır. Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğinde olup bu kayıt ve belgelerin, aile hekiminin yer değişikliği veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredileceği Aile Hekimliği Kanunu'nda belirtilmiştir³. Aile hekimleri, birimlerine kayıtlı bireylere ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde bütünlüğünü, gizliliğini, mahremiyeti ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdür.

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve buna bağlı olarak yayımlanan yönetmelikler ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasını temelini oluşturmaktadır. ÖZTEK, mevzuatın temel unsurlarını aşığıdaki gibi özetlemektedir:

¹.....,http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125.htm(01.04.2013)

² Hazine Müsteşarlığı, s.1

³Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu; http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/820,5258-sayili-aile-hekimligi-kanunupdf.pdf?0(15.01.2014)

- "Sistemin temel birimi bir aile hekimi ile bir hemşire, ebe, att ve ya sağlık memurundan oluşan iki kişilik bir ekiptir.

- Her aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; en az 1000 kişi en fazla ise 4000 kişidir. Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının iki ay üst üste 1000'in altına düşmesi halinde sözleşmesi feshedilmektedir.

- Aile hekimleri ayrı bir bina ya da dairede tek başlarına hizmet verebilecekleri gibi birkaç aile hekimi bir arada aynı çatı altında da hizmet verebilir.

- Kırsal bölgelerde oturanlar hekime uzak olduklarından aile hekimlerini seçemezler. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından, yerleşim yerlerine en yakın ve listesinde yeterli kişi kayıtlı olmayan aile hekimine kayıtları yapılır.

- Aile hekimlerinin ödemeleri, listelerinde kayıtlı olan kişi başına ücret ödemesi olarak yapılmaktadır. Uygulamada, çalışan sağlık personeline kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta olup, ödemeler, sağlık personelinin çalıştığı bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre kapitasyon (kişi başı) hesabı temel alınarak yapılmaktadır.

- Aile hekimlerine her ay için bir laboratuvar kotası ayrılması, bu miktarın üzerindeki harcamayı aşan paranın hekimlerden tahsil edilmesi öngörülmüştü. Ancak, bu uygulama, yönetimin hekimlik uygulamalarına kısıtlama getirdiği gerekçesiyle iptal edilmiştir.

- Aile hekimliği uygulamasında sözleşmeli olarak çalışan sağlık personeli iki ay öncesinden haber verme koşulu ile sözleşmelerini fesih edebilirler. Bu kurala uymayan sağlık personeli fesih yaptığı takdirde bir yıl süre ile aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak çalışmamaktadır"¹.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun, 02 Kasım 2011 tarih ve 28103 Sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile

¹ Z.Öztek, "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği" Toplum Hekimliği Bülteni,25(2),Ankara, 2006,s.2

isim ve içeriğinde değişiklikler yapılmıştır. Başlangıçta pilot uygulama olarak başlayan aile hekimliği uygulaması, 663 Sayılı KHK'nin 58.maddesi ile pilot ibaresi kaldırılarak, ilgili yasanın ismi: Aile Hekimliği Kanunu olarak değiştirilmiştir. 3. maddesinin birinci fıkrasında; aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarca sözleşme yapılabileceği belirtilmiştir¹. 5'inci maddesinin ikinci fıkrasında ise, aile hekimliği hizmetleri haricindeki BBSH'nin TSM'ler tarafından sunulacağı ve TSM'lerin kadroları, organizasyonu, çalışma usul ve esasları ile görevlerinin THSK tarafından belirleneceği cümlesi eklenmiştir².

Ayrıca, 25 Ocak 2013 Tarih ve 28539 Sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Yayımlanan bu yönetmelik ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmelik, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmeliğinin yayımlanması ile de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

3.2. Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Uygulaması

Genel olarak performansa göre ücret sistemi, çalışanların performansına ve personelin daha iyi motive edilmesinin bir aracı olarak algılanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasındaki performans uygulamasında ise, farklı bir durum söz konusudur. Sağlık personelinin performansına göre ek bir ücret verilmesi yerine, önceden belirlenmiş olan ücret üzerinden kesinti yapılmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin, performans değerlendirmelerinin bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak belirlenmektedir. Performans değerlendirilmesinin nasıl yapılması gerektiği ise Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca

¹ 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:3,Resmi Gazete,25665(15.05.2013)

² 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:5,Resmi Gazete,25665 (01.06.2013)

Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde olacağı belirtilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin performansları, bir önceki ayda vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri oranına göre hesaplanmaktadır. Aşı başarı oranı, bebek izlem başarı oranı, gebe izlem başarı oranı performans kriteri olarak baz alınmaktadır. Kasım 2012 tarihinden itibaren ise, çocuk izlem başarı oranı da performans sistemine dâhil edilmiştir. Aile hekimliği performans yönetimi uygulamasında ölçülebilirliğin sağlanması ve kolay hesaplama yapılabilmesi için her performans kriteri için ayrı ayrı hesaplama formülü geliştirilmiştir¹. Hesaplama sonuçlarına göre beklenen performansın altında başarı gösteren sağlık personelinin maaşından belirli oranlarda kesintiler yapılmaktadır. Sevk zinciri uygulaması belirsiz bir süreliğine kaldırıldığı için performans hesaplamalarında yer almamaktadır.

Çalışılan illerde belirlenmiş takvime göre, performans itirazları yapılabilmektedir. Tıbbi nedenlerden dolayı veya göç nedeniyle kişilere ulaşılamaması gibi aşının ya da izlemin geciktirilmesi durumlarında itiraz komisyonlarına bildirim yapılmaktadır. Bazı illerde bu konuyla ilgili sadece beyan yeterli iken bazı illerde kanıtlayıcı belge isteyebilmektedir. İstenen evrakların eksiksiz teslim edilmesi, itirazın kabulünü kolaylaştırmaktadır².

Performans kesintileriyle ilgili diğer önemli bir konu ise gebe ve yeni doğmuş bebeklerin tespittir. Bazı illerde gebelerin zamanından önce tespit edilememesinden dolayı sağlık personeline cezai işlemler uygulanmaktadır. Hâlbuki gebe izlem yükümlülüğü gebe tespitinden sonra başlamaktadır. 25 Ocak 2013 tarihinde Resmi Gazete 'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 28.maddesine göre; gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulamaları, doğum ve bildirimi zorunlu hastalıklar gibi durumlarda ilgili aile hekimine iletilmek üzere sağlık

¹S.Görpeliöğlu,"Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı", Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004,s.7

² Ünlüoğlu- Kaptanoğlu- Özer, s.185

hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluğu tarafından müdürlüğe en geç beğ iş günü içerisinde bildirim yapmaları istenmektedir¹. Gerekli bildirimleri yapmayanlar hakkında mevzuat hükümlerine göre gerekli işlemlerin yapılacağı belirtilmiş olmasına rağmen uygulamada farklılıklar yaşanmaktadır.

Negatif performans uygulaması, aile hekimliği uygulamasında en fazla eleştirilen konulardan biridir. Aile hekimliği uygulamasında kişilere yaptırım olmadığı için aile hekimine başvurmadıklarından dolayı yapılamayan bir izlem ya da aşının sorumlusu yalnızca sağlık personeli olmamalıdır. Kişilerin bu konuda bilinçlenmesi ve sorumluluklarının farkında olmaları sağlanarak toplum katılımı sağlanmalıdır. Diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği sağlanarak aile hekimliği birimi dışında yapılan işlemlerin bildirimi konusunda gerekli altyapı ve destek sağlanmalıdır. Ayrıca, sadece negatif performans uygulaması değil, pozitif performans uygulaması da yaygınlaştırılmalıdır.

3.3. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği Uygulaması ve Gezici Sağlık Hizmeti

Aile hekimliği uygulamasının en önemli basamaklarından biri gezici sağlık hizmetidir. Gezici sağlık hizmeti ile sağlık kurumu dışında köy, belde, mezra, mahalle gibi yerleşim birimlerinde, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetleri vermeye çalışılmaktadır. Farklı sebeplerle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusa TSH'ın yerinde sunulmasıdır. Gezici sağlık hizmetleri BBSH kapsamında düzenli olarak verilmektedir. Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimlerine, gezici sağlık hizmeti giderleri için ayrı bir ödeme yapıldığından dolayı ulaşım ve giderler aile hekimi tarafından karşılanmaktadır.

Gezici sağlık hizmeti sunumunda görevler bir plan dâhilinde yapılmaktadır. Planlama aylık olarak yapılmakta olup gezici ekibin hizmet vereceği bölgeye ekibin

¹Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde:28Resm Gazete Sayı: 27591(15.05.2013)

ziyareti önceden haber verilmektedir¹. Belirlenen gün ve saatler genellikle köy muhtarı aracılığıyla bölgede yaşayan kişilere duyurulmaktadır. Gezici sağlık hizmeti için planlama yaparken, bölgenin coğrafi durumu, iklim, ulaşım şartları ve sorumlu olunan nüfus dikkate alınmalıdır. Aile hekimi bölgedeki her köy ve beldeye ayda en az bir defa sağlık hizmeti sunmak üzere gitmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, öncelikle riskli bölgeler (sağlık kurumlarına uzak ve nüfusun yoğun olduğu yerler, vb.) ve riskli gruplara (bebek ve çocuk, gebe ve lohusa, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, vb.) sunulmaktadır.

Kırsal bölgede mümkün olduğunca birbirine yakın köylerde iki aile hekimi düşecek biçimde planlama yapılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında merkezde işler biraz daha kolay olmasına rağmen küçük ilçe ve köylerde zorluklar yaşanmaktadır. Coğrafi yapıdan, ulaşım koşullarından ya da bölgeler planlanırken yapılan hatalar yüzünden sağlık personeli gezici sağlık hizmetlerinde sorunlar yaşamaktadır. Bakanlığa ait sağlık kurumu olmayan yerlerde sunulan sağlık hizmetleri fiziki şartları yetersiz ortamlarda sunulmaktadır. Aile hekimleri gezici sağlık hizmeti esnasında poliklinik hizmetlerini ve diğer sağlık hizmetlerini sağlık tesisi olmayan uygunsuz ortamlarda vermek zorunda kalmaktadır.

4.AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLAR

SDP ile birlikte BBSH sunan kuruluşlar yeniden belirlenmiş olup bu belirlemede ASM, TSM ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri olarak BBSH sunan üç temel kurum oluşturulmuştur. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki yasa uyarınca uygulama yapılan illerde birinci basamakta yer alan, sağlık ocakları ve sağlık evleri yapılanmasına son verilmiş olup, bireye yönelik sağlık hizmetleri ASM ve aile hekimliği birimlerine, topluma yönelik sağlık hizmetleri ise TSM'lere devredilmiştir.

¹Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg-.html>(05.06.2013)

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile THSK kurulmuş olup illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri oluşturulmuştur. 112 Acil Sağlık Hizmetleri haricindeki tüm BBSH'nin sunumu ile THSK görevlendirilmiştir. TSM ve ASM'lerin idaresi de Halk Sağlığı Müdürlükleri'ne devredilmiştir. AÇSAP, Sıtma Savaş, Verem Savaş hizmetlerinin TSM çatısı altında daha etkin olacak şekilde yer alması planlanmıştır. Çalışmanın bu bölümünde, aile hekimliği uygulaması ile sağlık ocaklarının görevleri; ASM ve TSM olmak üzere iki birim tarafından sunulmaya başladığı için sadece ASM ve TSM' lere yer verilecektir.

4.1.Toplum Sağlığı Merkezi

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin yayımlanmasından sonra, Türkiye'de TSM'ler kurulmaya başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ile her ilçede ve il merkezlerinde en az bir TSM, nüfusu yüz binin üstünde olan il merkezlerinde ise her yüz bin kişiye bir TSM kurulması öngörülmüştür.

25 Ocak 2013 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre TSM; öncelikli olarak sorumlu olduğu bölgedeki nüfusun, sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla, sağlığa dair olması muhtemel risk ve sorunları belirleyen ve oluşan sorunları çözmek için gerekli planlamaları yapan, uygulayan ve uygulanmasını sağlayan; birinci basamak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve yönetiminde organize eden, sağlık hizmetlerinin verimli şekilde sunulmasını takip eden, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan diğer sağlık kuruluşları ve diğer kurumlarla işbirliği içinde koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır¹.

