

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM BİLİM
DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE HEKİMLERİNİN 5510 SAYILI GENEL
SAĞLIK SİGORTASI KANUNUNU
DEĞERLENDİRMELERİ

AYŞE GÜNAYDIN
2501040041

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. CENK ARSUN YÜKSEL

İSTANBUL, 2007

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM BİLİM
DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE HEKİMLERİNİN 5510 SAYILI GENEL
SAĞLIK SİGORTASI KANUNUNU
DEĞERLENDİRMELERİ

AYŞE GÜNAYDIN
2501040041

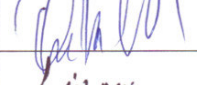
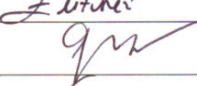
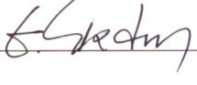
TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. CENK ARSUN YÜKSEL

İSTANBUL, 2007

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürlüğü

TEZ ONAYI

Enstitümüz **HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM** Bilim Dalında **2501040041** numaralı **AYŞE GÜNAYDIN'ın** hazırladığı “**AİLE HEKİMLERİNİN 5510 SAYILI GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU’NU DEĞERLENDİRMELERİ**” konulu **YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA-TEZİ** ile ilgili **TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği’nin 15.Maddesi uyarınca **21.11.2007 Çarşamba** günü saat **12.30’da** yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULU**.....’ne* **OYBİRLİĞİ /OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
PROF.DR.MAHMUT PAKSOY	Kabul	
DOÇ.DR.ÖMER SADULLAH	Kabul	
DOÇ.DR.LALE TÜZÜNER	Kabul	
YRD.DOÇ.DR.CENK ARSUN YÜKSEL	Kabul	
YRD.DOÇ.DR.GÜVEN ORDUN	KABUL	

ÖZ

AİLE HEKİMLERİNİN 5510 SAYILI GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNUNU DEĞERLENDİRMELERİ

Ayşe Günaydın

Son yıllarda Türk sağlık sisteminde yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla, sağlık bakım sektöründe köklü değişiklikler öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hazırlanmış ve 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Aynı zamanda Aile Hekimliği Programının temelleri atılmış ve aile hekimleri primer uygulayıcı olarak nitelendirilmişlerdir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul’da yaşayan aile hekimlerinin Genel Sağlık Sigortası kanununu değerlendirmeleri ve aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeyi ile demografik ve sosyo-kültürel özelliklerinin değerlendirme üzerindeki etkilerini açıklamaktır.

Araştırma amacına uygun olarak hazırlanan anket formu ile elde edilen veriler, SPSS 13,0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar paket programında elektronik ortama alınmış ve analiz edilmiştir. Ele alınan değişkenlerin frekans dağılımlarının yanı sıra analizlerde kümeleme ve ki-kare analizleri kullanılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Sağlık Bakım Sektörü, Sağlıkta Dönüşüm, Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Sosyal Sigorta

ABSTRACT

THE FAMILY MEDICINE'S EVALUATIONS OF GENERAL HEALTH INSURANCE LAW COUNTED 5510

Ayşe Günaydın

In the frame of the transformation programme on the health which stipulates rooted modifications in the health care sector, the social insurances and the general health insurance law counted 5510 is prepared because of dissolving the problems on the Turkish health system in the last years, then it is published on the 16 June 2006 in the Official Gazette. In the same time, foundations of the family medicine programme are laid and the family medicines described as a primary practitioner. The aim of this study is to explain the effects of the evaluations of the general health insurance by the family medicines living in İstanbul, the satisfaction because of being a family medicine and the demographic and social - culturel features, on the evaluation .

The data which is acquired by the questionnaire, prepared in accordance with the aim of the study, analysed by SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Sciences) software. As well as the frequency distribution of variables process, the ki-square and k-means cluster analysis are used.

KEY WORDS: Health Care Sector, Transformation in The Health, General Health Insurance, Family Medicine, Social Insurance

ÖNSÖZ

Son yıllarda sağlık göstergeleri incelendiğinde yolunda gitmeyen, sisteme ait sıkıntıların olduğu ve göstergelerin istenen düzeylerin altında kaldığı göz ardı edilmemesi gereken bir gerçektir. Sağlık sektöründe şu ana kadar çözülemeyen, her geçen gün sorunların artmasına neden olan kalıplaşmış uygulamaların önüne geçebilmek, bireylerin yaşam kalitelerini yükselterek sağlıklı bir ortamda yaşamalarını ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşımını sağlayabilmek adına yapılan son çalışma "Sağlıkta Dönüşüm Programı"dır. Bu programın en önemli iki ayağından biri Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu diğeri Aile Hekimliği programıdır. Birbirini tamamlar nitelikte olan bu iki uygulamadan yola çıkarak çalışmamızın amacını, İstanbul'da yaşayan aile hekimlerinin genel sağlık sigortasına ait hükümleri değerlendirmeleri ve değerlendirmelerini etkileyebilecek demografik ve sosyo-kültürel özelliklerinin ve aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi oluşturmaktadır. İstanbul il sınırlarında bulunan aile hekimlerinin sadece Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun, Genel Sağlık Sigortası hükümlerinin yer aldığı III. Kısmını değerlendirmelerine olanak sağlayan pilot bir araştırma niteliğindeki bu çalışmanın sağlıkta dönüşüm programı uygulayıcıları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Son olarak araştırmam sırasında her türlü desteği veren ve gerekli anlayışı gösteren, araştırmama yön veren değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Cenk Arsun Yüksel başta olmak üzere, tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

İstanbul, 2007

Ayşe Günaydın

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
 GİRİŞ	 1
 1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI	 2
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	2
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları	6
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	7
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.4.3. Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri.....	11
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	12
1.5.1. Selçuklular Dönemi	12
1.5.2. Osmanlılar Dönemi	13
1.5.3. Cumhuriyet Dönemi	15
1.5.3.1. 1920–1937 Dönemi.....	15
1.5.3.2. 1938–1960 Dönemi.....	17
1.5.3.3. 1961–1980 Dönemi.....	19
1.5.3.4. 1980’den Bugüne.....	21
 2. SAĞLIK HİZMETİ SİSTEMLERİ	 25
2.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Tanımı.....	25

2.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Amaçları.....	26
2.3. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	27
2.3.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Hizmet Sunumuna Göre Sınıflandırılması	28
2.3.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Finansman Yöntemine Göre Sınıflandırılması	31
2.3.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi.....	32
2.3.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi	32
2.4. Seçilmiş Örnek Ülkelerde Sağlık Sistemi Uygulamaları	34
2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi.....	34
2.4.2. Almanya Sağlık Sistemi	39
2.4.3. Fransa Sağlık Sistemi	42
2.4.4. İngiltere Sağlık Sistemi.....	45
2.4.5. Türkiye Sağlık Sistemi	49
3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	51
3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri.....	52
3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	52
3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri	54
3.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci	56
4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	57
4.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Amacı	57
4.2. Genel Sağlık Sigortasının Tarihsel Gelişimi	58
4.3. Genel Sağlık Sigortasının Genel Gerekçesi.....	59
5. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ	63
5.1. Aile Hekimliğinin Tanımı	64
5.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	64
5.3. Aile Hekiminin Görevleri	66
5.4. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi	66
5.5. Dünyada Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri	67
5.5.1. ABD’de Aile Hekimliği.....	68

5.5.2. Almanya’da Aile Hekimliği.....	68
5.5.3. İngiltere’de Aile Hekimliği.....	68
5.6. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	69
5.6.1. Türkiye’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve Uygulanması	71
6. AİLE HEKİMLERİNİN GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNUNU DEĞERLENDİRMELERİ	74
6.1. Araştırma Konusu ve Önemi	74
6.2. Araştırmanın Amacı	78
6.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları.....	79
6.4. Araştırmanın Modeli	81
6.5. Araştırmamızın Değişkenleri.....	82
6.6. Araştırmanın Hipotezleri	84
6.7. Örnekleme Süreci.....	85
6.8. Araştırmanın Ön Çalışmaları	85
6.9. Araştırmanın Varsayımları	86
6.10. Veri Toplama Yöntem ve Aracı.....	86
6.11. Verilerin Analizi.....	86
6.11.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik ve Sosyo-Kültürel Özellikleri	87
6.11.2 Araştırmaya Katılan Bireylerin Araştırmada Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri.....	92
6.11.2.1. Katılımcıların 5510 Sayılı GSS Kanununu Değerlendirme Anketinde Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri.....	92
6.11.2.2.Katılımcıların Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Düzeyi Anketinde Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri.....	109
6.11.3. Güvenilirlik Analizi Sonuçları	116
6.11.4. Araştırma Hipotez Testlerinin Analiz Sonuçları	117
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	130

KAYNAKÇA	140
EKLER.....	150
EK I. 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu.....	150
EK II. Uygulanan Anket Formu Örneği.....	166

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	87
Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	87
Tablo 3: Katılımcıların Medeni Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	88
Tablo 4: Katılımcıların Mezun Oldukları Fakülteye İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	88
Tablo 5: Katılımcıların Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	89
Tablo 6: Katılımcıların Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	89
Tablo 7: Katılımcıların Günlük Ortalama Çalışma Saatlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	90
Tablo 8: Katılımcıların Aile Hekimi Olmadan Önceki Çalışma Deneyimi Olma Durumunun Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	90
Tablo 9: Katılımcıların Özel Muayenehanesi Olma Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	90
Tablo 10: Katılımcıların GSS Kanununa İlişkin Bilgi Düzeylerine Ait Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	91
Tablo 11: Katılımcıların GSS Kanunu ile Beklentilerinin Örtüşmesine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	91
Tablo 12: Katılımcıların Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Durumlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	92
Tablo 13: Katılımcıların 1.Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	92
Tablo 14: Katılımcıların 2. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	93
Tablo 15: Katılımcıların 3. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	93
Tablo 16: Katılımcıların 4. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	93
Tablo 17: Katılımcıların 5. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	94
Tablo 18: Katılımcıların 6. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	94
Tablo 19: Katılımcıların 7. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	95
Tablo 20: Katılımcıların 8. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	95
Tablo 21: Katılımcıların 9. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	96
Tablo 22: Katılımcıların 10. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	96
Tablo 23: Katılımcıların 11. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	96
Tablo 24: Katılımcıların 12. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	97
Tablo 25: Katılımcıların 13. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	97
Tablo 26: Katılımcıların 14. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	97
Tablo 27: Katılımcıların 15. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	98
Tablo 28: Katılımcıların 16. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	98
Tablo 29: Katılımcıların 17. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	98
Tablo 30: Katılımcıların 18. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	99
Tablo 31: Katılımcıların 19. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	99
Tablo 32: Katılımcıların 20. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	100
Tablo 33: Katılımcıların 21. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	100
Tablo 34: Katılımcıların 22. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	100
Tablo 35: Katılımcıların 23. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	101

Tablo 36: Katılımcıların 24. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	101
Tablo 37: Katılımcıların 25. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	102
Tablo 38: Katılımcıların 26. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	102
Tablo 39: Katılımcıların 27. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	102
Tablo 40: Katılımcıların 28. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	103
Tablo 41: Katılımcıların 29. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	103
Tablo 42: Katılımcıların 30. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	104
Tablo 43: Katılımcıların 31. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	104
Tablo 44: Katılımcıların 32. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	104
Tablo 45: Katılımcıların 33. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	105
Tablo 46: Katılımcıların 34. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	105
Tablo 47: Katılımcıların 35. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	106
Tablo 48: Katılımcıların 36. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	106
Tablo 49: Katılımcıların 37. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	106
Tablo 50: Katılımcıların 38. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	107
Tablo 51: Katılımcıların 39. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	107
Tablo 52: Katılımcıların 40. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	107
Tablo 53: Katılımcıların 41. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	108
Tablo 54: Katılımcıların 42. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	108
Tablo 55: Katılımcıların 43. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	108
Tablo 56: Katılımcıların 44. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	109
Tablo 57: Katılımcıların A1. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	109
Tablo 58: Katılımcıların A2. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	110
Tablo 59: Katılımcıların A3. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	110
Tablo 60: Katılımcıların A4. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	110
Tablo 61: Katılımcıların A5. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	111
Tablo 62: Katılımcıların A6. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	111
Tablo 63: Katılımcıların A7. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	111
Tablo 64: Katılımcıların A8. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	112
Tablo 65: Katılımcıların A9. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	112
Tablo 66: Katılımcıların A10. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	112
Tablo 67: Katılımcıların A11. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	113
Tablo 68: Katılımcıların A12. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	113
Tablo 69: Katılımcıların A13. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	113
Tablo 70: Katılımcıların A14. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	114
Tablo 71: Katılımcıların A15. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	114
Tablo 72: Katılımcıların A16. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	114
Tablo 73: Katılımcıların A17. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	115
Tablo 74: Katılımcıların A18. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	115
Tablo 75: Katılımcıların A19. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	115
Tablo 76: Katılımcıların A20. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	116
Tablo 77: Katılımcıların A21. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı.....	116
Tablo 78: 44 Değişken İçin Ölçümlenen Güvenilirlik Oranı.....	117
Tablo 79: 21 Değişken İçin Ölçümlenen Güvenilirlik Oranı.....	117
Tablo 80: K-ortalamalar Yöntemi 2 Kümeli Analiz ile Gruplanan Cevaplayıcı Sayılarının Kümelere Göre Dağılımı.....	118

Tablo 81: K-ortalamalar Yöntemi 2 Kümeli Analiz Sonucu Oluşan Nihai Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklık.....	118
Tablo 82 : Anova Tablosu.....	119
Tablo 83 : Nihai Küme Merkezleri.....	121
Tablo 84 : Kümeler İle Yaş Arasındaki İlişki	123
Tablo 85 : Kümeler İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	124
Tablo 86 : Kümeler İle Medeni Durum Arasındaki İlişki	124
Tablo 87 : Kümeler İle Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Arasındaki İlişki.....	125
Tablo 88 : Kümeler İle Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Arasındaki İlişki...125	
Tablo 89 : Kümeler İle Günlük Ortalama Çalışma Saati Arasındaki İlişki.....	126
Tablo 90 : Kümeler İle Aile Hekimi Branşına Katılmadan Önceki Çalışma Deneyimi Arasındaki İlişki.....	126
Tablo 91: Kümeler İle GSS İle İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki.....	127
Tablo 92: Kümeler İle GSS İle İlgili Beklentilerin Örtüşmesi Arasındaki İlişki....	127
Tablo 93: Kümeler İle Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	129

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	11
Şekil 2: Sağlık Sistemi ve Sağlık.....	26
Şekil 3: Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi.....	48

KISALTMALAR LİSTESİ

a.g.e : Adı Geçen Eser

a.e: Aynı eser

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABFP: American Board of Family Practice (Amerikan Aile Hekimliği Kürsüsü)

AMA: American Medical Assosiation (Amerikan Tıp Birliği)

BMJ: British Medical Journal (İngiliz Sağlık Dergisi)

BYKP: Beş Yıllık Kalkınma Planı

DİSK: Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

Ed.: Editör

GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSS: Genel Sağlık Sigortası

HMO: Health Maintenance Organization (Sağlığı Destek Organizasyonu)

İİBF: İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

İLO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

İ.Ü.C.T.F: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

İ.Ü.İ.T.F: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

İTO: İstanbul Ticaret Odası

KESK: Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu

NHS: National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)

NKNK: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum

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

PPO: Preffered Provide Organization (Tercihli Hizmet Organizasyonları)

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences(Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TMMOB: Türk Mühendis Mimar Odaları Birliği

TTB: Türk Tabipler Birliği

WONCA: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

UEMO: The European Union of General Practitioners (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği)

vb.: ve benzeri

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu

y.y.y.: Yayın Yeri Yok

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, "yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. İnsan yaşamında oldukça önemli olan sağlığın korunup sürdürülmesi için uzun yıllardır çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve Dünya Sağlık Örgütü bu çalışmalara öncülük etmiştir.

Ülkemizde de, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığı güvence altına almak ve eldeki tüm kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla uzun yıllardır çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve en son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının temelleri atılmıştır. Bu programın temel bileşenlerinden biri, Genel Sağlık Sigortası uygulamasıdır. Böylece tüm vatandaşların tek sağlık sigortası çatısı altında toplanması sağlanacak ve sağlık hizmetlerine ulaşmaları kolaylaştırılacaktır. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde genel sağlık sigortası ile eşgüdümlü olarak aile hekimliği programının hayata geçirilmesi planlanmış ve aile hekimleri sistemin uygulayıcıları olarak görülmüştür. Bu çalışmada aile hekimlerinin 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu değerlendirmeleri hedeflenmiştir.

Bu çalışma, sağlıkta dönüşüm programı çalışmalarını sürdürenlere fikir verebilecek pilot bir araştırma niteliğindedir.

Çalışmanın ilk bölümde, sağlık hizmetlerinin tanımı, kapsamı ve tarihsel gelişimine değinilerek, ikinci bölümde sağlık sistemleri, sınıflandırılması ve seçilmiş örnek ülkelerdeki sağlık sistemi uygulamalarından bahsedilmiş, daha sonra kısaca sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi verilip, genel sağlık sigortası kanunu ve aile hekimliği programıyla ilgili açıklamalar yapılmıştır. Son olarak da çalışmanın amacı, kapsamı, kısıtları ve metodolojisi hakkında bilgi verilip, ulaşılan sonuçlar yorumlanmıştır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Bu bölümde öncelikle sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ve sınıflandırılması hakkında bilgi verilerek sağlık hizmetlerinin tarihsel süreçteki gelişimine değinilecektir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık temel bir insanlık hakkı olup tüm dünyada sosyal bir amaçtır. Sağlık; 12.01.1961 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 2. maddesinde "yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir." şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün tanımı ile paralellik göstermekte olup, WHO’ ya göre sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi olma halidir.¹ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 2. maddesinde sağlık hizmetleri de "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak ifade edilmiştir.² Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir.³ Ertem (2007)’e göre;

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümü "sağlık hizmeti" olarak tanımlanır.⁴

¹Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000, s.18.

²224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12.01.1961 Tarih 10705 sayılı Resmi Gazete, www.saglik.gov.tr.

³Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, s.34.

⁴Ümit Turan Ertem, **Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar**, Ed. Fatma Akça Ay, İstanbul, Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., 2007, s.111.

Sağlık insan hayatı için vazgeçilemez bir unsurdur ve tüm dünyada toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi temel hedeflerden bir tanesidir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için sosyo-ekonomik, biyolojik ve fizyolojik çevre şartlarının olumlu yönde düzenlenmesi, zarar verici faktörlerin ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi ve bunun için gerekli şartları yerine getirmelerinin sağlanması ve tıbbi yöntemlerin uygulanması oldukça önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri insan sağlığının korunup geliştirilmesi için gerekli bileşenlerden sadece bir tanesi olup, oldukça önemli bir role sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyleri hastalıklardan korumak ve onların yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak olsa da bazı durumlarda, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz ve o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan "hastaların tedavisi" söz konusu olur. Ayrıca bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür bazıları sakat kalır. Böyle bir durumda da sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı olan; sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamlarını sağlamak yani rehabilite etmek devreye girer.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayrı tutan bazı temel özellikleri vardır. Bu özellikler⁵;

- Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özellikleri: Sağlık hizmetleri sağlıkla doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden

⁵ Mehmet Tokat, **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1998, s.2.

oluşan asıl sağlık hizmetlerini / ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür.⁶

- Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması: Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Dolayısıyla sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa işleyişine bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir.⁷
- Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği: Temel ihtiyaçlar insanlar için her zaman vazgeçilemez ve ertelenemez bir nitelik taşırlar. Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve bazen hayati ve zaruri bir ihtiyaç olmasına rağmen genel kategorik sınıflandırmada sağlık, temel ihtiyaçlardan birisi değildir. Ancak sağlık ihtiyacının temel ihtiyaç olmama özelliği hiçbir zaman onun önemsiz ve göz ardı edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, aksine, sağlık bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.
- Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği: Sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaçlar içerisinde yer almaması, ertelenebilme özelliğinin olması sağlık hizmetlerine büyük bir talep esnekliği sağlamaktadır. Sağlıklarını önemsemeyenler temel ihtiyaç olmama ve talep esnekliğinden yararlanarak sağlık hizmeti taleplerini acil bir durum oluncaya kadar erteleyebilirler.
- Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumunun ne zaman, nerede, nasıl ortaya çıkacağı belli olmaması sağlık hizmetleri talep ve tüketiminde belirsizliğe yol açmaktadır.

⁶ Erdal Sargutan, "Türk Sağlık Sektörünün Yapısı", **Sağlık-İş Yayınları**, Ankara, 1993, s.13.

⁷ Nurcan Turan, "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları", y.y.y., Eskişehir 2004, s.8.

- **Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi:** Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir ihtiyaç olduğundan fiyatlardaki değişikliklere karşı gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır. Yani fiyatlardaki artış sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyatlardaki düşüşte talepte artış meydana getirmez.
- **Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği:** Sağlık hizmeti ihtiyacı çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti bireye, hekime, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliğine, şartlara vb. çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.
- **Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması:** Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifi oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir. Ancak herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Hastanın kendisine önerilen bir tedavi yöntemini kabul etmeyip hastalığı kendi haline bırakması ya da tedavi için yapılması şart olan bir ameliyat pahalı diye farklı bir tedavinin uygulanması gibi bir durum söz konusu değildir.⁸
- **Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği:** Sağlık fiyatı biçilemeyen, iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Örneğin dişi ağrıyan bir kişinin o anda yapamayacağı fedakârlık yoktur. Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında çoğu zaman korelasyonun olmamasının iki temel nedeni

⁸Tokat, **Sağlık Ekonomisi**, s.3.

vardır. İlki sağlık hizmetleri talebinin rastlantı sonucu değil ihtiyaca göre ortaya çıkması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi, ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı, uzunluğu gibi konularda tüketicinin inisiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için teklif edilen sağlık hizmetlerinin fiyatı konusunda tüketicinin pazarlık şansının bulunmamasıdır. İkinci neden ise, sağlık hizmetinin karşılığının her hizmet ortaya çıktığında değil, genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmesidir.⁹

- Sağlık Hizmetlerinde Kişinin Talebini Hekimin Belirlemesi: İnsanlar serbest piyasada var olan birçok ürün ve hizmet hakkında bilgi sahibi olup kendi kendilerine satın alma kararı verebilirler ancak sağlık alanında karar verirken mutlaka bir uzmandan yardım almak zorundadırlar.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması: İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kar amacından ziyade sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.¹⁰

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları

Sağlık hizmetlerinin temel unsurlarını sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri altyapısı, mali kaynak unsurları şeklinde sınıflandırmak mümkündür.¹¹

- Sağlık İnsangücü: Sağlık hizmetinin üretilmesi ve talep edilen sağlık hizmetlerinin ertelenemez, ikame edilemez yapıya sahip olmasından dolayı sağlık sektöründe bu hizmetin etkili ve verimli sunulmasının en önemli koşulu yeterli sağlık insan gücünün bulunmasıdır. Sağlık insan gücü kavramı doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire, yardımcı tıp çalışanları, biyo-

⁹Ahmet Saltık, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 10, sayı:68, Ankara, TTB Yayınları, Temmuz-Ağustos, 1995, s.38.

¹⁰Tokat, **Sağlık Ekonomisi**, s.3.

¹¹Fahrettin Tatar, "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt11, sayı 72, Ankara, TTB Yayınları, Mart-Nisan 1996, s.44.

medikal, mühendis ve laborant gibi teknik personeli ve hastane yöneticileri gibi idari personeli kapsamaktadır.

- Sağlık Hizmetleri Altyapısı: Sağlık hizmetlerinin altyapısını; sağlık hizmet birimleri olan hastaneler ile ilaç ve tıbbi cihazlar oluşturmaktadır.
- Mali Kaynak Unsurları: Mali kaynak unsurları içerisinde en önemli konu sağlık finansman kaynaklarıdır. Bu kaynaklar da; kamu kaynakları (vergi gelirleri, sosyal sigortalar vb.), özel kaynaklar (özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü ve hayır kuruluşları katkıları, toplumsal finansman, doğrudan hane halkı harcamaları) şeklinde sınıflandırılabilir.¹²

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır ve genel olarak hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitatif sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır.¹³ Bu bölümde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi verilecektir.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumu oluşturan bireylerin öncelikle hasta olmalarını engellemek ya da mümkün olan en erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalara koruyucu sağlık hizmetleri denmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tamamını kapsamaktadır.

¹² A.e

¹³ Ertem, **Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar**, s.111.

Kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri;

- Bağışıklama
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Sağlık eğitimi
- Erken tanı ve teşhis
- İlaçla koruma
- Okul sağlığı
- Aile planlaması
- Ana çocuk sağlığı hizmetleri
- Kişisel hijyen vb. olup sağlık evi, sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, dispanserler, revir ve hastanelerde hekim, ebe, hemşire gibi sağlık meslekleri mensupları tarafından y6r6t6len hizmetlerdir.

Çevreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri;

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Zararlı canlılarla m6cadele
- Radyolojik zararlıların denetimi
- İş sağlığı
- Hava ve g6r6lt6 kirliliğinin denetimi
- Besin sanitasyonu
- Çevresel risk unsurlarının denetimi vb. olup çevre sağlığı birimi, halk sağlığı laboratuvarları, sağlık ocağı, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve hastanelerde bu konuda 6zel eğitim g6rm6ř m6hendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. meslek mensupları tarafından y6r6t6len hizmetlerdir.

Kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı olma ve sağlığı korumanın 6ncelikle bireysel bir sorumluluk ve ihtiyaç olduğu d6ř6ncesinin kazandırılması çabalarıdır. Çevreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel

amacı ise; çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok etmek veya kişileri etkilemelerini önlemektir.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık belirtisi ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere ya da sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlere "tedavi edici sağlık hizmetleri ya da tıbbi bakım hizmetleri" denilmektedir. Bu hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik, kişilerin yararının ön planda olması ve temelde hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla sağlanmasıdır.¹⁴

Tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamaya göre tedavi edici sağlık hizmetleri¹⁵;

- Birinci basamak tedavi hizmetleri
- İkinci basamak tedavi hizmetleri
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılmaktadır. Bu hizmetlerle ilgili ayrıntılı bilgi vermek gerekirse;

Birinci basamak tedavi hizmetleri; bireylerin hastalık şikâyetlerinin ortaya çıkması ile ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarında ya da kendi evlerinde hekim tarafından yapılan daha çok ayaktan (günübirlik) gerçekleştirilen tedavi hizmetleridir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, dispanserler ve bazı laboratuvarlar örnek olarak gösterilebilmektedir. Bu kuruluşlar; yataklı tedavi kuruluşları yani hastanelerin önünde filtre görevi yapmaktadırlar. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta eğer uygun ve gerekli görülürse hastanelere gönderilmektedirler. Yapılan birçok araştırma birinci basamağa başvuran

¹⁴İlhan Serin, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, İstanbul, Kazancı Kitapevi, 2004, s.11.

¹⁵Kavuncubaşı, a.g.e., s.39.

hastaların yaklaşık %90'nının buralarda yeterli bakım ve tedavi gördüğünü, %10'unun hastanelere yani ikinci basamağa gönderildiğini göstermiştir.¹⁶

İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile çözülemeyen bireylerin hastaneye sevk edildikten sonra hastanede gerçekleştirilen tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak tedavi hizmetleri, küçük ve orta büyüklükte ilçe ve il hastaneleri ile sağlık merkezleri tarafından verilen tedavi edici sağlık hizmetleri olup, yoğun bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsar.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edilen bireylerden burada tedavisi mümkün olmadığı durumlarda, tedavinin uzmanlaşma, ileri teknoloji, daha geniş ve nitelikli ekibin olduğu üniversite ya da ihtisas hastanelerinde gerçekleştirildiği durumlardaki sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri ve kurumlarında verilen hizmetlerin kapsamı, ulaşılabilirlik düzeyi ve maliyetleri birbirinden farklılık göstermektedir. Öncelikle birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine göre daha dar kapsamlı olup koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında tedavisi yoğun bilgi ve tıbbi teknoloji gerektirmeyen hastalıklar ile ilgilenir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri kurumları ise; büyük ölçüde tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirlik düzeyi (toplumun gereksinme duyduğu anda bir hizmet kaynağına ulaşabilme kolaylığı) ikinci ve üçüncü basamaktan daha yüksektir. Ayrıca birinci basamak tedavi hizmetlerinin maliyeti, ikinci ve üçüncü basamakta verilen tedavi hizmetleri maliyetlerinden daha azdır; çünkü birinci basamak kapsamında verilen hizmetler daha az karmaşık olmaları yanında daha az yatırım ve işletme sermayesi gerektirmektedir.¹⁷

¹⁶Zafer Öztekin, "Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", **Hacettepe Tıp Dergisi**, C31, Ankara, 2000, s.73.

¹⁷Kavuncubaşı, a.g.e., s.69.

ÜÇÜNCÜ BASAMAK			
İKİNCİ BASAMAK	HİZMET KAPSAMI	ULAŞILABİLİRLİK	MALİYETLER
BİRİNCİ BASAMAK			

Şekil 1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000, s.69.

1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen sakatlanan ve çalışma gücünü kaybeden kişilere yapılan tıbbi ve sosyal yardımlar rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler hekim, diğer sağlık personeli ve sosyal çalışmacılar tarafından gerçekleştirilir.

Rehabilitasyon hizmetlerinde temel amaç, fertleri ihtiyaç içine düşmekten korumak, sakat bireylerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyumlu yaşamalarını sağlamak kısacası bireyi yeniden üretici duruma getirerek başkalarına bağımlı olmaktan kurtarmaktır. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır;¹⁸

- Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

¹⁸Osman Hayran, "Sağlık Hizmetleri", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul, Yüce Yayın,1998, s.18.

- Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de çok uzun yıllardan bu yana önem verilen sağlık hizmetlerinin gelmiş olduğu son noktayı daha iyi kavrayabilmek için tarihsel gelişimini incelemek yararlı olacaktır.

1.5.1. Selçuklular Dönemi

Bu dönemde Anadolu’da kurulan Türk devletlerinde, usta-çırak yöntemi ile hekim yetiştiren "şifaiye" adındaki tıp medreseleri ve hastaneler açılmıştır. Dönemin varlıklı aileleri tarafından yaptırılıp vakıflar tarafından idare edilen bu hastanelerde yoksulların ücretsiz olarak hizmet alması sağlanmıştır.¹⁹ Bu hastanelerden ilkinin 1108–1122 tarihleri arasında Mardin’de Artukoğullarından Eminüddin tarafından yapıldığı bilinmektedir. Ayrıca aynı dönemde Selçuklu Hükümdarı Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından, kız kardeşi Gevher Nesibe Sultanın vasiyeti üzerine 1206 tarihinde Kayseri’de bir hastane yaptırılmıştır. Yan yana inşa edilmiş biri hastane diğeri tıp okulu olan bu yapının Türk Tıp tarihinde önemli bir yeri vardır.²⁰ Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından Sivas’ta İzzettin Keykuvas Şifahanesi ve daha sonra Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum’da çeşitli hastaneler kurulmuştur.