¹ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde:3Resmî Gazete Sayı: 27591(15.11.2013)

TSM, hizmet bölgelerinde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. İdari açıdan SB, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve ASM'ler arası evrak ve yazışma işleri TSM'ler aracılığı ile yürütülmektedir. TSM'ler, ASM çalışanlarının göreve başlayış ve ayrılışlarını yapma, izinli personelin yerine personel görevlendirilmesi işlemlerini ve gerekli yazışmaları yürütmektedir. Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin çalışma saatlerine uyumunu ve çalışmalarını izler, değerlendirir. Bakanlıktan veya diğer kurumlardan gelen genelgeleri ve talimatları bölgesindeki ASM'lere ulaştırır¹. TSM'ler, aile hekimleri için lojistik destek sağlayan, aile hekimlerinin aylık çalışmalarını izleyen ve bunları Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne ileten kurumlar niteliğini taşımaktadır. TSM'lerin görev ve yetkileri, Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

TSM'ler, hizmet üreten birimler olmaktan çok, idari birimler gibi görev yapmaktadır. 'TSM ve ASM'lerin görev ve yetkileri genel olarak ele alındığında; koruyucu sağlık hizmetlerinin parçalandığı, bireye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin sorumluluğunda iken, diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin ise toplum sağlığı merkezlerinde olduğu görülmektedir. Örnek verilecek olursa; okul ve bireysel bağışıklama hizmetlerinin, ASM ve TSM'lere bölünmesi, koordinasyonun sağlanmadığı durumlarda karışıklığa yol açabilecektir². Burada dikkat edilmesi gereken konu, BBSH'nin daha etkin ve verimli yürütülebilmesi için ASM'de çalışan sağlık personelinin çabası kadar hiç şüphesiz ki TSM, Halk Sağlığı Müdürlükleri, yerel idari birimler ve bireyler arasında işbirliği ve katılımın sağlanmasıdır. TSM'ler kişilere ve topluma en iyi hizmeti sunabilmek için ASM'ler ile koordinasyonu sağlamakla görevlidir.

¹, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#tsmerkez>(15.11.2013)

² A.D.Ergun, Türkiye'de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri, SDÜ, SBE, YYLT, Isparta, 2010, s.160

4.2.Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi

25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 Sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde ASM, aile hekimliği uygulamasında sağlık hizmetlerinin sunulduğu, bir veya birden fazla hekim ile ebe, hemşire, sağlık memuru ya da ATT'nin görev yaptığı sağlık kurumu olarak ifade edilmiştir. Aile Hekimliği Birimi (AHB) ise, bir aile hekimi ile en az bir ebe, hemşire, sağlık memuru ya da ATT'nin sağlık hizmeti sunduğu birim¹ olarak ifade edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında BBSH'in verildiği en küçük birim; bir aile hekimi ve aile sağlığı çalışanından oluşan Aile Hekimliği Birimi'dir. AHB, nüfusa dayalı olarak sağlık hizmeti sunmaktadır. AHB'lerde görev yapan sağlık personeli, kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlığından sorumludur. En önemli görevleri, sadece hastalık dolayısıyla kendilerine başvuranları değil, kayıtlı tüm nüfusun sağlığını geliştirici önlemleri almak ve koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmaktır.

2005 yılından itibaren SDP çerçevesinde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ASM'lerde ve AHB'lerde görev yapmaya başlamıştır. Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık çalışanları, öncelikle belirlenen fiziki şartları uygun, bakanlığa ait kuruluşlarda sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu olanakların sağlanamaması halinde, müdürlüğün onayı ile kendi çalışacakları bölgede uygun standartları taşıyan mekânlarda sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Ayrıca ilgili yönetmelik ile bina ve müştemilatında eczane bulunan yerlerde ASM açılmayacağı belirtilmiştir². ASM ve AHB'ler bireylerin sağlık sistemine ilk giriş kapısını oluşturmaktadır. Aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı için ayrı ayrı sözleşme yapılmaktadır. Sözleşmeler iki yılda bir yenilenmektedir.

Aile hekimleri, ASM'nin tüm giderlerini kendilerine verilen ASM gider ödeneğinden karşılamaktadır. ASM'lerin tüm demirbaşları, bakımı, onarımı, tıbbi cihazları, cihazların amortismanları ve elektrik, telefon, yakıt gibi bütün giderleri aile

¹Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde:3Resmî Gazete Sayı: 28539 (15.11.2013)

².....,http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=248(04.06.2013)

hekimlerine aittir. Ayrıca tıbbi atıkların kontrolü, Tıbbi Atık Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirlerin yerine getirilmesiyle sağlanmalıdır.

ASM gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere AHB'ler, fiziki şartlar ve donanım açısından sınıflandırılmaktadır. ASM'lerin sınıflandırılması A, B, C ve D grubu olarak dört gruba ayrılmıştır. Sınıflandırmayla ilgili olarak, 25 Mayıs 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde gruplandırma kriterleri belirtilmiştir. Her AHB farklı gruplandırma başvurusu yapabilmektedir. Aile hekimi tarafından talep edilen gruba ait kriterlerin sağlandığına dair dosya ile il halk sağlığı müdürlüğüne başvuru yapılması gerektiği belirtilmiştir¹. Aile hekimliği birimi giderinin ödenmesine yönelik değerlendirmenin ise ilgili yönetmelikte belirtilen sınıflandırma kriterlerine göre yapılacağı belirtilmiştir.

AHB'lerde görev yapan sağlık personeli birimlerine kayıtlı kişilerin sağlığının geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlüdürler². Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personeli kendi nüfusunun sağlığından sorumludur. Sadece hastalık durumlarında değil, kayıtlı tüm nüfusun sağlığını geliştirici önlemleri almak, hastalıkları önlemek amacıyla sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerini bütün olarak sunmak ve hizmetlerini bu yönde planlamakla yükümlüdür³. Ayrıca, ulaşımı zor kırsal alanlarda gezici sağlık hizmetleri sunmaktan da sorumludurlar.

SDP, sağlık ocaklarında daha güçlü ve geniş bir ekip tarafından kişiye ve topluma yönelik olarak sunulan tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini kişi ve toplum sağlığı hizmetleri olarak ayırmıştır. Her ne kadar Halk Sağlığı Kurumu düzeyinde eşgüdümün sağlanması hedeflenmişse de, ASM ve TSM bölünmesi ekip

¹ , http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/SubeDosyalar/Dosyalar/18_05_2011_15_39_34.pdf (04.06.2013)

² N.Nesancı-H.Özcebe, "Düzce'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Değerlendirme: Ölü Doğum ve Bebek Ölümleri", Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 46(1) İstanbul, 2011, s.56

³ Ünlüoğlu- Kaptanoğlu- Özer, s.177

çalışmasını zayıflatmış, hatta bazı bölgelerde iki birim arasında çatışmalara (Örneğin, denetçi-denetlenen ilişkileri) yol açmıştır. Böylece BBSH düzeyinde de hizmet sunumu parçalı hale gelmiştir. Kişiye yönelik temel sağlık hizmetlerinin, bir başka deyişle toplum ve aile sağlığı merkezlerinin, entegre sağlık hizmeti sunabilmesi için toplum yönelimli birinci basamak uygulamaları geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu anlamda kurumlar arasında işbirliğinin sağlanmasının yanında yerel toplumun katkısının sağlandığı toplum yönelimli birinci basamak uygulamaları önem kazanmaktadır. Gönüllüler ve toplum liderleri ile işbirliği yapan, sağlığın geliştirilmesine yönelik ihtiyaç ve eylemleri birlikte planlayan, bu eylemlerde orada yaşayan kişilerin de sorumluluk alabilmesine imkân veren, temel sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşan bir model ile kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlayacaktır¹. Son olarak SDP sonrası yıllara göre birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayıları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

Kurum	2002	2009	2010	2011	2012
Aile Hekimliği Birimi	-	6.546	20.185	20.216	20.811
Aile Sağlığı Merkezi	-	2.086	6.367	6.520	6.660
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	961	957	957
Sağlık Ocağı	5.055	3842	-	-	-
AÇSAP Merkezi	298	220	192	183	189
VSD	277	229	198	194	179
KETEM	84	122	122	124	124
112Acil Yardım İstasyonu	481	1.317	1.375	1.710	1.863

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013,s.80

¹ Akman,s.72

Tablo 3’de görüldüğü üzere, 2010 yılı sonunda bütün illerimiz aile hekimliği uygulamasına dâhil edildiğinden dolayı sağlık ocaklarının yerini AHB’ler ve ASM’ler almıştır. 2014 yılı verilerine göre ise Türkiye genelinde 971 TSM, 6768 ASM ve 21217 AHB bulunmaktadır.

5.TÜRKİYE İLE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI OLAN ÜLKELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aile hekimliği uygulaması, uzun yıllardır pek çok ülkede BBSH sunumunda uygulanmakta olan bir uygulamadır ve ülkelere göre değişik uygulamaları mevcuttur. Daha önceki bölümlerde değinildiği üzere; Türkiye’de de aile hekimliği uygulaması, 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile 2005 yılında pilot il olarak belirlenen Düzce’de başlamış olup aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapılarak 2010 yılının sonunda ülke genelinde yaygın hale getirilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasının, hizmet modeli, hizmetin finansmanı, çalışma koşulları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmada, ülke seçimlerini yaparken ROEMER’in ülkelerin sağlık sistemlerini sınıflandırması baz alınmıştır. Çalışmanın bu bölümünde farklı uygulamalarla ön plana çıkan ülkelere bazıları ile Türkiye’de uygulanan aile hekimliği uygulamasının karşılaştırılmasına yer verilecektir.

İngiltere’de, kişiler kendi aile hekimlerini seçebildiği gibi, hekimin de başvuran kişiyi listesine alıp almamaya karar verme yetkisi vardır. Hastanın ilk başvuru yeri aile hekimleridir. İngiltere’de düzenli ve etkili sevk sistemi olduğundan dolayı kişiler, acil durumlar dışında üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır. Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ortalama 1800 kişidir. Listeye kaydedilen kişi sayısı 3.000 kişiyi geçmemektedir. Sözleşmeler yıllık olarak yapıldığı için kişiler bir yıldan önce aile hekimini değiştirememektedir¹. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı doktoru seçmektedir. Ülkemizde ise aynı ailenin bireyleri

¹Çalış, s.171

farklı aile hekimlerine kayıt olabilirler. Yine kişiler aile hekimi değişikliklerini üç ay geçtikten sonra yapabilmektedir.

Hollanda’da da, kişiler istedikleri aile hekimini seçebilmektedir. Kişiler, aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve uzman hekim muayenesi için aile hekiminden sevk almak gerekmektedir. Uzman hekimler genellikle hastanelerde çalışmakta ve ikinci basamak hizmet sunumundan sorumlu olmaktadır. Hollanda’da kişiler acil durumlar dışında, dal uzmanı olan hekime gitmeden önce aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ise ortalama 2350 kişidir.

Almanya’da pratisyen hekimler, birinci basamak sağlık hizmetine giren koruyucu sağlık hizmetlerini vermekte olup, ayaktan tedavi hizmetleri ile hastane hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Hastaların aile hekimini değiştirebilmesi için kayıtlı olduğu hekimde üç ay doldurması gerekmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri yanında uzman hekimler de görev yapabilmektedir¹. Aile hekimlerine, baktıkları hastalar için toplu ödeme yapılmaktadır. Her hasta doktorunu seçmekte özgür olduğu kadar doktor da acil durum söz konusu olmadığı sürece hastasını seçebilmektedir. Acil durum olmadığı sürece hasta birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanmakta ve gerekli görüldüğü takdirde hastalığıyla ilgili olarak uzman doktora sevk edilmektedir.

Romanya’da, kişilere hekim seçme özgürlüğü tanınmıştır ancak tekrar hekim değiştirebilmesi için üç ay süre geçmesi gerekmektedir. Ülkemizde de aile hekimliği uygulamasında, kişilere aile hekimini seçme özgürlüğü tanınmıştır. Tekrar hekim değiştirmesi için en az üç ay süre geçmesi gerekmektedir, ancak il dışı göç durumlarında ve mazeret durumlarında bu durum söz konusu değildir.

Türkiye’de, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sevk zincirine geçilmesi kabul edilmiştir. Ancak 2008 yılında Anayasa Mahkemesi’nce alınan bir karar ile zorunlu sevk uygulaması iptal edildiğinden

¹Kaya, s.167

dolayı uygulamada henüz gerçekleştirilmemiştir. İsveç'te de Türkiye'de olduğu gibi, zorunlu sevk zinciri uygulanmayıp, bunun yerine aile hekimine başvurmadan üst basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katılım payı sistemini uygulanmaktadır. Katkı payı, ülkede sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimine başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha düşüktür¹.

İngiltere'de, aile hekimlerine temelde kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde ilave ücret ödenerek performans artırımı çalışmaları yapılmaktadır². Burada dikkat çeken önemli nokta İngiltere'de aile hekimlerine kişiye yönelik sunulan koruyucu sağlık hizmetleri vermeleri karşılığında maddi teşvik uygulanmakta iken ülkemizde ise aşı, bebek, çocuk ve gebe takiplerinin mazeretsiz eksik olması durumunda, maaşlardan yapılacak kesinti oranları, uygulanan ceza puanları ve performans kesintileri yüzünden sağlık personeli sıkıntılar yaşamaktadır. Hollanda'da, kişi başı ve performans ödemeleri, hastanın 65 yaşın üstünde olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve uygulanan bazı işlemlere göre değişiklikler gösterebilmektedir³. İsveç'te hekimlere kişi başına ödeme yapılmakta olup, hizmet başına ödeme ve hedefe yönelik ödemeler de yapılmaktadır. Romanya'da aile hekimlerine kişi başı ve hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Litvanya'da ise, hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Türkiye'deki uygulamada ise; aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta olup kayıtlı kişilerin yaş grubu ve özelliklerine göre farklı katsayı uygulanmaktadır.

ABD'de ise, BBSH tanımlaması bazı yanlış anlamalara yol açabilmektedir. Çünkü ABD sağlık sisteminde etkili bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Kişiler

¹Hazine Müsteşarlığı, s.8

²S.Kılıç, Performans Değerleme Sistemi Ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Kocaeli Üniversitesi SBE, YYLP, Kocaeli,2006,s.74

³ Kılıç, s.74

muayene oldukları hekim tarafından bir üst basamağa sevk edilebileceği gibi, kendileri de bir üst basamaktaki sağlık kurumlarına başvurabilmektedirler¹.

Küba’da 1983 yılında yayımlanan bir yasayla aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 'Aile hekimliği ekipleri hizmet sundukları bölgede yaşarlar ve aile hekimi başına 700-800 kişi kişiyi izlemekle sorumludurlar; aynı zamanda fabrikalardan ve okullardan da sorumludurlar². Aile hekimlerinin, maaşları iyi düzeyde olduğundan aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. Kişiler istedikleri aile hekimine kayıt olabilirler. AHB sayısı, toplumun sağlık gereksinimlerine ve nüfusa göre belirlenmektedir. Sağlık hizmet sunumuyla Küba, bugün DSÖ dâhil sağlık performansı açısından dünyanın en iyi ülkesi kabul edilmektedir³.

Ayrıca Küba’daki aile hekimliği uygulaması ile karşılaştırıldığında; Küba’da aile bütün olarak aile hekimine kayıtlı iken; Türkiye’de ise aynı aileden olan kişiler farklı aile hekimine kayıt olabilmektedir. Yani aynı aile bireyleri farklı aile hekimleri seçebilmektedir. Ayrıca bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısında da belirgin farklılık vardır. Küba’da bir aile hekimi 75 – 120 aileden sorumlu iken, ülkemizde (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003’e göre ortalama hane halkı büyüklüğünün 4 oluşu göz önüne alınarak⁴) bir aile hekimi 250 - 1000 aileden sorumludur.

AB, 1995 yılından itibaren BBSH’de görev yapmak için, mezuniyet sonrası en az iki yıl uzmanlık eğitimini zorunlu kılmıştır. 1996 yılında da AB’nin sağlık alanında alt birimi olan, Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) bu sürenin üç yıla çıkarılmasını kararlaştırmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Hollanda, İngiltere, ABD ve Litvanya’da üç yıl iken, Almanya ‘da ise dört yıldır. İsveç’te de

¹, <http://www.trg.docdat.com/docs/986/index-128337.html?page=3#867088>(22.11.2013)

² Paycı- Ünlüoğlu, s.26

³ Ö.Özkan-A.Çatıker, "Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü" <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/viewFile/620/612> (25.11.2013)

⁴ İ.Koç-A.Hancıoğlu, Hane halkı Nüfusu ve Konut Özellikleri Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, 2004, s.19

1995 yılından itibaren genel pratisyenlere uzman olma zorunluluğu getirilmiştir. Ülkemizde de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi üç yıldır.

Türkiye’de aile hekimliği bir disiplin olarak gelişmiş olmasına rağmen, BBSH sunumunun bu alanda eğitim almış uzman hekimler tarafından verilmesi zorunluluğu yoktur. SDP çerçevesinde birinci basamakta çalışmak isteyen ve uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin geçiş dönemi eğitimine tabi tutulmaları kararlaştırılmıştır¹. Ülkemizde yeterli sayıda aile hekimi uzmanı olmadığından dolayı yeni döneme geçişte mevcut hekimlerin görev alması sağlanmıştır. Dolayısıyla geçiş dönemi eğitimi büyük önem kazanmaktadır. Düzenlenen eğitim programları, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesini ve iyileştirilmesini hedeflemektedir². Türkiye’de halen aile hekimliği uzmanları ile birinci basamak uyum eğitimi kursuna katılmış hekimler, aile hekimi olarak görev yapabilmektedir. Uygulama tüm nüfusu kapsayacak şekilde sunulmaktadır³. Aile hekimi olarak; uzman hekim, pratisyen hekim veya aile hekimi uzmanı görev yapmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının diğer ülkelerdeki uygulamalarına bakıldığında, ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktalarından biri, sevk zinciri uygulamasının olmamasıdır. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenmektedir. Ancak sevk zinciri olmadığında aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam olarak sağlaması güçtür⁴. Ayrıca ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasında bütün sorumluluk sağlık çalışanlarına yüklenmiştir. Bu düzeyde kişilere sınırsız hizmet ya da hak yerine, bir nebze de olsa sorumluluk vererek toplum katılımını sağlamak sağlık personelinin işini kolaylaştıracaktır. Sağlık hizmetlerinde maliyeti azaltmanın ön koşulu güçlü bir BBSH yapılanması, kişilerin bilinçlendirilmesini sağlayarak sağlıklarıyla ilgili sorumluluklarını üstlenmelerini sağlamaktan geçmektedir.

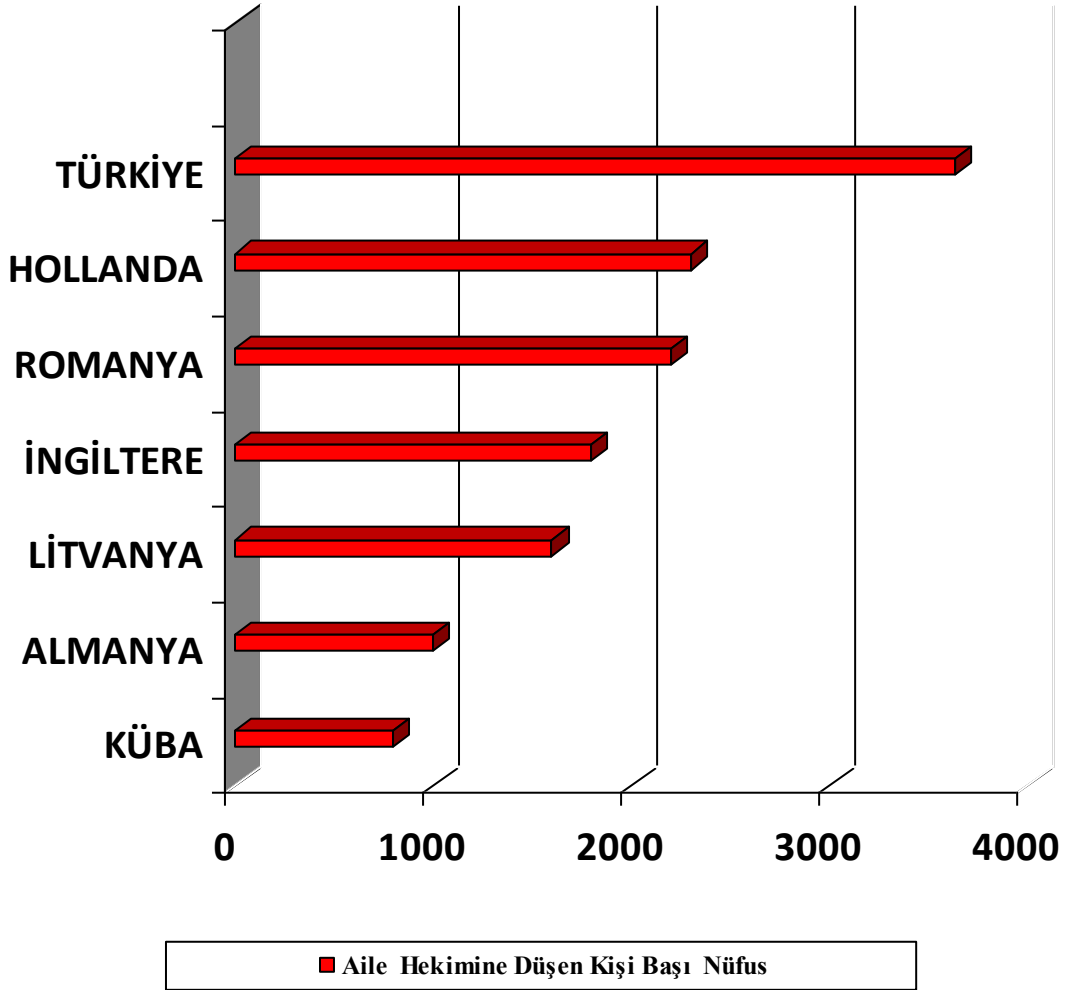
¹ Görpelioğlu, s.7

² Ö.Çakkal, "Aile Hekimliği Yol Haritası"; <http://www.sdplatform.com/Dergi/397/Aile-hekimliginin-yol-haritasi.aspx>(22.11.2013)

³ Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara, 2012, s.36

⁴ Akman, s.76

Seçilen lke örnekleri incelendiğinde Türkiye’de ki aile hekimliği uygulamasında, bir aile hekimliği birimine kayıtlı nüfus sayısının diğer ülkelere oranla oldukça fazla olduğu görülmektedir. Kayıtlı nüfus sayısının fazla olması, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulmasını olumsuz yönde etkilemekte hizmette aksamalara neden olmaktadır. Şekil 1’de, ülkelere göre aile hekimliği birimlerinin sorumlu olduğu nüfus sayıları gösterilmiő olup Türkiye’de ki aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusun fazlalığı ise dikkat çekmektedir.



Şekil 1.lkelere Göre Aile Hekimliği Birimlerinin Hizmet Verdiği Nüfus Sayıları

Şekil 1’de de görüldüğü gibi, Küba’da bir aile hekiminin ilgilendiği kiő sayısı 800 iken, Almanya’da 1.000 kiő, Litvanya’da 1600 kiő, Hollanda 2.300 kiő

ve İngiltere’de ise en fazla 3000 kişidir. Türkiye’de ise ortalamada, bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 3634 kişi olup, bu rakamlar 4.500’e kadar çıkmaktadır. Ülkemizde aile hekimine kayıtlı kişi sayısının diğer ülkelere oranla fazla olması gerek ulaşılabilirlik gerekse süreklilik anlamında sağlık hizmeti sunumunda hizmette aksamalara yol açmaktadır¹. Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı sağlık hizmet sunumunu zorlaştırıcı bir etken olmaktadır. Bir aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının 3634 kişiye hem koruyucu sağlık hizmeti hem de tedavi edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmeti vermesinin yanı sıra bürokratik işlemlerle uğraşması sağlık personelinin etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmasını olumsuz yönde etkilemektedir. SB, 2023 yılına kadar 1680 kişiye bir aile hekimliği biriminin hizmet vermesini amaçlamaktadır. Aile hekimliği birimlerine kayıtlı kişi sayısının giderek azaltılmasının hem sağlık personeli hem de hastalar açısından olumlu sonuç vereceği kaçınılmazdır.

Türkiye’de son 10 yılda birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda köklü bir değişim gerçekleşmesine rağmen bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında birinci basamak yönelimli görünmemektedir. Birinci basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalitesini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık sisteminin iskeletini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturduğunda daha düşük maliyetlerle daha olumlu sağlık çıktıları elde etmek mümkündür. SDP sürecindeki reformlar ve uygulanış biçimleri uzmanlaşma ve teknoloji odaklı ve önceliği birinci basamağa vermeyen bir görüntü sergilemektedir².

¹ Akman,s.76

² Akman,s.78

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK PERSONELİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (İZMİR İLİ KONAK İLÇESİ ÖRNEĞİ)

1. KATILIMCILARIN SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmanın bu bölümünde, öncelikle katılımcılara ait sosyo-demografik özelliklere yer verilmektedir.