Selçuklular döneminde sağlık ve sosyal yardım kurumları, hastaneler, şifahaneler ve hamamlar çok yaygın ve ileri düzeyde hizmet vermişlerdir. Ayrıca bu dönemde

¹⁹DPT,Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyon Raporu, Ankara, DPT Yayını, 1991, s.166

²⁰Fazıl Tekin, "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.5,S.1 Eskişehir, Haziran, 1987, s.265.

koruyucu hekimlik ön plana çıkmış, Anadolu'da 300'e yakın kaplıca tedavi amaçlı hizmet vermiştir.²¹

1.5.2. Osmanlılar Dönemi

Osmanlı İmparatorluğunda idari örgütlenmenin saray merkezli ve askeri olması nedeniyle devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Bu dönemde genel olarak, Selçuklular döneminde hastane kurulmayan merkezlere sağlık tesisleri açılmış olup özellikle merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Hekimbaşılar daha çok 15. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Halkın hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim bugünkü Sağlık Bakanı ile eşdeğerde olup bütün resmi ve özel sağlık kuruluşlarını düzenleyen ve denetleyen kişidir. Hekimbaşılarının görevleri²²;

- Hastane hekimlerini atama, yer değiştirme, yükseltme ve görevden alma,
- Hastane müteveli heyeti tarafından önerilen hekim dışı personelin atamalarını kabul ya da red etme,
- Gereken yerlerde hastane açtırma,
- Gerektiğinde hekimlerin sınavını yapma ve ehliyetsiz olanları meslek uygulamasından yasaklama,
- Hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni verme,
- Harp halinde ordu hekimbaşılığı yapma,
- Ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini satın alma ve koruma,
- Salgın hastalıklar ile savaş olarak sıralanabilir.

²¹Ayşe Yiğit Şakar, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları", **Sağlık-İş Dergisi**, İstanbul, 1999, s.38.

²²Haydar Sur, "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul, Yüce Yayın, 1998, s.221.

Hekimbaşılık kurumu 1469 yılından 1850 yılına kadar faaliyet göstermiş ve Mektebi Tıbbiye Nezaretinin kurulmasıyla son bulmuştur. Osmanlının duraklama döneminde hiç hastane yapılmamıştır. Ancak 18. yüzyılın sonlarından itibaren özellikle İstanbul'da Askeri hastanelerin yapımına başlanmıştır. Askeri hastanelerden sonra siviller için önceleri "Guraba" sonraları da "Hamidiye" adı verilen, kimsesizlerin ve yoksulların da yararlanabildiği hastaneler kurulmuştur. 1877'de çıkan bir yönetmelikle sivil hastane bulunmayan yerlerde yoksulların askeri hastanelerde muayene edilebileceği hükme bağlanmıştır. 18. yüzyılın sonlarından itibaren yabancılara ve azınlıklara hizmet sunan hastaneler de açılmaya başlanmıştır.²³

Türk sağlık sisteminde önemli aşamaların kaydedildiği 19. yüzyılda; yaşanan yenilik hareketleri ve gelişmeler doğrultusunda yeni hastanelerin açılması ile birlikte 1827'de modern tıp eğitimi başlamıştır. 1838'de Karantina İdaresi kurulmuş ve 1849'da Tıp Okulu ülkenin sağlık işlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. 1868'de kolera salgını nedeniyle Hicaz Sağlık İdaresi, 1887'de Kuduz Müessesesi ve 1892'de Bakteriyolojihane kurulmuştur.

1867 yılında İdare-i Umumiye Vilayet Nizamnamesi yayınlanmış ilk defa genel idare örgütlenmesi içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiş olup ilk Sağlık İşleri Meclisi, 1869 yılında askeri hekimlerin atanması ile kurulmuş ve sağlık işlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. 1870'de yayınlanan bir nizamname ile Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla "Sıhhiye Müfettişlikleri" ile "Memleket Tabiplikleri" kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir, ilk genel müdür Dr. Besim Ömer Paşa olup, Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Abdullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdir.

²³Şakar, a.g.e., s.38.

1.5.3. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin kuruluşundan önce, batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de parası olan özel hekim hizmetinden yararlanmış, yoksullar ise vakıflar gibi hayır kurumları sayesinde sağlık hizmetlerini elde etmişlerdir. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte başlayan hareketlenme ile geçmişte eksikliği hissedilen koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş ve buna yönelik harcamalar genel bütçeden karşılanmıştır. Tedavi hizmetlerinde de yine kamu kaynakları esas alınmış ancak yerel bütçelere ağırlık verilmesi düşünülmüştür.

1.5.3.1. 1920–1937 Dönemi:

Sağlık hizmetlerinin birinci derece devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) kurulmasıyla olmuştur. TBMM kurulduktan sonra sağlık hizmetlerini yönetme görevi 3 Mayıs 1920'de kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiş, ilk bakan olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır.²⁴ Bakanlık 1920–1938 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler yapmıştır. Günün koşulları dikkate alındığında öncelik arz eden bu düzenlemelerin hedefleri²⁵;

- Savaş sonrası problemlerin çözülmesi
- Sağlık personelinin nitelik ve nicelik bakımından desteklenmesi
- Merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir. Bu dönemde başlatılan başta sıtma, frengi, trahom olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmeler şu anki yapılanma içinde de mevcudiyetini sürdürmektedir.

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olup kısa bir süre dışında 1923 yılından 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapmıştır. İzlediği

²⁴Sur, a.y.

²⁵Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.8.

politikalar ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesine önemli katkıları olan bir insandır.

Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutarak, sınırlı kaynakların, sık görülen, çok öldüren veya sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba harcamıştır. Kamu sağlığı hizmetlerinin il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenmesini gerçekleştirmiş, ayrıca dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak başlıca sağlık sorunlarına yönelik örgütler kurmuştur (Frengi-Lepra, Trahom, Sıtma Savaş örgütleri). Tedavi edici hizmetler konusunu yerel yönetimlere bırakmış, bunlara örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer adet "Numune Hastanesi" açılmasını sağlamıştır.²⁶

1928 yılında "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık hizmet sunumu disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında ise sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'nın görevleri belirlenmiştir. Kamu sağlık sektöründe görev alan tüm sağlık personelinin atama, yükselme, ödöl, ceza gibi özlük hakları tek elde yani Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış, Bakanlık hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline getirilmiştir.

Refik Saydam o dönemde var olan tek tıp faköltesinin çekiciliğini arttırmak için öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme giderlerini karşılamış, 1923 yılında 554 olan hekim sayısının (19,860 kişiye bir hekim), 1930'da 1182'ye, 1940'ta ise 2387'ye çıkmasını sağlamıştır. O dönemde bulunabilen istatistiklere göre, 1923'teki ebe sayısı 136 (80 880 kişiye bir ebe), 1930'daki hemşire sayısı ise 202'dir (71 520 kişiye bir hemşire). Koruyucu hizmetlerde görev alacak hekim dışı sağlık insan gücünün yetersizliği ve o dönemin koşullarında kadınların sahada istihdamının zorluğu

²⁶Bekir Metin, "Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları" Ankara, 2003, (çevrimiçi) <http://www.undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM>, 10.03.2007.

nedeniyle erkek personel eğitimine ağırlık verilmiş, sağlık memurları yetiştirilmiştir.²⁷ Ayrıca bu dönemde çıkarılan diğer önemli kanunlar²⁸;

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu' dur ve çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içerisinde yerlerini hala korumaktadırlar.

1.5.3.2. 1938–1960 Dönemi:

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır.

1945 yılında İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan " Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. Gene 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu kabul edilerek modern anlamda sosyal güvenliğe ve kamu sigortacılığına geçiş başlamıştır. 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanarak Sağlık Bakanlığı'nın ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır.

²⁷Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.12.

²⁸ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.9.

Refik Saydam döneminde temelleri atılan sağlık politikalarındaki önemli değişiklikler Dr. Behçet Uz'un Sağlık Bakanlığı dönemine rastlar. Dr. Behçet Uz ilki İkinci Dünya Savaşı sonrasında olmak üzere 1946–1948 yıllarında ve ikincisi 1954–1955 yıllarında olmak üzere iki defa Sağlık Bakanlığı yapmıştır. 1946–1948 yılları arasında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler olmuş ve Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu plana göre her 40 köy için yani yaklaşık olarak her 20.000 nüfus için bir sağlık merkezi kurulması tasarlanmıştır. Bu sağlık merkezlerinde ilke olarak acil durumlar için 10 hasta yatağının, 2 hekimin ve koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi için 11 yardımcı personelin bulundurulması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan gerektiği gibi uygulanamamıştır. Öngörülen merkezlerin bir kısmı yapılmış olmasına rağmen, bunlar etkin olmayan küçük hastaneler olarak kalmıştır.²⁹

1949 yılında yapılan bir düzenleme ile kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur. Ayrıca 1949 yılında 5434 sayılı Kanun ile memurların sosyal güvenliğini sağlamak üzere T.C. Emekli Sandığı kurulmuştur. 1950'lerde devlet hastaneleri uygulamaları ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve yerel yönetimlere bırakılan tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır. 1952'de Ana-Çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuştur.

Ayrıca bu dönemde Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması ile ilgili çalışmalar yapılmış ancak uzun çalışmalar neticesinde ülke düzeyinde uygulamanın mümkün olmayacağına, bununla birlikte ücretli çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sağlama görevi yüklenmiştir.³⁰

²⁹Tekin, a.g.e., s.267.

³⁰Serin, a.g.e., s.52.

O yıllarda çıkarılan birçok kanun şu anda yürürlükte olup sağlık yapılanmalarımızın temelini oluşturmaktadır. Bu kanunlar³¹;

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu
- 1960 tarih Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu kanunların başlıcalarıdır.

1.5.3.3. 1961–1980 Dönemi:

1960'lı yıllar ülke sorunlarının planlı kalkınma modeli içinde ele alındığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde toplumumuzun, özellikle kırsal bölgelerdeki vatandaşlarımızın sağlık ihtiyacının gelişi güzel tedbirlerle çözülemeyeceğinin bilincine varılmış ve modern sağlık idaresinin ülke gerçeklerine uygun çalışmasını mümkün kılacak önlemler alınması yoluna gidilmiştir.

1961 yılında sağlık müsteşarlığı görevine atanan Dr. Nusret Fişek tarafından sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda bir rapor hazırlanmıştır. Hazırlanan bu raporda sağlık sistemimizin dayandırılacağı temel anlayışın ne olması gerektiğine, farklı sağlık sistemi uygulamalarına ve o dönemdeki sağlık mevzuatımız doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sosyalize edilmesinin gerekliliğine yer verilmiştir. Bu rapor doğrultusunda 1961 yılında 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle kanunun tüm ülkede uygulanması aşamalı olarak 15 yılda tamamlanmış ve 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu kanun çerçevesinde şekillenmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri; eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı

³¹ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.9.

hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet, nüfusa göre hizmet olup bu kanuna göre; sağlık hizmetlerinden herkes eşit bir şekilde yararlanacak, hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılarak yararlanacak, hastalar ücretini ödeme koşulu ile tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgür olacak, hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamakta serbest olacak ancak kamuda hizmet veren bir hekim özel olarak hekimlik yapamayacak, köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmeti yürütecek, kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir. Kanun uyarınca sağlık kurumlarının örgütlenmesinde sağlık hizmetleri il içerisinde bir bütün olarak öngörülmüş ve ildeki tüm sağlık kuruluşları Sağlık Müdürlüğü'ne bağlanmıştır. Ayrıca sağlık evleri ve sağlık ocaklarının görevleri belirlenerek koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe ve tıbbi sekreterin çalışma esasları ve görevleri yeniden belirlenmiştir.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve 5 yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. 1962 yılında hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuş ve 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konulmuştur. İkinci, üçüncü, dördüncü, beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarında da sosyalleştirme politikalarının gerekliliği vurgulanmıştır.

Yıllarca sözü edilecek olan GSS kavramı üzerindeki tartışmalar esas olarak bu yıllarda başlatılmıştır. İlk olarak GSS kanun taslağı 1967 yılında hazırlanmış ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında GSS kurulması öngörülmüş, 1971 yılında tasarı TBMM'ye sunulmuş ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında tekrar meclise sunulmuş olmasına rağmen görüşülememiştir.³²

³²Sağlıkta Dönüşüm, T.C.Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık, 2003, s.10.

1965 yılında "506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu" çıkmış ve İşçi Sigortaları Kurumu Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır.

Sosyal Güvenlik alanında bir önemli adım, 1971 yılında esnaf ve sanatkârlarla, tarımsal işler dışında faaliyet gösteren diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenliğe kavuşturulmaları amacıyla 2.9.1971 tarihinde 1479 sayılı Kanun ile Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunun (Bağ-Kur) kurulmasıdır. Ayrıca aynı yıl devlet memurları emeklileri ve yakınlarının sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının Emekli Sandığı tarafından karşılanmasına karar verilmiştir.

Sağlık sektöründe çalışan insan gücünün topluma daha yararlı olması amacıyla kamu kuruluşları sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında görevli personelin tam gün çalışmasını öngören 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları" Kanunu 29.6.1978 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev yapması için özendirici imkânlar sağlanmıştır. Ancak bu kanun 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır.

1.5.3.4. 1980'den Bugüne:

Seksenli yıllarda 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi için çalışmalar yapılmıştır. 1982 anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 anayasasına paralel olarak düzenlenmiştir.

Genel olarak 1980 yılından günümüze kadar sağlık hizmetlerini etkileyen olayları tarihsel bir süreç içerisinde özetleyecek olursak;

- 1982 yılında "Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun" ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.
- 1983 yılında aile hekimliği uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır.

- 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle Bağ-Kur kapsamına girenlere sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.
- 1986 yılında Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırılmıştır.
- 1987'de "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun"unu çıkartılmıştır. Bu kanun sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belgedir.
- 1989 tarihinde Türkiye'de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmek amacıyla DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) aracılığı ile "Türkiye Master Planı" hazırlanmıştır.
- 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganlarıyla sağlık reformlarına başlanmıştır.
- 1990 yılında çıkarılan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlığa daha fazla yer verilmiş ve temel ilke olarak; sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak belirlenmiştir.³³
- 1991 yılında İkraz Anlaşması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları yapılmış ve faaliyete geçirilerek 1992 yılında "1. Ulusal Sağlık Kongresi" gerçekleştirilmiştir.
- 3.7.1992 tarihinde GSS hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi

³³Serin, a.g.e., s.46-47.

Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir.³⁴

- 1993 yılında hükümet tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.
- 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda İkinci Sağlık Projesi yürürlüğe konarak Türkiye genelinde kalkınması öncelikli illerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik 25 yataklı hastane ve sağlık ocağı ile sağlık evi yapımına başlanmıştır.
- 1996 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Sağlık Reformları Projesi"ne yer verilmiştir. Sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ye sunulmuş, yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Ayrıca "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır.³⁵
- 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıştır.
- 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde artan hasta potansiyelini karşılamak amacıyla "Vardiyalı Çalışma Sistemi"ne geçilmiştir. Ayrıca üniversite hastanelerinde uygulandığı üzere "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmeti Verilmesine Dair Yönerge" yürürlüğe konmuştur.

³⁴Yusuf Alper, **Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**, İstanbul, Alfa Yayımcılık, 1999, s.45.

³⁵Serin,a.g.e., s.49.

- 2003 yılında 58. Hükümet Acil Eylem Planında öngörülen "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SSK başkanlığı arasında "Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü" imzalanmış devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri birleştirilerek ortak kullanıma açılmıştır. Aynı yıl "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Sevkiye İlişkin Usul ve Esasları Protokolü" yürürlüğe konarak devlet memurları ve emeklilerinin özel hastanelerden yararlanması sağlanmıştır. "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayınlanarak hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" ve "Hasta Hakları Kurulu" oluşturulmuştur.
- 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'na ait tüm hastanelerde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geçilmiştir.
- 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun" yayınlanarak ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce'de başlatılmıştır.
- 2005 yılında "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair 5283 sayılı Kanun" yürürlüğe girmiş ve Türkiye genelinde hizmet sunan kamuya ait toplam 660 sağlık tesisi ile 55 bini aşkın personel Sağlık Bakanlığı'na devredilerek sağlık hizmeti sunumunun kamu adına tek çatı altında toplanmasına yönelik önemli bir gelişme sağlanmıştır.³⁶ Aynı yıl SSK mensuplarının tedavileri kapsamında serbest eczanelerden ilaç alımlarına başlanmıştır.
- 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete'de "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" yayınlanmıştır.

³⁶Recep Akdağ, **Sağlık Bakanlığı 2006 Bütçesi ve Hedefleri**, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık 2005, s.41.

2. SAĞLIK HİZMETİ SİSTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin karşılanması için modern toplumlarda farklı sistemler geliştirilmiştir. Bu bölümde öncelikle sağlık hizmeti sisteminin tanımı, önemi ve sınıflandırılması üzerinde durulacak, farklı ülkelerde uygulanan sağlık hizmeti sistemlerine değinilecektir.

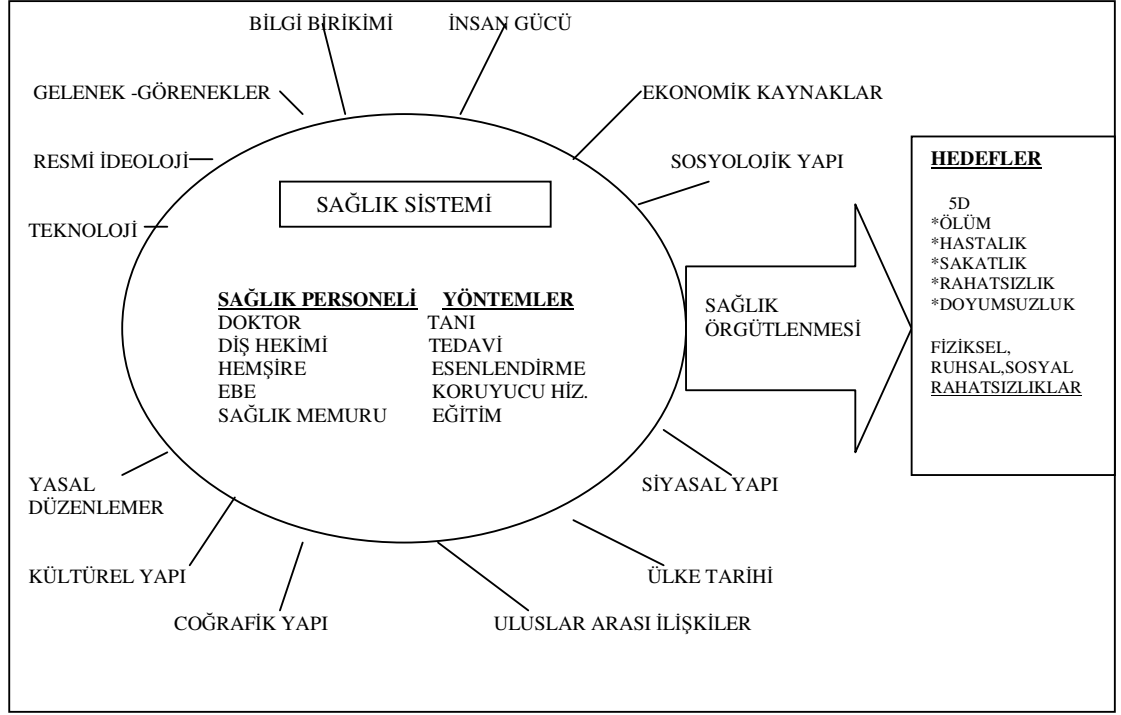
2.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Tanımı

Sağlık hizmeti sistemini genel olarak; belirli bir ülkede ya da bölgede sağlık hizmetlerinin geçerli sistematik sunulma modeli olarak tanımlayabiliriz. Başka bir deyişle sağlık hizmeti sistemi; bir toplumun genel kaynaklarını toplumun sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan özel hizmetlere dönüştüren mekanizmadır.

Sistemin hedefleri 5D ile tanımlanmış olup bunlar, ölüm (death), hastalık (disease), sakatlık (disability), rahatsızlık (discomfort) ve tatminsizlik (dissatisfaction)'dir. Sağlık hizmeti sistemi bir bakıma genelleştirilmiş girdileri, kaynakları ve yardımları emen ve onları 5 D'yi düzeltme amacıyla dışarı çıkartan sosyal bir mekanizmadır.³⁷

Sağlık hizmeti sistemleri, sağlık hizmeti kaynaklarının türünü, düzeyini ve mülkiyet biçimini, tıbbi uygulama ve sevk modellerini olduğu kadar ödeme modellerini de kapsamakta olup; her ülkede birbirinden farklı sağlık hizmeti sistemi bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sistemini etkileyen faktörler ve hedefleri şekil 2 de verilmiştir.

³⁷ Bülent Kılıç, Çiğdem Bumin, "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, c:8, n:53, Ankara, 1993, s.42.



Şekil 2: Sağlık Sistemi ve Sağlık

Kaynak: B.Kılıç, Ç.Bumin, "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Sayı 53, Şubat 1993, s.42.

2.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Amaçları

Sağlık hizmeti sisteminin amaçlarını ve sistemi zorunlu kılan nedenleri sıralayacak olursak;³⁸

- Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması,
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılması,
- Hastalığın asgari düzeye indirilmesi, yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi,
- Direncin arttırılarak sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması,
- Çevre ile ilişkilerde yüksek tatmine ulaşılabilmesi,

³⁸Hüseyin Çelik, **Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri**, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006, s.9.

- Kaynakları sınırlı olan bir kesimin sağlıkla ilgili konularda katılımının sağlanması ve artırılmasıdır.

2.3. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili çalışmalar yıllardır sürmektedir. Buna rağmen henüz tüm sistemleri içine alabilecek bir sınıflama yapılamamıştır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri göz önüne alınarak yapılan çalışmalardan kurumsal yaklaşımlara kadar birçok yaklaşım mevcuttur. Örneğin Kılıç ve Bumin'in sağlık hizmetleri sınıflandırması şöyledir;

- Tip-1: Özel sigorta ağırlıklı,
- Tip-2: Sosyal sigorta ağırlıklı,
- Tip-3: Ulusal sağlık sistemi,
- Tip-4: Sosyalist sağlık sistemi,
- Tip-5: Karmaşık yapıda sağlık sistemi,
- Tip-6: İlkel yapıda sağlık sistemi.

Dünya bankası ise; sağlık sistemlerini örgütlenme ve finansmana göre ve kişi başına düşen ulusal gelire göre olmak üzere ikiye ayırmaktadır.³⁹

Farklı sınıflandırmaların varlığında sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında en yaygın olarak kabul edilen yaklaşımlardan biri Milton Terris tarafından yapılmıştır. Terris; sağlık sistemlerini kamuya dayalı sistem, sigortaya dayalı sistem ve ulusal sağlık sistemi olmak üzere 3 gruba ayırmaktadır.⁴⁰

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri sektörünün; hizmetin sunumu ve finansmanı olmak üzere iki ana alandan oluştuğu görülür. Dolayısıyla sağlık bakım sistemi hakkında sınıflandırma ve yorum yapılacakken göz önünde tutulması gereken

³⁹Orhun Kalkan, "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması", Mart 2003, (çevrimiçi) <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp>, 15.04.2007.

⁴⁰A.e

en önemli noktalardan biri hizmetin nasıl sunulduğu diğeri ise; sektörün nasıl finanse edildiğidir. Etkili bir sağlık hizmetinin sunumu sağlam finansman kaynaklarıyla mümkün olacaktır. Bu durumda finansman; bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, arttırma ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmalarıdır. Bu mekanizmalar kamu veya özel kaynaklı olabilir.⁴¹

2.3.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Hizmet Sunumuna Göre Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak bilinen ve uygulanan iki yöntem bulunmaktadır. Bunlar hizmetin devlet tarafından sunumu ve hizmetin özel sektör tarafından sunumudur. Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içerisinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı bir konumdadır.⁴²

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu iki yöntem ve bunlar dışında uygulanan diğer yöntemleri şöyle sıralayabiliriz⁴³;

- Sağlık Hizmetlerinin Doğrudan Piyasa Üretici Birimlerince (Özel Sağlık Kurumları ve Özel Hastaneler Tarafından) Sunumu: Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı güden özel teşebbüsler tarafından sunulmaktadır. Sunulan hizmet karşılığında bir bedel alınır, bu bedeli ödemeyenler hizmetten yararlanamaz. Bu bedel sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta aracılığı ile olabilir.

⁴¹Türkan Yalçın, Hüseyin Yıldırım, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayı, No:40, Ankara, 2001, s.2.

⁴²Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Ed.Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, 2007, s.1.

⁴³ A.e

- Sağlık Hizmetinin Doğrudan Devlet Tarafından Vergilerle Finanse Edilerek Sunumu (Beveridge Modeli) : Sağlık hizmetleri bizzat devlet (merkezi yönetim ya da yerel yönetimlere bağlı sağlık ocakları, poliklinikler ve hastaneler) tarafından sunulur. Hizmetin finansmanı tamamen vergilerle karşılanır.
- Sağlık Hizmetinin Merkezi Devlet Tarafından Bir Fiyat Karşılığında Sunulması Yöntemi: Bu yöntemde sağlık hizmetleri merkezi yönetim içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sunulmakta olup hizmetten yararlananlar hizmetin bedelini kendileri öderler.
- Sağlık Hizmetinin Merkezi İdare Tarafından Verilen Yetki Çerçevesinde Yerel Yönetimler Tarafından Sunulması: Bu yöntemde merkezi idare bazı mal ve hizmetlerin sunumunu yerel yönetimlere bırakmaktadır. Yerel yönetimler, sağlık hizmetlerinin finansmanını ya merkezi idareden yapılan yardımlarla ya da yerel hizmetlerden yararlanan kimselerden alınan harçlarla ve konulan vergilerle finanse etmektedir.
- İhale Yöntemi İle Sunum: Bu yöntemde devlet sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile anlaşma yapmaktadır. Devlet özel firmaya sağlık hizmetlerinin tüketiciye sunulması karşılığında bir para ödemektedir.
- İmtiyaz Yöntemi İle Sunum: Mal ve hizmetlerin sunumunun monopol hakkı bir tek firmaya bırakılmaktadır. Devlet imtiyaz hakkı verdiği şirket üzerinde düzenleyici yetkileri muhafaza eder.
- Sübvansiyon Yöntemi İle Sunum: Devlet sağlık hizmetini bizzat kendisi sunmak yerine özel sektöre sübvansiyon vererek mal ve hizmetin özel firmalar tarafından sunulmasını sağlamaktadır.

- Kupon Yöntemi İle Sunum: Bu yöntemde devlet sağlık hizmet tüketicilerini desteklemektedir. Örneğin devlet gelir düzeyi düşük olan kimselere parasız devlet hastanelerinde sağlık hizmeti sunmak yerine hizmetten yararlanmasını amaçladığı kimselere bir kupon vererek bu kimselerin hizmeti özel kesimden karşılayabilmelerini sağlayabilir. Bu kupon sahipleri devletin belirlediği çerçevede hizmet alacakları hastaneyi ya da hekimi seçmekte özgürdür.⁴⁴
- Sağlık Hizmetlerinin Kar Amacı Gütmeyen Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunumu: Sağlık hizmeti kar amacı gütmeyen bazı özel ve kamusal kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Vakıflar, dini organizasyonlar, azınlık grupları ve hayırsever kuruluşların bu konudaki faaliyetleri örnek verilebilir.
- Yönetim Devri Yöntemi: Bu yöntemde sağlık sektörü içinde yer alan hastanelerin ve işletmelerin yönetimi mülkiyet devlette kalmak koşulu ile bir sözleşme ile özel kesime devredilebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin belirli bir bölümünün (ambulans hizmetleri, yemekhane, çamaşırhane, bulaşikhane ve temizlik hizmetleri gibi) özel kesime devri de mümkün olabilir.
- Kiralama Yöntemi: Bu yöntemde devlet sağlık sektöründe sahip olduğu işletmelerin mali yapılarını iyileştirmek için belirli bir süre dâhilinde özel sektöre kiraya vermektedir. Yaygın olarak kullanılan bir yöntem değildir.
- Ortak Girişim Yöntemi: Kısaca kamu ve özel kesimin sermaye ve yönetim ortaklığını ifade etmektedir.
- Yap-İşlet-Sahip Ol veya Yap-İşlet-Devret Yöntemi: Devlet bir kısım sağlık hizmetlerini bir sözleşme ile özel kesime devretmektedir. Özel kesim veya yabancı yatırımcı devlet desteği ile sağlık hizmetlerini sağlayacak-üretecek bir işletmeyi kurmakta, belirli bir süre işletmekte ve daha sonrada sahip olmakta veya devlete bırakmaktadır.

⁴⁴Çoşkun Can Aktan, "Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması", (Yayınlanmamış Rapor), Ankara, Nisan, 2004.

2.3.2. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Finansman Yöntemine Göre Sınıflandırılması

Sağlığın kendine has özelliklerinden, özellikle kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması, sağlık problemi ve ihtiyacı ile karşılaşıldığında çok yüklü miktarlarda giderleri gerektirmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir.⁴⁵ Sağlık hizmetlerinin finansmanında benimsenen model ne olursa olsun mutlaka aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerekir⁴⁶;

- Hakkaniyet, ulaşılması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görülmelidir.
- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetleri düşük olmalıdır.
- Kaynak akışında devamlılık sağlanmalıdır.
- İnsanlarca kabul edilmeli ve memnuniyet sağlanmalıdır.
- Öncelikli olmayan konuları finanse etmemelidir.
- Hizmet sunucular arasında rekabeti teşvik etmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve bu hizmetlerin maliyetlerinin sürekli denetlenmesine olanak vermelidir.
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmelidir.
- Hizmeti finanse eden tarafı, hizmet verenlerle pazarlık sırasında güçlü konumda tutmalıdır.
- Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna veya hizmeti kullanıcıların gereksiz hizmet talebine yol açmamalıdır.
- Paranın hastayı takip etmesini sağlamalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında "doğrudan finansman yöntemi" ve "dolaylı finansman yöntemi" olarak adlandırılabilen iki yöntem söz konusudur.

⁴⁵Hasan Hüseyin Yıldırım, "Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı:Eleştirel Bir Sorgulama", (çevrimiçi) <http://www.absaglik.com>, 29.12.2004.

⁴⁶Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul, Yüce Yayın, 1998, s.93.

2.3.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi arzı gerçekleştiren kamu, özel, kurum, aracı ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar bedel ödeyerek kurum ya da kişilerden talep ettikleri hizmeti satın almaktadırlar. Doğrudan finansman mekanizmasının işleyişine bakıldığında kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi, harcamanın yüksek ya da düşük olup olmayacağını belirlemektedir.⁴⁷

Günümüzde sağlık hizmetleri alanında; ileri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli vb. yüksek maliyetli işlemlerin doğrudan bireyler tarafından finanse edilmesi güçtür. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla karşılanabileceğinden dolayı genel veya özel sigortalar yapılabilir. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. Bugün dünyada ortalama olarak her ülkede ancak gelir düzeyi çok iyi olan insanlar sağlık hizmetlerini kendileri finanse etme yolunu seçmektedirler. Ancak günümüzde bu alanda gözlenen durum gelecek dönemlerde doğrudan finansman yönteminin öneminin azalacağı buna karşın üçüncü grup ödeyicilerin dolayısıyla dolaylı finansman yönteminin ağırlık kazanacağı şeklindedir.⁴⁸

2.3.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında bir aracı yer almaktadır. Bu yöntemde sağlık hizmet sunumu yapan

⁴⁷Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Ed.Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı Yayınları, 2007, s.2.

⁴⁸Thomas Getzen, "Health Economics: Fundamentals and Flows of Funds", New York, Temple University Press And John Willey And Sons Inc., 1997, s.7.

kurumlarla talep eden bireyler arasında para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal aracılardan yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık durumunun oluşturacağı maliyet sadece tüketiciye yüklenilmemekte, aracı olan mali kuruma katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup üretici ve tüketiciler, aracılar (devlet ya da özel) arasında çoklu bir ilişki söz konusudur.

Dolaylı finansman yöntemine genel olarak bakıldığında sağlık sistemi; Genel Vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi, satış vergisi), Özel Vergilerle (çeşitli mallardan alınan vergiler, çeşitli üretim girdilerinden alınan vergiler), Primler ve Tüketici Katkıları, Bağışlarla finanse edilebilir. Bu yöntem üçlü bir şekilde sistematik olarak ele alınırsa ortaya çıkan yapı şöyle sınıflanmaktadır⁴⁹;

- Çalışanların Finansmana Katılması: Sağlık hizmetleri sunulurken çalışan bireyler veya gruplar bu hizmetin önemli bir tüketicisi durumundadır. Dolaylı finansman yöntemi çalışanların bu amaçla kurulmuş olan finansal ve mali araçlara sigortalı olarak ödemiş oldukları sigorta primlerine dayanmaktadır. Çalışanların söz konusu aracı mali kurumlara üye olmadıkları takdirde talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekir. Çalışanlar bu sistemde belirli bir dönemde almış oldukları ücretin belli bir bölümünü prim diye adlandırılan bir kesinti halinde ödemektedirler. Böylece bir fonda toplanan paralarla ortaya çıkan sağlık harcamaları finanse edilmektedir.
- İşverenlerin Finansmana Katılması: Sağlık hizmetlerinin finansmanında yaygın bir uygulamada işverenlerin finansmana katılmasıdır. Bu sistemde işverenler işçinin ödediği prime ek olarak bir prim ödeyebilirler. Uygulamada işverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması oranı ve biçimi ülkelere göre farklılık göstermektedir.

⁴⁹ Aktan, Işık, a.y., s.4

- Devletin Finansmana Katılması: Devletin finansmana katılması aynı zamanda vergilerle finansman olarak adlandırılmaktadır. Bunun nedeni devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun sonuçta genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır.

2.4. Seçilmiş Örnek Ülkelerde Sağlık Sistemi Uygulamaları

Sağlık sistemleri ülkeden ülkeye farklı uygulamalar göstermektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri arasında karşılaştırma yaparken⁵⁰,

1. Kişi başına düşen ulusal gelire değil bu gelirin dağılımına bakılmalıdır.
2. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı değerlendirilmelidir.
3. Bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam beklentisi gibi değişkenlere bakılmalıdır.
4. Değişkenlerle ilgili beklenen değerlerle gözlenen değerler arasındaki sapmanın dikkate alınması gerekir.
5. Karşılaştırılan ülkelerin doğal zenginlikleri, nüfusu ve coğrafyası benzerlik göstermelidir.

2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) her alanda olduğu gibi sağlık alanında da öncülüğü ele geçirmiştir. Dünyada sağlık hizmetleri alanında yapılan araştırmalara yüksek oranlarda kaynak aktarımı yapıldığı ve bu anlamda birçok bilimsel yayının yapıldığı yadsınamaz bir gerçektir.⁵¹

ABD’ de kamu sağlık sigortaları toplumun çok küçük bir kısmını oluştururken sağlık sistemi büyük ölçüde özel sigortalar tarafından yürütülmektedir ve gönüllülük esas alınmaktadır. Sağlık bakımı sosyal bir hak olmaktan ziyade iyilik

⁵⁰Orhun Kalkan, "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması", Mart 2003, (çevrimiçi) <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp>, 15.04.2007.

⁵¹Haydar Sur, **Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim**, İstanbul, Avrasya Global Yayınları, 2006, s.11.

göstergesi olarak görünmektedir.⁵² ABD sağlık sisteminin sahip olduğu en karakteristik özelliği hizmet alanlara birçok seçeneği sunabilmesi, hastalara özel sigortadan özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçme özgürlüğünü tanıyabilmesidir. Sistem çoğunlukla özel nitelikte yapılanmalarla yürütüldüğünden hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilir ancak gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmak için yetersiz olanlara yönelik "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir.⁵³

ABD, zengin topraklara sahip büyük bir ülke olması, hızla gelişen bir sanayiye sahip olması, yeni iş alanlarının açılması ve ekonominin rayında gitmesi gibi sebeplerden dolayı 19. yüzyılın başlarında Almanya, Fransa, İngiltere ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinin benimsediği hükümetlerle sağlanan fonlarla kamu kuruluşlarının yönetiminde sosyal yardım programları uygulamalarının dışında kalmıştır. Bu nedenle ABD'de kamu yardım sistemleri Batı Avrupa ülkelerine göre daha geç gelişmiş ve uygulanmıştır.

ABD sağlık sisteminde düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışında birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler tarafından ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci basamak olarak adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında başvurdukları özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır. Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına almaktadır. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebileceği gibi kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimlerle sınırlıdır.⁵⁴

⁵²Elizabeth Bass, "Health Insurance Covarage in America: Are Immigrants Different?", Doctor Thesis, University of Illinois At Chicago, Chicago, 2003, s.4.

⁵³Serin, a.g.e., s.127.

⁵⁴A.e

Amerikan modelinin en belirgin iki sonucu, son derece yüksek maliyetli olması ancak buna karşın ülkenin sağlık göstergelerinin son derece iyi olmaktan uzak olması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamaları pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere yönelmekte, karlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmakta, ikinci plana itilmekte, birinci basamak hizmetler kamu tarafından da iyi örgütlenemediği için bu pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ulaşımı sınırlı kesimler birinci basamak hizmetlerden de yoksun kalmaktadır.⁵⁵ Son zamanlarda Amerika’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmaları hükümet reformlarından ziyade pazarın baskısı neticesinde artmıştır ve sağlık bakım organizasyonları bu gelişmeleri desteklemek için çeşitli düzenlemeler yapmaktadırlar.⁵⁶ ABD’de sağlık bakım sistemi kabul edilebilir değildir ve yapısal reformlara ihtiyacı vardır. Sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle gerçekleştirilen yeni düzenlemelere bağlı olarak kar amacı gütmeklerini iddia eden yapılanmalar ortaya çıkmıştır.⁵⁷ Sağlık bakım organizasyonları olarak nitelendirilen bu yapılanmaların birçok türü olmasına rağmen günümüzde yaygın olan üç türü mevcuttur. Bunlar⁵⁸;

- Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organization – HMO) : En önemli özelliği bireysel sağlık sigortalarında kullanılan hizmet başına ödeme yerine çoğunlukla kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. HMO’lar diğer sistemlere alternatif bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımda koruyucu hekimliğe büyük önem verilmekte ve sigortalıların hasta olmamaları için her türlü koruyucu önlem alınmaktadır. HMO’larda sigorta değil üyelik satın alınmakta, üyelere belli bir yıllık prim karşılığında kendisi ve ailesi için ihtiyacı olduğu ölçüde tıbbi bakım sağlanmaktadır. ABD’de nüfusun yaklaşık

⁵⁵ Aziz Üstünel; "Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması" **Hastane Yöneticiliği**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Savaş Ciltevi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1997, s:56.

⁵⁶ Andrew B Bindman, Azeem Majeed, "Organisation of Primary Care in The United States", BMJ Journal Volume 326, (çevrimiçi) <http://www.gpscholar.uthscsa.edu>, 23 March 2003, s.633.

⁵⁷ John P. Geyman, "Family Medicine and Health Care Reform", Journal of American Family Physician, Washington, September 1,2005, s.10.

⁵⁸ Serin, a.g.e., s:128

%15'i HMO'ların kapsamındadır. En yaygın olarak uygulandığı eyalet California'dır.

- Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provide Organization – PPO) : PPO'lar 1980'li yıllardan itibaren çoğalmaya başlamışlardır. HMO'larla rekabet halinde çalışan bu kuruluşların en önemli farkı kendisine kayıtlı hastaları hekim seçiminde biraz daha özgür bırakmalarındır. Hasta tercihli hekimlere giderlerse hiç ücret ödemezler, muayenelerin ücreti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Hasta PPO dışında bir hekime giderse ücretin %10-20'sini karşılamak zorundadır.⁵⁹
- Halk Sağlığı Uygulamaları: ABD'de halk sağlığı uygulamaları Ulusal, Eyalet ve Yerel olmak üzere üç ayrı düzeyde gerçekleştirilmektedir. Ulusal düzeydeki uygulamalar; federal hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen özel politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içermektedir. Sağlık Bakanlığı aracılığı ile ABD başkanına ve kabineye bağlı çalışmaktadırlar. Amaçları eyaletler arasında sağlık bakımından eşitliği sağlamaktır. Eyalet düzeyindeki uygulamalar, eyaletlerin sağlık idareleri bütçelerini, sağlık planlarını ve işgücü planlamalarını kendileri yapmakta ve eyalet valisine bağlı olarak eyalet düzeyindeki halk sağlığı uygulamalarını yürütmektedirler. Yerel düzeydeki uygulamalarda ise; tedavi edici hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri ve destek hizmetleri gibi konularda hizmet vermektedirler.

ABD'de sağlık hizmeti finansmanını sağlayan 4 temel grup vardır. Bunlar⁶⁰;

- Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri
- Blue Cross ve Blue Shield (Maviler)
- Bağımsız Sigorta Planları
- Kamu Sigortaları (Medicare/ Medicaid)

⁵⁹A.e., s:129.

⁶⁰A.e., s:130.

Finansmanı sağlayan bu sigorta şirketleri toplumun yaklaşık %86'sını kapsayabilmekte geri kalan %14'lük kesimin hiçbir sigortası bulunmamaktadır. Bunların büyük çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzerinde olup anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan gençler oluşturmaktadır.

Kar amaçlı özel sigorta şirketleri; özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturlar, ABD'de ki en yaygın şirketler Prudential ve Cigna sigorta şirketleridir.

Blue Cross – Blue Shield (Maviler), kar amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve diğer özel sigorta şirketlerinden farkları birbirleriyle rekabet etmeden çalışmalarıdır. Her ikisi de 1930'lu yıllarda hastane sahipleri ve hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield hekim masraflarını sigorta etmektedir. Bu şirketlerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yaparak daha ucuza mal etmeleridir.

Bağımsız sigorta planları; HMO ve PPO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Bu sigortalar da kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır.

Kamu sigortaları ise; yaklaşık 1965 yılından sonra Medicare (Tıbbi Bakım Sigortası) ve Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası) ile başlamıştır. Bunların yönetimi Sağlık ve İnsan Bakanlığı denetimindeki Sağlık Bakım Finans İdarelerince yapılmaktadır. ABD'de 65 yaş ve üzerindeki herkes gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare kapsamına alınır.⁶¹ Medicare A ve B olmak üzere iki ayrı ödeme planı içerir. Medicare A hastane masraflarını karşılar, Medicare B hekim ve hemşirelik bakımlarını, ayakta tedavi ve laboratuvar giderlerini karşılar. Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamındadır. Medicaid yaklaşık toplumun %10'unu kapsar. Finansmanı

⁶¹Bass, a.g.e., s.4.

federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle karşılanır ve her eyalette geçerlidir.⁶²

2.4.2. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden bir tanesi olup sağlık sistemi geçmişi "hastalık fonları" adı verilen kooperatif organizasyonlarına dayanır. Sağlık sisteminin işleyişi devletin federal yapısıyla yakından ilgilidir. Sistem çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Devlet bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul eder.⁶³ Almanya'da sağlık hizmetleri kavramı toplumun sağlığını koruyan, geliştiren ve yeniden üreten tüm kişi ve kuruluşları kapsar. Resmi ve resmi olmayan birçok kurum bu hizmetlerin sunumunda yer alır. Resmi nitelik taşıyanlar özel görevler üstlenmiş belediyeler, federal ve eyalet düzeyinde tüzel kurumlardır.

Almanya'da sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı yanında Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yürütülmektedir. Federal Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığı'na sağlığın desteklenmesi ve korunması konusunda danışmanlık hizmetleri vermektedir. Eyalet Sağlık Bakanlıkları ise; eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Yasal yükümlülük eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüş olup federal devlet yetkisini kullanma gereği duymadıkça yetki eyaletlerindir. Federal Devlet sağlık hizmetlerinin pek çok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır.⁶⁴

Almanya'da sağlık sigortasına yönelik işlemleri Sağlık ve Analık Sigortası yürütmektedir. Bu kurum Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsünün

⁶² Serin, a.g.e., s:132.

⁶³ Oya Özdemir, Esin Ocaktan, Recep Akdur, "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4, Ankara, 2003, s.212.

⁶⁴ Serin, a.g.e., s.136.

denetimindedir. Sağlık sigortaları 6'sı zorunlu olmak üzere toplam 8 değişik sigorta kolunca yürütülmektedir ki bunlar; bölge sağlık sigortaları, işyeri sağlık sigortaları, lonca sağlık sigortaları, çiftçi sağlık sigortası, deniz sağlık sigortası, Alman madenciler birliği sigortası, işçi yedek sigortaları, memur yedek sigortalarıdır. Bu sigortalara bağlı toplam 1100 civarında özerk sağlık sigorta kuruluşu faaliyet göstermektedir. Ülkede kural olarak her sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslar arası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir.⁶⁵

Almanya sosyal sigortaları kuran ilk ülkedir. Alman sigorta sistemi zorunluluk esasına dayanan sosyal sigorta modelidir. Bu model büyük ölçüde özel sigorta tekniğinin uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Nüfusun %90'nı zorunlu sosyal sigorta kapsamındadır.⁶⁶ Almanya'da çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadırlar. Bildirim yükümlülüğü işverene bırakılmıştır. Bildirim işleminden sonra sigortalıya bundan sonraki bütün sigorta işlemlerinde kullanacağı bir sicil numarası verilmektedir. Ülkede belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde eden herkes sağlık sigortasına üye olmak zorundadır.⁶⁷ Üst sınır olarak belirlenmiş gelir düzeyinden fazla kazananlar zorunlu sigortalılık kapsamı dışında tutulmuşlardır. Ancak yine de isterlerse gönüllü sigortalı olmalarına bir engel yoktur. Ayrıca emekli olmadan önce herhangi bir sağlık sigortasına kayıtlı olanlar, emekli olduklarında da aynı sigorta kurumundan emekli sigortalı olarak zorunlu sigortalılıklarını sürdürebilmektedirler.⁶⁸

Alman sağlık sisteminin kökenleri ulusal sağlık sigortasının zorunlu hale geldiği 1883 yıllarında dayanmaktadır. Sağlık sistemi federalizme göre karakterize edilmiş merkeziyetçi bir yapıda olup sivil toplum örgütleri sistemde ana aktörlerdir. Doktor

⁶⁵ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, A.T Sosyal Güvenlik Kılavuzu, Ankara, Ocak 2000, s.132.

⁶⁶ Ulf Fink, "Alman Hastalık Sigortasının Reformu", **Türkiye ve Almanya'da Sosyal Güvenlik Sistemleri Reformu**, Ankara, 18-19 Aralık 1997, s.105.

⁶⁷ The Health Insurance System of Germany, (çevrimiçi) <http://www.ess-europe.de/en/germany.htm>, 12.07.2007.

⁶⁸ M.Sarper Erdoğan, Ahmet Saltık "Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.11, S.74, Ankara, TTB Yayınları, Temmuz-Ağustos 1996, s.19.

ve diş hekimi birlikleri sağlık hizmet sunucuları tarafında, hastalık fonları ise finansör tarafında yer almaktadır. Hastaneler özel hukuka bağlı kuruluşlarca temsil edilmektedir.⁶⁹ Alman toplumunun hemen hemen tamamı birbiri ile rekabet etmeyen özel gruplara hedeflenmiş yasal statüsü olan hastalık fonları ile özel sigortalara tabidir. Mevcut 1200 hastalık fonu toplumun yaklaşık % 88'ini kapsamaktadır. Bunlar işçi veya işverenden bordro kanalıyla yapılan kesintilerle finanse edilmektedir. Hastalık fonuna tabi olan bireylerin %9'u ayrıca özel sigorta kapsamındadır. Hastalık fonuna tabi olmaksızın sadece özel sigortadan yararlananların oranı ise %10'dur. Tüm sağlık harcamalarının %73'ü hastalık fonlarınca, %11'i ise doğrudan yapılan cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Alman hastalık fonları ilk iki hafta alınan bir katkı payı dışında tüm hastane masraflarını karşılamaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin %100'ü hastalık fonlarınca karşılanmakta, reçetelenen ilaçlar için 2\$ katkı payı alınmaktadır.⁷⁰

Ülkede daha önceleri donanımlı merkezi sağlık kuruluşları tarafından yürütölen birinci basamak sağlık hizmetleri ve birtakım koruyucu sağlık hizmetleri, günümüzde yerel sağlık örgütlerinde pratisyen hekimler tarafından yürütölmektedir. Pratisyen hekimler kendi muayenahanelerinde ya da polikliniklerde hizmet vermektedirler. Uzman müdahalesi gerektiren durumlarda hastaları bir uzmana ya da hastaneye sevk etmektedirler. Nüfusun %90'nından fazlası sigortalı olduğu için hekimler sigorta ile anlaşmayı tercih etmektedirler. Anlaşmalı hekimler bireysel olarak çalışabileceği gibi grup pratiği adı verilen gruplar halinde de çalışabilmektedirler.⁷¹

Almanya'da her hastanın bir sigorta kartı bulunmakta hasta bu kartı verdiği hekime üç ay süreyle bağlı kalmaktadır. Hasta geçerli bir sebebi olmadıkça hekimini değiştirememekte, kural olarak bu hekimine 24 saat ulaşabilmektedir.

⁶⁹Susanne Grosse, Joseph Figueras, "Snapshots of Health Systems", Copenhagen., WHO, 2004, s.25

⁷⁰Üstünel, a.y., s:56.

⁷¹M.Sarper Erdoğan, Galip Ekuklu, "Almanya'da Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64–65, Ankara, TTB Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, s.66.

Ülkede ayakta tedavi gören hasta hizmetleri ve hastanede bakım hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Hastaneler ayakta tedavi hizmeti vermemektedirler. Hastane tedavisi pratisyen hekimin ya da uzman bir doktorun sevk ile mümkündür. Özellikle 2004 sağlık reformundan sonra pratisyen hekimlere "Gate Keeper – Kapı Tutucu" görevi verilerek sevk zincirinin kontrolünü üstlenmeleri sağlanmıştır.

Sağlık sigortası uygulamalarında sigortalının yararlandığı hizmetler; bazı hastalıkların önlem ve erken teşhisi, diş sağlığı ile ilgili önlemler, hastane hizmetleri, sürekli bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve ev işleri yardımı, rehabilitasyon hizmetleri ve laboratuvar hizmetleridir. Sağlık sigortası uygulamaları bu sağlık hizmetleri yanı sıra parasal yardımları da kapsamaktadır. Kural olarak işveren, hastalık nedeniyle çalışamaz duruma gelen sigortalıya ilk 6 hafta içinde ücretini tam olarak ödemeye devam etmekte ve 6 hafta sonra işverenden ücret almayan sigortalı için sağlık sigortası devreye girmektedir. Sigorta hastaya brüt ücretinin %70'ine denk bir ücret ödemektedir. Aynı hastalık için alınan hastalık parası 3 yıl için 78 haftayı geçmemektedir.⁷²

Alman sağlık sisteminde sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve belli durumlarda devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar aylık kazançlarının %6,9'u oranında prim ödemektedirler. Emeklilerde gelirlerinin %6,9'u oranında finansmana katılmaktadırlar. Devlet ise emekli çiftçilerin ve öğrencilerin sağlık hizmetlerini desteklemektedir.⁷³

2.4.3. Fransa Sağlık Sistemi

Fransız sağlık sistemi, nüfusun sağlık statüsünün yüksek olması, hasta ve hekimlerin tercihlerinde özgür olmaları, sağlık hizmetlerine kolay erişim, bekleme listelerinin olmaması ve sağlık sigortasının nüfusun tamamını kapsamaması gibi unsurlardan dolayı

⁷²Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, A.T Sosyal Güvenlik Kılavuzu, Ankara, Ocak 2000, s.132.

⁷³US Social Security Administration, Social Security Programs, Throughout The World-1999,USA:1999, s.141.

2000 yılında WHO tarafından dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak nitelendirilmiştir.⁷⁴

Fransa'da sağlık sigortaları Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın denetiminde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ulusal sağlık sigortasının altında görevi bir alt basamaktaki yerel sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamak olan Bölge Sağlık Sigortaları bulunmaktadır. Birinci basamaktaki sağlık sigortası olan yerel sağlık sigortaları sigortalıların kayıt işlemlerini, nakit para yardımlarının ödenmesini ve tıbbi yardım giderlerinin geri ödenmesi görevlerini üstlenmiştir.⁷⁵

Fransa'da yaşayan herkes sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Yaklaşık olarak Fransız halkının %80'ni genel sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır. Bunların haricinde ayrıca özel sağlık sigortasına sahip olanlar vardır. Özel sağlık sigortası olanların %4.2'si tarım işçilerinden, %3.1'i ise kendi adına çalışanlar, artistler, tüccarlar, geriye kalan kısım ise; denizci, madenci ve demiryolu işçilerinden oluşmaktadır.⁷⁶ Fransa'da yasal olarak ikamet edenler, ikamet ettikleri yere ve meslek durumlarına göre otomatik olarak sağlık sigortasına kaydedilir.⁷⁷ Ayrıca yeni işe giren herkes için gerekli bildirim yapılır, sigorta kapsamına alınır ve her türlü yasal hakkı korunur.⁷⁸

Birinci basamak hizmet kapsamında ayakta tedavi hizmetlerinin %99'u Sosyal Sigortalar Kurumunun anlaşmalı olduğu hekimler tarafından yapılmaktadır. Hekime ödemedeki ya belirlenmiş olan hekim fiyatını hasta öder ve sonradan sigorta kurumundan geri alır ya da her hekim kendi ücretini belirler, hasta ödemeyi yapar ve daha sonra ilk yöntemde belirlenmiş ücreti sigortadan geri alır. Fazla olan miktar

⁷⁴Erdal Akalın, "Sağlık Reformu Amaçlar, İlkeler ve Ülkeler", **Marka Bakış Sağlık Politikası Gündemi**, Ankara, Öykü Reklam Yay., S.1, 2005, s.8.

⁷⁵US Social Security Administration: Social Security Programs, Throughout The World-1999.USA:1999, s.141.

⁷⁶Health Insurance in France, (çevrimiçi) <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>, 12.07.2007.

⁷⁷Grosse, Figueras, a.y., s.24

⁷⁸Health Insurance in France, (çevrimiçi) http://www.fnak.fr/dn_health_cover_system_france/HealthInsurance_infrance.html, 04.04.2007.

varsa hasta tarafından finanse edilir. Birinci basamaktaki hekimlerin hastaları ikinci basamağa sevk etmede etkili bir rolü yoktur, hasta isterse doğrudan uzman bir hekime ya da hastaneye başvurabilmektedir.⁷⁹ İkinci basamak sağlık hizmetleri hastanelerde verilen sağlık hizmetleridir. Kamu hastanelerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlık hizmeti olmak üzere üç görevi vardır. Kamu hastaneleri ayrıca acil sağlık hizmetlerini de sunar.

Sağlık sigortasından sağlık yardımı ve parasal yardım yapılmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında bütün ücretli ve ücretsiz çalışanlar, aylık sahipleri (malullük) işsizler, iş kazası geliri alanlar, gençler, askerlikten muaf olan gençler, sakatlar, yalnız yaşayan ve anne baba yardımı alanlar, mesleki eğitim stajyerleri, yüksek öğrenim öğrencileri ve tutuklular bulunmaktadır. Bu grupların hak sahipleri de sigortadan yararlanabilirken parasal yardımdan ancak sigortalının kendisi yararlanabilir. Bütün sigortalılar bir hastalıktan ileri gelen iş görmezlik süresi boyunca hastalık parası almaktadırlar. İşsizlerde, işsizlik ödeneği aldıkları süre boyunca ve bu ödenek sona erdikten itibaren 1 yıl boyunca parasal yardımları almaya devam etmektedirler. Sigortalılara sağlanan sağlık yardımları ve katılım paylarını sıralarsak⁸⁰;

- Sağlık Giderlerine Katılım: Sigortalı kendisine sunulan hekim muayene ücretinin %30'una, yataklı tesislerde yapılan dış konsültasyon ücretinin %25'ine ve hastanede kalınan süre içinde tedavi giderlerinin %20'sine, analiz ve laboratuvar giderlerinin %40'na katılmak zorundadır.
- Yatarak Tedavi Hizmeti: Sigortalı kamu ya da özel sağlık tesisleri arasında seçim özgürlüğüne sahiptir. Sigortalıdan yatarak tedavi için ve hastanede kaldığı gün başına katılım payı alınır.
- Sanatoryum Hizmeti: Sigorta kuruluşunun ön izni alınarak katılım payı vermeden bu hizmetten yararlanılabilir.
- Dış Tedavi Hizmetleri: %30'luk katılım oranıyla önleyici, tedavi edici ve dış çekim hizmeti alınabilir.

⁷⁹WHO Regional Office For Europe, "Highlights On Health in France", July, 1997, (çevrimiçi) <http://www.who.org>, 06.05.2006, s34.

⁸⁰Health Insurance in France, (çevrimiçi) <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>, 12.07.2007

- İlaçlar: Ağır hastalıklarda kullanılan ilaçlar hariç %35-65 arasında değişen katılım payları alınır. Lüks ilaçları tamamen sigortalı kendisi karşılar. Ayrıca uzun süreli tedavilerde de sigortalıdan katılım payı alınır.
- Protezler, İşitme ve Görme Cihazları: Kurumun ön izniyle birlikte %35 katılım payı alınır. Büyük protez ve cihazlardan katılım payı alınmaz.
- Diğer Yardım ve Hizmetler: Bunlar yardımcı sağlık hizmetleri, hastaneye nakil, koruyucu hekimlik hizmeti, sigortanın sağladığı sosyal amaçlı ek sosyal yardımlar ve rehabilitasyon ile kaplıca hizmetleridir. Bu hizmetlerden katılım payı alınmaz.

Fransız sağlık sistemi hem vergi tabanlı hem de işveren ve çalışanlardan alınan sosyal sağlık sigortası katkıları esasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri hükümetçe ve sağlık sigortası düzenlemeleri ile temin edilerek karşılanır. Özel pratisyen hekimler ve özel hastaneler ile kamu hastaneleri sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak sistemin temelini oluştururlar. Özel çalışan pratisyen ve uzman hekimlere hizmete göre ücret esasınca belirlenen tarifeler üzerinden ödemeler yapılır.

Ülkede sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar toplam aylık gelirlerinin %6,8'i oranında, emekliler aylık gelirlerinin %1,4'ü oranında prim ödemekle yükümlüdürler. Düşük gelirli emekliler muaf tutulurken, işsizler kendilerine garanti edilen asgari ücretin %2'si oranında, işverenler işçinin aylık ücretinin %12,8'i oranında, öğrenci ve gençlerde sabit bir oranla sigortaya katılmaktadırlar.⁸¹

2.4.4. İngiltere Sağlık Sistemi

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS-National Health Service), insanlığın bugüne kadar gördüğü en başarılı sağlık sistemi olmuştur. Hizmet maliyetleri ve etkinliği baz

⁸¹US Social Security Administration: Social Security Programs, Throughout The World-1999.USA:1999, s.131.

alınarak bir değerlendirme yapılacak olursa, bütün sistemler içerisinde en iyi noktayı yakalayan ülkenin İngiltere olduğu görülmektedir.⁸²

İngiltere’de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığı ile yerine getirilmektedir.⁸³ Sosyal güvenlik rejimi; primli rejim, primsiz rejim ve NHS olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır. Primli rejim; hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan ve sigortalının prim ödemesini gerektiren rejimdir. Primsiz rejim; bazı sakat kişilere ve bunların bakıcılarına kira ve gelir desteği, çocuk yardımlarını genel bütçeden ayrılan ödenekleri kullanarak sağlayan bir rejimdir. NHS ise İngiliz halkının ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da kapsayan, finansmanını genel bütçeden vergilerle sağlayan sistemdir.⁸⁴

Kendine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip İngiltere Ulusal Sağlık Sistemini diğer batılı sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özelliği vardır. Bunlardan ilki; sistemin sadece genel vergilerle finanse edilip sigortacılık hizmetlerinin çok az olarak bulunmasıdır. Diğeri ise; İngiltere’de Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 'dan sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelerden az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Kısaca NHS’de daha az harcama ile daha iyi hizmet verilmektedir.⁸⁵ Ülkede yaşayan herkese sağlık hizmeti verilmesi amacıyla 1948 yılında kurulan NHS’nin öne çıkan temel ilkeleri; kapsayıcılık, hakkaniyet ve hizmetin verildiği noktada ücretsiz olmasıdır ve temel felsefesini "sağlık bir haktır" cümlesiyle özetlemek mümkündür.

İngiliz sağlık sektöründe insan gücü, finans ve organizasyona yön veren üç büyük güç vardır. Bunlar Sağlık Bakanlığı, İngiliz Tabipler Birliği ve Kraliyet Tıp Kolejlere dir. Sağlık Bakanlığı NHS’nin yürütülmesinden Parlamente ya karşı sorumludur. İngiliz tabipler birliğinin görevi; NHS’de ve özel sektörde çalışan genel

⁸²Sur, Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim, s.14.

⁸³US Social Security Administration: Social Security Programs, Throughout The Word-1999.USA:1999, s.131

⁸⁴Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, A.T Sosyal Güvenlik Kılavuzu, Ankara, Ocak 2000, s.170.

⁸⁵Serin, a.g.e., s.121.

pratisyen ve uzmanların ücretlerini ve çıkarlarını korumaktır. Kraliyet Tıp Kolejlerinin ise; mezuniyet sonrası eğitim ve araştırma faaliyetlerinde önemli rolleri vardır. Ayrıca sağlık sektöründeki bu üç gücün uzlaşma kurulu niteliğini sürdüren Genel Tıp Konseyi kurulmuştur ve görevleri; tıp eğitim standartlarının belirlenmesi, bu eğitimi veren kuruluşların denetlenmesi, tıp öğrencisi ve uzman sayılarının belirlenmesi, yurttaşların sağlık hizmetleri konusundaki haklarını korumak, tıbbi usulsüzlük durumlarında yaptırımlarda bulunmaktır.

Ülkede Sağlık Bakanlığı'na bağlı, Bölge Sağlık Yönetimi ve Aile Hekimliği komitesi adı altında iki ana yönetim birimi vardır. Bölge sağlık yönetimi, Bakanlığın hastanelerle ilgili yönetsel görevlerini yürüten birimlerdir. Aile hekimliği komitesi ise; birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm genel pratisyenler, eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır.

Bütüncül bir bakış açısıyla NHS, insan sağlığına ilişkin tüm etkinlikleri bir çatı altında toplamaya çalışmıştır. NHS kapsamındaki sağlık hizmetlerini sıralarsak; hastane ve uzmanlık hizmetleri, diş, oftalmik, eczacılık ve aile doktoru hizmetleri, kişisel sağlık hizmetleri adı altında ambulans hizmetleri, epidemiyolojik incelemeler, aile planlaması, sağlık ocağı hizmetleri, evde hasta ziyaretleri, evde hemşirelik ve ebelik bakımı, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aşılama, diğer koruyucu ve bakıma yönelik hizmetlerdir.⁸⁶

NHS'de ücretsiz olarak verilen sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri mevcuttur. Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu Genel Pratisyenleri içerir, ikinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak genel pratisyenler sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir.⁸⁷

⁸⁶Gazenfer Aksaoğlu, "İngiltere Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64-65, Ankara, TTB Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, s.96.