1.1.Cinsiyet ve Yaş

Katılımcıların cinsiyet ve yaşa göre dağılımı Tablo 4’de görülmektedir. Tablo 4’de görüleceği üzere; 111 kişi (% 67,3) kadın katılımcı, 54 kişi (%32,7) ise erkek katılımcıdır. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre yüksek bir orana sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4. Cinsiyet ve Yaş

Cinsiyet		N	Yüzde
	Kadın	111	% 67,3
	Erkek	54	% 32,7
	Toplam	165	% 100
Yaş Grubu	25 Yaş ve altı	4	% 2,4
	26-35 Yaş	26	% 15,8
	36-45 Yaş	64	% 38,8
	46-55 Yaş	60	% 36,4
	56 Yaş ve üzeri	11	% 6,6
	Toplam	165	% 100

Cinsiyete göre toplam dağılım incelendiğinde, erkek katılımcıların yüzdesinin bayan katılımcılara oranla düşük olduğu görülmektedir. Yapılan anket çalışmasına, doktor, ebe, hemşire ve ATT olmak üzere dört farklı meslek grubundan katılımcı yer almıştır. Erkek katılımcılar sadece hekimlerden oluşurken ebe, hemşire, ATT ve hekimler olmak üzere tüm meslek gruplarından bayan katılımcı çalışmaya katılmıştır. Ebe ve hemşire meslek grupları ülkemizde bayan mesleği olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe bayan sağlık çalışanları daha ağırlıklı olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı son yıllarda erkeklerinde hemşire olarak çalışabileceğine yönelik düzenlemeler yapmış olmasına rağmen bu sayı oldukça düşüktür.

Katılımcıların yaşa ilişkin değerleri incelendiğinde; %2,4'ünün 25 yaş ve altı, %15,8'in 26 -35 yaş aralığında, % 38,8'in 36-45 yaş aralığında, % 36,4'ün 46-55 yaş aralığında, % 6,6'ın ise 56 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplamına bakıldığında, %79,8' lik oranla büyük çoğunluğun 36 yaş ve üstü olduğu dikkat çekmektedir. Yaş grubuyla ilgili değerlendirmeye meslekte çalışma yılının değerlendirilmesiyle birlikte yer verilecektir.

1.2.Meslek Grubu

Çalışmada; doktor, ebe, hemşire ve ATT olmak üzere dört farklı meslek grubundan katılımcı yer almıştır. Tablo 5'de, meslek gruplarına ilişkin istatistikler yer almaktadır.

Tablo 5. Meslek Grubu

	N	Yüzde
Doktor	86	% 52,1
Ebe	39	% 23,6
Hemşire	38	% 23,0
ATT	2	% 1,2
Toplam	165	% 100

Tablo 5’e göre katılımcıların meslek dağılımı incelendiğinde; %52,1’i doktor, %23,6’sı ebe, %23’ü hemşire ve son olarak % 1,2 ‘si ATT olmak üzere dört farklı meslek grubundan katılımcının yer aldığı görülmektedir. Yapılan anket çalışmasına en çok katılım gösteren meslek grubunun hekimler olmasına rağmen aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla bir aile hekimliği biriminde bir hekimle birlikte bir ebe, hemşire, sağlık memuru veya ATT görev yaptığından dolayı yapılan çalışmada hekim ve hekim dışı sağlık personeline yaklaşık olarak aynı oranda ulaşıldığı görülmektedir.

1.3. Eğitim Düzeyi

Katılımcıların eğitim düzeylerine yönelik istatistikler ise Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Eğitim Düzeyi

	N	Yüzde
Lise	11	% 6,7
Ön Lisans	41	% 24,8
Lisans	69	% 41,8
Lisansüstü	44	% 26,7
Toplam	165	% 100

Eğitim durumunun toplamına dağılımına bakıldığında; katılımcıların eğitim düzeyleri lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü olmak üzere dört gruptan oluşmaktadır. Yapılan anket çalışmasına katılan ATT, ebe ve hemşirelerin eğitim durumları, lise ile lisansüstü arasındadır. Hekim meslek grubunun ise en az lisans mezuniyetine sahip olması gerekmektedir.

Katılımcıların Eğitim Düzeyi Değerleri incelendiğinde, % 68,5'lik oranla büyük çoğunluğunun lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak ülkemizde son yıllarda eğitime verilen önemin artmasının yanı sıra ebe, hemşire ve ATT meslek grubuna son yıllarda kolaylaşan yasal mevzuatla eğitimlerine devam edebilmeleri olanağının sağlanmış olmasıdır. Gerek devlet gerekse özel üniversitelerin sağladığı olanakların özendirici olması, lise ve ön lisans mezunlarının eğitimlerini tamamlayarak lisans mezunu olmalarına olanak sağlanmıştır. Hekim meslek grubunun en az lisans mezuniyetine sahip olması gerektiğinden yapılan çalışmada lisans mezunlarının oranının yüksek çıkmasını etkileyen faktörlerdendir. Ayrıca çalışmaya katılan uzman hekimlerin yanı sıra son yıllarda lisansüstü eğitime verilen önemin artmasından dolayı lisansüstü mezunlarındaki sayısal artışı etkilemiştir.

1.4. Meslekte Çalışma Yılı

Tablo 7'de katılımcıların meslekte çalışma yıllarına ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 7. Meslekte Çalışma Yılı

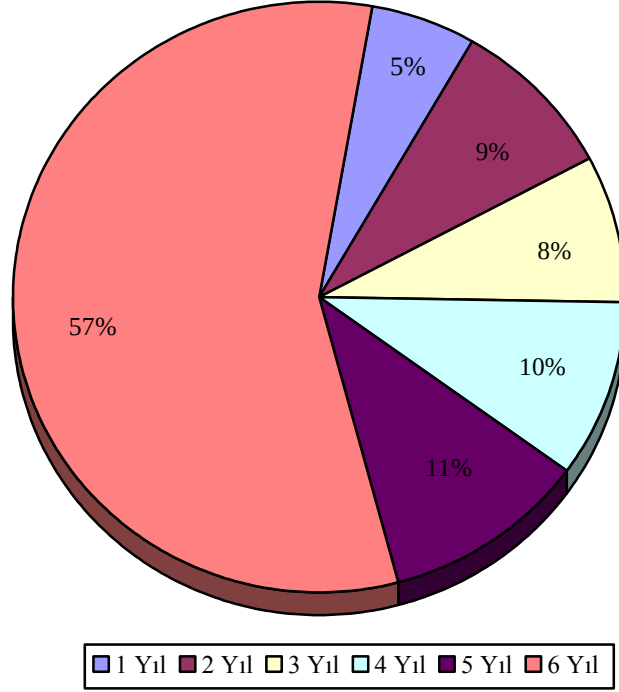
	N	Yüzde
0-5 yıl	5	% 3,0
6-10 yıl	12	% 7,3
11-15 yıl	24	% 14,5
16-20 yıl	35	% 21,2
21-25 yıl	75	% 45,5
26 yıl ve üzeri	14	% 8,5
Toplam	165	% 100

Tablo 7'de görüldüğü üzere, katılımcıların çoğunluğunun %54'lük oranla 21 yıl ve üstü görev yapan sağlık personelinden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların yaşa ilişkin değerleri incelendiğinde de % 79,8 lik oranla büyük çoğunluğunun 36

yaş ve üstü olduğu görülmüştü. Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri, yaş ve mesleki deneyimi bir arada değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların hem eğitim düzeyi hem de deneyim olarak belli bir seviyenin üzerinde oldukları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca meslekte 20 yıl ve üstünde çalışan sağlık personeli emekliliklerine hak kazandıkları için sözleşmeli statüye daha kolay geçmektedirler. Sağlık personeli, aile hekimliği uygulamasına geçmediği takdirde hastanelere resen atamalarının yapılması, TSM'lerde başka kurumlara geçici görevlendirmelerinin yapılması gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Söz konusu nedenler sağlık personeli arasında belirsizliğe ve iş kaybına neden olmaktadır.

Ayrıca sağlık sektörü 24 saat kesintisiz hizmet sunumunu gerektiren emek ve özveri ağırlıklı bir sektördür. Elbette ki gündüz mesaisiyle gece mesaisinde yaşanan stres ve iş yoğunluğu eşit değildir. Gece nöbetleri sağlık personelinin gerek sosyal gerekse aile hayatlarında aksamalara neden olmaktadır. Özellikle evli ve küçük yaşta çocuğu olan sağlık personelleri bu durumdan daha çok etkilenmektedir. Bu nedenle şimdilik aile hekimliği uygulamasında nöbet uygulamasının olmaması gündüz mesaisinin olması çalışanlar açısından cazip görünmektedir. Son zamanlarda aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin de hastanelerde nöbet tutması söz konusudur ve bu konuyla ilgili tartışmalar devam etmektedir. Bu durumda sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

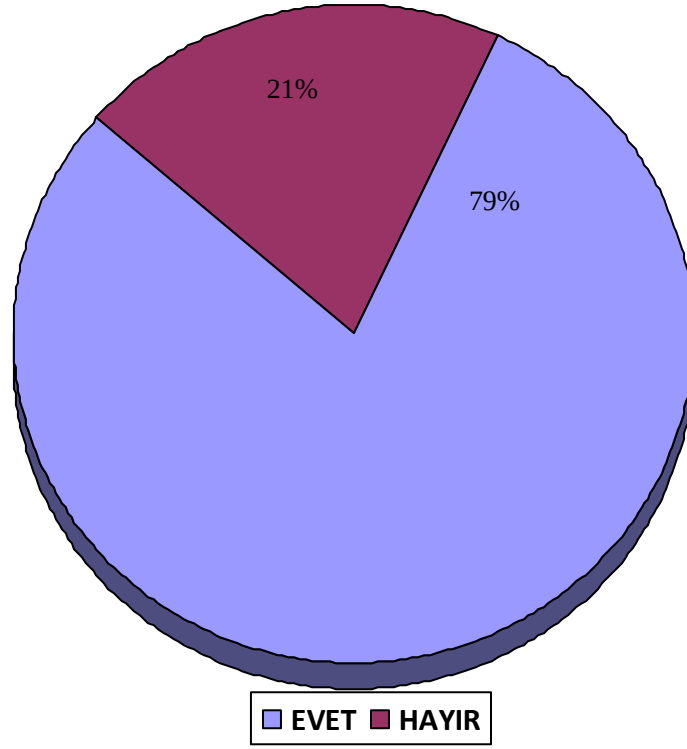
Şekil 2'de ise katılımcıların aile hekimliği uygulamasındaki çalışma süreleri görülmektedir.



Şekil 2. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışma Süreniz

İzmir ilinde aile hekimliği uygulaması 2007 yılında uygulanmaya başlamıştır. Şekil 2’de görüldüğü üzere, katılımcıların %57’lik çoğunluğunun uygulamanın başlamasıyla birlikte aile hekimliği uygulamasında çalışmaya başladıklarını görülmektedir. Ayrıca Tablo 7’de ve Şekil 2’de görüldüğü üzere, katılımcıların büyük çoğunluğu hem mesleki olarak hem de aile hekimliği uygulamasında uzun süredir görev yapan sağlık personelinen oluşmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin hem mesleki olarak aile hekimliği uygulamasında uzun süredir görev yapmakta olması araştırmada tecrübe sahibi sağlık personelinin görüşlerinin alındığını, güvenli ve önemli bulgulara ulaşıldığını göstermektedir.

Şekil 3’de görüldüğü üzere, katılımcıların 131 kişilik kesimi “Aile Hekimliği Uygulamasını İsteyerek mi Seçtiniz?” sorusuna Evet yanıtını verirken, 34 kişi ise Hayır yanıtını vermiştir.



Şekil 3. “Aile Hekimliği Uygulamasını İsteyerek mi Seçtiniz?”

Şekil 3’de görüldüğü üzere katılımcıların, %79’luk kesimi “Aile Hekimliği Uygulamasını İsteyerek mi Seçtiniz?” sorusuna Evet yanıtını vermişlerdir. Sağlık çalışanlarının, aile hekimliği uygulamasını tercih etmemeleri durumunda, TSM’lerde geçici görevlendirmelerle çalışmak zorunda kalmaları, hastanelere resen atamalarının yapılması, TSM’lerde kalan hekimlerin reçetelerinin ödenmemesi gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca daha önceki bölümde bahsedildiği üzere aile hekimliği uygulamasında gündüz mesaisinin olmasından dolayı gerek aile gerekse sosyal yaşamlarının bozulmasını istememeleri gibi nedenlerden dolayı katılımcıların büyük çoğunluğunun bu soruya evet yanıtını verdikleri düşünülmektedir. Ama sayılan bu olumsuzluklara rağmen birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak gönül işidir. Bilindiği üzere, bütün meslek gruplarında olduğu gibi sağlık sektöründe de kişilerin çalıştıkları ortamda kendi istekleri ile çalışmaları gerek motivasyonu gerekse iş verimliliğini artırmaktadır.