⁸⁷Serin, a.g.e., s.124.

<u>BİRİNCİ BASAMAK</u>	<u>İKİNCİ BASAMAK</u>	<u>ÜÇÜNCÜ BASAMAK</u>
2000-3000 Nüfus	10.000-100.000 Nüfus	2-5 milyon Nüfus
Genel pratisyen, Diş hekimi Göz hekimi	Uzman Hekimler (Konsültan)	Özel Dal Hekimleri

Şekil 3: Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi

Kaynak: İlhan Serin, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, İstanbul, Kazancı Kitapevi, 2004, s.124.

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenler tarafından yürütülmektedir. Kişiler hastalandıklarında ilk olarak genel pratisyenlere başvururlar. Nüfusun %97’si genel pratisyenlere kayıtlıdır, %3’ü ise kendi sağlık giderlerini karşılayabilen üst gelir grubundaki kişilerdir. Kişiler kendi bölgelerindeki genel pratisyenlerden istediklerine kaydolabilirler ancak kayıtlı hasta sayısı 3000’i geçmez. Anlaşmalar yıllık yapılır ve 1 yıldan kısa sürede hekim değiştirilemez. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç genel pratisyen sevk etmedikçe bir üst basamağa başvurulamaz. Genel pratisyenler devlet memuru değil muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Komitesi ile anlaşarak istediği yerde çalışabilir.

İkinci basamak genellikle 10.000 ile 100.000 nüfusa hitap eden hastanelerdir. Buralarda temel dallarda uzman hekimler çalışmakta olup kendilerine gönderilen hasta sayılarına göre ücret alırlar. Bu uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilir ve Sağlık Bakanlığı’nca atanırlar. Hastane personeli ve asistanları ise hastane yönetimlerince seçilir.

Üçüncü basamak ise; bir bölgeye, bazen tüm ülkeye hizmet veren üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu nöroşirurji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi vb. işlemlerin yapıldığı kademelerdir. Bu basamak aynı zamanda tıp eğitimi veren okulları da içerir.

NHS kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biridir. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır. Sistem tamamen hükümet tarafından halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir.⁸⁸ Ulusal sağlık sistemi gelirleri %80 genel vergilerden, %12 ulusal sigorta katkılarından, %4 kullanıcılardan alınan ücretlerden, %3'ü ise diğer gelirlerden oluşmaktadır. NHS kapsamında hastalar hiçbir şekilde hekime ödeme yapmazlar. İngiltere'de her üç yılda bir Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın aralarında yaptıkları görüşmelerle sağlık hizmeti bütçeleri ayarlanır.

2.4.5. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye sağlık sektöründe çok merkezli bir yönetim ve yapılanma görülmektedir. Sektörde daha çok kamu kuruluşları faaliyetleri ön planda olmasıyla birlikte hizmet sunma ve hizmeti finanse etmede en büyük pay Sağlık Bakanlığına ait olup bunu SSK Genel Müdürlüğü, Milli Savunma Bakanlığı takip etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu; koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç basamakta verilmektedir.

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları temel olarak; vergiler, fonlar, sigorta primleri ve doğrudan kişiler tarafından (cepten ödeme) yapılan ödemelerdir. Sektörde, çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş hizmet sunmanın yanı sıra, finansman kurumu olarak da işlev göstermektedir. Sektörde hizmet sunumu ve finansmanında ilk sırayı %80'lik payla Sağlık Bakanlığı almaktadır.

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan sorunlar göz önünde bulundurularak çeşitli çalışmalar yürütülmekte ve sektörde köklü değişiklikler yapılması öngörülmektedir. Bu kapsamda ülkemiz sağlık sistemi ve diğer örnek ülkelerin sağlık sistemleri arasında göze çarpan benzerlik ve farklılıklarının incelenmesi açıklayıcı olacaktır.

⁸⁸Osman Hayran, "Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü" **Hastane Yöneticiliği**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Savaş Ciltevi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1997, s.49.

- Sağlık hizmeti ABD’de bir iyilik göstergesi olarak değerlendirilirken, Almanya, Fransa, İngiltere ve ülkemizde devletin karşılaması gereken sosyal bir hak olarak kabul edilmiş ve sağlık sistemleri bu esasa dayalı olarak kurulmuştur.
- Sağlık sistemlerinin toplumu kapsamı açısından ülkeler değerlendirildiğinde; ABD’de özel sigortalar dahil nüfusun %86’sı, Fransa’da nüfusun tamamı, Almanya’da %90’ı, İngiltere’de %97’si sisteme dahil olup, ülkemizde 1 Ocak 2008 itibari ile uygulamaya geçilecek olan genel sağlık sigortası gereğince nüfusun tamamı sağlık sistemine dahil edilecektir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı, ABD’de büyük ölçüde özel sigortalar tarafından yürütülürken ülkemiz ve diğer ülkelerde devlet tarafından sağlanmaktadır.
- İncelenen tüm ülkelerde hastaların hekim seçme hakkı serbest bırakılmış olarak gözlemlenmiştir.
- Her bireyin kayıtlı olduğu bir hekiminin olması Almanya ve İngiltere’de söz konusuysa Fransa ve ABD’de böyle bir özellik yoktur. GSS kanunuyla ülkemizde de her bireyin kayıtlı olduğu bir hekiminin olması planlanmaktadır.
- Sağlık sistemi sevk zinciri açısından değerlendirildiğinde; ABD’de ve Fransa’da ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvuru hastanın tercihinin bırakılmışken, Almanya ve İngiltere’de olduğu gibi ülkemizde de GSS kanunu ile birlikte sevk zinciri etkin bir şekilde denetim altına alınacaktır.
- Almanya, ABD, Fransa’da olduğu gibi ülkemizde de GSS kanunu ile birlikte, hastalardan uygulamaya göre değişen miktarlarda katılım payı alınması planlanırken, İngiltere’de hiçbir şekilde hastalardan ücret talep edilmez.
- ABD hariç diğer tüm ülkelerde belli esaslara dahil olmak ve kısmen değişiklik göstermekle birlikte sağlık sistemi içerisindeki vatandaşın prim ödemesi esas olarak alınmıştır.

3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Son yıllarda, nüfus oranındaki hızlı artış ile birlikte ihtiyaçların artması ve çeşitlenmesi, bireylerin sağlık bilgisi, sağlık hakkına olan inançları ve sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artması, tüm dünya ülkelerinde değişen şartlara uyum gösterebilmek için sağlığa ayırdığı kaynaklar ne olursa olsun maliyet etkili-kaliteli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi kurmak amacıyla sağlık sistemlerinin sürekli olarak tekrar gözden geçirilmesine sebep olmuştur. Öte yandan, WHO tarafından "Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi" amaçlı, 17-21 Haziran 1996'da Slovenya'da yapılan toplantıda, katılımcıları içinde ülkemizin de olduğu tüm Avrupa Bölgesi'ne üye ülkeler, sağlık hizmetlerinin; insana saygı, sağlık kazanımları, eşitlik / hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini, sağlığı hedefleyerek, insan merkezli, kaliteye odaklı, gerçekçi bir finansmana dayanmasını ve temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını, öngören bir "Deklarasyonu" kabul etmişlerdir.⁸⁹

Ülkemizde de bugüne kadar Sağlık Bakanlığı bünyesinde birçok çalışmalar yürütülmüş; en son olarak Türkiye'de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesini yükseltmek, bunun için ülkenin imkânlarını en akılcı biçimde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çalışmalarına başlanmıştır. Bu programın amacı mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek değil, gerekli değişimleri gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşümü gerçekleştirmektir. Bu nedenle reform değil dönüşüm programı olarak adlandırılmaktadır.⁹⁰

⁸⁹Haluk Özseri, "Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri", (çevrimiçi) <http://www.hastanenedergisi.com.tr>, 12.10.2006.

⁹⁰Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.24.

3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri

Sağlık sektöründe yaşanan sorunlara çözüm olarak geliştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde etkililik ifadesi; uygulanacak sağlık politikaları ile halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi anlamına gelir ve bu amaçla sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesidir. Bununda en önemli göstergesi epidemiyolojik verilerde sağlanacak ilerlemelerdir.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik ile; kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesinin sağlanması ifade edilmektedir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında sağlanacak verimlilik oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ise, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması anlamına gelmektedir.⁹¹

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri şunlardır;⁹²

- İnsan merkezlilik: Sistemin planlanmasında ve hizmet sunumunda bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.
- Sürdürülebilirlik: Sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olarak kendini finanse etmesi ve hizmet sürekliliğinin sağlanmasıdır.

⁹¹Coşkun Bakar, Seval Akgün, "Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye", Toplum ve Hekim Dergisi,C.20, S.5, Ankara, TTB Yayını, Eylül-Ekim 2005, s.346.

⁹²Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.25.

- Sürekli kalite gelişimi: Sistemin sürekli kendini değerlendirerek hep daha iyiyi aramayı, hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasıdır.
- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasıdır.
- Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır.
- Gönüllülük: Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarıdır.
- Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.
- Desentralizasyon: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulup yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.
- Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sayılan bu ilkeler doğrultusunda amaçlarına ulaşırken, WHO'nun "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı'nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de göz önünde bulundurmaktadır.

3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri ihtiva etmektedir⁹³.

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı: Program çerçevesinde Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup sağlığa ayrılan kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak kullanılmasını sağlamak için yönlendirmeler yapacaktır.
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası: Vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır.
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi: Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının oluşturulması gereklidir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Doktorluğu ile temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşım başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu aynı zamanda etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulmasını sağlayacaktır. Böylece temel sağlık hizmetleri güçlendirilecek ve kalite artacaktır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği uygulaması" sistemin esasını oluşturmaktadır. Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok

⁹³ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.26.

hastanın probleminin çözülmesini sağlayacaktır. Bunların yanı sıra tüm vatandaşlarımız sigorta kurumu ile sözleşme ve sevk sistemi esaslarına uygun olarak İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmelerinden hizmet alabileceklerdir.

- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Dönüşümün başarısı, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımı teşvik edici gönüllü politikalarla sağlanmalıdır.
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları: Dönüşüm sürecinde, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç vardır. Bunun için ülkemize sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kurum kazandırılmalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır.
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon: Sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunun sağlanması, sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyetleri ve sağlık hizmet sunucularının performans göstergelerinin oluşturulması açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara hız verilerek ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilecektir.
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemizde ihtiyaç duyulan ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal yapılar oluşturulacaktır. Bu kurumlar arasında Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu yer almaktadır.

- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.

3.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulama Süreci

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanma süreci; bütüncül bir yaklaşım ile her bir bileşenin içinde bulunduğu dört aşamadan oluşmaktadır⁹⁴.

- Kavramsallaşma: Geçmiş deneyimler ve hedefler göz önünde bulundurularak dönüşüm programında yer alan her bir bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, geliştirme uygulama süreci kavramsal olarak ortaya konacak ve konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile netleştirilip gerçekleştirilmesi sağlanacaktır.
- Yasalaşma: Kavramsal netliğe kavuşmuş ve mevzuat (kanun, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) gereken alanlarda gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır.
- Kontrollü Yerel Uygulamalar: Programın bir paket olarak hayata geçirilmesi mümkün olmadığı için pilot uygulamalarla başlanarak sistemin işleyen ve işlemeyen taraflarının görülmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanacaktır.
- Türkiye Geneline Yaygınlaştırma: Bu aşamaları tamamlayarak her bir bileşenin yavaş yavaş tüm ülke geneline yaygınlaştırılması ve toplumun sürekli olarak bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

⁹⁴ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.37.

4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI (GSS)

İnsanlık için oldukça önemli olan ve bu önemini hiç kaybetmeyecek olan sağlık hizmetlerinin sunumu, mevcut hizmet standartlarının iyileştirilmesi ve toplumun tüm fertlerinin hizmetlerden yararlanabilmesinin sağlanması için her ülke kendi şartlarına göre değişik sistem ve yöntemler uygulamakta ve mevcut sistemlerini daha iyi hale getirmek için çeşitli çözüm arayışları içerisine girmektedir. Bu çalışmalar neticesinde ortaya çıkan yöntemlerden bir tanesi de GSS uygulamasıdır.

4.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Amacı

GSS, kişilerin ekonomik güçlerine ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık risklerine karşı toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkili bir şekilde faydalanmasını sağlamayı amaçlayan bir sosyal güvenlik aracıdır.⁹⁵ GSS’de bireyler, sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ölçüsünde katılmaktadırlar.

Kurumsal olarak tanım yapmak gerekirse, genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir.⁹⁶ GSS, öncelikle bir hizmet sunum modeli değil bir finansman modelidir.

Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının oluşturulmasının temel sebebi; etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli tasarruftur. GSS sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. GSS’nin amaçları genel olarak; bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde, sosyal insan haklarına uygun

⁹⁵Charles Normand, Axel Weber; "Social Health Insurance", WHO, 1994, s.18.

⁹⁶Serin, a.g.e., s.120.

olarak ulaşmalarını temin etmek, sağlığın finansmanı oluşturulurken ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını sağlamaktır.⁹⁷

4.2. Genel Sağlık Sigortasının Tarihsel Gelişimi

Dünyada ilk sağlık sigortası uygulaması 1883 yılında Almanya’da hükümetin belli sanayi kollarında işçi ve işverenlerin katkılarına dayanan bir sigorta sistemini kurmasıyla gerçekteşmiştir. Bismarc Modeli adı verilen bu sistem birtakım değişikliklerle Avrupa ülkelerinde de kısa sürede uygulanmaya başlanmış, 1888’de Avusturya’da, 1911’de İngiltere’de, 1945’de Fransa’da, 1955’te de İsveç’te genel sağlık sigortası kurulmuştur.

Türkiye’de ilk kez 1945 yılında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" içinde bir "sağlık sigortası" önerilmiştir. Sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsaması ve GSS sisteminin kurulması için değişik tarihlerde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan kimisi düşünce aşamasını geçememiş, kimisi taslak haline getirilememiş, kimisi ise TBMM’ye sunulduğu halde kanunlaşmamıştır.⁹⁸

İlk olarak 1968 yılında hükümet sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacağını ifade etmiş ve sağlık sigortasının 224 sayılı sosyalleştirme programındaki seviyede hizmet sağlayacağını belirtmiştir. Türkiye’de GSS için ilk ciddi çalışmalar o dönemde başlamıştır. 11 Haziran 1968 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nca oluşturulan 9 kişilik komite tarafından bir rapor hazırlanmış ve raporun amacı "Sağlık harcamalarının günden güne artması ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesinin tüm yurda yayılması halinde devlet bütçesine büyük bir yük getireceği, bu sebeple Kalkınma Planında ön görülen GSS’nin bir an evvel kurulmasının memleketimiz için hayati bir önem taşıdığı,

⁹⁷Aziz Akgül, **Genel Sağlık Sigortası**, Türkiye’nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5, Ankara, Türkiye İşrafı Önleme Vakfı Yayınları, Mart 2003, s.14.

⁹⁸Serin, a.g.e., s.140.

bunun gerçekleştirilmesi için konunun incelenmesi" olarak belirtilmiştir. Bu raporun hazırlandığı 1968 yılından sonra bu raporu temel alarak; 1974, 1976, 1981, 1984 ve 1990 tarihlerinde de çeşitli GSS tasarıları oluşturulmuş ancak hiç birisi uygulamaya geçirilememiştir.

1991 yılında GSS konusundaki çalışmalar Dünya Bankası ve ILO destekli sağlık projesi kapsamında daha da hız kazanmış ve 1992 yılında tekrar GSS Kanun Tasarı Taslağı hazırlanmıştır. En son olarak da 15.01.2003 tarihi itibarıyla GSS Kanun Tasarısı üzerinde tekrar çalışmalar hızlandırılmıştır. Anayasamızda da yerini bulan GSS yoğun bir tartışma ve yasalaşma süreci sonucunda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu olarak 1.1.2008 tarihinden itibaren uygulanmak üzere 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Kuşkusuz bu çalışma 1992 yılından itibaren başlayan Sağlık Reformu çalışmalarının son halkasıdır.⁹⁹ 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun özellikle çalışmamızı ilgilendiren III. Kısımına ait hükümler Ek I’de sunulmuştur.

4.3. Genel Sağlık Sigortasının Genel Gerekçesi

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25 inci maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak; "her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dâhil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu" ifadesi ile sağlık hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 60 ıncı maddesinde, "herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilâtı kuracağı" belirtilmiştir. Buna göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanması gerekmekte birlikte, bu hakkın

⁹⁹ Hüseyin Çelik, "Genel Sağlık Sigortası İle Getirilen Yenilikler", (çevrimiçi), <http://www.ohsad.org.tr>, 12.04.2006.

sağlanması ve kişilerin bugünlerinin ve yarınlarının güvenliği için gereken önlemleri alma ve örgütü kurma görevleri de Devlete verilmiştir.¹⁰⁰

GSS'nin anlamı ise, bir ülkedeki bütün fertlerin ağırlıklı sistem sağlık sigortası olmak üzere sağlık güvencesine kavuşturulmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan sağlık sosyal güvenlik sistemleri mevcutken, ülkemizde hâlen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta, hatta aynı kuruluşça üyelerine farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir.

Ülkemizde dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli kanun tasarı taslakları hazırlanmıştır.

Bugüne kadar bütün vatandaşları içine almak üzere bir genel sağlık sigortası sistemi geliştirilmediğinden yukarıda belirtilen çeşitli düzenlemeler ile bu eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Herkesi kapsayacak GSS sistemi düzenleyici bir rol oynayacaktır.¹⁰¹

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük

¹⁰⁰ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php/> 15.04.2006.

¹⁰¹ A.e.

gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir.

Dayanışma, hakkaniyet ve herkesi kapsayıcı temel ilkelerine dayalı olarak, AB (Avrupa Birliği) üyesi ülkelerde sağlık talebinin finansmanı, örneğin İngiltere’de bütçeden (genel vergi gelirleri) ve Almanya’da zorunlu kamu sigortası ile (primlerle) sağlanmaktadır. Türkiye’nin içinde bulunduğu ek/özel koşullar (vergilemenin adaletsiz olması, kişi başı milli gelirin çok düşük ve dağılımının adaletsiz olması) çerçevesinde değerlendirildiğinde en uygun mekanizma sosyal sigorta(primler)’dır. Primlerini veremeyecek durumda olanları da devlet finanse etmelidir.¹⁰²

Sağlık hizmetlerine erişim, sosyal koruma sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetinin kullanımına doğrudan olumlu yönde etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır.

Ülkemizde sağlık alanında yapılan harcamaların, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonucuna göre 2000 yılı itibariyle milli gelir içindeki payı % 6,6’dır. Bu oran, orta gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında makul seviyelerdedir. Ne var ki, aynı ülkelerle toplumun sağlık göstergeleri açısından karşılaştırma yapıldığında, sağlık göstergelerimizin bu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir: Örneğin, doğumda yaşam beklentisi OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ortalamasının yaklaşık sekiz yıl altındadır ve bebek ile anne ölüm oranları benzer gelirli ülkeler arasında en yükseklerden biridir.

Ülkemizde tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünsel bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Örgütlenmedeki dağınık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden

¹⁰² Hasan Hüseyin Yıldırım, "Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama" (çevrimiçi) <http://www.saglikyonetimi.org>, 09.02.2004.

olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, ilk planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmelidir.

Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir genel sağlık sigortası oluşturulmalıdır.

Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünsel, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır.¹⁰³

Anayasa’da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası, Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünselmelerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları ile standartları bütünsel, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü, etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır. Bu sebepler "GSS Kanunu Tasarı Taslağı" hazırlanmasının sebeplerini oluşturmaktadır.¹⁰⁴

GSS kanununun hazırlanma sebeplerini sunduktan sonra, bu kanunla eşgüdümlü olarak devreye sokulacak Aile Hekimliği sistemi hakkında bilgi aşağıda sunulmuştur.

¹⁰³ <http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php> 15.04.2006.

¹⁰⁴ A.e.

5. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Günümüzde tıptaki gelişmeler doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda uzmanlaşmış bir hekim tarafından verilmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle özellikle 1970'li yıllardan başlayarak aile hekimliği ayrı bir tıp disiplini olarak gelişmiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri bu disiplinin elemanları tarafından vermeye başlanmıştır.¹⁰⁵ Görüldüğü gibi dünyada ilk basamak sağlık hizmetlerinin uzmanlaşmasına yönelik bir gidiş vardır ancak uygulamalar ülkeden ülkeye çeşitlilik göstermektedir. Herhangi bir ülkenin uygulamasını bir başka ülke için kopya etmek çözüm olamayacağı için, bu konuda gerçek başarıya sorunları kendi özgün koşulları içerisinde çözebilen ülkeler ulaşabilmektedir.¹⁰⁶ Bizim ülkemizde de doğru çözüm önerilerine ulaşabilmek amacıyla bir yandan dünyadaki gelişmeler takip edilmekte diğer yandan ülke koşul, gereksinim ve olanakları dâhilinde aile hekimliği sistemi çalışmaları yürütülmektedir.

İdeal bir sağlık sistemi; kendi kendine bakım, birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşur. Bu sağlık hizmetlerine yansıtıldığında; ikinci basamakta genel hastanelerin, üçüncü basamakta özel dal ve üniversite hastanelerinin yer aldığı, yukarıya doğru daralan, piramit şeklinde bir oluşumdan söz edilebilmektedir ki bu oluşum iyi işleyen bir sağlık sisteminin göstergesidir.¹⁰⁷ Ülkemizde ise bu piramidin neredeyse ters döndüğü, ikinci ve üçüncü basamağa başvuranların %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözülebilecek durumda olduğu görülmektedir.¹⁰⁸

Piramidin en alt basamağını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelinde ise; bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturması, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdümün sağlanması vardır. Birinci basamak bir uygulama ortamıdır. Aile

¹⁰⁵Süleyman Görpelioğlu, "Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği Amacı ve Yapısı " **Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama**, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004, s.7.

¹⁰⁶Birinci Basamak Hizmetlerin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi, Çalışma Grubu Raporu, Ankara, Ocak1993, s.9.

¹⁰⁷Tavbiy Tunga Tüzer, Süleyman Görpelioğlu,"Aile Hekimliği" **Yeni Türkiye Dergisi**, Yıl 7, Sayı:39, Sağlık Özel Sayısı, Ankara, Mayıs-Haziran 2001, s.845.

¹⁰⁸A.e.

hekimliği ise; birinci basamak yaklaşımını ve felsefesini en iyi karşılayan, birinci basamakta uygulama yapan bir tıp disiplindir.¹⁰⁹

5.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliği ilk basamak tedavi hizmetlerini sürekli, etkin ve kaliteli bir biçimde vererek gerek toplumun sağlıkla ilgili problemlerinin ve gerekse sağlık sektörünün içinde bulunduğu ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlara aşırı yüklenme gibi problemlerin çözümünde büyük faydalar sağlayabilecek bir disiplindir.¹¹⁰

Aile hekimliği; kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmiş, akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır.¹¹¹

Aile Hekimi ise; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.¹¹²

5.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Bu özellikler aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel unsurlardır. Bu unsurlar¹¹³;

¹⁰⁹ A.e.

¹¹⁰ <http://www.tahud.org.tr/modulus/bilgiler/index.php>, 2005.

¹¹¹ Sabahattin Aydın v.d., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004, s.44.

¹¹² 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr> , 01.02.2006.

¹¹³ Görpelioğlu, a.e., s.7.

- Sağlık Sistemiyle İlk Tıbbi Temas Noktasını Oluşturur: Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir olanak sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Kolay Ulaşılabilir: Yalnızca coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar.
- Entegre ve Koordine: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir.
- Süreklilik: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir.
- Bütüncül: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir.
- Kişisel: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir.¹¹⁴
- Aile ve Toplumsal Yönelimli: Sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır.
- Gizlilik ve Yakınlık: Aile hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle aile hekimi için temel etik sorumluluk ve haklardan biri olan, kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması can alıcı önemdedir.
- Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerinde, sorumluluğunu aldıkları kişilerin yanındadır.¹¹⁵
- Sağlık Kaynaklarının Etkili Kullanımı: İlk başvuru yapılan hekim olarak, aile hekimi büyük kaynakları kontrol eder. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar.¹¹⁶
- Özgün Bir Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci Vardır: Etkili bir iletişimle zaman içinde doktor ve hasta arasında gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

¹¹⁴"Türkiye'de Aile Hekimliği Modeli ve Genel Sağlık Sigortası Kongre Notu", <http://www.sif.org.tr/index.php>, 14-15 Eylül 2006.

¹¹⁵Görpelioğlu, a.e., s.7.

¹¹⁶Haydar Sur, M.Rıfat Köse,"Son Günlerin Gündeminden Hiç Düşmeyen Bir Konu:Aile Hekimliği", (çevrimiçi) <http://www.merih.net>, 19.02.2006.

- Ekip Hizmeti: Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar.

5.3. Aile Hekiminin Görevleri

Aile hekiminin görev tanımı son olarak 2002 yılında Avrupa Aile Hekimleri Birliği (WONCA Europe) tarafından yapılmıştır. Bu çerçevede görevlerin belirlenmesinde karşılıklı olarak etkileşen üç bileşenden söz edilmektedir. Bunlar; aile hekimliği disiplininin ilkeleri, hasta gereksinim ve beklentileri ve sağlık sistemidir.¹¹⁷ Bunlar doğrultusunda genel olarak aile hekiminin görevleri¹¹⁸;

- Birinci basamak tedavi hizmetleri
- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde ve ayakta takibi
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri
- Laboratuvar hizmetleri
- Periyodik muayeneler
- İlk ve acil yardım hizmetleri olarak belirlenmiştir.

5.4. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin tıp dünyasına yansımalarıyla birlikte, yeni buluşların, bilimsel gelişmelerin, katlanarak artan bilginin neticesinde, tıpta yeni uzmanlık alanları görülmüştür. İlk kez 1923 yılında; Francis Peabody tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamış ve aile hekimine olan gereksinimi dile getirmiştir. Ancak toplumda gerekli yankı oluşmamış, kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. İngiltere'de genel pratisyenliği geliştirmek, standartlarını yükseltmek ve genel pratisyenlerin sesi olmak amacıyla 1952 yılında College of General Practitioners (Genel Pratisyenler Koleji) kurulmuştur. Ancak genel

¹¹⁷ Nilgün Özçakar, "Aile Hekiminin Görev Tanımı", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama**, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004, s.17.

¹¹⁸ <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm>, 15.05.2007.

pratisyenlik ya da aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında olmuştur.¹¹⁹

1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1969'da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u (ABFP) oluşmuş ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuştur.¹²⁰

1978 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkesin Sağlığı" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir.¹²¹

Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış, 1 Ocak 1996'da ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.¹²²

5.5. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları Örnekleri

Aile hekimliği hizmetleri farklı ülkelerde değişik modeller halinde verilmektedir. Seçilen örnek ülke modelleri aşağıda sunulmuştur.

¹¹⁹Ceyda Akdoğan,"Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 18.05.2007.

¹²⁰A.e

¹²¹Sevgi Özcan Paycı, İlhami Ünlüoğlu,"Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği ", **Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama**, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004, s.23.

¹²²Ceyda Akdoğan,"Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 18.05.2007.

5.5.1. ABD’de Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler tüm hekimlerin % 40’ıdır. Bunlar arasında aile hekimleri de vardır. Aile hekimleri ya kendi muayenehanelerinde veya son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır. Aile hekimliği uzmanlığı ülkedeki ikinci büyük uzmanlık dalıdır ve eğitimi üç yıldır. Amerikan aile hekimliği kurulu tarafından şekillendirilir ve denetlenir. Sınav zorunluluğu vardır.¹²³

5.5.2. Almanya’da Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. İlk aile hekimliği kürsüsü 1976’da Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır. Tıp fakültelerindeki aile hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı % 45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilirler. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler.¹²⁴

5.5.3. İngiltere’de Aile Hekimliği

İlk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliği veya İngiltere’de ki ismiyle genel pratisyenlik 1947 de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’nin kurulmasıyla başlamıştır. Ülkede aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. Bazıları tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunarken bazı aile hekimleri ise, sağlık

¹²³ Taner Akman, "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları", 2004, (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.org/index.php>, 12.05.2007.

¹²⁴ A.e.

merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır. Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979'da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörnlik döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır. Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu yoktur. Ancak Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimini tamamlayan aile hekimlerinin %80'i sınava girmektedir. Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi zorunlu değildir ancak desteklenmekte ve özendirilmektedir.¹²⁵

5.6. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile hekimliği kavramı Türkiye'de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. Türkiye'de Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde 80'li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlanmıştır.¹²⁶ İlk olarak 1983 yılında Aile Hekimliği Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almıştır. 1984 yılında ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir'de eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır. 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Ankara'da kurulmuştur. Bunu takiben açılan İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa şubeleri ile Aile Hekimliğinin gelişimi hız kazanmıştır.

¹²⁵Taner Akman, "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları", 2004, (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.org/index.php>, 12.05.2007.

¹²⁶Kürşat Algın, İsmet Şahin, Mehmet Top, "Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Yıl:15, S.1, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, 2005, s.2.

Aile Hekimliği kavramı 1991 yılında 6. Beş Yıllık Kalkınma Planında I. Dilim Tedbirler bölümünde "Tıp eğitimi müfredat programlarının ülke şartlarına uygunluğunun sağlanması ve hekim istihdam politikalarında pratisyen hekimliği teşvik edici düzenlemelerin yapılmasını öngören bir çalışma başlatılacaktır. Aile Hekimliği müessesesi kurulacaktır." şeklinde yer almıştır.

Daha sonra 16 Temmuz 1993'de Yüksek Öğretim Kurumu'nun (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları'nın kurulması uygun görülmüştür. 17 Eylül 1993'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 10 araştırma görevlisi kadrosu ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı açılmıştır. Aile hekimliği uzmanları akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır.¹²⁷ Aile hekimliği kadrosunda yer almak isteyen uygun adaylar, 6 yıllık tıp eğitiminden sonra, tekrar sınava girerek eğitim görecekları birimlere yerleştirilir ve burada 3 yıllık formal eğitimlerini devam ettirirler. Bu eğitimler 5 farklı alanda rotasyonlar şeklinde olur, 9 ay İç Hastalıkları Kliniği, 9 ay Çocuk Kliniği, 8 ay Kadın-Doğum Kliniği, 6 ay Cerrahi Kliniği ve 4 ay Psikiyatri Kliniğinde gerçekleştirilir. Bu rotasyonlardan sonra, hekimler uzmanlık tezi hazırlar ve Aile Hekimi sıfatını kazanırlar.¹²⁸

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, çeşitli alanlardan toplam 200'den fazla tıp mensubunun katılımı ile gerçekleştirdiği üç toplantı sonucunda Nisan 1995'te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı"nı yayınlamıştır. Ayrıca Royal College of General Practitioners - İngiltere ile birlikte 1992 yılında Ankara'da ve 1994 yılında İzmir'de iki Aile Hekimliği Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiş ve katılımcılar sertifikalandırmıştır. 1994 yılında pilot bölge olarak Ankara'da Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği uygulamaları başlamış, 1996 yılında da Bursa ve İzmir'de uygulamalar devam etmiştir.

Kasım 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığımızın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamı içinde yer alan; koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği, genel sağlık sigortası,

¹²⁷Özcan Paycı, Ünlüoğlu, "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği ", s.28.

¹²⁸Hakan Yaman, Mehmet Özen, "Satisfaction with Family Medicine Training in Turkey: Survey of Residents", 2002, (çevrimiçi) <http://www.cmj.hr> , 15.05.2006.

sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine çağdaş anlayışla yaklaşım gündeme gelmiştir. Bu amaçla ülkemizde Aile Hekimliği adına başlatılan çalışmalar yoğunluk kazanmış ve halen tüm yurttan uygulamaya geçilebilmesi için alt yapı çalışmaları hızlı ve yoğun bir şekilde sürmektedir.¹²⁹

5.6.1. Türkiye’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve Uygulanması

Ülkelerin gelişmişlik işaretlerinden biri olarak gösterilen sağlık, kalkınmanın başlıca unsurlarından biridir. WHO, 21.yüzyılda herkes için sağlık sloganıyla yayınladığı kararında ülkelere şunları bildirmiştir¹³⁰;

- Sağlık sosyal gelişmenin temel göstergesidir.
- Sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmelidir.
- Sağlığın geliştirilmesi insan odaklı olmalıdır.
- Gelişmeler bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Sağlığın bütün yaşam boyunca sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Bugün Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunuluşunda bir iyileştirme çalışmasına veya bir değişikliğe gidilmesinin gerekliliği bebek ölüm oranlarından, anne ölüm oranlarından, doğumda beklenen yaşam süresinden, ölümlerin en sık nedenlerinden, en sık görülen hastalıklardan, hastanelerde tedavi amacıyla sürekli yurt dışına çıkmanın yollarını arayan vatandaşlarımızın çabalarından anlaşılmaktadır. Eldeki mevzuatın bugünkü modern tıp hizmeti anlayışına ve yeni ortaya çıkmış teknolojiye ve meslek gruplarına cevap verememesi, bizi ya eldeki sistemin iyileştirilmesine ya da yeni sistem arayışlarına zorlamaktadır. Türkiye nüfusunun bugünkü konfigürasyonu da artık çok değişmiştir. Köylü bir toplum olmaktan kentli bir toplum olmaya doğru hızla ilerlediğimiz bugünlerde; Aile hekimliğinin Türkiye’de

¹²⁹ <http://www.bursasaglik.gov.tr/ailehekimligi/tarihce.htm>, 24.08.2007

¹³⁰ Bahattin İlter, "Neden Aile Hekimliği", (çevrimiçi) www.ailehekimligi.com.tr, 06.05.2007.

yerleştirilmesi çabalarının temelinde sağlık sisteminin değişmesinin artık bir zorunluluk olduğu görüşü yatmaktadır.¹³¹

Sağlıkta kaliteyi artırmak amacıyla aile hekimliğinin uygulanması, 8. Beş yıllık kalkınma planında da (BYKP) kararlaştırılmıştır. Sağlık reformuna yönelik olarak 8. BYKP politika ve hedefleriyle uyumlu olarak hükümetin hazırladığı Acil Eylem Planı kapsamında; Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, tüm hastanelerin tek çatı altında toplanması, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması, aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zincirinin kurulması, ana ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi konularındaki çalışmalar devam etmektedir.¹³² Bu çalışmalar neticesinde; aile hekimliği uygulamasına geçiş süreci esaslarını belirleyen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (5258 nolu) 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun temel amacı; Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.¹³³

5258 nolu Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği ilk pilot uygulama 15 Eylül 2005'te Düzce'de başlamıştır. Düzce'yi takiben 17.07.2006'da Eskişehir, 16.06.2006'da Bolu, 25.11.2006'da Denizli, 01.12.2006'da Edirne, 25.12.2006'da Adıyaman, 29.12.2006'da Gümüşhane, 04.01.2007'de Elazığ, 18.01.2007'de Isparta, 01.03.2007'de Samsun, 14.05.2007'de İzmir ve son olarak

¹³¹Sur, Köse, a.y., (çevrimiçi) <http://www.merih.net>, 19.02.2006.

¹³²İlter, a.y., (çevrimiçi) www.ailehekimligi.com.tr, 06.05.2007.

¹³³5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr>, 01.02.2006.

16.08.2007’de de Sinop pilot il olarak Aile Hekimliği uygulamasına başlamış olup her geçen gün pilot il sayısı artmaktadır.

6. AİLE HEKİMLERİNİN 5510 SAYILI GENEL SAĞLIK SİĞORTASI KANUNUNU DEĞERLENDİRMELERİ

6.1. Araştırma Konusu ve Önemi

Araştırmanın konusu, İstanbul il sınırları içerisinde aile hekimi olarak çalışan bireylerin; sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu kapsamındaki genel sağlık sigortası uygulamalarını değerlendirmeleridir. Sağlıkta dönüşüm programı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır.¹³⁴

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir bileşeni olan, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun amacı; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. Bu kanun, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar.¹³⁵

Bireylerin sağlıklarının korunması, sağlıklı bir ortamda yaşamaları ve sağlıkları bozulduğunda tekrar kazandırılması için gerekli önlemlerin alınması devletin bir görevidir. Nitekim Anayasanın 56. maddesinde "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık

¹³⁴ Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.24.

¹³⁵ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr>, 2006.

kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir. " denmektedir.¹³⁶

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 40 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli kanun tasarı taslakları hazırlanmıştır. Türkiye'nin gündeminde olan ve Anayasamızda da yerini bulan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin uygulanması amacıyla yaklaşık 4 yıllık yoğun bir çalışma neticesinde 31.05.2006 tarihinde kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 1.1.2008 tarihinden itibaren uygulanmak üzere 16 Haziran 2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Sağlık hizmetleriyle ilgili önemli kanunlardan biri; 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur. Bu kanunda, sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır denilmektedir ki; bu durum sağlıkta dönüşüm programının ortaya atılmasının önemli bir sebebini oluşturmaktadır.

Sağlık alanında ülkemizde yapılan bu çalışmaların yanı sıra tüm dünyada 19. yüzyılın ikinci yarısında mikroskobun değer kazanması, medikal yaklaşımlarda anestezinin kullanılması ve medikal teknolojiye gelişmeler tıpta bilimselliği getirmiş ve uzmanlaşmalar başlamıştır. 20. yüzyılda uzmanlaşmaya eğilim arttıkça tıp bir sanattan çok bilim haline gelmiştir. Aile hekimliğine olan gereksinimi ilk kez 1923 yılında gündeme getiren Francis Peabody'nin görüşünün ilk yankısı yıllar sonra İngiltere'de görülmüş ve 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Bunu takiben Amerikan Tıp Birliği'nin 1966 yılında birincil bakım

¹³⁶ 2709 Nolu 07.11.1982 Kabul Tarihli TC. Anayasası, (çevrimiçi) <http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>, 14.04.2007.

hekimlerinin mezuniyet sonrası eğitimleri ile ilgili Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile Hekimliği" tanınmıştır. Aile Hekimliği / Genel Aile Pratisyenlik adlarıyla anılan, mezuniyet sonrası ortalama 3 yıllık eğitimi gerektiren birinci basamak uzmanlığı bu şekilde gelişmiş, bugün ise dünyanın birçok ülkesinde farklı finansman modelleriyle birlikte uygulanmaktadır. Dünyada esen bu uzmanlaşma rüzgârlarının Türkiye'deki yansıması "Toplum Hekimliği" olmuş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı kanun ile basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır.¹³⁷ 1961 yılında yürürlüğe giren ve 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"a göre sağlık hizmetleri, nüfus esasına ve aşağıdan yukarıya doğru sağlık evi, sağlık ocağı, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler şeklinde hiyerarşik bir sıra içerisinde verilir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde GSS kanununun oluşturulmasıyla gündeme gelecek olan Aile Hekimliği sisteminin kurulmasındaki temel amaçlardan bir tanesi de, etkili bir sevk zincirinin kurulup, bu hiyerarşik sıranın izlenmesinin sağlanmasıdır.

Avrupa'da Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik kavramları, 1967'de UEMO (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin) kurulmasıyla birlikte hız kazanmıştır. 1978 Alma-Ata Konferansında ilan edilen "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda WHO ve WONCA, Kanada Ontario'da "Tıp Pratiğini ve Eğitimi İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" isimli ortak bir konferans düzenlemiş; yayınlanan konferans dokümanı daha sonra Dünya Sağlık Kongresi ve WONCA Dünya Kongresi tarafından da ayrı ayrı kabul edilmiştir. WHO ve WONCA temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan dokümanda "Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanmasında özellikle Aile Hekimleri çok önemli bir konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetinin diğer çalışanları yanında onların rolü, sağlık alanında kaynakların en uygun biçimde değerlendirilebilmesi için çok önemli görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu

¹³⁷Igor Svab, Süleyman Görpelioğlu, **Assessment Of Human Resources For The Proposed Family Medicine System in Turkey**, Joint Report, Ankara, May, 2004.

geliştirmeleri durumunda, geleceğin sağlık sistemleri içinde rolleri daha da belirgin olacaktır" sözlerine yer verilmekte ve "İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen ya da Aile Hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için aile hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda WHO ve WONCA tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir." ifadesi yer almaktadır. Aynı dokümanda; "Toplumun gereksinimlerini gözeterek bir sağlık hizmeti ve tıp eğitim sistemi oluşturmak için öneriler" bölümünde "Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmalı ve çalışmalı, Aile hekimliği uzmanlık disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı, her ülkede Aile Hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi verilmelidir" şeklinde ana maddeler yer almıştır ve aile hekimliğine önem verilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.¹³⁸

Türkiye'deki sağlık sistemi son 30–40 yıldır önemli bir ilerleme göstermiş olmasına rağmen; genel olarak halkın sağlık düzeyi, doğurganlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişimi, Türkiye'nin doğu ve batı yöreleri ve kentsel ve kırsal bölgeleri arasında farklılıklar göstermektedir. Nüfusun büyük kısmında bebek ölümlerinin oranı şaşırtıcı bir biçimde yüksektir (2003 yılında toplam oran her 1000 canlı doğumda 29 ölümdür). Beslenme bozukluğu, sağlıksız çevre koşulları ve Türkiye'deki genel sağlık statüsü diğer orta gelirli komşu ülkelerle kıyaslandığında kabul edilemez bir biçimde düşüktür.¹³⁹ Bu durumun düzeltilmesi amacıyla; yukarıda ifade edilen kanunlardan yola çıkılarak hazırlanan sağlıkta dönüşüm programı ve programın bileşenlerinden genel sağlık sigortası ve aile hekimliği modeli bu konuda atılmış önemli bir adımdır.

¹³⁸<http://www.edirnesm.gov.tr/belgeler/ah/dunyadaailehekimligiuygulamaları/1.doc>, 2006.

¹³⁹Gül Ergör, Zafer Öztekin, "Türkiyede Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi", 1995, (çevrimiçi), <http://undp.un.org.tr/who/Faaliyet.htm> , 18.12.2006.

6.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık Bakanlığı; sağlık alanında vatandaşlarımızın yaşam kalitesini yükseltmek, sağlıklarını güvence altına almak ve bu alanda yaşanan sıkıntıları en aza indirmek ve gidermek amacıyla sağlıkta dönüşüm programını ele almış ve herkesi tek sağlık sigortası çatısı altında toplamayı amaçlayan GSS sistemini de bu programın temel bir bileşeni olarak kabul etmiştir. Ayrıca, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sisteminin oluşturulması için hasta memnuniyetini baz alan aile hekimliği sisteminin getirilmesini öngörmüştür. Kısacası, GSS oluşturulduktan sonra aile hekimleri bu sistemin uygulayıcıları olacaklardır. Bu çalışma ile hedeflenen; böyle bir sistemde kilit rolde bulunan aile hekimlerinin GSS kanununu değerlendirmelerinin sağlanmasıdır. Bu çalışmanın, değişik görüşlerin varlığı içerisinde oturtulmaya çalışılan sistemin kurucuları için önemli bir kaynak teşkil edeceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için ülkemizde atılması gereken en önemli adımlardan birisi, sağlık hizmetlerinin olması gereken basamakta verilmesinin sağlanmasıdır. Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlık ile başlayan ve toplum sağlığına kadar ulaşan uzun bir süreçtir. Bu uzun ve zorlu süreçte, temel sağlık hizmetleri ve bu alanda görev yapacak aile hekimleri oldukça önemli bir role sahiptirler. Dolayısıyla GSS uygulayıcıları olarak görülen aile hekimlerinin bu konudaki görüşleri de oldukça önemlidir.

Araştırmamızın temel amacı, aile hekimlerinin GSS kanununu beklentileri doğrultusunda değerlendirmeleri, değerlendirmeleri bakımından farklı hekim gruplarının bulunup bulunmadığının tespiti ve farklı hekim grupları varsa bu grupların demografik ve sosyo-kültürel özellikleri ve aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeylerinin de birbirinden farklı olup olmadığının ortaya çıkartılmasıdır.

6.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

Araştırmamız aile hekimlerinin; sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu kapsamındaki GSS uygulamalarını değerlendirmelerini hedeflediği için İstanbul il sınırları içerisinde bulunan aile hekimi grubunu kapsamaktadır. GSS kanununun hayata geçirilmesi için öncelikle aile hekimliği modelinin oturtulmasının gerekliliği ve aile hekimlerinin uygulayıcı olarak görülmesi bu grubun hedef kitlemizi oluşturmasına neden olmuştur. Diğer dallarda hizmet veren hekimler kapsam dışı bırakılmıştır. Ayrıca araştırmamız Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun; sadece GSS'ye ait hükümlerinin yer aldığı III. Kısım ile sınırlandırılmıştır. Bu kısımdan ise; Madde 60 GSS'li sayılabilmek, Madde 61 GSS'liğin başlangıcının tespiti ve tescil işlemleri, Madde 62 sağlık hizmetleri ve diğer haklar ve bunlardan yararlanma, Madde 65 yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri, Madde 72 sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi, Madde 74 GSS gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları, Madde 75 Doğal afetler ve savaş hali, Madde 76 İşverenin, GSS'linin ve üçüncü kişilerin sorumluluğu ile ilgili olup aile hekimi ile birebir alakalı olmadıkları için kapsam dışı bırakılmış, bunların dışında kalan Madde 63 finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi, Madde 64 kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri, Madde 66 yurt dışında tedavi, Madde 67 sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları, Madde 68 katılım payı alınması, Madde 69 katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler, Madde 70 hizmet basamakları ve sevk zinciri, Madde 71 kimlik tespiti ve acil haller, Madde 73 sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi, Madde 77 sözleşmeli sağlık hizmet sunucularının duyurulması ve sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisi, Madde 78 sağlık hizmet sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi ile ilgili olup çalışmaya dâhil edilmiştir.

Türkiye'de sağlık ortamındaki sorunların giderilmesi için uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde, GSS'yi tamamlayacak yapıda bir aile hekimliği politikası tasarlanmaktadır. Kısaca GSS ve Aile Hekimliği Politikası

programın iki önemli ayağını oluşturmaktadır. GSS ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, T.C Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elde toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumunun oluşturulması ve böylece vatandaşlar arasında sağlık hizmetine erişim ve kullanım konusunda ayrımcılığın sona ermesi, herkese eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması, sağlık hizmetlerinin ise gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanan polikliniklerden sevk alınması sureti ile sağlanması ve tüm vatandaşların sigorta kapsamında sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanması amaçlanmaktadır. Bunun için her bireyin bir aile hekimi olacak ve her türlü sağlık hizmeti için ilk başvurular aile hekimlerine yapılacaktır. Aile hekimleri uygun görürse ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere sevk edecek, aile hekiminin bilgisi olmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan başvurularda acil haller hariç tutulmak şartı ile katılım ücreti alınacaktır. GSS'nin en temel hedefi ve başarı göstergesi toplumun sağlık göstergelerinde sağlanacak iyileşmedir. Bu açıdan en önemli unsurlar temel sağlık hizmetleri ve bunu uygulayacak aile hekimliği sistemidir. Bu iki unsurda GSS kapsamında yer almaktadır ve GSS aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile eşgüdümlü olarak hizmete girecektir. Bu araştırma ile GSS sisteminin uygulayıcıları olan aile hekimlerinin sadece GSS kanununu değerlendirmeleri hedeflenmiş olup, aile hekimliği kanunu kapsam dışı bırakılmıştır.

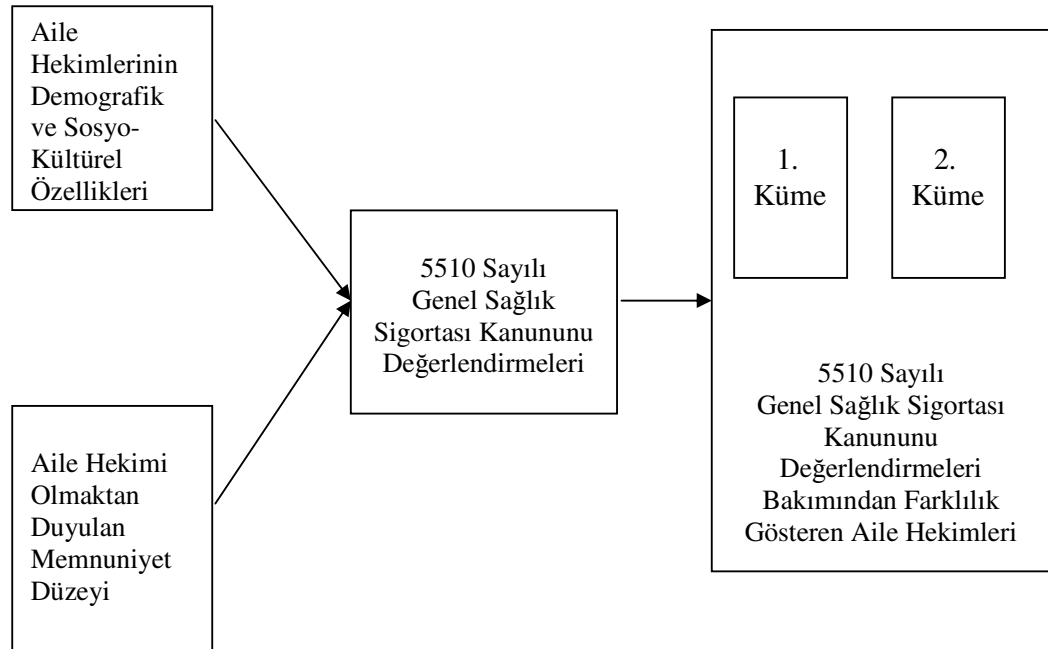
Araştırmamız zaman ve maliyet faktörleri nedeniyle İstanbul ili ile sınırlandırılmıştır. Ana kütlemizin İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne kayıtlı aile hekimlerinden oluşması ve ulaşım, zaman, maliyet ve uygulanabilirlik faktörleri göz önünde bulundurularak araştırmanın uzman ve asistan aile hekimlerine aynı yerde ulaşabileceğimiz İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Ancak İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan yazışmalar ve yaklaşık iki aylık bir bekleme süresi neticesinde çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izin alınamamış ve ana kütlemiz İstanbul ilinde bireysel adreslerinden ulaşılabilen aile hekimlerinden oluşmuştur.

Bu çalışma İstanbul il sınırlarında gerçekleştirilen ve sadece aile hekimleri ile ilgili pilot bir araştırma olduğundan genelleme yapılamaz, diğer dal hekimleri ilgili bir yoruma gidilemez.

6.4. Araştırmanın Modeli

Araştırmamızın modelinde; aile hekimlerinin demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine yönelik değişkenler, aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeylerine yönelik değişkenler ve genel sağlık sigortası kanununu değerlendirmeleri ile ilgili değişkenler yer almaktadır.



Demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine yönelik değişkenler kişisel bilgiler soru formuyla, aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeylerine yönelik değişkenler ile GSS kanununu değerlendirmeleri ile ilgili değişkenler 5'li likert tipi ölçekle elde edilmeye çalışılmıştır. Katılımcılara aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet ve GSS ile ilgili yargılar verilerek bu yargılara "kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, ne katılıyorum-ne katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum" biçiminde cevap vermeleri istenilmiştir.

6.5. Araştırmamızın Değişkenleri

Yapmış olduğumuz bu çalışmada; aile hekimlerinin GSS kanununu değerlendirmelerine ilişkin değişkenler kriter değişkenlerimizi, demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine yönelik değişkenler ve aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeyi ile ilgili değişkenler ise tahmin değişkenlerimizi oluşturmaktadır.

1. Kriter Değişkenler: GSS kanunu ile ilgili değişkenler;

- Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan sağlık hizmetlerinin yurt dışında tedavi edilmesi
- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınması
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanının kurumca karşılanması
- Sevk zincirine uyulmadığında katılım payının arttırılması
- Sağlık hizmeti sunucularının sınıflandırılması
- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zincirine uyulması
- Aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alması
- Sağlık hizmeti sunucularının, başvuruların kimlik bilgilerini kontrol etmesi
- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında, resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanması

- Acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin belirlenmesi
- Sağlık hizmeti sunucularının kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol edip belgelemesi
- Sağlık hizmeti sunucularının, hizmeti sunduğu kişilere ait bilgileri kuruma bildirmesi
- GSS'lı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği
- Kurumun, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak kontrol yetkisi
- Kurumun, sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisi
- Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi
- Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi
- Katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanması
- Katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi
- Katılım payı alınacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesi
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının, kişilerden para talep etmemesi
- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedellerinin geri denmesi
- Sağlanacak sağlık hizmetlerinin süresi
- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilme şartlarının belirlenmesi
- Kişilerin, sağlık hizmeti sunucularına resmi kimlik belgelerini gösterme zorunluluğu
- Kurumun, sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uyması
- Kurumun, kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uyması
- Kişilere sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adreslerinin duyurulması
- Kişilerin sağlık hizmeti sunucularını seçme hakkı

2. Tahmin Değişkenleri: Aile hekimlerinin demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine yönelik değişkenler;

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Mezun olunan fakülte
- Meslekteki toplam çalışma süresi
- Günlük ortalama baktıkları hasta sayısı
- Günlük ortalama çalışma saati
- Geçmiş çalışma deneyimleri
- Özel muayenehane sahibi olma durumu
- Genel sağlık sigortası kanunu ile ilgili bilgi düzeyleri
- Genel sağlık sigortası kanunundan beklentileri

3. Tahmin Değişkenleri: Aile hekimliği programı ile ilgili memnuniyet düzeylerine yönelik değişkenler;

- Aile hekimi olmaktan duyulan mutluluk
- Aile hekimliği branş eğitimi
- Aile hekimliği branş eğitimi programının içeriği
- Aile hekimliği branş eğitimi programının yeterliliği
- Toplumun aile hekimliğine bakış açısı
- Diğer dal sağlık profesyonellerinin aile hekimliğine bakış açısı

6.6. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma modelimize uygun olarak hipotezlerimiz;

H₁: Aile hekimleri GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanmaktadır.

H₂: GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin farklı demografik ve sosyo-kültürel özellikleri vardır.

H₃: GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin, aile hekimi olmaktan duydukları farklı memnuniyet düzeyleri vardır.

6.7. Örnekleme Süreci

Araştırma; kapsam ve kısıtlar bölümünde de belirtildiği gibi aile hekimlerinin genel sağlık sigortası kanununu değerlendirmelerinin gerçekleştirilmesi için zaman ve maliyet faktörleri nedeniyle İstanbul ili ile sınırlandırılmıştır. Ana kütleimiz İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne kayıtlı 168 uzman, 412 asistan olmak üzere toplam 580 aile hekiminden oluşmaktadır. Ancak; ulaşım, zaman, maliyet ve uygulanabilirlik faktörleri göz önünde bulundurularak, çalışmanın uzman ve asistan aile hekimlerine aynı yerde ulaşabileceğimiz İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı birimlerde gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır. Bu nedenle ana kütleimiz daraltılarak 40 uzman, 386 asistan olmak üzere toplam 426 aile hekiminden oluşmaktadır. Ancak; İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma yapılabilmesi için gerekli izin alınamadığı ve izin alma süreci için 2 aylık bir zaman kaybı yaşandığından dolayı planlanan örnek kütleyle hastanelerde ulaşma imkânı kalmamış, bu nedenle çalışmamızda kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örnek kütleimiz İstanbul il sınırları içinde kişisel adreslerinden ulaşılabilen 192 aile hekiminden meydana gelmiştir.

6.8. Araştırmanın Ön Çalışmaları

Aile hekimi olan bireylerle görüşmeler yapılarak ve literatür kullanılarak araştırma değişkenleri ve modeli belirlenmiş olup bu değişkenler doğrultusunda anket soruları hazırlanmıştır. Hazırlanan anket formu 20 hekim üzerinde ön teste tabi tutularak, yanlış anlaşılan ve anlaşılmayan sorular ve ifadeler ön test sonucunda düzeltilerek anket formuna son hali verilmiştir.

6.9. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan hekimlerin genel sağlık sigortası kanunu ile ilgili genel bir bilgi ve görüşe sahip oldukları kabul edilmiştir. Anketimize samimiyetleri doğrultusunda etik olarak cevap verecekleri düşünülmüştür.

6.10. Veri Toplama Yöntem ve Aracı

Araştırmamızda veri ve bilgi toplamak amacıyla anket yöntemi uygulanmıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Böylece verilecek cevaplardaki hata oranlarının en aza indirgenebildiği düşünülmektedir.

6.11. Verilerin Analizi

Veri toplama süreci sonucunda elde edilen veriler, SPSS 13.0 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Öncelikle araştırmaya dâhil olan aile hekimlerinin demografik ve sosyo-kültürel özellikleri ve yargılara verdikleri yanıtlar incelenmiş, daha sonra verilere güvenilirlik analizi uygulanarak değişkenlerin iç tutarlılığının ölçümü yapılmıştır. Son olarak ta hipotez testleri ile ilgili analiz bulguları verilmiştir. "Aile hekimleri GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanmaktadır" hipotezinin testi için araştırmamıza K-Ortalamlar yöntemi ile kümeleme analizi uygulanmıştır. Küme sayısı deneme yanılma yoluyla belirlenmiştir. "GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin farklı demografik ve sosyo-kültürel özellikleri vardır" ve "GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin, aile hekimi olmaktan duydukları farklı memnuniyet düzeyleri vardır" hipotezlerinin testi için, oluşan kümelerin kendi içinde benzer, kümeler olarak farklı demografik ve

sosyo-kültürel özellikleri ve memnuniyet düzeyine sahip olup olmadığını araştırmak için ki-kare analiz yöntemi uygulanmıştır.

6.11.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik ve Sosyo-Kültürel Özellikleri

Araştırmamız kapsamı içinde yer alan aile hekimlerinin demografik ve sosyo-kültürel özellikleri tablolarda görüldüğü gibidir.

Tablo 1: Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Hekimlerin Yaşı	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
24–27 Yaş	43	22,40	22,40	22,40
28–31 Yaş	86	44,80	44,80	67,20
32–35 Yaş	39	20,30	20,30	87,50
36–39 Yaş	21	10,90	10,90	98,40
40 Yaş ve Üzeri	3	1,60	1,60	100
Total	192	100	100	

İlk tablomuz araştırmaya katılan hekimlerin yaş dağılımlarına aittir. Buna göre katılımcıların; %22,40'ı 24-27 yaş aralığında, %44,80'i 28-31 yaş aralığında, %20,30'u 32-35 yaş aralığında, %10,90'ı 36-39 yaş aralığında, %1,60'ı 40 yaş ve üzerindedir. Yaş dağılımının ortalaması 30,4, standart sapması ise 4,01 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Erkek	114	59,40	59,40	59,40
Kadın	78	40,60	40,60	100
Toplam	192	100	100	

Katılımcıların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında %59,40'nın erkek, %40,60'ının ise kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Bu açıdan erkek cevaplayıcıların daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Medeni Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Medeni Durum	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Bekâr	92	47,90	47,90	47,90
Evli	100	52,10	52,10	100
Toplam	192	100	100	

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %47,90'ının bekâr, %52,10'un ise evli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Mezun Oldukları Fakülteye İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Mezun Olunan Fakülte	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
19 Mayıs Ün.	13	6,80	6,80	6,80
Akdeniz Ün.	1	0,50	0,50	7,30
Ankara Ün.	7	3,60	3,60	10,90
Atatürk Ün.	9	4,70	4,70	15,60
İ.Ü.C.T.F	35	18,20	18,20	33,90
Cumhuriyet Ün.	4	2,10	2,10	35,90
Çukurova Ün.	5	2,60	2,60	38,50
Dicle Ün.	2	1,00	1,00	39,60
Dokuz Eylül Ün.	3	1,60	1,60	41,10
Ege Ün.	10	5,20	5,20	46,40
Erciyes Ün.	10	5,20	5,20	51,60
Fırat Ün.	2	1,00	1,00	52,60
GATA	2	1,00	1,00	53,60
Gazi Ün.	2	1,00	1,00	54,70
Hacettepe Ün.	2	1,00	1,00	55,70
İ.Ü.İ.T.F	30	15,60	15,60	71,40
Kırıkkale Ün.	1	0,50	0,50	71,90
Kocaeli Ün.	4	2,10	2,10	74,00
Karadeniz Teknik Ün.	5	2,60	2,60	76,60
Marmara Ün.	6	3,10	3,10	79,70
Osmangazi Ün.	2	1,00	1,00	80,70
Selçuk Ün.	5	2,60	2,60	83,30
Trakya Ün.	9	4,70	4,70	88,00
Uludağ Ün.	18	9,40	9,40	97,40
Yeditepe Ün.	2	1,00	1,00	98,40
Yüzüncü Yıl Ün.	3	1,60	1,60	100
Toplam	192	100	100	

Katılımcıların mezun oldukları fakülteler incelendiğinde toplam 26 farklı üniversiteden mezun olanlar ile çalışmanın yapılmış olduğu, en fazla katılımın %18,20'lik oranla (35 kişi) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunları ve % 15,60'lık oranla(30 kişi) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi mezunları tarafından sağlandığı gözlenmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Meslekteki Toplam Çalışma Sürelerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Meslekte Çalışma Süresi	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
0-24 Ay	54	28,1	28,1	28,1
25-48 Ay	59	30,7	30,7	58,9
49-72 Ay	30	15,6	15,6	74,5
73-96 Ay	19	9,9	9,9	84,4
97-120 Ay	13	6,8	6,8	91,1
121 Ay ve Üzeri	17	8,9	8,9	100
Toplam	192	100	100	

Katılımcıların meslekteki toplam çalışma sürelerine bakıldığında %28,1'i 0-24 ay, %30,7'si 25-48 ay, %15,6'sı 49-72 ay, %9,9'u 73-96 ay, % 6,8'i 97-120 ay, %8,9'u 121 ay ve üzerinde çalışma süresine sahiptir. Çalışma sürelerinin ortalaması 59,27, standart sapması ise; 48,19 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
1-25 Hasta	25	13,00	13,00	13,00
26-50 Hasta	110	57,30	57,30	70,30
51-75 Hasta	27	14,10	14,10	84,40
76 Hasta ve Üzeri	30	15,60	15,60	100,00
Toplam	192	100,00	100,00	

Günlük ortalama bakılan hasta sayısına göre sınıflama yapıldığında; %13'ü 1-25 hasta, %57,30'u 26-50 hasta, %14,10'u 51-75 hasta, %15,60'ı ise 76 ve üzerinde

hastaya bakmaktadırlar. Günlük ortalama bakılan hasta sayısının ortalaması 48,58 ve standart sapması 25,48’dir.