1.5. Kadro Durumu ve Kayıtlı Nüfus Sayısı

Tablo 8’de ise, katılımcıların kadro durumlarına ve aile hekimliği birimine kayıtlı nüfus sayısına ait veriler yer almaktadır.

Tablo 8. Kadro Durumu ve Kayıtlı Nüfus Sayısı

Kadro Durumu		N	Yüzde
	Sözleşmeli	39	%23,6
	Kadrolu-Sözleşmeli	126	% 76,4
	Toplam	165	% 100
Kayıtlı Nüfus Sayısı	1000-2000	1	% 0,7
	2001-3000	36	% 21,8
	3001-4000	120	% 72,7
	4001 ve üstü	8	% 4,8
	Toplam	165	% 100

Öncelikle şunu belirtmek gerekir ki; aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personeli elbette ki sözleşmeli statüde görev yapmaktadır. Burada belirtilmek istenen araştırmaya katılan katılımcıların, %76,4’lük kesimi daha önce devlet memuru olarak görev yapmakta iken aile hekimliği uygulaması ile sözleşmeli statüye geçen sağlık personeli, %23,6’lık kesimi ise kamu personeli olmayan dışardan alım ile sözleşmeli olarak çalışan sağlık personeli ifade etmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile özel kurumlarda çalışan sağlık personeli de, kamu dışı alım ile aile hekimliği uygulamasında görev yapmaya başlamıştır.

Ayrıca kayıtlı nüfus sayısı incelendiğinde; en yüksek oranın %72’7 ile 3001-4000 nüfus sayısı olduğu görülmektedir. Türkiye’de, bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının ortalama 3634 kişi olduğu daha önceki bölümde belirtilmişti. Yapılan çalışmada bu durumu doğrular niteliktedir. Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği

nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı sağlık hizmet sunumunu zorlaştırıcı bir etken olmaktadır. Aile hekimliği biriminde görev yapan sağlık personelinin 3634 kişiye hem koruyucu sağlık hizmeti hem de tedavi edici ve sağlıklı geliştirici sağlık hizmetlerini bir arada sunmasının yanı sıra bürokratik işlemlerle uğraşması sağlık personelinin etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmasını olumsuz yönde etkilemektedir. SB, 2023 yılına kadar 1680 kişiye bir aile hekimliği biriminin hizmet vermesini amaçlamaktadır. Aile hekimliği birimlerine kayıtlı kişi sayısının giderek azaltılmasının hem sağlık hizmet sunucuları hem de sağlık hizmeti alıcıları tarafından olumlu sonuç vereceği kaçınılmazdır.

2.KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Anket soruları, aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşler, aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin çalışma koşulları ve bireysel performansına ilişkin görüşler ile aile hekimliği uygulamasının değerlendirilmesi olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Bu bölümde belirtilen boyutların her biri için ayrı ayrı ortalama değerleri ve genel eğilim noktası adı ile medyan değerlerine yer verilmiştir.

2.1. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüşler

Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüşler Boyutunda katılımcıların soru önermelerini 5’li likert ölçeği üzerinden “Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum” yönünde cevaplamaları istenmiştir. Katılımcıların, ilgili boyuta ilişkin görüşleri ve katılım düzeyleri Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Görüşler

Anket Formu Sıra Numarası		Ortalama	Genel Eğilim Noktası
1	Aile Hekimliği Uygulamasının etkili ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti verdiğine inanıyorum.	3,62	4
2	Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin sağlık personeline yönelik, yeteri kadar koruyucu hüküm içerdiğini düşünüyorum.	2,49	2
3	Aile Hekimliği Uygulaması ile toplumda pratisyen hekimlere karşı saygınlığın ve güvenilirliğin arttığını düşünüyorum.	3,25	3
4	Aile Hekimliği Uygulamasının ilimizde yerleştiğini düşünüyorum.	3,78	4
5	Aile Hekimliği Uygulamasındaki ücret koşullarının eski çalıştığım sistemden daha tatmin edici olduğunu düşünüyorum.	3,44	4
6	Aile Hekimliği Uygulamasına geçmemde alacağım ücret etkili oldu.	3,04	3
7	Aile Hekimliği Uygulamasına geçmemde çalışma koşullarının cazipliği etkili oldu.	3,62	4
8	Aile Hekimliği Uygulamasında, başvuran kişilere ayırmış olduğum sürenin yeterli olduğunu düşünüyorum.	3,19	4
9	Aile hekimliği biriminin sağladığı olanakları yeterli buluyorum.	3,22	3
10	Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezinin fiziksel koşulları uygundur.	3,76	4
11	Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezine ulaşım olanakları uygundur.	3,96	4
12	Aile Sağlığı Merkezindeki sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.	3,25	4
13	Aile Hekimliği Biriminde ekip çalışmasında iletişim sorunu yaşamıyorum.	3,78	4

Tablo 9 incelendiğinde, Aile Hekimliği Uygulaması'na ilişkin görüşler boyutunda, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin sağlık personeline yönelik, yeteri kadar koruyucu hüküm içerdiğini düşünüyorum" soru önermesine

katılımcıların en az katılım gösterdikleri ifade olarak göze çarpmaktadır (ortalama=2,49 ve medyan=2). Aile hekimliği uygulamasında her geçen gün artan iş yükü, yönetmelik ve yönergelerin sık değişmesi, mevzuatın yoruma açık olması, iller arasında uygulamada farklılıkların olması, performans kesintileri, ceza puanları, izin haklarını kullanmada yaşanan sıkıntılar, atama ve nakil işlemlerinde sıkıntı yaşanması ve ASM'lerde yeterli güvenliği sağlayacak sistemin olmaması gibi nedenler sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmaktadır. Belirtilen bu sebeplerden dolayı sağlık çalışanları kendilerini güvensiz hissetmektedir. Özveri ile çalışan, sıfır hata beklenen, sağlık hizmet alıcılarının yaşam kalitelerini her zaman en üst düzeyde tutma gayreti içerisinde olan sağlık hizmet sunucularının problemlerinin ve beklentilerinin dikkate alınarak gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekliliği ortadadır. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması sağlık çalışanlarının iş verimliliğinin artmasına hem de sağlık çalışanlarının aile hekimliği uygulamasını özümsemelerini sağlayacaktır.

Soru önermelerine, en yüksek katılım ise "Çalıştığım aile sağlığı merkezine ulaşım olanakları uygundur" sorusuna olmuştur (ortalama=3,96, medyan=4). Çalışmanın Konak ilçesinde yapılmış olması ve Konak ilçesinin merkezi konumda olmasından ve gezici hizmet uygulaması olmamasından dolayı katılımcıların "Çalıştığım aile sağlığı merkezine ulaşım olanakları uygundur" sorusuna yüksek oranda katılım gösterdikleri görülmektedir.

"Aile hekimliği uygulamasının başlaması ile etkili ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti sunulmaktadır" varsayımı yapılan çalışma ile doğrulanmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmasıyla uygulamada aksaklıklar yaşanmasına rağmen kayıtlı nüfusun kontrol altına alınmasına çalışılmıştır. Böylelikle sağlık personeli ile hizmet alıcıları arasında etkili iletişim kurulması sağlanmıştır. Çünkü kişilerin sürekli aynı sağlık personelinden sağlık hizmeti almaları, sağlık personeline hastasını tanıma olanağı sağlamakta hem de kişilerin kendilerini daha rahat ifade edebilmelerine olanak sağlamaktadır. Gebe, bebek, lohusa ve çocuk izlemleri, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla bağışıklama hizmetleri gibi aile hekimleri tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin, güvene dayalı olarak kurulan bu

hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde daha kapsamlı ve sürekli olması sağlanmıştır. Aynı zamanda yerleşim yeri ayrımı yapılmaksızın bölgenin nüfus, coğrafi, iklim ve ulaşım şartları ile kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı tanınmıştır.

Aile hekimliğinin temel özellikleri incelendiğinde süreklilik ilkesinin temel ilkelerden olduğu görülmektedir. Bireylerin aynı kişi, kurum veya kuruluştan sağlık hizmeti almaya devam etmeleri sürecinde, sağlık personelinin kişiyi en azından önceden belirlenmiş aralıklarla görmesi sağlık sorunlarını çözmede daha etkin olmasını sağlamaktadır. Hasta ile sağlık personeli arasındaki etkili iletişimin sağlanması kesinlikle güçlü bir tedavi edici unsurdur.

"Aile hekimliği uygulaması ile ASM'lerin fiziksel koşulları iyileştirilmiştir" varsayımı yapılan çalışma ile doğrulanmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinde mevcut binaların fiziksel durumları değerlendirilerek ihtiyaç duyulan binalarda tadilat ve tamirat işlemleri yapılmıştır. Tıbbi cihaz ve ekipmanların envanter kayıtları gözden geçirilerek ilin nüfusu ve coğrafi özelliklerine göre aile hekimliği birimleri ve mobil hizmet bölgeleri belirlenerek birimlere göre planlamaları yapılmıştır. Aynı zamanda aile hekimleri kendilerine ödenen aile sağlığı merkezi giderleri ile çalıştıkları birimlerin fiziksel koşullarını iyileştirme yönünde harcamalar yapmaktadır. Çalışma ortamının fiziki koşullarının iyileştirilmesinin çalışan personelin verimliliklerine olumlu etkisi olduğu yapılan pek çok çalışmada belirtilmiştir.

"Aile hekimliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının ücretlerinde iyileştirme sağlanmıştır" varsayımı yapılan çalışma ile doğrulanmıştır. Aile hekimliği uygulamasının başlangıç sürecinde aile hekimlerinin ortalama aldıkları maaşların, TSM'lerde ya da hastane acillerinde çalışan pratisyen hekimlerin maaşlarına oranla arasında belirgin bir fark vardı. Aile hekimliği uygulamasının başladığı ilk 6 aylık dönemde kayıtlı kişi sayısı ve özelliklerine göre herhangi bir performans kesintisi, ASM kirası, cari gider kesintisi yapılmamıştır. Ancak altı aylık geçiş süreci sonrasında ASM giderleri, performans nedeni ile yapılan kesintiler, sorumlu olunan nüfusun kontrol edilememesi ve başka hekime geçiş nedeni ile hekime kayıtlı kişi

sayısında azalma olması gibi nedenlerle aile hekimlerinin hem gelirlerinde azalma olmuştur hem de artan iş yükü ve değişen yönetmelikler sağlık personelinin motivasyonunun ve iş verimliliğinin düşmesine neden olmaktadır. Uygulama, başlangıçta hekimlere daha önce çalışılan sisteme göre cazip görünmesine rağmen ebe ve hemşirelere ödenen ücret miktarında eski sisteme göre teşvik edici önemli bir fark olmamıştır.

Hekim ve hekim dışı sağlık personeli arasındaki ücret dengesizliği ise çalışanları olumsuz yönde etkilemektedir. Şöyle ki; bölgesinde mobil hizmet sunan hekimlere gezici hizmet ödeneği ödenmesine rağmen ebe ve hemşirelere herhangi bir ücret katkısı olmamaktadır. Aile sağlığı merkezlerinin gruplandırma kapsamında, hekimlere gruplandırmaya göre ücret ödemesi yapılmasına rağmen ebe ve hemşireler hangi grup aile hekimliği biriminde görev yapsalar dahi herhangi bir ücret artışı olmamaktadır. Ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına göre bakıldığında ön lisans – lisans mezunu arasında olması gereken maaş farkı yoktur. Türkiye’de yaşam boyu eğitim konusunun gündemde olduğu şu günlerde, ebe ve hemşirelerin almış oldukları eğitimin parasal karşılığını almamaları çok büyük haksızlıktır.

2.2. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Bireysel Performansına İlişkin Görüşler

Tablo 10 ise “Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Koşulları ve Bireysel Performansı” boyutuna ilişkin katılım düzeylerini göstermektedir. Katılımcılar, bu boyuta ilişkin on adet soruyu, 5’li likert ölçeği üzerinden “Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum” yönünde cevaplamışlardır. İlgili boyuta ilişkin diğer görüşler ve katılım düzeyleri Tablo 10’da görüldüğü gibidir.