Tablo 7: Katılımcıların Günlük Ortalama Çalışma Saatlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Günlük Ortalama Çalışma Saati	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
6-8 Saat	86	44,80	44,80	44,80
9-11 Saat	80	41,70	41,70	86,50
12 Saat ve Üzeri	26	13,50	13,50	100,00
Toplam	192	100,00	100,00	

Katılımcıların günlük ortalama çalışma saatleri incelendiğinde; %44,80’i 6-8 saat, %41,70’i 9-11 saat ve %13,50’sinin de 12 saat ve üzerinde çalıştığı görülmektedir. Çalışma saatlerinin ortalaması 9,22 ve standart sapması 1,75’dir.

Tablo 8: Katılımcıların Aile Hekimi Olmadan Önceki Çalışma Deneyimi Olma Durumunun Frekans ve Yüzde Dağılımları

Aile Hekimi Olmadan Önceki Çalışma Deneyimi Olma Durumu	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evet	115	59,90	59,90	59,90
Hayır	77	40,10	40,10	100,00
Toplam	192	100,00	100,00	

Katılımcıların %59,90’nının aile hekimi olmadan önce çalışma deneyimi varken, %40,10’unun çalışma deneyimi yoktur. Katılımcıların çoğunluğunun geçmiş çalışma deneyimine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Özel Muayenehanesi Olma Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Özel Muayenehane Olma Durumu	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evet	5	2,60	2,60	2,60
Hayır	187	97,40	97,40	100,00
Toplam	192	100,00	100,00	

Katılımcılardan %2,60'ı özel muayenehaneye sahip olup, %97,40'lık bir oranla 187'si özel muayenehane sahibi değildir. Katılımcıların hemen hepsi özel muayenehane sahibi değilken sadece 5 katılımcı özel muayenehane sahibidir.

Tablo 10: Katılımcıların GSS Kanununa İlişkin Bilgi Düzeylerine Ait Frekans ve Yüzde Dağılımları

GSS Kanununa İlişkin Bilgi Düzeyleri	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Çok iyi düzeyde biliyorum	9	4,70	4,70	4,70
Orta düzeyde biliyorum	142	74,00	74,00	78,60
Hiç bilmiyorum	41	21,40	21,40	100,00
Toplam	192	100,00	100,00	

Katılımcıların GSS kanununa ilişkin bilgi düzeylerine bakıldığında; %4,70'i çok iyi düzeyde, %74'ü orta düzeyde ve %21,40'ının ise hiç bilmediği tespit edilmiştir. Buradan çıkarılacak sonuç ise katılımcıların büyük çoğunluğunun GSS kanunu hakkında orta düzeyde bilgi sahibi olduğudur.

Tablo 11: Katılımcıların GSS Kanunu ile Beklentilerinin Örtüşmesine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

GSS Kanunu İle Beklentilerinin Örtüşme Seviyesi	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Tamamen Örtüşüyor	2	1,00	1,00	1,00
Örtüşüyor	43	22,40	22,40	23,40
Ne örtüşüyor ne örtüşmüyor	90	46,90	46,90	70,30
Örtüşmüyor	50	26,00	26,00	96,40
Hiç örtüşmüyor	7	3,60	3,60	100
Toplam	192	100	100	

GSS kanunu ile beklentilerinin ilişkisi sorulduğunda %1'inin tamamen örtüşüyor, %22,40'ının örtüşüyor, %46,90'ının ne örtüşüyor ne örtüşmüyor, %26'sının örtüşmüyor ve %3,60'ının hiç örtüşmüyor cevaplarını verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Durumlarına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Aile Hekimi Olmaktan Memnunmusunuz?	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evet	79	41,10	41,10	41,10
Hayır	56	29,20	29,20	70,30
Kararsızım	57	29,70	29,70	100
Toplam	192	100	100	

Son olarak da aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet durumları tespit edilmiş ve % 41,40'ının evet, %29,20'sinin hayır ve %29,70'inin ise kararsızım yanıtını verdiği görülmüştür.

6.11.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Araştırmada Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri

Katılımcıların ankette yer alan yargılara verdikleri yanıtları incelemek için her bir yargının ayrı ayrı frekans dağılım tablosu oluşturulmuştur.

6.11.2.1. Katılımcıların 5510 Sayılı GSS Kanununu Değerlendirme Anketinde Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri

Tablo 13: Katılımcıların 1.Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif%
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,6	3,6	3,6
Katılmıyorum	15	7,8	7,8	11,5
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	14	7,3	7,3	18,8
Katılıyorum	80	41,7	41,7	60,4
Kesinlikle Katılıyorum	76	39,6	39,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Anketimizde yer alan 1. yargıya 156 kişi katılıyorum yönünde cevap verirken 22 kişi katılmadığını belirtmiş ve 14 kişi kararsız kalmıştır. Bu yargıya genel yaklaşım olumludur.

Tablo 14: Katılımcıların 2. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

GSS kanununda sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	6	3,1	3,1	4,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	15	7,8	7,8	12,5
Katılıyorum	114	59,4	59,4	71,9
Kesinlikle Katılıyorum	54	28,1	28,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Ankette yer alan 2. yargı da katılımcılar tarafından genel olarak olumlu değerlendirilmiştir. 168 kişi katılıyorum yönünde, 9 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 15 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 15: Katılımcıların 3. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	20	10,4	10,4	10,4
Katılmıyorum	48	25,0	25,0	35,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	60	31,3	31,3	66,7
Katılıyorum	42	21,9	21,9	88,5
Kesinlikle Katılıyorum	22	11,5	11,5	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Anketimizdeki 3. yargıya 64 kişi katılıyorum, 68 kişi katılmıyorum şeklinde yanıt verirken 60 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 16: Katılımcıların 4. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	10	5,2	5,2	5,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	10	5,2	5,2	10,9
Katılıyorum	63	32,8	32,8	43,8
Kesinlikle Katılıyorum	108	56,3	56,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

4. yargıya genel olarak katılım söz konusu olup, bu yargıya 171 kişi katılıyorum yönünde, 11 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 10 kişi kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 17: Katılımcıların 5. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca (Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,6	2,6	2,6
Katılmıyorum	11	5,7	5,7	8,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	32	16,7	16,7	25,0
Katılıyorum	100	52,1	52,1	77,1
Kesinlikle Katılıyorum	44	22,9	22,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca (Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır." ifadesinin yer aldığı 5. yargıya 144 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 32 kişi kararsız kalmış ve 16 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 18: Katılımcıların 6. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,7	4,7	4,7
Katılmıyorum	26	13,5	13,5	18,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	69	35,9	35,9	54,2
Katılıyorum	59	30,7	30,7	84,9
Kesinlikle Katılıyorum	29	15,1	15,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır" ifadesinin yer aldığı 6. yargıya 88 kişi katılıyorum yönünde, 35 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 69 kişi ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 19: Katılımcıların 7. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	23	12,0	12,0	12,0
Katılmıyorum	72	37,5	37,5	49,5
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	56	29,2	29,2	78,6
Katılıyorum	34	17,7	17,7	96,4
Kesinlikle Katılıyorum	7	3,6	3,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

7. yargıya 95 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 56 kişi kararsız kalmış ve sadece 41 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 20: Katılımcıların 8. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,6	3,6	3,6
Katılmıyorum	36	18,8	18,8	22,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	36	18,8	18,8	41,1
Katılıyorum	70	36,5	36,5	77,6
Kesinlikle Katılıyorum	43	22,4	22,4	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır" ifadesinin yer aldığı 8. yargıya katılanlar 113 kişiyken 43 kişi katılmamış, 36 kişi ise kararsız kalmıştır.

Tablo 21: Katılımcıların 9. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	15	7,8	7,8	9,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	23	12,0	12,0	21,4
Katılıyorum	73	38,0	38,0	59,4
Kesinlikle Katılıyorum	78	40,6	40,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

9. yargıya da genel olarak katılım söz konusu olup, 151 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiş, 23 kişi kararsız olduğunu ve 18 kişi katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların 10. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	9	4,7	4,7	6,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	22	11,5	11,5	17,8
Katılıyorum	79	41,1	41,1	58,9
Kesinlikle Katılıyorum	79	41,1	41,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

10. yargıda da genel olarak katılım söz konusu olup 158 kişi katılıyorum yönünde, 12 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 22 kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 23: Katılımcıların 11. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	16	8,3	8,3	9,9
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	25	13,0	13,0	22,9
Katılıyorum	68	35,4	35,4	58,3
Kesinlikle Katılıyorum	80	41,7	41,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

11. yargıya 148 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken, 25 kişi kararsız kalmış ve 19 kişi ise katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 24: Katılımcıların 12. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	18	9,4	9,4	9,4
Katılmıyorum	64	33,3	33,3	42,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	35	18,2	18,2	60,9
Katılıyorum	49	25,5	25,5	86,5
Kesinlikle Katılıyorum	26	13,5	13,5	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 75 kişi katılıyorum, 82 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 35 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 25: Katılımcıların 13. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,2	4,2	4,2
Katılmıyorum	19	9,9	9,9	14,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	24	12,5	12,5	26,6
Katılıyorum	88	45,8	45,8	72,4
Kesinlikle Katılıyorum	53	27,6	27,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

13. yargıya 141 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 27 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 24 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 26: Katılımcıların 14. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	6	3,1	3,1	4,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	29	15,1	15,1	19,3
Katılıyorum	101	52,6	52,6	71,9
Kesinlikle Katılıyorum	54	28,1	28,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

14. yargıya genel bir katılım söz konusu olup, 155 kişi katılıyorum yönünde, 8 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 29 kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 27: Katılımcıların 15. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,1	2,1	2,1
Katılmıyorum	20	10,4	10,4	12,5
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	39	20,3	20,3	32,8
Katılıyorum	65	33,9	33,9	66,7
Kesinlikle Katılıyorum	64	33,3	33,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

15. yargıya 129 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 39 kişi kararsız kalmış ve sadece 24 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 28: Katılımcıların 16. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Uygun görülen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması şarttır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,1	3,1	3,1
Katılmıyorum	27	14,1	14,1	17,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	54	28,1	28,1	45,3
Katılıyorum	73	38,0	38,0	83,3
Kesinlikle Katılıyorum	32	16,7	16,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

16. yargıya genel olarak katılım söz konusu olup, 105 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiş, 54 kişi kararsız kalmış ve 33 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 29: Katılımcıların 17. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,1	3,1	3,1
Katılmıyorum	9	4,7	4,7	7,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	20	10,4	10,4	18,2
Katılıyorum	100	52,1	52,1	70,3
Kesinlikle Katılıyorum	57	29,7	29,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır" ifadesinin yer aldığı 17. yargıya genel olarak katılım söz konusudur. Bu yargıya 15 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş, 20 kişi kararsız olduğunu belirtmiş ve 157 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 30: Katılımcıların 18. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,6	3,6	3,6
Katılmıyorum	31	16,1	16,1	19,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	27	14,1	14,1	33,9
Katılıyorum	76	39,6	39,6	73,4
Kesinlikle Katılıyorum	51	26,6	26,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

18. yargıya da genel olarak katılım söz konusu olup, 127 kişi katılıyorum yönünde 38 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 27 kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 31: Katılımcıların 19. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	27	14,1	14,1	14,1
Katılmıyorum	53	27,6	27,6	41,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	56	29,2	29,2	70,9
Katılıyorum	45	23,4	23,4	94,3
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,7	5,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

19. yargıya katılanlar ve kararsız kalanlar birbirine eşit seyrederken 90 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 32: Katılımcıların 20. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının % 70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,3	6,3	6,3
Katılmıyorum	22	11,5	11,5	17,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	58	30,2	30,2	47,9
Katılıyorum	69	35,9	35,9	83,9
Kesinlikle Katılıyorum	31	16,1	16,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

20. yargıya 100 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken, 34 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 58 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 33: Katılımcıların 21. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	13	6,8	6,8	7,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	44	22,9	22,9	30,7
Katılıyorum	107	55,7	55,7	86,5
Kesinlikle Katılıyorum	26	13,5	13,5	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

21. yargıya genel olarak katılım söz konusudur. Bu yargıda 44 kişi kararsız olduğunu belirtirken 15 kişi katılmıyorum yönünde, 133 kişi de katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 34: Katılımcıların 22. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,2	4,2	4,2
Katılmıyorum	35	18,2	18,2	22,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	59	30,7	30,7	53,1
Katılıyorum	76	39,6	39,6	92,7
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,3	7,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

22. yargıya 90 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken, 43 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 59 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 35: Katılımcıların 23. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Ortez vb. iyileştirme araç ve gereçlerinden belirli bir katkı payı alınır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	23	12,0	12,0	12,0
Katılmıyorum	40	20,8	20,8	32,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	63	32,8	32,8	65,6
Katılıyorum	55	28,6	28,6	94,3
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,7	5,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Ortez vb. iyileştirme araç ve gereçlerinden belirli bir katkı payı alınır" ifadesinin yer aldığı 23. yargıya katılanlar, katılmayanlar ve kararsız kalanlar genel olarak birbirine yakın bir dağılım göstermektedir.

Tablo 36: Katılımcıların 24. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurdıklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Katılmıyorum	5	2,6	2,6	2,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	11	5,7	5,7	8,3
Katılıyorum	98	51,0	51,0	59,4
Kesinlikle Katılıyorum	78	40,6	40,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurdıklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar" ifadesinin yer aldığı 24. yargıda 176 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 11 katılımcı kararsız kalmış ve sadece 5 kişi katılmıyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 37: Katılımcıların 25. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 arttırılır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	16	8,3	8,3	9,9
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	50	26,0	26,0	35,9
Katılıyorum	60	31,3	31,3	67,2
Kesinlikle Katılıyorum	63	32,8	32,8	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

25. yargıya genel bir katılım söz konusuyken 50 kişi kararsız kalmış ve 19 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 38: Katılımcıların 26. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Katılmıyorum	12	6,3	6,3	6,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	34	17,7	17,7	24
Katılıyorum	79	41,1	41,1	65,1
Kesinlikle Katılıyorum	67	34,9	34,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz" ifadesinin yer aldığı 26. yargıya genel bir katılım söz konusudur. 12 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 34 kişi kararsız olduğunu belirtmiş ve 146 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 39: Katılımcıların 27. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	17	8,9	8,9	10,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	51	26,6	26,6	37,0
Katılıyorum	86	44,8	44,8	81,8
Kesinlikle Katılıyorum	35	18,2	18,2	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

27. yargıya da genel olarak bir katılım söz konusu olup 121 kişi katılıyorum yönünde, 20 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 51 kişi kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 40: Katılımcıların 28. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	9	4,7	4,7	5,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	23	12,0	12,0	17,7
Katılıyorum	102	53,1	53,1	70,8
Kesinlikle Katılıyorum	56	29,2	29,2	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

28. yargıya 158 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 11 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 23 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 41: Katılımcıların 29. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Katılmıyorum	4	2,1	2,1	2,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	17	8,9	8,9	10,9
Katılıyorum	81	42,2	42,2	53,1
Kesinlikle Katılıyorum	90	46,9	46,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya genel bir katılım söz konusudur. Katılımcılardan 171'i katılıyorum yönünde yanıt verirken 17'si kararsız kalmış ve sadece 4'ü katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 42: Katılımcıların 30. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,0	1,0	1,0
Katılmıyorum	14	7,3	7,3	8,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	15	7,8	7,8	16,1
Katılıyorum	85	44,3	44,3	60,4
Kesinlikle Katılıyorum	76	39,6	39,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz" ifadesinin yer aldığı 30. yargıya da genel bir katılım söz konusudur. 16 katılımcı katılmıyorum yönünde, 161 katılımcı katılıyorum yönünde yanıt vermiş ve sadece 15 katılımcı kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 43: Katılımcıların 31. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,7	4,7	4,7
Katılmıyorum	21	10,9	10,9	15,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	40	20,8	20,8	36,5
Katılıyorum	86	44,8	44,8	81,3
Kesinlikle Katılıyorum	36	18,8	18,8	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

31. yargıya 122 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 40 kişi kararsız kalmış, 30 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 44: Katılımcıların 32. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	3	1,6	1,6	2,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	9	4,7	4,7	6,8
Katılıyorum	111	57,8	57,8	64,6
Kesinlikle Katılıyorum	68	35,4	35,4	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

32. yargıya 179 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 9 kişi kararsız olduğunu ifade etmiş ve sadece 4 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 45: Katılımcıların 33. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	15	7,8	7,8	7,8
Katılmıyorum	38	19,8	19,8	27,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	53	27,6	27,6	55,2
Katılıyorum	57	29,7	29,7	84,9
Kesinlikle Katılıyorum	29	15,1	15,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

33. yargıya 53 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken, 53 kişi kararsız kalmış ve 86 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 46: Katılımcıların 34. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	2	1,0	1,0	1,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	18	9,4	9,4	10,9
Katılıyorum	82	42,7	42,7	53,6
Kesinlikle Katılıyorum	89	46,4	46,4	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

34. yargıya genel olarak katılım söz konusudur. Katılımcılardan 171'i katılıyorum yönünde yanıt verirken 18'i kararsız olduğunu belirtmiş ve sadece 3'ü katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 47: Katılımcıların 35. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,3	7,3	7,3
Katılmıyorum	51	26,6	26,6	33,9
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	63	32,8	32,8	66,7
Katılıyorum	47	24,5	24,5	91,1
Kesinlikle Katılıyorum	17	8,9	8,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

35. yargıya 65 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 63 kişi kararsız kalmış ve 64 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 48: Katılımcıların 36. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Katılmıyorum	4	2,1	2,1	2,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	32	16,7	16,7	18,8
Katılıyorum	98	51,0	51,0	69,8
Kesinlikle Katılıyorum	58	30,2	30,2	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

36. yargıya genel olarak katılım söz konusu olup 4 kişi katılmadığını, 32 kişi kararsız olduğunu ifade etmiş ve 156 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 49: Katılımcıların 37. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	5	2,6	2,6	3,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	18	9,4	9,4	12,5
Katılıyorum	98	51,0	51,0	63,5
Kesinlikle Katılıyorum	70	36,5	36,5	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

37. yargıya da genel olarak katılım söz konusudur. Katılımcılardan 168'i katılıyorum yönünde yanıt verirken 18'i kararsız olduğunu ifade etmiş ve 6'sı katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 50: Katılımcıların 38. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	7	3,6	3,6	4,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	23	12,0	12,0	16,1
Katılıyorum	117	60,9	60,9	77,1
Kesinlikle Katılıyorum	44	22,9	22,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Katılımcılar 38. yargıya da genel olarak katılım gösterirken, sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin önemi bir kez daha vurgulanmaktadır.

Tablo 51: Katılımcıların 39. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	1	,5	,5	,5
Katılmıyorum	19	9,9	9,9	10,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	58	30,2	30,2	40,6
Katılıyorum	86	44,8	44,8	85,4
Kesinlikle Katılıyorum	28	14,6	14,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

39. yargıya da genel olarak katılım söz konusuysa 58 kişi kararsız kalmış ve 20 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 52: Katılımcıların 40. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,1	2,1	2,1
Katılmıyorum	16	8,3	8,3	10,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	60	31,3	31,3	41,7
Katılıyorum	89	46,3	46,3	88,0
Kesinlikle Katılıyorum	23	12,0	12,0	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

40. yargıya 112 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 60 kişi kararsız kalmış ve sadece 20 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 53: Katılımcıların 41. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,6	1,6	1,6
Katılmıyorum	12	6,3	6,3	7,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	36	18,8	18,8	26,6
Katılıyorum	89	46,4	46,4	72,9
Kesinlikle Katılıyorum	52	27,1	27,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

"GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer" ifadesinin yer aldığı 41. yargıya genel olarak katılım söz konusudur. 15 kişi katılmıyorum, 141 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 36 kişi kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 54: Katılımcıların 42. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,6	3,6	3,6
Katılmıyorum	15	7,8	7,8	11,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	47	24,5	24,5	35,9
Katılıyorum	72	37,5	37,5	73,4
Kesinlikle Katılıyorum	51	26,6	26,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

42. yargıya 123 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken, 22 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 47 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 55: Katılımcıların 43. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,6	2,6	2,6
Katılmıyorum	1	,5	,5	3,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	25	13,0	13,0	16,1
Katılıyorum	92	48,0	48,0	64,1
Kesinlikle Katılıyorum	69	35,9	35,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

43. yargıya genel olarak katılım söz konusu olup 161 kişi katılıyorum yönünde 6 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 25 kişi kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 56: Katılımcıların 44. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,7	4,7	4,7
Katılmıyorum	20	10,4	10,4	15,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	53	27,6	27,6	42,7
Katılıyorum	87	45,3	45,3	88
Kesinlikle Katılıyorum	23	12,0	12,0	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

44. yargıya 110 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken, 29 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 53 kişi kararsız kalmıştır.

6.11.2.2. Katılımcıların Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Düzeyi Anketinde Yer Alan Yargıları Değerlendirmeleri

Tablo 57: Katılımcıların A1. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimi olmak beni mutlu ediyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	15	7,8	7,8	7,8
Katılmıyorum	30	15,6	15,6	23,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	47	24,5	24,5	47,9
Katılıyorum	74	38,5	38,5	86,5
Kesinlikle Katılıyorum	26	13,5	13,5	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 45 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 47 kişi kararsız kalmış ve 100 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 58: Katılımcıların A2. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimi olarak kendimi geliştirebiliyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,2	4,2	4,2
Katılmıyorum	37	19,3	19,3	23,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	32	16,7	16,7	40,1
Katılıyorum	90	46,9	46,9	87,0
Kesinlikle Katılıyorum	25	13,0	13,0	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 115 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 45 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş ve 32 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 59: Katılımcıların A3. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aldığım ücret benim için yeterli.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	70	36,5	36,5	36,5
Katılmıyorum	54	28,1	28,1	64,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	44	22,9	22,9	87,5
Katılıyorum	19	9,9	9,9	97,4
Kesinlikle Katılıyorum	5	2,6	2,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Aldığı ücretin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların sayısı 24’ken 124 kişi yetersiz olduğunu belirtmiş 44 kişi ise kararsız kalmıştır.

Tablo 60: Katılımcıların A4. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

İş güvenliğim var.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	42	21,9	21,9	21,9
Katılmıyorum	54	28,1	28,1	50,0
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	53	27,6	27,6	77,6
Katılıyorum	38	19,8	19,8	97,4
Kesinlikle Katılıyorum	5	2,6	2,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Aile hekimlerinden 43 kişi iş güvenliği olduğu yönünde, 96 kişi iş güvenliği olmadığı yönünde yanıt verirken 53 kişi kararsız kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 61: Katılımcıların A5. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aldığım eğitim mesleki kariyerimi destekliyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,8	6,8	6,8
Katılmıyorum	45	23,4	23,4	30,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	48	25,0	25,0	55,2
Katılıyorum	70	36,5	36,5	91,7
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,3	8,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 86 kişi katılıyorum yönünde, 58 kişi katılmıyorum yönünde yanıt verirken 48 kişi kararsız kalmıştır.

Tablo 62: Katılımcıların A6. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği diğer branşlarla eşdeğer tutuluyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	62	32,3	32,3	32,3
Katılmıyorum	69	35,9	35,9	68,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	37	19,3	19,3	87,5
Katılıyorum	21	10,9	10,9	98,4
Kesinlikle Katılıyorum	3	1,6	1,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 131 kişi katılmadığı yönünde yanıt verirken 37 kişi kararsız kalmış sadece 24 kişi katıldığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 63: Katılımcıların A7. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Diğer dal sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurabiliyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,3	7,3	7,3
Katılmıyorum	32	16,7	16,7	24,0
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	50	26,0	26,0	50,0
Katılıyorum	76	39,6	39,6	89,6
Kesinlikle Katılıyorum	20	10,4	10,4	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 96 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 46 kişi katılmıyorum yönünde yanıt vermiş 50 kişi ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 64: Katılımcıların A8. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Toplumumuzda aile hekimliği kavramı tam olarak biliniyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	89	46,4	46,4	46,4
Katılmıyorum	51	26,6	26,6	72,9
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	16	8,3	8,3	81,3
Katılıyorum	18	9,4	9,4	90,6
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,4	9,4	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 36 kişi katılırken 16 kişi kararsız kalmış ve 140 kişi katılmadığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 65: Katılımcıların A9. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Diğer dal sağlık profesyonelleri aile hekimliğine önem veriyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	54	28,1	28,1	28,1
Katılmıyorum	70	36,5	36,5	64,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	47	24,5	24,5	89,1
Katılıyorum	19	9,9	9,9	99,0
Kesinlikle Katılıyorum	2	1,0	1,0	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

21 katılımcı diğer dal sağlık profesyonellerinin aile hekimliğine önem verdiklerini düşünürken 47 kişi kararsız kalmış ve 124 kişi diğer dal sağlık profesyonellerinin aile hekimliğine önem vermediklerini düşündüklerini dile getirmişlerdir.

Tablo 66: Katılımcıların A10. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği diğer dal hekimler tarafından rakip olarak görülüyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	7	3,6	3,6	3,6
Katılmıyorum	27	14,1	14,1	17,7
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	50	26,0	26,0	43,8
Katılıyorum	68	35,4	35,4	79,2
Kesinlikle Katılıyorum	40	20,8	20,8	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 108 kişi katıldığı yönünde yanıt verirken, 50 kişi kararsız kalmış ve 34 kişi katılmadığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 67: Katılımcıların A11. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği ile ilgili gelişmeleri takip edebiliyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,7	5,7	5,7
Katılmıyorum	42	21,9	21,9	27,6
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	44	22,9	22,9	50,5
Katılıyorum	84	43,8	43,8	94,3
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,7	5,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıda 44 kişi kararsız kalmış, 53 kişi katılmadığı 95 kişi de katıldığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 68: Katılımcıların A12. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliğini destekleyen yasalar mevcut.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	35	18,2	18,2	18,2
Katılmıyorum	58	30,2	30,2	48,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	68	35,4	35,4	83,9
Katılıyorum	26	13,5	13,5	97,4
Kesinlikle Katılıyorum	5	2,6	2,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

31 kişi aile hekimliğini destekleyen yasaların mevcut olduğunu düşünürken 68 kişi bu konuda kararsız kaldığını, 93 kişi ise bu konuya katılmadığını ifade etmiştir.

Tablo 69: Katılımcıların A13. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Tekrar sınava girip farklı bir alana yönelmek istiyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	30	15,6	15,6	15,6
Katılmıyorum	49	25,5	25,5	41,1
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	51	26,6	26,6	67,7
Katılıyorum	34	17,7	17,7	85,4
Kesinlikle Katılıyorum	28	14,6	14,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 79 kişi katılmadığı, 51 kişi kararsız olduğu, 62 kişi ise katıldığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 70: Katılımcıların A14. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği branşını değiştirmeyi hiç düşünmedim.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	42	21,9	21,9	21,9
Katılmıyorum	56	29,2	29,2	51,0
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	44	22,9	22,9	74,0
Katılıyorum	34	17,7	17,7	91,7
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,3	8,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Katılımcılardan 98'si bu yargıya katılmadığı yönünde, 50'si katıldığı yönünde yanıt verirken 44'ü kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 71: Katılımcıların A15. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği her geçen gün daha fazla saygınlık kazanıyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	30	15,6	15,6	15,6
Katılmıyorum	53	27,6	27,6	43,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	53	27,6	27,6	70,8
Katılıyorum	44	22,9	22,9	93,8
Kesinlikle Katılıyorum	12	6,3	6,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 83 kişi katılmıyorum yönünde, 56 kişi katılıyorum yönünde yanıt verirken 53 kişi kararsız kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 72: Katılımcıların A16. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği branşı çalıştığım hastane idaresi tarafından tam olarak destekleniyor.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	47	24,5	24,5	24,5
Katılmıyorum	57	29,7	29,7	54,2
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	64	33,3	33,3	87,5
Katılıyorum	17	8,9	8,9	96,4
Kesinlikle Katılıyorum	7	3,6	3,6	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

24 katılımcı çalıştıkları hastane idaresi tarafından tam olarak desteklendiğini ifade ederken 104 katılımcı buna katılmadığını ifade etmiş, 64 katılımcı da kararsız kalmıştır.

Tablo 73: Katılımcıların A17. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliğinin ayrı bir kliniğinin olması gerektiğine inanıyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	5	2,6	2,6	2,6
Katılmıyorum	7	3,6	3,6	6,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	12	6,3	6,3	12,5
Katılıyorum	56	29,2	29,2	41,7
Kesinlikle Katılıyorum	112	58,3	58,3	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya genel olarak bir katılım söz konusu olup, 12 kişi katılmıyorum yönünde, 168 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiş ve 12 kişi kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 74: Katılımcıların A18. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimi olarak geleceğe dair net hedefler belirleyebiliyorum.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	46	24,0	24,0	24,0
Katılmıyorum	39	20,3	20,3	44,3
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	60	31,3	31,3	75,5
Katılıyorum	39	20,3	20,3	95,8
Kesinlikle Katılıyorum	8	4,2	4,2	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıyı değerlendirmede 60 kişi kararsız kalmış, 85 kişi katılmadığı yönünde 47 kişi ise katıldığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 75: Katılımcıların A19. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği asistan eğitiminde yapılan rotasyonel eğitimler oldukça yararlı.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,3	6,3	6,3
Katılmıyorum	24	12,5	12,5	18,8
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	54	28,1	28,1	46,9
Katılıyorum	85	44,3	44,3	91,1
Kesinlikle Katılıyorum	17	8,9	8,9	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

102 katılımcı aile hekimliğindeki rotasyonları oldukça yararlı bulduğunu ifade ederken 54 katılımcı bu konuda kararsız kalmış 36 katılımcı ise katılmadığı yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 76: Katılımcıların A20. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Aile hekimliği asistan eğitim programının içeriği taleplerimi karşılar niteliktedir.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kesinlikle Katılmıyorum	28	14,6	14,6	14,6
Katılmıyorum	63	32,8	32,8	47,4
Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	48	25,0	25,0	72,4
Katılıyorum	47	24,5	24,5	96,9
Kesinlikle Katılıyorum	6	3,1	3,1	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Bu yargıya 91 kişi katılmıyorum, 48 kişi kararsızım ve 53 kişi katılıyorum yönünde yanıt vermiştir.

Tablo 77: Katılımcıların A21. Yargıya Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı

Genel olarak değerlendirildiğinde aile hekimi olmaktan memnunuz.	Frekans	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evet	79	41,1	41,1	41,1
Hayır	56	29,2	29,2	70,3
Kararsızım	57	29,7	29,7	100,0
Toplam	192	100,0	100,0	

Aile hekimi olan katılımcılardan 79'u aile hekimi olmaktan memnunuz, 56'sı memnun değilim ve 57'si ise bu konuda kararsızım yanıtını vermiştir.

6.11.3. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Güvenilirlik, elde edilen ölçümler üzerindeki yorumlar ve daha sonra yapılan analizler için oldukça önemlidir. Ölçümlerde güvenilirlik, ölçümde yer alan yargıların iç tutarlılığı ile bağlantılıdır. Buradan yola çıkarak anket formunda yer alan yargıların iç tutarlılığı Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı ile analiz edilmiştir.