Tablo 10. Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Koşulları ve Bireysel Performansı

Anket Formu Sıra Numarası		Ortalama	Genel Eğilim Noktası
14	Aile Hekimliği Uygulamasında göstermiş olduğum bireysel performans bana iş doyumunu sağlıyor.	3,58	4
15	Aile Hekimliği Uygulaması ile üstlenmiş olduğum görev ve sorumlulukların ağır olduğunu düşünüyorum.	2,04	2
16	Aile Hekimliği Uygulaması ile stres ve kaygı düzeyim arttı.	2,18	2
17	Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gebe tespitlerini zamanında yapıyoruz.	3,76	4
18	Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gebe izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.	3,15	3
19	Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun bebek izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.	3,26	4
20	Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gereken tüm aşılarını eksiksiz yapıyoruz.	4,24	4
21	Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun 15/49 yaş arası kadın izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.	2,53	2
22	Ücretlendirmede negatif performans uygulaması motivasyonumuzu bozuyor.	1,78	2
23	Aile Hekimliği Uygulamasından ayrılmayı düşünüyorum.	3,35	3

Bu boyuttaki en düşük katılım “Ücretlendirmede negatif performans uygulaması motivasyonumuzu bozuyor” sorusunda iken (ortalama=1,78 ve medyan=2), en yüksek katılım ise “Aile hekimliği uygulamasında sorumlu

olduğumuz nüfusun gereken tüm aşılarını eksiksiz yapıyoruz” sorusuna olmuştur. (ortalama=4,24 ve medyan=4). Koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasında çok önemli yer tutmaktadır. Sorumlu olduğu kişileri tüm yaşamları süresince takip ederek sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak aile hekimliğinin temel özelliklerindendir. Daha önceki bölümde de belirtildiği üzere, süreklilik ilkesine uygun olarak kişilerin sürekli aynı kişilerden sağlık hizmeti almaları, kişiler ile sağlık personeli arasındaki iletişimi ve güven duygusunu önemli ölçüde artırmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin, “Aile hekimliği uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gereken tüm aşılarını eksiksiz yapıyoruz” soru önermesine en yüksek katılımı gösterdikleri söylenebilir.

Negatif performans uygulaması, sağlık çalışanları arasında en çok eleştirilen konulardan biridir. Fakat katılımcıların ilgili soru önermesine en az katılım göstermeleri çalışmanın dikkat çeken sonuçlarındandır. Daha önceki bölümde de belirtildiği gibi negatif performans uygulaması koruyucu sağlık hizmetlerinin eksikliği halinde uygulanmaktadır. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili soru önermelerine katılımcıların çoğunluğunun yüksek oranda katılım göstermeleri bu konuda sorun yaşamadıklarını göstermektedir.

"Aile hekimliği uygulaması ile sağlık personelinin iş yükü azalmıştır" varsayımı doğrulanmamıştır. Türkiye’de ortalamada, bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının 3634 kişi olduğu ve bu rakamların bölgelere göre 4.500’e kadar çıktığı daha önceki bölümde belirtilmişti. Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı sağlık hizmet sunumunu zorlaştıran bir etken olmaktadır. Bir aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının 3634 kişiye hem koruyucu sağlık hizmeti hem de tedavi edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmeti vermesinin yanı sıra bürokratik işlemlerle uğraşması sağlık personelinin etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Adli nöbetler, hastane acillerin de mesai sonrası tutulan nöbetler sağlık personeli arasında belirsizliğe, verimsizliğe ve iş kaybına neden olmaktadır. “Aile hekimliği uygulamasından ayrılmayı düşünüyorum” soru önermesine katılım düzeyleri incelendiğinde katılımın yüksek olması bu durumu doğrular niteliktedir. Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık

personelinin uygulamayı özümsemeleri ve sistemde uzun yıllar kalıcı olarak kalmalarını sağlayacak politikaların ve stratejilerin hayata geçirilmesi gerekliliği ortadır.

2.3.Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesine İlişkin Görüşler

Tablo 11 ise Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi boyutuna ilişkin katılım düzeyleri ve soru önermelerini göstermektedir. Katılımcıların soru önermelerini, 5’li likert ölçeği üzerinden, “Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum” aralığında değerlendirmeleri istenmiştir. İlgili boyuta ilişkin diğer görüşler ve katılım düzeyleri Tablo 11’de görüldüğü gibidir.

Tablo 11. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

Anket Formu Sıra Numarası		Ortalama	Genel Eğilim Noktası
24	Aile Hekimliği Uygulamasında çalışmaktan memnunum.	3,53	4
25	Türkiye 'nin mevcut sağlık sisteminden memnunum.	2,64	2
26	Aile hekimliği Uygulamasında randevu sistemini gerekli buluyorum.	2,80	3
27	Aile hekimliği Uygulamasında atama ve nakil işlemlerinde bürokratik engeller bulunmaktadır.	2,41	2
28	Aile Hekimliği Uygulamasında ‘Aile Sağlığı Elemanı’ sıfatının kullanılmasını doğru bulmuyorum.	4,29	5

Bu boyuttaki en düşük katılım, ortalama 2,41 değeri ve 2 medyanı ile “Aile hekimliği uygulamasında atama ve nakil işlemlerinde bürokratik engeller bulunmaktadır” ifadesine iken en yüksek katılım ise 4,29 ortalama ve 5 medyan ile “Aile hekimliği uygulamasında ‘aile sağlığı elemanı’ sıfatının kullanılmasını doğru bulmuyorum” sorusuna olmuştur. "Aile hekimliği uygulaması ile sağlık personeli,

unvanlarının (ebe, hemşire, sağlık memuru vb.) 'Aile Sağlığı Elemanı' olarak tanımlanmasını doğru buluyorum" varsayımı doğrulanmamıştır. Aile hekimliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının rollerinde ve mesleki tanımlamalarında da bazı değişiklikler olmuştur. Aile hekimliği uygulamasında çalışmaya başlamadan önce ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT olarak görev yapan sağlık personeli aile hekimliği uygulamasına geçiş sonrasında ilgili yönetmelikte aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmıştır. Ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT meslek grubu birbirinden farklı ve mesleki kimlikleri olan meslek gruplarıdır. Sağlık personeli aile hekimliği uygulamasının başladığı günden bu yana bütün platformlarda 'aile sağlığı elemanı' sıfatından duyduğu rahatsızlığı dile getirmesine rağmen bu konuda herhangi bir adım atılmamıştır. Eğitimlerini alarak yıllarca mesleklerinde özveri ile çalışan sağlık personelinin 'aile sağlığı elemanı' olarak adlandırılması çalışanlar için oldukça üzüntü vericidir. 'Aile Sağlığı Elemanı' sıfatının kullanılmasını doğru bulmuyorum" soru önermesine katılım oranının yüksekliği de sağlık personelinin duyduğu rahatsızlığı kanıtlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın, insan kaynakları politikası kapsamında atama işlemleri konusunda kolaylaştırıcı bir takım çalışmaları yapması aile hekimliği uygulamasına yönelik personel değerlendirmeleri üzerinde olumlu bir algı oluşturacaktır.

2.4.Katılımcıların Diğer Değerlendirmeleri

Çalışmada anket ile toplanan yapılandırılmış soruların yanı sıra katılımcılardan konuya ilişkin kendi görüşlerini soru formunda belirtmeleri istenmiştir. Bu görüşler tasnif edilerek, aşağıdaki gibi başlıklarda toplanmıştır:

- Kişilere sorumluluk verilmeli, adres değişikliğinde bildirim yapmayanlara, aşısına ya da izlemine gelmeyen kişilere cezai işlem uygulanmalı tek sorumluluk sağlık personeline yüklenmemelidir. Hasta sorumluluğunun yasalarla belirlenmesi sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti alan kişilere de sorumluluk verilerek toplum katılımı sağlanmalı kişiler yükümlülüklerini öğrenmelidir.

- Hekimlerin sadece poliklinik hizmetlerinde değil aynı zamanda BBSH sunumun her alanında görev almaları gerekmektedir.

- Aile hekimliği uygulamasında her geçen gün iş yükü artmaktadır. Görev tanımı dışında ek görevler yüklenmesine rağmen maaşlarda iyileşme olmamaktadır.

- Görev tanımlarında olmamasına rağmen bazı görevlerin nasıl olsa aile hekimliği uygulamasındaki sağlık personeli yapar tavrında olunması motivasyonun bozulmasına sebep olmaktadır.

- Aile sağlığı elemanı tanımı ile ebe-hemşire ünvanını başka bir boyuta taşımıştır, tamamen kapsam dışı bırakmıştır.

- Yıllık izin, doğum izinlerinde yerine bakacak kişiye vekâlet vermek durumlarında sorunlar oluşmaktadır.

- Önlisans ve lisans mezunları arasında eğitim farkının olmaması önemli sorunlardan biridir.

- Gezici sağlık hizmeti ücretinden, aile hekimliği uygulamasında çalışan hekim dışı sağlık personelinin de yararlanması sağlanmalıdır.

- Aile sağlığı merkezlerinde ebe hemşire ve doktorlara sözlü ve fiziksel saldırılar olmaktadır. Sağlıkta şiddeti önleyecek çalışmalar yapılmalıdır.

- Negatif performans uygulaması çalışanları olumsuz yönde etkilemektedir.

- Sorumlu olunan nüfus sayısının düşürülmesi, sağlık personeli sayısının artırılması sağlanmalıdır.

- Özel hekim ve kamu hekimi uygulamalarında standartlar olmalıdır.

- Bölgesel olarak gebe, bebek, 15/49 izlemlerinde ve gebe tespitlerinde sorunlar yaşanmaktadır.

- Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personeli kendilerini güvende hissetmemektedir.

- ASM'lerin sınıflandırılması kapsamında hekimlere ödenen ücret farkı aile hekimliği uygulamasında çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının ücretlerine de yansıtılmalıdır.
- Özlük haklarında iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır.

SONUÇ

SDP'nin temel bileşenlerinden olan aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında Düzce'de pilot uygulama olarak başlamış olup aile hekimliği uygulamasına kademeli olarak geçiş yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir süreç başlamıştır. Sağlık ocağı döneminde bütün olarak yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulaması ile ASM ve TSM'ler tarafından yürütölmeye başlanmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamaktaki sağlığın geliştirilmesi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ASM'lerde, toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer hizmetlerde TSM'lerde verilmeye başlamıştır.

Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunum ve kapsamında değişiklikler yapılırken; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum sürecinde yer alan sağlık personelinin de çalışma koşulları değiştirilmiş, sağlık personeli sözleşmeli statüde görev yapmaya başlamıştır. Yapılan anket çalışması ile 2007 yılında İzmir'de uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin, (hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, ATT) aile hekimliği uygulamasına bakış açıları, çalışma koşulları ve uygulama hakkındaki düşünceleri ortaya konulmuştur. Araştırma sonuçlarına göre varsayımların geçerlilikleri aşağıdaki gibi gerçekleşmiştir.

Bilindiği üzere, iş doyumunda yönetim desteği, çalışma arkadaşları, terfi olanakları vb. faktörler kadar çalışanların ücretlerinin de iş doyumunun bir boyutu olduğu yapılan sayısız bilimsel araştırmalarda tespit edilmiştir. Çalışmada benzer şekilde katılımcıların, aile hekimliği uygulamasını tercih etmelerinde ücret faktörünün etkin olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan katılımcıların işten ayrılma eğilimlerini tespit etmeye yönelik soru önermesine ise yüksek oranda katılım gösterdikleri saptanmıştır. Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin uygulamayı özümsemeleri ve sistemde uzun yıllar kalıcı olarak kalmalarını sağlayacak politikaların ve stratejilerin hayata geçirilmesi gerekliliği ortadır.