Aile hekimlerinin 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası kanununu değerlendirmeleri ile ilgili 44 yargının Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı;

Tablo 78: 44 Değişken İçin Ölçümlenen Güvenilirlik Oranı

Alfa Katsayısı	Değişken Sayısı
,872	44

Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet ile ilgili 21 yargının Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı;

Tablo 79 : 21 Değişken İçin Ölçümlenen Güvenilirlik Oranı

Alfa Katsayısı	Değişken Sayısı
,818	21

Alfa katsayısının 0,80 ile 1,00 arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesidir.¹⁴⁰ Dolayısıyla çalışmamızda istenilen güvenilirlik seviyesine ulaşılmıştır.

6.11.4. Araştırma Hipotez Testlerinin Analiz Sonuçları

Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından gruplandırılması amacıyla kümeleme analizi uygulanmıştır. Güvenilir olmasından dolayı kümeleme analizinde hiyerarşik olmayan k-ortalamlar yöntemi kullanılmıştır.¹⁴¹

Aile hekimlerinin 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından gruplandırılması adına 44 değişkenimiz bulunmaktadır. Küme sayısı ile ilgili herhangi bir literatür bilgisinin olmamasından dolayı küme sayısı deneme yanılma yöntemi ile belirlenmiştir. Bu aşamada k-ortalamlar yöntemi ile 2'li, 3'lü, 4'lü, 5'li, 6'lı, 7'li ve 8'li kümeler halinde analizler yapılmış, kümelere ayrılan cevaplayıcıların her bir kümedeki sayıları ve küme merkezleri arasındaki uzaklıkları incelenmiştir. En

¹⁴⁰ Ali Sait Albayrak v.d., **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ed. Şeref Kalaycı, 2. bs., Ankara, Asil Yayın Dağıtım, 2006, s.405.

¹⁴¹ A.e., s.360.

anamlı sonuçlar 2’li ve 8’li kümede bulunmuş ancak 8’li kümede dağılımlar çok çeşitlenmiş ve dengesizleşmiş olmasından dolayı 2’li kümeleme esas alınmıştır.

Tablo 80: K-ortalamlar Yöntemi 2 Kümeli Analiz ile Gruplanan Cevaplayıcı Sayılarının Kümelere Göre Dağılımı

Küme	1	95
	2	97
Geçerli Sayı		192
Kayıp		,000

Tablo 81: K-ortalamlar Yöntemi 2 Kümeli Analiz Sonucu Oluşan Nihai Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklık

Küme	1	2
1		4,190
2	4,190	

2’li küme analizi sonucunda oluşan kümelerdeki cevaplayıcı sayıları 95 ve 97 olarak ayrılmıştır. Bununla birlikte küme merkezleri arasındaki uzaklıklar 4,190 olarak ölçümlenmiştir. Analiz sonucu ortaya çıkan anlamlılık düzeyleri ise Tablo 82’de yer alan Anova tablosunda verilmiştir.

Tablo 82: Anova Tablosu

	Küme		Hata		F	Anlamlılık
	Ortalama Karesi	df	Ortalama Karesi	df		
1-Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.	26,343	1	0,979	190	26,905	0,000
2- GSS kanununda sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır.	0,774	1	0,619	190	1,251	0,265
3- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.	28,508	1	1,208	190	23,604	0,000
4- GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.	5,261	1	0,697	190	7,548	0,007
5- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca(Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.	4,302	1	0,829	190	5,192	0,024
6- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.	7,427	1	1,062	190	6,992	0,009
7- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.	26,058	1	0,918	190	28,386	0,000
8- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvurularda tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.	18,196	1	1,207	190	15,079	0,000
9- Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.	7,588	1	0,943	190	8,051	0,005
10- İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	12,158	1	0,774	190	15,698	0,005
11- Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	48,151	1	0,773	190	62,309	0,000
12- Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.	19,389	1	1,419	190	13,664	0,000
13- Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.	24,553	1	1,025	190	23,951	0,000
14- Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.	32,569	1	0,485	190	67,133	0,000
15-Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.	33,939	1	0,954	190	35,574	0,000
16- Uygun görülen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması şarttır.	3,261	1	1,046	190	3,118	0,079
17- Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.	8,761	1	0,833	190	10,519	0,001
18- Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır	21,593	1	1,186	190	18,212	0,000
19- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.	7,358	1	1,233	190	5,966	0,015
20- Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının %70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.	31,598	1	1,020	190	30,983	0,000
21- Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.	14,898	1	0,590	190	25,254	0,000
22- 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.	5,186	1	0,943	190	5,499	0,020
23- Ortez vb. iyileştirme araç ve gereçlerinden belirli bir katkı payı alınır.	3,28	1	1,196	190	2,742	0,099
24- Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.	10,828	1	0,428	190	25,321	0,000

	Ortalama Karesi	df	Ortalama Karesi	df	F	Anlamlılık
25-Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 arttırılır.	53,884	1	0,769	190	70,107	0,000
26- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	26,327	1	0,643	190	40,918	0,000
27- Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.	33,659	1	0,680	190	49,494	0,000
28- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.	26,327	1	0,559	190	47,079	0,000
29- Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	10,868	1	0,474	190	22,911	0,000
30- Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	31,11	1	0,685	190	45,435	0,000
31- GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.	27,183	1	0,979	190	27,758	0,000
32- Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.	14,368	1	0,372	190	38,663	0,000
33- Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.	20,997	1	1,255	190	16,727	0,000
34- Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	7,788	1	0,499	190	15,596	0,000
35- Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idari para cezası uygulanır.	30,103	1	1,010	190	29,809	0,000
36- Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.	4,747	1	0,524	190	9,058	0,003
37- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	14,857	1	0,496	190	29,96	0,000
38- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.	8,352	1	0,503	190	16,604	0,000
39- Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.	40,577	1	0,548	190	74,011	0,000
40- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.	25,638	1	0,648	190	39,542	0,000
41- GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.	16,819	1	0,761	190	22,088	0,000
42- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.	12,258	1	1,038	190	11,808	0,001
43-Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	20,859	1	0,623	190	33,489	0,000
44- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.	14,079	1	0,915	190	15,381	0,000

Anova tablosuna göre s2, s16 ve s23 hariç diğer değişkenlerin anlamlı oldukları görülmekte olup, bu değişkenler çıkarıldıktan sonra kümelerin nihai küme merkezleri aşağıda sunulmuştur.

Tablo 83: Nihai Küme Merkezleri

	Küme	
	1	2
1- Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.	4,43 Katılıyor	3,69 Katılıyor
3- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.	3,38 NKNK	2,61 NKNK
4- GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.	4,56 Kesinlikle Katılıyor	4,23 Katılıyor
5- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca(Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.	4,02 Katılıyor	3,72 Katılıyor
6- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.	3,58 Katılıyor	3,19 NKNK
7- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.	3,74 Katılıyor	3,00 NKNK
8- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.	3,86 Katılıyor	3,25 NKNK
9- Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.	4,28 Katılıyor	3,89 Katılıyor
10- İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	4,41 Katılıyor	3,91 Katılıyor
11- Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	4,58 Kesinlikle Katılıyor	3,58 Katılıyor
12- Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.	3,33 NKNK	2,69 NKNK
13- Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.	4,19 Katılıyor	3,47 NKNK
14- Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.	4,45 Katılıyor	3,63 Katılıyor
15- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.	4,28 Katılıyor	3,44 NKNK
17- Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.	4,22 Katılıyor	3,79 Katılıyor
18- Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır	4,03 Katılıyor	3,36 NKNK
19- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.	2,99 NKNK	2,6 NKNK
20- Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının %70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.	3,85 Katılıyor	3,04 NKNK
21- Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.	4,02 Katılıyor	3,46 NKNK
22- 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.	3,44 NKNK	3,11 NKNK

24- Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.	4,54 Kesinlikle Katılıyor	4,06 Katılıyor
25-Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 artırılır.	4,39 Katılıyor	3,33 NKNK
26- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	4,42 Katılıyor	3,68 Katılıyor
27- Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.	4,12 Katılıyor	3,28 NKNK
28- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.	4,42 Katılıyor	3,68 Katılıyor
29- Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	4,58 Kesinlikle Katılıyor	4,1 Katılıyor
30- Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	4,55 Kesinlikle Katılıyor	3,74 Katılıyor
31- GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.	4,00 Katılıyor	3,25 NKNK
32- Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.	4,54 Kesinlikle Katılıyor	3,99 Katılıyor
33- Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.	3,58 Katılıyor	2,92 NKNK
34- Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.	4,54 Kesinlikle Katılıyor	4,13 Katılıyor
35- Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.	3,41 NKNK	2,62 NKNK
36- Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.	4,25 Katılıyor	3,94 Katılıyor
37- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.	4,48 Katılıyor	3,93 Katılıyor
38- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.	4,23 Katılıyor	3,81 Katılıyor
39- Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.	4,09 Katılıyor	3,18 NKNK
40- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.	3,95 Katılıyor	3,22 NKNK
41- GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.	4,21 Katılıyor	3,62 Katılıyor
42- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.	4,01 Katılıyor	3,51 Katılıyor
43-Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.	4,47 Katılıyor	3,81 Katılıyor
44- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.	3,77 Katılıyor	3,23 NKNK

Analiz sonucunda, nihai küme merkezlerine bakılarak her bir kümenin ölçülen yargılar bazındaki değerleri görülmektedir. Genel olarak bakıldığında her iki kümenin de 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirirken olumlu yanıtlar verdiği ve genel olarak yargılara katıldıkları ya da çekimser kaldıkları söylenebilir.

Yapılan k-ortalamlar analizi sonucunda ayırt edici özelliği bulunmayan 3 yargı dışındaki yargıların kümeleme analizi sonucu anlamlı 2 küme oluşturduğu görülmüştür. Sonuç olarak aile hekimleri 5510 sayılı GSS kanunu değerlendirmeleri bakımından anlamlı kümeler oluşturduklarından dolayı birinci grup H_1 "Aile hekimleri GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanmaktadır" hipotezimiz büyük çoğunlukla kabul edilmiştir.

Araştırmamızın bundan sonraki aşamasında kümeleme analizi ile elde edilen kümelerin, demografik ve sosyo-kültürel özellikleri bakımından aralarında fark olup olmadığı ki-kare analiz yöntemiyle incelenmiş ve oluşan tablolarda değişkenler arası ilişki yorumlanmıştır.

Tablo 84: Kümeler İle Yaş Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Yaş	24-27 yaş	21	22	43	Pearson Chi-Square Value 11,173
	28-31 yaş	35	51	86	
	32-35 yaş	20	19	39	df 3
	36 yaş ve üzeri	19	5	24	Anlamlılık ,011
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square $0.011 < 0.05$ olduğu için yaş bakımından GSS kanununu değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark vardır. Yaş ortalaması genel olarak 28-31 yaş grubunda toplanmış ve kümeler arası dağılımın birbirine yakın

seyretmesinin yanı sıra 32 yaş ve üzeri katılımcıların 1. kümede daha fazla yer aldığı görülmüştür.

Tablo 85: Kümeler İle Cinsiyet Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Cinsiyet	Erkek	58	56	114	Pearson Chi-Square Value ,219 df 1 Anlamlılık ,639
	Bayan	37	41	78	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,639 > 0.05 olduğu için cinsiyet bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 86: Kümeler İle Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Medeni Durum	Bekâr	42	50	92	Pearson Chi-Square Value 1,035 df 1 Anlamlılık ,309
	Evli	53	47	100	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,309 > 0.05 olduğu için medeni durum bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 87: Kümeler İle Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi	0-24 ay	25	29	54	Pearson Chi-Square Value 19,074 df 5 Anlamlılık ,002
	25-48 ay	21	38	59	
	49-72 ay	17	13	30	
	73-76 ay	10	9	19	
	97-120 ay	6	7	13	
	121 ve Üzeri Ay	16	1	17	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0.002 < 0.05 olduğu için meslekteki toplam çalışma süresi bakımından GSS kanununu değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark vardır. Katılımcılardan 4 yıl ve altı çalışma süresine sahip olanların 2. kümede çoğunlukta olduğu, 4 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanların ise 1. kümede toplandığını söylemek mümkündür.

Tablo 88: Kümeler İle Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	1-25 Hasta	11	14	25	Pearson Chi-Square Value 1,242 df 3 Anlamlılık ,743
	26-50 Hasta	56	54	110	
	51-75 Hasta	15	12	27	
	76 Hasta ve Üzeri	13	17	30	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,743 > 0.05 olduğu için günlük ortalama bakılan hasta sayısı bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 89: Kümeler İle Günlük Ortalama Çalışma Saati Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Günlük Ortalama Çalışma Saati	6-8 saat	41	45	86	Pearson Chi-Square Value 1,231 df 2 Anlamlılık ,540
	9-11 saat	43	37	80	
	12 saat ve üzeri	11	15	26	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,540 > 0.05 olduğu için günlük ortalama çalışma saati bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 90: Kümeler İle Aile Hekimi Branşına Katılmadan Önceki Çalışma Deneyimi Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Aile Hekimi Olmadan Önceki Çalışma Deneyimi	Evet	61	54	115	Pearson Chi-Square Value 1,457 df 1 Anlamlılık ,227
	Hayır	34	43	77	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,227 > 0.05 olduğu için aile hekimi branşına katılmadan önceki çalışma deneyimi bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 91: Kümeler İle GSS İle İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
GSS Kanunu İle İlgili Bilgi Düzeyi	Biliyorum	67	84	151	Pearson Chi-Square Value 7,382 df 1 Anlamlılık ,007
	Bilmiyorum	28	13	41	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square $0,007 < 0,05$ olduğu için aile hekimlerinin GSS kanunu ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark vardır. GSS kanununu bilen katılımcı 2. kümede daha fazlayken, bilmeyenlerin büyük çoğunluğu 1. kümede toplanmıştır.

Tablo 92: Kümeler İle GSS İle İlgili Beklentilerin Örtüşmesi Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
GSS Kanunu İle İlgili Beklentilerin Örtüşmesi	Örtüşüyor	31	14	45	Pearson Chi-Square Value 9,767 df 2 Anlamlılık ,008
	Ne Örtüşüyor Ne Örtüşmüyor	42	48	90	
	Örtüşmüyor	22	35	57	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square $0,008 < 0,05$ olduğu için GSS ile ilgili beklentilerinin örtüşmesi bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark vardır. Genel olarak 1. kümede yer alan bireylerin beklentileri GSS kanunu ile örtüşürken, 2. kümede yer alan bireylerden 35'inin GSS kanunu ile beklentileri örtüşmemektedir.

Katılımcılardan 90 kişi bu konuda ne katılıyorum ne katılmıyorum cevabını verirken, bunların kümeler arası dağılımı birbirine yakındır.

Yapılan ki-kare analizleri neticesinde kümeler arasında yaş, meslekteki toplam çalışma süresi, GSS ile ilgili bilgi düzeyi ve GSS ile ilgili beklentilerin örtüşmesi bakımından anlamlı farklar bulunmuştur. Buna karşılık cinsiyet, medeni durum, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, günlük ortalama çalışma saati ve aile hekimi olmadan önceki çalışma deneyimi ile ilgili anlamlı farklar bulunamamıştır.

Yapılan ki-kare analizleri neticesinde birinci küme ile ilgili; 32 yaş ve üzeri katılımcıların burada toplandığı, 121 ay ve üzerinde çalışan katılımcıların sayısının fazla olduğu, GSS kanununu bilenlerin bilmeyenlere oranla daha fazla olduğu ve GSS kanununun beklentileri ile örtüştüğünü ifade edenlerin yoğunlukta olduğunu söylemek mümkündür.

İkinci küme ile ilgili; katılımcıların 28-31 yaş arasında olduğu, meslekteki toplam çalışma süresinin 25-48 ay (2-4 yıl) arasında olan katılımcıların sayısının fazla olduğu, GSS kanununu bilenlerin bu grupta toplandığını ve genel olarak GSS kanununun beklentileri ile örtüşmediğini ifade edenlerin yoğunlukta olduğunu söylemek mümkündür.

Sonuç olarak, 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından belirli kümelere ayrılan aile hekimlerinin, demografik ve sosyo-kültürel özellikleriyle ilişkisini açıklamak amacıyla kurulan ikinci grup **H₂** "GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin farklı demografik ve sosyo-kültürel özellikleri vardır." hipotezimiz yaş, meslekteki toplam çalışma süresi, GSS ile ilgili bilgi düzeyi ve GSS ile ilgili beklentilerin örtüşmesi açısından kabul edilirken, cinsiyet, medeni durum, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, günlük ortalama çalışma saati ve aile hekimi olmadan önceki çalışma deneyimi açısından red edilmiştir.

Son olarak da "GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin, aile hekimi olmaktan

duydıkları farklı memnuniyet düzeyleri vardır" hipotezinin testini gerçekleştirmek için ki-kare analizi uygulanmıştır.

Tablo 93: Kümeler İle Aile Hekimi Olmaktan Duyulan Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Kümeler		Toplam	Ki-kare Analizi Sonuçları
		1. Küme	2. Küme		
Aile Hekimi Olmaktan Memnunum	Evet	42	37	79	Pearson Chi-Square Value 1,155 df 2 Anlamlılık ,561
	Hayır	28	28	56	
	Kararsızım	25	32	57	
	Toplam	95	97	192	

0 beklenen değer (,0%) 5 değerinin altındadır.

Pearson Chi-Square 0,561 > 0.05 olduğu için aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeyi bakımından GSS değerlendirme kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Böylece 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından belirli kümelere ayrılan aile hekimlerinin, aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeylerini açıklamak amacıyla kurulan üçüncü grup H_3 "GSS kanununun kendilerini ilgilendiren kısımlarını değerlendirmeleri bakımından farklı gruplarda toplanan aile hekimlerinin, aile hekimi olmaktan duydukları farklı memnuniyet düzeyleri vardır." hipotezimiz red edilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde sağlık bakım sektöründe yaşanan sorunlar her geçen gün biraz daha artmaktadır. Bu durum hem hizmeti alanlar hem de hizmeti verenler açısından tahammülü zor sıkıntılara sebep olurken hayatın vazgeçilmez unsuru olan sağlık ve sağlık hakkının kaybıyla sonuçlanmaktadır. Sağlık göstergelerindeki olumsuz gidişlerin durdurulması, bireylerin yaşam kalitesinin sağlanıp sürdürülmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak gerçekleştirilebilmesi adına 2003 yılından bu yana yürütülen çalışmaların geldiği son nokta Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak isimlendirilmiştir. Bu programın temel amacı, sağlık bakım sektöründeki olumsuzlukların ortadan kaldırılması, toplumdaki tüm bireylere ve sağlık çalışanlarına huzurlu bir ortamın sağlanmasıdır.

Çalışmamızda, insan hayatı için oldukça önemli olan sağlık bakım sektöründe, köklü bir değişim niteliğinde olan 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununun aile hekimi olan bireyler tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan anket formu ile elde edilen sonuçlar neticesinde aile hekimlerinin GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından farklı kümeler ayrılıp ayrılmadığı ve farklı kümelerde yer alan katılımcıların demografik ve sosyo-kültürel özellikleri ile aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeyleri baz alınarak farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Aile hekimlerinin 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından farklı kümeler ayrılıp ayrılmadığının tespiti için, kümeleme analizi uygulanmış ve aile hekimlerinin anlamlı olarak iki kümeye ayrılabilceği görülmüştür. Ayrılan bu iki kümenin nihai küme merkezleri incelendiğinde; genel olarak yargılara katılımları bakımından olumlu yanıtlar verdikleri görülürken, 1. kümede yer alanların 2. kümeye göre daha kararlı destekledikleri tespit edilmiş olduğundan, 1. kümenin kararlı destekleyenler 2. kümenin ise çekimser destekleyenler olarak isimlendirilmesi uygun bulunmuştur.

Kararlı ve çekimser destekleyenler şeklinde sınıflandırdığımız kümelerimiz hakkında daha net bilgi sahibi olabilmek için yargılara verdikleri yanıtları ve demografik ve sosyo-kültürel özelliklerini incelemekte yarar olduğu düşünülmektedir.

1. Küme (Kararlı Destekleyenler) : Bu kümede yer alanların yargılara daha kararlı ve net olarak katıldıkları gözlenmiştir. Kararlı destekleyenler kümesinin yargılara verdikleri yanıtlar;

Kararlı destekleyenlerin "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını verdikleri yargılar:

- GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.
- Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.
- Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.
- Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.
- Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.

Kararlı destekleyenlerin "Katılıyorum" yanıtını verdikleri yargılar;

- Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.
- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca (Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.
- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.
- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.
- Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.
- İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.
- Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.
- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.
- Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır.
- Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının %70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.

- Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.
- Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 arttırılır.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.
- GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.
- Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.
- Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.
- Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.
- GSS’li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.
- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.

- Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.

Kararlı destekleyenlerin "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum" yanıtını verdikleri yargılar;

- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.
- Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.
- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.
- 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.
- Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.

Kararlı destekleyenler kümesinin yargılara verdikleri yanıtlardan sonra demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine bakılırsa; bu grubun yaş ortalaması bakımından daha büyük katılımcılardan oluştuğu (32 yaş ve üzeri katılımcı sayısı daha fazla), çalışma deneyimi fazla olan bireylerin bu kümede yer aldığı (121 ay ve üzeri çalışanların sayısı fazla) görülmektedir. Kararlı destekleyenler kümesinde; GSS kanununu bilenlerin bilmeyenlere oranla daha fazla olduğu, beklentilerinin genel olarak GSS kanunu ile karşılanabileceğine inananların çoğunlukta olduğu gözlenmiştir. Bu kümede yer alanları uzun bir süredir aile hekimi olarak çalışan, aile hekimi olmayı benimsemiş, her türlü yeni uygulamayı daha kolay kabullenebilenler olarak nitelendirmek de mümkündür. Bu kümedekiler GSS kanunu ile ilgili daha fazla bilgilendirilerek, desteklerinin sürekliliği sağlanabilir.

2. Küme (Çekimser Destekleyenler) : Bu kümede yer alanların nihai küme merkezlerine göre yargılara daha çekimser olarak katıldıkları gözlenmiştir. Çekimser destekleyenler kümesinin yargılara verdikleri yanıtlar;

Çekimser destekleyenlerin "Katılıyorum" yanıtını verdikleri yargılar:

- Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.
- GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.
- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca (Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.
- Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.
- İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.
- Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra) resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.
- Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.

- Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.
- Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.
- Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.
- Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.
- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.
- GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.
- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.
- Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.

Çekimser destekleyenlerin "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum" yanıtını verdikleri yargılar;

- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.
- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.
- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.

- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihinde kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.
- Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.
- Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.
- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.
- Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır.
- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.
- Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının %70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.
- Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.
- 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.
- Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 arttırılır.
- Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.
- GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.
- Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.

- Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.
- Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.

Çekimser destekleyenler kümesinin yargılara verdikleri yanıtlardan sonra demografik ve sosyo-kültürel özelliklerine bakılırsa; bu kümede yaş ortalaması bakımından 28-31 yaş arası bireylerin fazla olması ile birlikte 28 yaş altı katılımcının da kararlı destekleyenlere göre daha fazla olmasından dolayı daha çok genç yaştaki katılımcıların yer aldığı, çalışma deneyimi genel olarak 25-48 ay arasında olan, 121 ay ve daha fazla çalışan katılımcının 1 kişi ile sınırlı kaldığı kısacası genç katılımcıların olduğu görülmektedir. Ayrıca bu kümede GSS kanununu bilenlerin genel olarak daha fazla olmasıyla birlikte beklentilerinin GSS kanunu ile karşılanabileceğine inanmadıkları görülmektedir. Bu küme elemanlarını tesadüfî olarak aile hekimliği branşını seçmiş, imkânları olsa farklı alanlara yönelmeye müsait genç katılımcılar olarak nitelendirmek mümkündür. GSS kanununu bilen aile hekimleri için GSS kanunu beklentileri karşılar nitelikte değildir. Bu kümedekilerin GSS kanunu ile ilgili beklentilerinin belirlenmesi ve kanun içeriğinin bu beklentilere cevap verecek şekilde düzenlenmesi uygulayıcı roldeki aile hekimleri için önem taşımaktadır. Kanunun tekrar gözden geçirilmesinde bu genç ve bilinçli grubun seçilerek fikirlerinin alınması, özellikle kanunda yer alan ifadelerden çekimser destekledikleri ifadeler üzerinde durularak düzeltilebilecek kısımlarının tespiti ve bu ifadelerin yeniden düzenlenmesi, gelecek dönemlerdeki uygulamalarda oluşabilecek sıkıntıları ortadan kaldıracak gibi mutlu sağlık çalışanı ve mutlu sağlık hizmeti alıcılarının oluşmasına olanak sağlayacaktır.

Ayrıca GSS kanununu değerlendirmeleri bakımından oluşan 2 farklı kümenin demografik ve sosyo-kültürel özellikleri ve aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiler ki-kare analiz yöntemi kullanılarak test edilmiştir. Analiz sonucuna göre yaş, meslekteki toplam çalışma süresi, GSS kanunu ile ilgili bilgi düzeyleri ve beklentilerinin örtüşmesi bakımından değerlendirme kümeleri arasında anlamlı fark varken, cinsiyet, medeni durum, günlük bakılan ortalama hasta sayısı, ortalama çalışma saati, aile hekimi olmadan önceki çalışma deneyimi ve aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeyleri bakımından kümeler arası anlamlı fark tespit edilememiştir. Çalışmamızda özel muayenehane sahibi olan katılımcıların sayıca azlığı ve mezun oldukları fakültelerin çok çeşitlilik göstermesi sebebiyle birim başına düşen kişi sayılarının azalmasından dolayı bu verilerle ki-kare analizi uygulanması anlamlı olamamıştır.

Sonuç olarak aile hekimlerinin 5510 sayılı GSS kanununu değerlendirmelerinde yaş, çalışma deneyimi, bilgi düzeyi ve beklentilerinin örtüşmesi oldukça önemli olup kümeler arasında farklılıkların oluşmasına etken olmaktadır. Böyle bir kanunun hazırlanması aşamasından itibaren uygulayıcı olarak görülen aile hekimlerinin bilgi ve tecrübelerine başvurulması, özellikle saha çalışmaları ile çalışma sistemlerinin görülüp buralarda yaşanan sıkıntılara sistemi alt üst etmeden çözüm olabilecek alternatiflerin oluşturulması oldukça önemlidir. Çalışma sahası göz önünde bulundurulmadan ortaya konacak alternatifler başarıdan ziyade çöküş nedeni olabileceğinden, özellikle uygulayıcı roldeki hekimlerin fikir ve görüşleri göz ardı edilmemelidir. Ayrıca yapılan her türlü çalışma, getirilen yenilik öncesinde mutlaka ilgili kişilerin konu hakkında bilgilendirilmeleri ve yaşayarak öğrenme yaklaşımının terk edilmesi köklü değişikliklerin arifesinde sistemin sağlam temeller üzerine kurulmasına olanak sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Aile Hekimliğinde Son Durum, y.y., Ankara, TTB Yayınları, Eylül 2006.
- Akalın, Erdal: "Sağlık Reformu Amaçlar, İlkeler ve Ülkeler", **Marka Bakış Sağlık Politikası Gündemi**, S.1, Ankara, Öykü Reklâm Yay, 2005.
- Akdağ, Recep: **Sağlık Bakanlığı 2006 Bütçesi ve Hedefleri**, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, Aralık 2005.
- Akdoğan, Ceyda: "Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 18.05.2007.
- Akgül, Aziz: "Genel Sağlık Sigortası", Türkiye'nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5, Ankara, Türkiye İsrarı Önleme Vakfı Yayınları, Mart 2003.
- Akın, Ayşe: "Sağlıktaki Dönüşüm Neye ve Nereye", Sağlığa Bakış, (çevrimiçi) <http://www.medimagazin.com.tr>, 11.04.2005.
- Akman, Taner: "Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları" 2004, (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.org/index.php>, 12.05.2007.
- Akpınar, Nihat: "Sağlıkta e-Dönüşüm", (çevrimiçi) http://www.sbu.saglik.gov.tr/bilisim06/kongresonuc_son.pdf, Kasım 2006.
- Aksaoğlu, Gazanfer: "İngiltere Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64-65, Ankara, TTB Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995, s.96-97.
- Aktan, Coşkun, Can: "Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması", Yayınlanmamış Rapor, Ankara, Nisan 2004.
- Aktan, Coşkun C., Işık, Kadir: "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Ed. Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, 2007.

- Aktan, Coşkun C.,
Işık, Kadir: "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Ed. Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, 2007.
- Albayrak, Ali v.d.: **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ed. Şeref Kalaycı, 2. bs., Ankara, Asil Yayın Dağıtım, 2006.
- Algın, Kürşat,
Şahin, İsmet ve
Top, Mehmet: "Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Yıl:15, S.1, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, 2005.
- Alper, Yusuf: "Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar", İstanbul, Alfa Yayımcılık, 1999.
- Ata, Naim: "Aile Hekimliğine Götüren Nedenler", (çevrimiçi), <http://www.ailehelimliigi.com.tr>, 15.06.2007.
- Aydın Sabahattin v.d.: Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004.
- Bakar, Coşkun,
Akgün, Seval: "Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikâye", Toplum ve Hekim Dergisi, C.20, S.5, Ankara, TTB Yayınları, Eylül-Ekim 2005, s.339–350.
- Bass, Elizabeth: "Health Insurance Covarage in America: Are Immigrant Different?", Doctor Thesis, University of Illinois At Chicago, Chicago, 2003.
- Başağaoğlu, İbrahim,
Demirhan, Ayşe: **Sağlık Sigortası ve Etik Sorunlar**, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2003.
- Bayram, Levent: "İngiltere’deki Aile Hekimliği Uygulamasına Genel Bir Bakış", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 30.03.2007.

Birinci Basamak Hizmetlerin Gelişmesi İçin Aile Hekimliği Eğitimi Çalışma Grubu

Raporu, (çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr>, Ankara,
Ocak 1993.

Bindman, Andrew, B.,

Majeed, Azeem: "Organisation of Primary Care in The
United States", BMJ Journal Volume 326, (çevrimiçi)
<http://www.gpscholar.uthscsa.edu>, 23 March 2003, s.631-634.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı,
A.T Sosyal Güvenlik Kılavuzu, Ankara, Ocak 2000.

Çelik, Hüseyin: Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri,
İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.

Çelik, Hüseyin: "Genel Sağlık Sigortası İle Getirilen Yenilikler", (çevrimiçi)
<http://www.ohsad.org.tr> , 12.04.2006.

Dağdeviren, Nezi: "Aile Hekimliğinin Kilometre Taşlarından Biri: Milis ve
Willard Raporları", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>,
17.07.2007.

Demir, Mehmet: "Ayaktan Hastalara Yönelik Vaka Başına (Başvuru Baş) Ödeme Modeli", (çevrimiçi)
<http://www.medimagazin.com.tr/turkçemakaleler>,
02.10.2006.

DİSK, KESK, TMMOB, TTB: "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasına
İlişkin Görüşlerimiz", DİSK'in Sesi, Ekbil Matbaacılık,
İstanbul, Mayıs 2006.

DPT: Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyon Raporu, Ankara,
DPT Yayını, 1991.

Dosya: Aile Hekimliği: Hekim Forumu, İstanbul, İTO Yayını, Haziran-Temmuz
2007.

Ener, Meliha,

Yelkikalan, Nazan: "Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden
Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi", Kocaeli
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (6), Kocaeli,
2003, s. 99-113.

- Erdoğan M.Sarper,
Saltık, Ahmet: "Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.11, S.74, Ankara, TTB Yayınları, Temmuz-Ağustos 1996.
- Erdoğan, M.Sarper,
Ekuklu, Galip: "Almanya'da Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64-65, Ankara, TTB Yayınları, Kasım 1994-Şubat 1995.
- Ergör, Gül,
Öztek, Zafer: "Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi", 1995, (çevrimiçi), <http://undp.un.org.tr/who/Faaliyet.htm> , 18.12.2006.
- Ersoy, Füsün,
Sarp, Nilgün: "Restructuring The Primary Health Care Services and Changing Profile of Family Physicians in Turkey", Family Practice, Vol.15, No.6, 1998, s.576-578.
- Ertem, Ümit, T.: **Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar**, Ed.Fatma Akça Ay, Elma Basım, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd.Şti, 2007.
- Fink, Ulf: "Alman Hastalık Sigortasının Reformu", **Türkiye ve Almanya'da Sosyal Güvenlik Sistemleri Reformu**, Ankara, 18-19 Aralık 1997.
- Fişek, Nusret: "Halkımıza Sağlık Hizmetlerini Nasıl Götürebiliriz?", Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I, (çevrimiçi) http://www.ttb.org.tr/n_fişek/kitap_1, 26 Eylül 2005.
- Fişek, Nusret: "Sağlık Alanında Sigortacılık", Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I, (çevrimiçi) http://www.ttb.org.tr/n_fişek/kitap_1, 29 Ocak 2007.
- Freeman, Sarah: "The National Health Insurance System in France", (çevrimiçi) <http://www.bahamashealthcarereform.org.tr/documants/france.pdf>, 15.06.2007.

- Getzen, Thomas: "Health Economics: Fundamentals and Flows of Funds", NewYork, Temple University Press And John Willey And Sons Inc. 1997.
- Geyman, John: "Family Medicine and Health Care Reform", Journal of American Family Physician, Washington, September 1, 2005.
- Görpelioglu, Süleyman: "Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği Amacı ve Yapısı" **Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama, Ankara**, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004.
- Grosse, Susanne,
- Figueras, Joseph: "Snapshots of Health Systems", Copenhagen, WHO, 2004.
- GSS Türk Tabipler Birliği Görüşleri, II. Baskı, Ankara, TTB Yayınları, 2005.
- Hayran, Osman: "Sağlık Hizmetleri", **Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat**, Ed.Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul, Yüce Yayım, 1998, s.15-32.
- Hayran, Osman: "Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü", **Hastane Yöneticiliği**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Savaş Ciltevi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1997, s.43-53.
- Health Insurance in France, (çevrimiçi) <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>, 12.07.2007.
- Health Insurance in France, (çevrimiçi) <http://www.fnak.fr/dnhealthcoversystemfrance>, 04.04.2007.
- İlter, Bahattin: "Neden Aile Hekimliği", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimligi.com.tr>, 06.05.2007.
- Kalkan, Orhun: "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması", Mart 2003, (çevrimiçi) <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp>, 15.04.2007.
- Kalkan, Orhun: "Sağlığı Koruma İlkeleri", Kasım 2001, (çevrimiçi) <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp>, 13.10.2006.
- Kavuncubaşı, Şahin: **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000.

- Kılıç, Bülent,
Bumin, Çiğdem: "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, c:8, n: 53,
Şubat, Ankara, 1993, s.41-47.
- Kısa, Sezer,
Kısa, Adnan: "National Health System Steps in Turkey", The Health
Care Manager Volume 25, Number 3,y.y., 2006, s.254-262.
- Macit, Fatih: "Aile Hekimliği ve Değiştirdikleri", (çevrimiçi)
<http://www.ailehekimleri.net>, 12.05.2007.
- Metin, Bekir: "Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde
Sağlık Reformları" Ankara, 2003, (çevrimiçi)
<http://www.undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10B>,
10.03.2007.
- Normand, Charles,
Weber, Axel: "Social Health Insurance", WHO, 1994.
- Oktaç, Cem: "Genel Sağlık Sigortası ve Acil Servisler", (çevrimiçi)
<http://www.medimagazin.com.tr>, 25.12.2006.
- Özcan Paycı, Sevgi,
Ünlüoğlu, İlhami: "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği
Ed. Süleyman Görpelioğlu, Aile Doktorları İçin Kurs
Notları Birinci Aşama, Ankara, Sağlık Bakanlığı
Yayını, 2004.
- Özçakar, Nilgün: "Aile Hekiminin Görev Tanımı", Ed. Süleyman
Görpelioğlu, Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci
Aşama, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını,2004.
- Özdemir, Oya,
Ocaktan, Esin,
Akdur, Recep: "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci
Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", **Ankara
Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4,
Ankara, 2003, s.207-216.

- Özsarı, Haluk: "Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri", (çevrimiçi) <http://www.hastanedergisi.com.tr>, 12.10.2006.
- Öztekin, Zafer: "Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", **Hacettepe Tıp Dergisi**, C31, Ankara, 2000.
- Sağlıkta Dönüşüm: T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003.
- Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.12-13.
- Saltık, Ahmet: "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 10, Sayı:68, Ankara, TTB Yayınları, Temmuz Ağustos,1995.
- Sanhalzer, Hagen, Yaman, Hakan: "Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 04.00.2007.
- Sargutan, Erdal: "Türk Sağlık Sektörünün Yapısı", **Sağlık-İş Yayınları**, Ankara,1993, s.13.
- Serin, İlhan : **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği**, İstanbul, Kazancı Kitapevi, 2004.
- Soyer, Ata, Öcek, Zeliha: "Aile Hekimliği Pilot İllerinin Bazı Özellikleri", **Tıp Dünyası**, Sayı:151, Ankara, TTB Yayınları, 1 Mart 2007.
- Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, (çevrimiçi) <http://www.calisma.gov.tr> , Ankara, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayını, Nisan 2005.
- Sucu, Tolga: "Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulamaları", (çevrimiçi) <http://www.ailehekimleri.net>, 14.06.2007.
- Sur, Haydar: **Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim**, İstanbul, Avrasya Global A.Ş., 2006.

- Sur, Haydar: "Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi",
Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur,
İstanbul, Yüce Yayın, 1998, s.217-227.
- Sur, Haydar,
Köse, M. Rıfat: "Son Günlerin Gündeminden Hiç Düşmeyen Bir
Konu: Aile Hekimliği", (çevrimiçi)
<http://www.merih.net> 19.02.2006.
- Svab, Igor,
Görpelioglu, Süleyman: **Assessment Of Human Resources For The
Proposed Family Medicine System in Turkey**, Joint
Report, Ankara, May,2004.
- Şakar, Ayşe Y.: "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları",
Sağlık-İş Dergisi, İstanbul, 1999.
- Şenatalar, Burhan: "Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış", C.Ü Tıp
Fakültesi Dergisi, 25 (4), Özel Ek, y.y.y., 2003, s.25-
30.
- Tatar, Fahrettin: "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", **Toplum ve
Hekim**, Cilt 11, Sayı 72, Ankara, TTB Yayınları,
Mart-Nisan 1996.
- Tekin, Fazıl: "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Anadolu
Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.5, S.1, Eskişehir,
Haziran, 1987.
- The Health Insurance System of Germany, (çevrimiçi)
<http://www.ess-europe.de/en/germany.htm>,
12.07.2007.
- Tokat, Mehmet: **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi
Yayınları, 1998.
- Turan, Nurcan: "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe
Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık
Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve
Olanakları",y.y.y., Eskişehir 2004.

- "Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli ve Genel Sağlık Sigortası Kongre Notu",
<http://www.sif.org.tr/index.php>, 14-15 Eylül 2006.
- Tüzer, Tavbiy, T.,
Görpelioglu, Süleyman: "Aile Hekimliği" **Yeni Türkiye Dergisi**,
Yıl 7, Sayı:39, Sağlık Özel Sayısı, Ankara, Mayıs-
Haziran, 2001.
- US Social
Security Administration: Social Security Programs, Throughout The
Word-1999, USA:1999.
- Uz, Hulki: "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti
Sunanlara Ödeme Modelleri", **Sağlık Hizmetleri El
Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim
Mevzuat**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul,
Yüce Yayım, 1998, s.91-110.
- Üstünel, Aziz: "Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması", **Hastane
Yöneticiliği**, Ed. Osman Hayran, Haydar Sur, Savaş
Ciltevi, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1997,s.54-60.
- Yaman, Hakan,
Özen, Mehmet: "Satisfaction with Family Medicine Training in
Turkey: Survey of Residents", 2002, (çevrimiçi)
<http://www.cmj.hr> , 15.05.2006.
- Yalçın, Türkan,
Yıldırım, Hüseyin: "Sağlık Hizmetleri Finansmanı", **Yeni Türkiye
Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, No:40, Ankara, 2001.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin: "Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri
Finansmanı Açısından Bir Sorgulama" (çevrimiçi)
<http://www.saglikyonetimi.org>, 09.02.2004.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin: "Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı:
Eleştirel Bir Sorgulama", (çevrimiçi)
<http://www.absaglik.com,29.12.2004>.

Yıldırım, Hasan Hüseyin: "Avrupa Birliği Sürecinde Kamu Hastanelerinde Değişim Dinamiği", Hospital News Hastane Dergisi, Yıl 5, Sayı 27, y.y.y, Mart-Nisan 2004, s-28-34.

Velioğlu, Perihan,

Oktay, Sevgi:

Sağlık Kurumları Yönetimi, Ed. Ziyaettin Bildirici, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1999.

WHO Regional Office For Europe: "Highlights On Health in France", July 1997
(çevrimiçi) <http://www.who.org> ,06.05.2006.

224 Nolu Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12.01.1961
Tarihli ve 10705 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi)
<http://www.saglik.gov.tr> , 01.02.2006.

2709 Nolu 07.11.1982 kabul tarihli TC. Anayasası, (çevrimiçi)
<http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>, 14.04.2007.

5258 Nolu Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve
25665 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi)
<http://www.saglik.gov.tr> , 01.02.2006.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16.06.2006 tarihli
ve 26200 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi)
<http://www.saglik.gov.tr>, 2006.

[http:// www.bursasaglik.gov.tr/ailehekimligi/tarihce.htm](http://www.bursasaglik.gov.tr/ailehekimligi/tarihce.htm), 24.08.2007.

<http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php> /15.04.2006.

<http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm>, 15.05.2007.

<http://www.tahud.org.tr/modulus/bilgiler/index.php>, 2005.

<http://www.edirnesm.gov.tr/belgeler/ah/dunyadaailehekimligiuygulamalari>, 2006.

EK I

SOSYAL SİĞORTALAR VE GSS KANUNU

ÜÇÜNCÜ KISIM

Genel Sağlık Sigortası Hükümleri

BİRİNCİ BÖLÜM

Kapsamdaki Kişiler ve Tescili

Genel sağlık sigortalısı sayılanlar

MADDE 60- Yerleşim yeri Türkiye'de olan kişilerden;

a) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının;

1) (a) ve (c) bentleri gereğince sigortalı sayılan kişiler,

2) (b) bendi gereğince sigortalı sayılan kişiler,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerine göre sigortalı sayılmayanlardan;

1) 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında yeşil kart verilen kişiler,

2) Vatansızlar ve sığınmacılar,

3) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

4) 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,

5) 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

6) 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

7) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

8) Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

9) 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74 üncü maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler,

d) Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,

e) 25/8/1999 tarihli ve 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler,

f) Bu Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler,

genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (a), (b), (c), (f), (g), (h), (ı), (j) ve (k) bentlerinde sayılanların öncelikle, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olup olmadığına bakılır. Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi ise tescili yapılmaz. Aksi takdirde birinci fıkra hükümlerinden durumuna uyan bende göre genel sağlık sigortalısı sayılır. Birinci fıkranın (f) bendi kapsamında gelir alması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanlar, aynı zamanda diğer bentler gereği de genel sağlık sigortalısı sayılması halinde (f) bendi dışındaki bentler kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır.

6 ncı maddenin birinci fıkrasının (d), (e) ve (l) bentleri kapsamında olanlar, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan hükümlü ve tutuklular, kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı olanlar, birinci fıkranın (d) bendi kapsamına girenler Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olması halinde genel sağlık sigortalısı ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılmazlar.

Birinci fıkranın (d) ve (g) bentlerinin uygulanmasında evli olanlar için, eşlerden hangisinin bu maddeye göre genel sağlık sigortalısı, hangisinin bakmakla yükümlü olunan kişi olacağının tespiti kendi tercihlerine bırakılır. Diğer bentler gereği eşlerin her ikisinin de genel sağlık sigortalılık şartlarının oluşması halinde her ikisi de ayrı ayrı genel sağlık sigortalısı sayılır.

Genel sağlık sigortalılığının başlangıcı, bildirimi ve tescili

MADDE 61- Genel sağlık sigortalılığı başlangıcının tespiti ve tescil işlemleri aşağıdaki hükümlere göre yürütülür. 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının;

a) (a) ve (b) bentlerinde sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirimle gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

b) (c) bendinde sayılanlar; ilgili mevzuatları gereği yeşil kart aldıkları, aylığa hak kazandıkları, vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ilgili kurumların kapsama alınan tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

c) (d) bendinde sayılanlar; Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

d) (e) bendinde sayılanlar, işsizlik ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlik ödeneğinin bağlandığı tarihten itibaren bir ay içinde vereceği genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

e) (f) bendinde sayılanlar; gelir veya aylıktan yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirimle gerek olmaksızın tescil edilmiş sayılır.

f) (g) bendinde sayılanlar; diğer bentlere göre genel sağlık sigortalısı olmadıkları tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve bu tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri genel sağlık sigortası giriş bildirgesi ile tescil edilirler.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı sayılanların çocukları, ana ya da babanın tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşına kadar genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlandırılır. 18 yaşından küçük çocuğun ana ve babası da yok ise 18 yaşına kadar 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (7) numaralı alt bendi kapsamında primi Devlet tarafından ödenmek üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.

60 ıncı madde gereği genel sağlık sigortalısı iken durumunda değişiklik olan kişilerden, aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendine veya (g) bendi kapsamına giren kişiler durumlarında değişiklik olduğu tarihten itibaren en geç bir ay içinde 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Kanun gereği yeşil kart veren kuruma başvurmak zorundadır. Bu kişilere yeşil kart verilmemesi halinde değişiklik olduğu tarihten başlamak üzere (g) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

Genel sağlık sigortalılığı, yerleşim yerinin Türkiye olmadığı veya 60 ıncı maddenin üçüncü fıkrası gereği genel sağlık sigortası kapsamı dışına çıkılan tarihten itibaren sona erer.

Bu maddede belirtilen genel sağlık sigortası giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenler hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre idarî para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortası giriş bildirgesinin içerik ve şekli ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma

MADDE 62- Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır.

Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

MADDE 63- Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si.

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması,

şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Kurum, bu amaçla bilimsel komisyonlar kurar, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir.

60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar, Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri

MADDE 64- Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri

MADDE 65- Hekimin veya diş hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevinde, ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri; yatarak

tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri Kurumca karşılanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında, hekimin veya dış hekiminin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanır.

Yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı 72 nci maddede belirtilen Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.

Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti giderleri ile yol ve gündelik giderleri de bu madde hükümlerine göre ödenir.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yurt dışında tedavi

MADDE 66- 63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Ancak;

a) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından; işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere,

c) Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin,

sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.

Ancak, yukarıdaki fıkranın (a) ve (b) bentleri gereği yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır.

Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, bu Kanun

kapsamına giren sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlere ilişkin giderlerin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı, kurumlarınca karşılanır.

Kurum, birinci fıkranın (a) ve (b) bentleri kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için Kuruma denen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de sağlayabilir.

Birinci fıkranın (c) bendi gereğince yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar varsa Kurumun yurt dışında sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu kişilerin 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak giderleri ayrıca karşılanır.

Yukarıdaki haller dışında, yurt dışında sağlık hizmetlerine ilişkin giderler Kurumca denmez.

Bu maddenin uygulanmasında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır.

Kamu idarelerinde çalışan sigortalılar dışında 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıların geçici veya sürekli görevlendirilmesine ilişkin usller ve sreler ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, ilgili Bakanlıkların görüşü alınıarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma şartları ve Katılım Payı

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları

MADDE 67- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, 63 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri, 75 inci maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt

hali hariç olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

a) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (f) bendi hariç diğer bentleri gereği genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

b) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendi ile (b), (d) ve (g) bentlerine tâbi olan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması, şarttır.

Ayrıca genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Katılım payı alınması

MADDE 68- 63 üncü maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır:

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.

Katılım payı, birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Yeni Türk Lirası olarak uygulanır. Katılım payı, (b) ve (c) bendindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10 ilâ % 20 oranları arasında olmak üzere Kurumca belirlenir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl artırılır. Birinci fıkranın (a) bendi gereği belirlenen katılım payını, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkilidir.

İkinci fıkrada belirtilen katılım payı tutarı ve oranları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatları halinde % 50 oranında artırılarak uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin birinci fıkranın (b) bendi gereği ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini geçemez.

63 üncü maddenin birinci fıkrasının (e) bendi gereğince sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanır. Ancak katılım payında dördüncü fıkra gereği uygulanan üst limit dikkate alınmaz.

60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir.

Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usûlünü belirlemeye Kurum yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir.

Katılım paylarının hesaplanmasında 72 nci maddeye göre tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınır. Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına 102 nci maddenin (j) bendi gereğince idarî para cezası uygulanır.

Katılım paylarının ödenme usûlleri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler

MADDE 69- 68 inci maddede sayılan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.

b) 75 inci maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.

c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

d) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ nakli.

e) Kontrol muayeneleri.

f) 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar.

Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespiti Kurum yetkilidir.

Hizmet basamakları ve sevk zinciri

MADDE 70- Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.

Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.

İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72 nci madde gereği belirlenen tutarının % 70'i Kurumca ödenir. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenir.

Kimlik tespiti ve acil haller

MADDE 71- Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67 nci maddenin ikinci fıkrasında sayılan belgeleri ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır. Bu zorunluluğu yerine getirmeyen sağlık hizmet sunucuları hakkında 102 nci maddenin birinci fıkrasının (ı) bendi gereği idarî para cezası uygulanır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya Kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden Kurumun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.

Bu Kanunun uygulamasında acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğuna, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceğine ilişkin hususlar, Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Mali ve Çeşitli Hükümler

Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi

MADDE 72- 63 üncü madde hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinin ve 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkilidir.

Komisyon; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşur. Komisyon kararlarını yılı merkezî yönetim bütçesi yönünden Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle salt çoğunluk ile alır; kararlar Resmî Gazetede yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekreteryaya işlemleri Kurumca yerine getirilir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonuna iştirak edenlere, ayda iki defadan fazla olmamak üzere katıldıkları her toplantı günü için (3000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpılarak bulunacak tutarı üzerinden toplantı ücreti ödenir. Komisyon çalışmalarını ile ilgili her türlü giderler Kurumca ödenir.

Kurum, Komisyon adına çalışmalarına başlamadan önce Yüksek Öğretim Kurulunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Diş Hekimleri Birliğinin, Türk Eczacıları Birliğinin, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin, Türkiye Sigorta ve Reasürans şirketleri Birliğinin, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip ilk üç işçi ve kamu çalışanları konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip Optisyenlik Derneğinin, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonunun, en fazla üyeye sahip özel sağlık kurum ve kuruluşları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel polikliniklerin dernek veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip özel tıbbî malzeme üretici veya ithalatçıları dernekleri veya federasyonlarının, en fazla üyeye sahip tıp uzmanlık derneklerinin ve Komisyonca uygun görülecek diğer kurum ve kuruluşların görüşlerini alır. İlgili kurumlar bir ay içinde görüşlerini

göndermek zorundadır. Komisyon çalışmalarının başlangıcında, bu kurumların temsilcilerinin katılımı ile oluşturulacak toplantıda görüşlerini sözlü olarak da dinler.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunun çalışmasına, görev ve yetkileri ile bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Komisyon üyesi kurumların görüşleri alınarak Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi

MADDE 73- Bu Kanuna göre sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır.

Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında; sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında ise genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbî etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.

Kurum, provizyon işlemlerini yürütmek üzere sağlık hizmeti sunucularının mahallinde provizyon merkezi açabilir ve personel çalıştırabilir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, bu amaçla Kuruma uygun bağımsız mekân tahsis etmek zorundadır.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, 72 nci maddeye göre belirlenen tutarın iki katını geçemez. Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil hallerde alınan sağlık hizmeti bedeli, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller esas alınarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere fatura karşılığı ödenir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya Kurumdan herhangi bir fark talep edemez.

70 inci maddedeki hükümlere uyulmak şartıyla, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 70'i fatura karşılığı ödenir. 70 inci madde hükümlerine uymaksızın sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti almayı tercih eden genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere, 72 nci madde gereği sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin % 50'si fatura karşılığı ödenir.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelinin bu maddenin dördüncü ve beşinci fıkralarına göre Kurumca ödenebilmesi için; Sağlık Bakanlığı veya ilgili kamu idareleri tarafından ödenecek sağlık hizmetine ilişkin sağlık hizmeti sunucularına ruhsat veya izin verme uygulamasının olması halinde ruhsat veya izin alınmış olması, ayrıca Kurumca sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusunun şartlarının sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusunda aranan şartlara uygun olduğunun kabul edilmesi şarttır.

Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını, Kurumun elektronik veya diğer ortamlarda sağlayacağı yöntemlere uygun olarak kontrol etmek ve belgelemek zorundadır.

Sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerinin hazırlanması ve akdedilmesi, sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi ve bu maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslar, Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları için yapılan sağlık harcamaları

MADDE 74- Genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamaz.

Uzun ve kısa vadeli sigorta kolları bakımından sürekli iş göremezlik, malûllük, çalışma gücü kaybı hallerinin tespiti veya bu amaçla yapılan kontroller nedeniyle oluşan sağlık hizmeti giderleri ile 72 nci maddeye göre, usûl ve esasları Kurumca belirlenecek gündelik ve yol giderleri, refakatçi giderleri, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları prim gelirlerinden karşılanır.

Doğal afetler veya savaş hali

MADDE 75- 15/5/1959 tarihli ve 7269 sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun kapsamındaki afetler ile 4/11/1983 tarihli ve 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hali Kanunu gereğince ilân edilen savaş halinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri Kurum tarafından sağlanmaya devam edilir. Ancak, afet veya savaş hallerine bağlı nedenlerden dolayı Kurumca yapılan sağlık hizmeti

giderleri, giderlerin ödendiği takvim yılı sonu esas alınarak genel bütçeden Kuruma bir yıl içinde transfer edilir.

İşverenin, genel sağlık sigortalısının ve üçüncü kişilerin sorumluluğu

MADDE 76- İşveren, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısına sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlerini derhal sağlamakla yükümlüdür. Bu amaçla işveren tarafından yapılan ve belgelere dayanan sağlık hizmeti giderleri ve 65 inci madde hükümlerine göre yapılacak masraflar Kurum tarafından karşılanır.

Birinci fıkrada belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesindeki ihmalden veya gecikmesinden dolayı, genel sağlık sigortalısının tedavi süresinin uzamasına veya malûl kalmasına veya malûllük derecesinin artmasına sebep olan işveren, Kurumun bu nedenle yaptığı her türlü sağlık hizmeti giderini ödemekle yükümlüdür.

İlgili kanunları gereğince sağlık raporu alınması gerektiği halde sağlık raporuna dayanmaksızın veya alınan raporlarda söz konusu işte çalışması tıbbî yönden elverişli olmadığı belirtildiği halde genel sağlık sigortalısını çalıştıran işverenlere, bu nedenle Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

İş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir. İşverenin sorumluluğunun tespitinde kaçınılmazlık ilkesi dikkate alınır.

Hekim veya diş hekimi sağlık raporu ile belli bir işte çalışamayacağı belgelenen 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamındaki kişiler bu işte çalıştırılmaz. Bu kişileri çalıştıran işverenler, genel sağlık sigortalısının aynı hastalık sebebiyle Kurumca yapılan masraflarını ödemekle yükümlüdür. Bu kişiler, bir başka işverene ait işyerinde çalışmış ise, bu durumu bilerek çalıştıran işveren ile genel sağlık sigortalısı, doğacak masraflardan Kuruma karşı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına, kastı veya kusurlu bir hareketi veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması veya savsaması nedeniyle sebep olduğu mahkeme kararıyla tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının duyurulması ve sağlık hizmet sunucusunu seçme serbestisi

MADDE 77- Bu Kanun gereğince genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.

Genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortasıyla ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini seçme hakkına sahiptir.

Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu ve kontrol yetkisi

MADDE 78- Kurum ile sözleşmesi olup olmadığına bakılmaksızın tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır. Sağlık bilgilerinin ne şekilde korunacağı, ulusal güvenlik nedeniyle sağlık bilgisi paylaşımı açılmayacak kişilerin tespiti ilgili bakanlıkların önerisi üzerine Bakanlıkça tespit edilir.

Kurum, genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.

Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğu hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.¹⁴²

¹⁴² 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16.06.2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazete, (çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr>, 2006.

EKII. AİLE HEKİMLERİNİN GENEL SAĞLIK SİGORTASI(GSS) KANUNUNUDEĞERLENDİRMELERİ

Sayın katılımcı, bu araştırma ile aile hekimlerinin sağlıkta dönüşüm programının önemli bir bileşeni olan genel sağlık sigortası kanununu değerlendirmeleri amaçlanmaktadır. İlgi, anlayış ve yardımlarınız için teşekkür ediyorum. Saygılarımla

Ayşe Günaydın

Aşağıda GSS kanununda yer alan ifadeler bulunmaktadır. Lütfen bu ifadelere katılım derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1-Sağlık Bakanlığının uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.					
2- GSS kanununda sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır.					
3- Sağlık hizmeti sunumu aşamasında resmi kimlik bilgilerini kontrol etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.					
4- GSS'li ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.					
5- 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca(Sosyal Güvenlik Kurumu) karşılanır.					
6- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden 2 yeni Türk lirası katılım payı alınır.					
7- Sağlık hizmeti sunucularına, sağlık hizmeti bedelleri sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri kuruma göndermedikçe ödenmez.					
8- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvuru tarihi kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil GSS prim borcunun bulunmaması şarttır.					
9- Kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından istediğini seçme hakkına sahiptir.					
10- İş kazası durumunda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.					
11- Acil sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.					
12- Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya müstahak olup olmadığını kontrol etmek zorundadır.					
13- Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır.					
14- Kişilerin hastalanmaları üzerine ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca karşılanır.					
15-Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti finansmanı kurumca karşılanmaz.					
16- Uygun görülen sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması şarttır.					
17- Gerekli şartları taşıyan bireyler için yardımcı üreme tekniklerinin finansmanı kurumca karşılanır.					
18- Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), başvuranların resmi kimlik belgelerini kontrol etmek zorundadır.					
19- Aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.					
20- Sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurularda sağlık hizmet tutarının %70'i kurumca, geri kalanı hizmet alan bireyler tarafından karşılanır.					
21- Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir.					
22- 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezleri için belirlenen tutarın % 50'si kurumca finanse edilir.					
23- Ortez vb. iyileştirme araç ve gereçlerinden belirli bir katkı payı alınır.					

	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Ne Katılıyor Ne Katılmıyor	Katılmıyor	Kesinlikle Katılmıyor
24- Kişiler; sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için sağlık hizmet sunucularına başvurdıklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); resmi kimlik belgelerini göstermek zorundadırlar.					
25- Sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaatlarda katılım payı % 50 arttırılır.					
26- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.					
27- Tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır.					
28- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak hekimin kararı üzerine yapılan tıbbi bakım ve tedavilerin finansmanı kurumca sağlanır.					
29- Kurum, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi aşamasında kişiler arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbi etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.					
30- Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.					
31- GSS kanununda acil hallerin ve acil sağlık hizmetlerinin neler olduğu, hangi yöntem ve ölçütlerle tespit edileceği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.					
32- Sağlık hizmetlerinin kurumca sağlanabilmesi için, sevk zinciri kurallarına uygun hareket edilmelidir.					
33- Kurum, finansmanı sağlayacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirlemeye yetkilidir.					
34- Kurum, sağlık hizmet sunucularının sözleşme başvurularının değerlendirilmesinde, sonuçlandırılmasında ve uygulanmasında sağlık hizmeti sunucuları arasında tarafsızlık, hakkaniyet ve açıklık ilkelerine uymak ve bunun uygulandığının izlenebileceği bir sistem kurmak ve tıbbi etik ve deontoloji kurallarına uygunluğu aramak zorundadır.					
35- Kurumca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idarî para cezası uygulanır.					
36- Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuracakları yurt içinde veya yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının unvan, isim ve adresleri Kurumca elektronik ortamda veya diğer yöntemlerle duyurulur.					
37- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı kurumca karşılanır.					
38- Sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak uygulanır.					
39- Kurum, GSS hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak işverenler, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir.					
40- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.					
41- GSS'li sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.					
42- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin finansmanı kurumca karşılanmaz.					
43- Meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaz.					
44- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez.					

AİLE HEKİMİ OLMAKTAN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİ

Sayın katılımcı, bu bölümde aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet düzeyi belirlenmeye çalışılacaktır. Lütfen ifadelerle katılım derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1-Aile hekimi olmak beni mutlu ediyor.					
2-Aile hekimi olarak kendimi geliştirebiliyorum.					
3-Aldığım ücret benim için yeterli.					
4-İş güvenliğim var.					
5-Aldığım eğitim mesleki kariyerimi destekliyor.					
6-Aile hekimliği diğer branşlarla eşdeğer tutuluyor.					
7-Diğer dal sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurabiliyorum.					
8-Toplumumuzda aile hekimliği kavramı tam olarak biliniyor.					
9-Diğer dal sağlık profesyonelleri aile hekimliğine önem veriyor.					
10-Aile hekimliği diğer dal hekimler tarafından rakip olarak görülüyor.					
11-Aile hekimliği ile ilgili gelişmeleri takip edebiliyorum.					
12-Aile hekimliğini destekleyen yasalar mevcut.					
13-Tekrar sınava girip farklı bir alana yönelmek istiyorum.					
14-Aile hekimliği branşını değiştirmeyi hiç düşünmedim.					
15-Aile hekimliği her geçen gün daha fazla saygınlık kazanıyor.					
16-Aile hekimliği branşı çalıştığım hastane idaresi tarafından tam olarak destekleniyor.					
17-Aile hekimliğinin ayrı bir kliniğinin olması gerektiğine inanıyorum.					
18-Aile hekimi olarak geleceğe dair net hedefler belirleyebiliyorum.					
19-Aile hekimliği asistan eğitiminde yapılan rotasyonel eğitimler oldukça yararlı.					
20-Aile hekimliği asistan eğitim programının içeriği taleplerimi karşılar niteliktedir.					

* Genel olarak değerlendirildiğinde aile hekimi olmaktan memnunum. Evet Hayır Kararsızım

KİŞİSEL BİLGİLER

1- Yaşınız	
2- Cinsiyetiniz	Kadın Erkek
3- Medeni Durumunuz	Bekâr Evli Diğer
4- Mezun olduğunuz fakülte	
5- Meslekteki toplam çalışma süreniz	
6- Günlük ortalama baktığınız hasta sayısı	
7- Günlük ortalama çalışma saatiniz	
8- Aile hekimi branşına katılmadan önce çalışma deneyiminiz var mı?	Evet Hayır
9- Özel muayenehaneniz var mı?	Evet Hayır
10- Genel Sağlık Sigortası ile ilgili bilgi düzeyiniz nedir?	Çok iyi düzeyde biliyorum Orta düzeyde biliyorum Hiç bilmiyorum
11- Genel Sağlık Sigortası kanunu ile beklentileriniz ne düzeyde örtüşmektedir?	Tamamen örtüşüyor Örtüşüyor Ne örtüşüyor ne örtüşmüyor Örtüşmüyor Hiç Örtüşmüyor