Aile hekimliği uygulaması ile sağlık çalışanlarının rollerinde ve mesleki tanımlamalarında bazı değişiklikler olmuştur. Aile hekimliği uygulamasında çalışmaya başlamadan önce ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT olarak görev yapan sağlık personeli geçiş sonrasında aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmıştır. Sağlık alışanlarının "aile sağlığı elemanı" olarak adlandırılmaktan hoşnut olmadıkları yapılan çalışma ile de saptanmıştır. Çünkü ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT meslek grubu birbirinden farklı ve mesleki kimlikleri olan meslek gruplarıdır. Aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinden itibaren bu konuda duyulan rahatsızlık dile getirilmesine rağmen sorunun çözümüne yönelik somut bir adım atılmamıştır. Aile hekimliği modelini uygulayan ülkelerde aile hekimi ile birlikte çalışacak sağlık çalışanı mesleklerine göre isimlendirilmesine karşın, ülkemizde hekim dışı sağlık çalışanlarının aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmasının çalışanları olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Yapılan alışma ile ASM'lerin fiziksel koşullarının iyileştirildiği saptanmıştır. İş motivasyonunun sağlanması ücret artışı, emeğin takdir edilmesi gibi faktörlerin yanında çalışma ortamının fiziki koşullarının da iyileştirilmesinin çalışan personelin verimliliklerine olumlu etkisi olduğu yapılan pek çok çalışmada belirtilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasına geçiş yapılmasıyla iş yükünde artış olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada, aile hekimliği birimlerine kayıtlı nüfus sayısı incelendiğinde; en yüksek oranın 3001-4000 nüfus sayısı olduğu görülmektedir. lkemizdeki uygulamaya bakıldığında da bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının ortalama 3634 kişi olduğunu görülmektedir. SB, yıllar itibarıyla aile hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısını kademeli olarak azaltmayı planlamakta ve 2023 yılına kadar 1680 kişiye bir aile hekimliği biriminin hizmet vermesini amaçlamaktadır. Aile hekimliği biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olması nitelikli ve kapsayıcı sağlık hizmet sunumunu zorlaştırıcı bir etken olmaktadır. Aile hekimliği birimlerine kayıtlı kişi sayısının giderek azaltılmasının hem sağlık personeli hem de hastalar açısından olumlu sonuç vereceği kaçınılmazdır.

Özlük haklarındaki belirsizlikler ve sürekli değişen yönetmeliklerle artan iş yükü aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda, SDP'nin, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü sağlanmasına yönelik temel prensibinin pratikte gerçekleştiğini söylemek güçtür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliği arttıracakı söylenen aile hekimliği uygulamasında sağlık personelinin özlük hakları geri kazandırılmalı ve uygulamada görev yapan sağlık ekipleri gerek nitelik gerekse nicelik açısından zenginleştirilmelidir. Etkin ve nitelikli sağlık insan gücünün, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda en önemli kaynak olduğu unutulmamalıdır.

Aile hekimliği birimi dışında yapılan bağışıklama hizmetleri, gebe izlemleri ve bebek izlemlerinin aile hekimlerine bildirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Özel hekim ve kamu hekimi uygulamalarındaki farklılıklar uygulamada aksamalara ve yanlış anlaşılmalara yol açmaktadır. Bu durum sağlık hizmet sunumunu zorlaştıran bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında görev yapan sağlık personelinin zamanında tespit edemediği muhtemel gebe tespitleri yâda kişilere ulaşılamadığından dolayı bağışıklama hizmetlerinin eksik yapılması durumunda sorumluluk sadece sağlık personeline yüklenmemelidir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin her aşamasında olduğu aile hekimliği uygulamasında da toplumun sağlık hizmetlerine katılımının sağlanması gerekmektedir. Bu anlamda, özellikle Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine yönelik olarak ulusal bazda eğitim programlarının hazırlanması söz konusu sıkıntıları minimize edecektir. Etkin, verimli, sürekli BBSH'nin sunulması hiç kuşkusuz aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin olduğu kadar TSM, Halk Sağlığı Müdürlükleri ve bireyler arasındaki işbirliğinin sağlanması ile mümkündür.

Sağlık çalışanlarının izin haklarını kullanmaları durumunda yerine bakacak personel ve bu durumdan kaynaklanacak ücret sıkıntısı yaşamamaları için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Özellikle tek çalışan aile hekimliği birimlerinde çalışan sağlık personelinin yıllık izin ve diğer izinlerini kullanmak istemeleri halinde ciddi problemler yaşanmaktadır. Adli nöbetler ve acil nöbetlerin pek çok bölgede

sorun olmaya devam ettiği gör÷lmektedir. Aile hekimliği uygulamasında çalışan sağlık personelinin gerek adli n÷betler gerekse üst basamak sağlık kurumlarında acil n÷betlerinde görevlendirilmeleri, çalışanların iş yükünü artırması ve nitelikli sağlık hizmet sunumunda sıkıntılara yol açmaktadır.

Uygulamada hala aksaklıkların olması etkili sevk zinciri uygulamasının hayata geçmesini geciktirmektedir. Gerekli alt yapılar sağlandıktan sonra zorunlu sevk zincirine geçilmesi, tedavilerin daha pahalı olan üst basamaklardan birinci basamağa kaydırılmasıyla, kamu bütçesi üzerindeki yükü de hafifletecektir. Ancak aile hekimliği uygulamasından beklenen etkinin güçlendirilmesi için, kurulması istenen sevk zinciri sistemi tek yönlü olmamalıdır. Aynı zamanda tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına sevk edilen hastaların, tedavilerinin düzenli olarak takip edilebilmesi açısından aile hekimlerine geri bildirimlerinin yapılması gerekliliği sağlanmalıdır.

Sağlık, emek ve özveri ağırlıklı bir sektördür. Sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış insan gücü gerektirmekte, aynı zamanda hizmetin odak noktasını bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin; hizmet içi eğitimlerle bilgi ve becerilerinin artırılması, çalışma ortamlarının günümüz teknolojik gelişmişlik düzeyine eriştirilmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda kamu ve özel hekimler arasında koordinasyonun sağlanması ve ASM’lerde yeterli güvenlik önlemlerinin sağlanması gibi konularda desteklenmesi gerekmektedir.

Bilindiği üzere sağlık hizmetleri sunumunda temel unsur insandır. Daha etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için uygun fiziki mekânlara, yeterli donanım ve araç-gerece ihtiyaç vardır. Fakat bunlardan çok daha önemlisi bu imkânları etkili ve verimli bir şekilde kullanabilecek nicelik ve nitelikte insan gücü gerekmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre; aile hekimliği uygulamasında, moral ve motivasyonu arttıracak yasal düzenlemelerin geliştirilmesi gerekliliği yaşamsal önem arz etmektedir.

Yapılan alışma lokal bir çalışma olmasına rağmen aile hekimliği uygulaması alanında yapılmış olması niteliği ile yararlı veriler içermektedir. Bu nedenden dolayı gelecekte yapılması dışınılen çalışmaların daha geniş örneklem üzerinde yapılması tarafımızdan önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde:28 Resmî Gazete Sayı: 27591(15.05.2013)
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde:3Resmî Gazete Sayı: 27591(15.11.2013)
- Akalın E., Sağlık Reformu Amaçlar, İlkeler ve Ülkeler,
http://kutuphane.fisek.org.tr/kitap.php?book_id=4741(16.09.2013)
- Akalın M. A., Küba’da Tıp Eğitimi; [http://www.academia.edu/4252193/](http://www.academia.edu/4252193/KubadaTipEgitimi)
KubadaTıpEgitimi(15.09.2012)
- Akdur R., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999
- Akın A.-Ersoy K.,2050'ye Doğru Nüfus Bilim Ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış, İstanbul, 2012
- Akın A., "Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı", Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, Bursa, 2012
- Akman M., "Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü" Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2), Ankara,2014
- Aktan C.C, Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi; <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf>(26.04.2013)
- Aktaş E.Ö., Çakır G.," Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması" Ege Tıp Dergisi Ege Journal of Medicine,51(1), İzmir,2012

- Allen J.- Gay B.- Crebolder H.- Svab I.- Ram P., WONCA Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı (Çev.Edt.BAŞAK O.),WONCA EUROPE, 2002
- Aydın S., Hayata Yüksekten Bakabilmek Sağlık Politikası Üzerine Makale ve Denemeler, İstanbul, 2008
- Bakırcan N., Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YYLT, İstanbul, 2012
- Bostan S. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi(YDT), Trabzon,2009
- Can H.- Altuntaş M.- Akbayın Z., "Hollanda LOVAH 2012 Değişim Programı İzlenimleri (Impressions of LOVAH 2012 Exchange)", Tıp Dünyasından Haberler, Smyrna Tıp Dergisi, S.1, İstanbul, 2012
- Çakkal Ö., "Aile Hekimliği Yol Haritası"; <http://www.sdplatform.com/Dergi/397/Aile-hekimliginin-yol-haritasi.aspx>(22.11.2013)
- Çalış S., Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi,Marmara Üniversitesi(MARUN),Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü(BSE),Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi(YYLT), İstanbul, 2006
- Çaylan A., "Uluslararası Açıdan Ülkemizde Aile Hekimliği”, Sağlıkta Nabız Dergisi, 26 (7), İstanbul, 2010
- Dağlı G. H., Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, AÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2006
- Dikici M.F.-Kartal M.-Alptekin S.-Çubukçu M.- Ayanoğlu A.S- Yarış F., "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27(3), Ankara, 2007

Ercan E., Aile Hekimliği Başucu Kitabı, İstanbul, 2012

Ergun A.D.- Gül S.S., "Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Piyasalaştırılması", [http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15\(2\).PDF\(25.03.2013\)](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15(2).PDF(25.03.2013))

Ergun A.D., Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri, SDÜ, SBE, YYLT, Isparta, 2010

Ergüder T.-Esin S.-Kutlu L.-Kanyılmaz D., "Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik", Amme İdare Dergisi, 33(4), Ankara, Aralık 2000

Ersöz D., Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Balıkesir Üniversitesi, SBE, YYLT, Balıkesir, 2010

Etiler N., "Romanya Sağlık Sistemi", Sağlık Sistemleri II, Toplum ve Hekim Dergisi, 21(5-6), Ankara, 2006

Fişek N., "Sağlık Yönetimi", Nusret FİŞEK’in Kitaplaşmamış Yazıları -1, [http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html\(25.05.2013\)](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html(25.05.2013))

Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge; [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg-.html\(05.06.2013\)](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg-.html(05.06.2013))

Görpelioglu S., "Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı", Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004

Hazine Müsteşarlığı, "Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması Politika Analizi Raporu", Ankara, 2011

Kaya A., Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması, MARUN, BSE ,YYLT, İstanbul, 2011

- Kılıç B., "Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)", 5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı, Manisa, 2007
- Kılıç S., Performans Değerleme Sistemi Ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Kocaeli Üniversitesi, SBE , YYLP, Kocaeli, 2006
- Koç İ.– Hancıoğlu A., Hane halkı Nüfusu ve Konut Özellikleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, 2004
- Koçak O.- Tiryaki D., "Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği", İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi,10(19), 2011
- Korukluoğlu S.– Bozdemir N., "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları", Her Aileye Bir Hekim, SB Diyalog Dergisi, S.9, Ankara, Ocak 2005
- Korukluoğlu S.- Üstü Y.- Kasım İ. – Doğusan A.R. - Hacıımamağaoğlu A., Aile Hekimliği Türkiye Modeli, (Ed. Aydın S.), Ankara, 2004
- Mavi E.E.,1960 Sonrası Türk Sağlık Personeli Politikası, AÜ, SBE,YDT, Ankara, 2010
- Mcdaniel S.H. - Campbell T.L.- Hepworth J.- Lorenz A., Aile Yönelimli Birincil Bakım, (Çev.Edt. Yaman H.), İstanbul, 2007
- Mıhçıokur S., ‘Türkiye’de, Ergen / Genç Üreme Sağlığı / Cinsel Sağlık Sorunları ve Bu Alandaki Gelişmeler’, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, Bursa, 2012
- Nesanır N.- Özcebe H., "Düzce’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Değerlendirme: Ölü Doğum ve Bebek Ölümleri”, Türk Pediatri Arşivi Dergisi, İstanbul, 46(1), 2011

- Oral A.İ., "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme"; <https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle/11421/315> (18.11.2012)
- Özaydın A.N., "Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri Nereye Gidiyor?", 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012, ss.142-148
- Özdemir G., Aile Hekimliği; <http://www.doktorsitesi.com/makale/aile-hekimligi>(24.12.2013)
- Özkan Ö.- Çatıker A., "Aile Sağlığı Hemşireliği:Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü" <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/viewFile/620/612> (25.11.2013)
- Öztek Z., "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, Toplum Hekimliği Bülteni, 25(2), Ankara, 2006
- Öztek Z., "Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", Hacettepe Tıp Dergisi, 40(1), Ankara, 2009
- Öztek Z., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sorunlar ve Çözümler; http://www.ebto.org.tr/index.php?Itemid=78&id=158&option=com_content&task=view(10.01.2013)
- Paycı Ö.S. - Ünlüoğlu İ., "Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği", Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004
- PallZ.F., Primary Health Care in Romania; <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-romania>(15.11.2013)
- Saatçi E. - Bozdemir N. - Akpınar E., "Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği", Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 10(2), İstanbul, 2006
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara, 2012

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Madde54;
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=34;25.02.2013

Sanholze H.-Yaman H., Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları;
<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42> (16.09.2013)

Sargutan E., "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), Ankara, 2006

Sargutan E., Hollanda Sağlık Sistemi; [http://www.sargutan.com/39%20HOLLANDA %20SAGLIK%20SISTEMI.pdf](http://www.sargutan.com/39%20HOLLANDA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf)(20.9.2012)

Sargutan E., Küba Sağlık Sistemi;<http://www.sargutan.com/KUBA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>(16.09.2012)

Sargutan E., Litvanya Sağlık Sistemi; [http://www.sargutan.com/LITVANYA%20SAGLIK%20SISTEMI. pdf](http://www.sargutan.com/LITVANYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf)(25.09.2012)

Savaş N., "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi", 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, 2012,

Sayan İ.Ö.- Küçük A., "Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", Ankara Üniversitesi (AÜ) SBF Dergisi, 67(1),Ankara, 2012

Selçuk E.B., "Malatya İli Aile Hekimliği Uygulaması Hazırlık Çalışmaları", 9.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 2010

Sezer T., Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi(YUT), Adana, 2008

Sur H., Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim,İstanbul,2006

- Sülkü S.N., Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011
- şerefoğlu .A., Kahramanmaraş’ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye ile Karşılaştırılması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE, YYLP, Kahramanmaraş, 2007
- şışman S., Aile Hekimliği Sistemine Sağlık alışanlarının Bakış Açısı, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2010
- TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Ankara, 2007
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013
- TC.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5250/temelsaglik-hizmetlerigenel-urlugu-calisma-yilligi-html> (02.01.2013)
- TC.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı;<http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi/5-Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%%BC/Aile%20Hekimli%C4%9Fi/Kaynak/Raporlar>(16.07.2012)
- Tanrıkulu N., Düzce İli Hane Halkının Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Görüş ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,YYLT, Düzce, 2008
- Tatar M., "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi,1(1), Ankara, 2011, ss.103-132
- Terzi C., "Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ", Sağlık Sistemleri -II, Toplum ve Hekim Dergisi, 22(1-2), Ankara, 2007
- Tre E., Düzce İlinde Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması ncesi ve Sonrasđ Hizmet Sunum Niteliğindeki Farklılıkların Ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması, Başkent Üniversitesi, YUT, Ankara, 2007

Tüzün H., "İsveç: Sosyal Devletin Düşen Kalesinde Sağlık Nereye?" Sağlık Sistemleri II, Toplum ve Hekim Dergisi, 21(5-6), Ankara, 2006

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;www.thsk.gov.tr/tr/dosya/.../ana-cocuk-sagligi-ve-aile-planlamasi.doc (10.01.2013)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu; <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/820,5258-sayili-aile-hekimligi-kanunupdf.pdf?0>(15.01.2014)

Ünlüoğlu İ.- Kaptanoğlu A.Y.- Özer C., Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi, İstanbul, 2012

Yavuz N.,Türkiye Ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi(SDÜ), SBE, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi(YYLP), Isparta, 2011

Yıldırım H.H.- Yıldırım T.- Akbulut Y., Sağlık Sigortacılığı, Eskişehir,2012,

Yıldırım H.H.,Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Ankara, 2013

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:1,Resmi Gazete,25665(15.01.2013)

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:3,Resmi Gazete,25665(15.05.2013)

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu Madde:5,Resmi Gazete,25665 (01.06.2013)

İNTERNET KAYNAKLARI

....., <http://sgk.org/muayene-katilim-payi-2.html>(15.06.2013)

.....,<http://web.ttnet.com.tr/ekayaaalp/egitim/rakel/aile%20hekimi.htm> (18.07.2012)

.....,http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=78&t=Litvanya_da_Aile_Hekimligi(25.9.2012)

.....http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:aile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38(18.03.2014)

.....http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=248(04.06.2013)

.....http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/SubeDosyalari/Dosyalar/18_05_2011_15_39_34.pdf (04.06.2013)

.....http://www.canakkale.hsm.saglik.gov.tr/images/dosyalar/aile_hekim.doc
(16.07.2012)

.....http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf
(15.09.212)

.....<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5258&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>(15.05.2013)

.....<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=tr/eskiler/2013/01/20130125.htm>(01.04.2013)

.....<http://www.tahev.org/pages.asp?L=3#tsmerkez>(15.11.2013)

.....<http://www.trg.docdat.com/docs/986/index-128337.html?page=3#867088>
(22.11.2013)

.....<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html>(02.01.2013)

.....<http://www.ttb.org.tr/TD/TD194/index.pdf>(20.04.2013)

.....<http://www.turksagliksen.org.tr/haberler/226-aile-hekimligi/1939-ae-heklpot-uygulamasi-hakkindakkanunun-derlendmes.html>(19.07.2012)

.....http://www.verem.org.tr/pdf/sayfa_83-98.pdf(11.01.2013)

ÖZGEÇMİŞ

01.05.1978 yılında Kastamonu'nun Araç ilçesinde doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi Araç'ta tamamladım. 1998 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden mezun oldum. 1998 yılında Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde göreve başladım. 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde lisans eğitimimi tamamladım. 2011 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları İşletmesi Ana Bilim Dalı Bölümü'nde yüksek lisans eğitimime başladım.

Konak 24 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde hemşire olarak görevime devam etmekteyim. Evliyim ve iki çocuk annesiyim.

Aday: Filiz UYSAL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen ve tez danışmanlığımı yürüten değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Nevzat DEVEBAKAN'a, değerli hocalarım Prof. Dr. M. Fikret GEZGİN, Yrd.Doç.Dr. Gönül ALKAN ve Yrd. Doç.Dr. Şefika DEMİRKAN'a,

Tez çalışmam boyunca karşılaştığım zorluklarda yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Şehnaz HATİPOĞLU, Doç. Dr. MEHTAP KARTAL, Dr. Halil İbrahim ÖZDEMİR, Dr. Z.Murat ATAM, Murat KAZAN ve Ahmet DOĞRUYOL'a,

Eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen hemşire arkadaşlarım Sevda AYYILDIZ, Öznur DURMAZ ve Konak 24 Nolu ASM'de görev yapan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Ayrıca özellikle veri toplama sürecinde büyük emekleri olan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan tüm aile hekimi, hemşire, ebe, sağlık memuru ve ATT olarak görev yapan arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

Son olarak, belki de en çok teşekkürü yüksek lisans tez çalışmam sürecince özveri ve desteklerini esirgemeyen eşim Abdullah UYSAL, kızım ve oğlum hak etmektedir.

Saygılarımla

Ek-1: Güvenilirlik Analizi

Case Processing Summary

	N	%
Case s Valid	165	100,0
Excluded(a)	0	,0
Total	165	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,831	28

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
VAR00001	3,6242	1,06124	165
VAR00002	2,4909	1,25726	165
VAR00003	3,2545	1,17211	165
VAR00004	3,7818	,96318	165
VAR00005	3,4364	1,18059	165
VAR00006	3,0424	1,35858	165
VAR00007	3,6182	1,12874	165
VAR00008	3,1879	1,24738	165
VAR00009	3,2242	1,04386	165
VAR00010	3,7576	1,00700	165
VAR00011	3,9576	,95860	165
VAR00012	3,2545	1,21803	165
VAR00013	3,7758	1,12809	165
VAR00014	3,5758	,97625	165
VAR00015	2,0424	1,04386	165
VAR00016	2,1818	1,11679	165
VAR00017	3,7576	,94451	165
VAR00018	3,1515	1,20267	165
VAR00019	3,2606	1,18886	165
VAR00020	4,2424	,86357	165
VAR00021	2,5333	1,19722	165
VAR00022	1,7758	,95222	165
VAR00023	3,3515	1,04652	165
VAR00024	3,5273	,92105	165
VAR00025	2,6424	1,08735	165
VAR00026	2,8000	1,32149	165
VAR00027	2,4061	1,14709	165

Ek-2 Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasını Değerlendirme Ölçeği

Değerli sağlık çalışanı arkadaşım;

Elinizdeki anket sizin aile hekimliği uygulaması ile ilgili iş koşulları, bireysel performans ve uygulamaya ilişkin görüşlerinizin değerlendirilmesine yönelik olarak hazırlanmış olup vereceğiniz cevaplar yüksek lisans tezinde veri olarak kullanılacaktır.

Zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Filiz UYSAL

Beykent Üniversitesi

Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Lütfen aşağıdaki soru önermelerine katılma düzeyinizi (x) ile işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Kesinlikle Katılmıyorum=1 Katılmıyorum=2 Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum =3 Katılıyorum=4 Kesinlikle Katılıyorum=5					
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER					
1.Aile Hekimliği Uygulamasının etkili ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti verdiğine inanıyorum.					
2.Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin sağlık personeline yönelik, yeteri kadar koruyucu hüküm içerdiğini düşünüyorum.					
3.Aile Hekimliği Uygulaması ile toplumda pratisyen hekimlere karşı saygınlığın ve güvenilirliğin arttığını düşünüyorum.					
4.Aile Hekimliği Uygulamasının ilimizde yerleştiğini düşünüyorum.					
5.Aile Hekimliği Uygulamasındaki ücret koşullarının eski çalıştığım sistemden daha tatmin edici olduğunu düşünüyorum.					
6.Aile Hekimliği Uygulamasına geçmemde alacağım ücret etkili oldu.					
7.Aile Hekimliği Uygulamasına geçmemde çalışma koşullarının cazipliği etkili oldu.(Nöbetli çalışılan yerlere göre daha uygun olması)					
8.Aile Hekimliği Uygulamasında, başvuran kişilere ayırmış olduğum sürenin yeterli olduğunu düşünüyorum.					
9. Aile hekimliği biriminin sağladığı olanakları yeterli buluyorum.					
10.Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezinin fiziksel koşulları uygundur.					
11.Çalıştığım Aile Sağlığı Merkezine ulaşım olanakları uygundur.					
12.Aile Sağlığı Merkezindeki sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.					
13.Aile Hekimliği Biriminde ekip çalışmasında iletişim sorunu yaşamıyorum.					

Lütfen aşağıdaki soru önermelerine katılma düzeyinizi (x) ile işaretleyiniz. Kesinlikle Katılmıyorum=1 Katılmıyorum=2 Ne Katılmıyorum Ne Katılıyorum =3 Katılıyorum=4 Kesinlikle Katılıyorum=5	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ KOŞULLARI VE BİREYSEL PERFORMANSI					
14.Aile Hekimliği Uygulamasında göstermiş olduğum bireysel performans bana iş doyumunu sağlıyor.					
15.Aile Hekimliği Uygulaması ile üstlenmiş olduğum görev ve sorumlulukların ağır olduğunu düşünüyorum.					
16.Aile Hekimliği Uygulaması ile stres ve kaygı düzeyim arttı.					
17.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gebe tespitlerini zamanında yapıyoruz.					
18.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gebe izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.					
19.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun bebek izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.					
20.Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun gereken tüm aşılarını eksiksiz yapıyoruz.					
21. Aile Hekimliği Uygulamasında sorumlu olduğumuz nüfusun 15/49 yaş arası kadın izlemlerinde sorun yaşamıyoruz.					
22.Ücretlendirmede negatif performans uygulaması motivasyonumuzu bozuyor.					
23.Aile Hekimliği Uygulamasından ayrılmayı düşünüyorum.					
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ					
24. Aile Hekimliği Uygulamasında çalışmaktan memnunum.					
25. Türkiye ' nin mevcut sağlık sisteminden memnunum.					
26.Aile hekimliği Uygulamasında randevu sistemini gerekli buluyorum.					
27.Aile hekimliği Uygulamasında atama ve nakil işlemlerinde bürokratik engeller bulunmaktadır.					
28.Aile Hekimliği Uygulamasında ‘Aile Sağlığı Elemanı’ sıfatının kullanılmasını doğru bulmuyorum.					

SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİLER

29. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

30. Yaşınız:

☐ 25 yas altı ☐ 26–35 yaş ☐ 36–45 yaş ☐ 46–55 yaş ☐ 56 yaş üzeri

31. Mesleğiniz:

☐ Doktor ☐ Ebe ☐ Hemşire ☐ Sağlık memuru ☐ ATT

32. Eğitim düzeyiniz:

☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisans Üstü

33. Meslekte çalışma yılınız?

☐ 0–5 ☐ 6–10 ☐ 11–15 ☐ 16–20 ☐ 21 -25 ☐ 26 yıl ve üzeri

34.Aile hekimliği uygulamasında çalışma süreniz:

35.Aile hekimliği uygulamasına isteyerek mi seçtiniz

☐ Evet ☐ Hayır

36.Çalıştığınız birimde kadro durumunuz:

☐ Kamu dışı alım ile sözleşmeli ☐ Kadrolu-sözleşmeli

37.Size kayıtlı nüfus sayınız:

38.Varsa eklemek istediğiniz görüşünüz: