

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

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ VE
AİLE HEKİMLERİNİN PERFORMANSLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Zekeriya ÖZCAN

İstanbul, 2018

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

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ VE
AİLE HEKİMLERİNİN PERFORMANSLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Zekeriya ÖZCAN

Öğrenci No:
140746339

Danışman:
Doç. Dr. Volkan ÖNGEL

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi ve Aile Hekimlerinin Performanslarının Değerlendirilmesi** ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 30.01.2018

Aday: **Zekeriya ÖZCAN**



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

30/01/2018

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140746339** numaralı **Zekeriya ÖZCAN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Ve Aile Hekimlerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23/01/2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN
Doç. Dr. Volkan ÖNGEL
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Doç. Dr. Kamil USLU
(İstanbul Kavram MYO)

Adı ve Soyadı : Zekeriya ÖZCAN
Danışmanı : Doç. Dr. Volkan ÖNGEL
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Aile Hekimliği, Performans, Performans Yönetimi

ÖZ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ VE AİLE HEKİMLERİNİN PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sanayileşmenin artması ile birlikte yeni iş imkanları ve yeni teknolojiler gelişmeye başlamıştır. Bu doğrultuda artan rekabet ortamında en önemli nokta performans ve kalite olmuştur. Verimliliği artırmanın yolu, performansın yüksek tutulması ve kalitenin korunması ile mümkün olmaktadır. Bu durum sağlık alanında da kendini göstermiş, kaliteli yaşam arzusu insanların taleplerini artırırken sağlık çalışanına da bazı zorlukları beraberinde getirmiştir.

Araştırmamız; sağlık çalışanlarının toplum ile en fazla iç içe olan aile hekimlerinin yaşadığı performans sorunları ile Türkiye’deki aile hekimliği sistemini kapsamaktadır.

Araştırmamızın amacı; performans ve performans yönetimi kavramlarını sağlık sektörüne uyarlayarak bu konuda aile hekimlerinin yaşadığı zorlukları belirlemek ve Türkiye ile Dünya’da ki aile hekimliği sisteminin karşılaştırmalı analizini gerçekleştirmektir.

Name and Surname : Zekeriya ÖZCAN
Supervisor : Assoc. Dr. Volkan ÖNGEL
Degree and Date : Master, 2018
Major : Hospital and Healthcare Institutions of Management
Key Words : Family Medicine, Performance and Performance
Management

ABSTRACT

THE PERFORMANCE MANAGEMENT IN THE HEALTH SECTOR AND THE EVALUATION OF PRIMARY CARE PHYSICIANS PERFORMANCES

As the industrialization grows, new job opportunities and technologies begin to progress. Accordingly, the most important point is the performance and quality in increasing competition environment. The extension way of productivity is possible by keeping up the quality and performance. This case proves itself in the field of health. While the wish of qualified life raises demands of people, it brings about some difficulties to health workers.

Our research includes in both the performance matters which health workers and primary care physicians experience since they are so close to public and the Family Medicine System in Turkey.

The aim of our research is to state the hardships that primary care physicians experience, by adapting concepts called performance and management of performance. And additionally to analyze the Family Medicine System between Turkey and the rest of the World.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLOLAR LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS VE PERFORMANS YÖNETİMİ

1.PERFORMANS VE PERFORMANS BOYUTLARI	3
1.1. Performans.....	3
1.2. Performans Boyutları.....	3
2. PERFORMANS YÖNETİMİ, AMAÇLARI, ÖZELLİKLERİ VE	
FAYDALARI	6
2.1. Performans Yönetimi.....	6
2.2. Performans Yönetimin Genel Amaçları	8
2.3. Performans Yönetim Sisteminin Özellikleri	10
2.4. Performans Yönetim Sisteminin Getireceği Faydalar	11
2.5. Performans Yönetimi Süreci	12
2.5.1. Performansın Planlanma/Hedeflerin Belirlenmesi	12
2.5.2. Performans Ölçümü	13
2.5.3. Performans Değerlendirme	14
2.5.4. Performans Geliştirme	14

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

1. PERFORMANS ÖLÇÜMÜ İLE GELENEKSEL VE YENİ PERFORMANS ÖLÇÜMLERİ	15
1.1. Performans Ölçümü.....	15
1.2. Geleneksel Performans Ölçümleri.....	17
1.3. Yeni Performans Ölçümleri.....	18
2. DOĞRU PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN SEÇİLMESİ	19
2.1. Finansal Oranlar	20
2.2. Mükemmellik Modeli	20
2.3. Kurumsal Performans Karnesi	20
3. ETKİLİ BİR ÖLÇME SİSTEMİ OLUŞTURMA SÜRECİ.....	21
4. PERFORMANS DEĞERLENDİRME	21
4.1. Performans Değerlendirme Tanımı	22
4.2. Performans Değerlendirmenin Amaçları ve Kullanım Alanları.....	22
4.3. Performans Değerlendirme İlkeleri	23
4.4. Performans Değerlendirme Sisteminin Yararları	24
4.5. Performans Değerlendirme Süreci	25
4.6. Performans Değerlendirme Sisteminin Taşınması Gereken Özellikler.....	26
4.7. Performans Değerlendirme Sırasında Yapılan Hatalar	27
4.8. Performans Değerlendirme Yöntemleri	30
4.8.1. Geleneksel Değerlendirme Yöntemleri	30
4.8.1.1. Tek Başına Değerlendirme Yöntemleri	30
4.8.1.2. Karşılaştırmalı Değerlendirme Yöntemleri.....	31
4.8.2. Çağdaş Performans Değerleme Yöntemleri	33
4.9. Performans Değerlendirme Yönteminin Seçilmesi	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. AİLE HEKİMLİĞİ.....	37
2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ.....	39
2.1. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri.....	40
2.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri.....	42
2.3. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu	44
2.4. Çalışma Saatleri ve İzinleri	46
2.5. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü	47
2.6. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim.....	48
2.7. Tetkik ve Tahlil İşlemleri ve Kayıt Sistemi	50
2.8. Aile Sağlığı Merkezlerinin Fiziki Şartları	51
2.9. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları	51
3. AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORUNLAR, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ve DÜNYA’DAN ÖRNEKLER	54
3.1. Temel Sorunlar ve Çözüm Önerileri	54
3.2. Yasal Sorunlar ve Çözüm Önerileri	55
3.3. Dünya’da Aile Hekimliği	56
3.4. Ülkemizde Aile Hekimliği alanında Yapılan Uygulamalı Çalışmalar	60
SONUÇ.....	83
KAYNAKÇA	84

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. SMART Hedef Belirleme Örnek Çalışması	13
Tablo 2. Performans Ölçümünün Yapılabildiği Veya Problemlili Olduğu Durumlar	17
Tablo 3. Geleneksel ve Geleneksel Olmayan Performans Ölçümleri.....	19
Tablo 4. Karşılaştırma Yöntemi Matris Tablosu.....	32
Tablo 5. Çeşitli Ülkelerde Aile Hekimliği Süresi	45



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Performans Yönetim Döngüsü	10
Şekil 2. Performans Yönetim Süreci	12
Şekil 3. Performans Değerlendirme Süreci	26
Şekil 4. 360 Derece Değerlendirme Şeması	35
Şekil 5. Aile Hekimliği Uygulamasından Önce Ve Sonra Birinci Basamağın Durumu	41



KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASH	: Aile Sağlığı Hekimi
EFQM	: Avrupa Kalite Yönetim Vakfı
GM	: General Motor
JCAOH	: Joint Commission on Accrediation of Healtcare
ROI	: Return on Investment
SMART	: Specific Measurable Accepted Realistic Timely
PYS	: Performans Yönetim Sistemi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu

GİRİŞ

Tezin Amacı: Bir kuruluş içindeki çalışanın bir işi ne kadar iyi yaptığı o kişinin performansının değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu şekilde çalışanlar desteklenerek verimlerinin artması ve iş yerinin hedeflerinin en kısa sürede yerine getirilmesi sağlanmaktadır. Performans değerlendirme sistemi 20.yy'ın son çeyreğinde sağlık işletmelerine de uygulanmaya başlanmıştır. Bu konuda önemli kaynaklar ayrılmaya başlanmış, harcamaların bir bölümü performans artırma çabalarına göre planlanmıştır. Ülkeler bazında da her ülke kendi kaynaklarından bir bölümünü sağlık harcamalarına ve sağlıktaki performansın artırılmasına ayırmıştır. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü de ciddi çalışmalar yapmış, raporlar hazırlamış ve performansın maksimum noktaya taşınması için bilimsel değerlendirmeler yapmıştır.

İşletme içerisinde örgüt yapılarının ve işlevlerinin belirlenmesi rekabet ortamının yükselmesine ve çalışanların maksimum verimle çalışmasını zorunlu hale getirmiştir. Doğal olarak çalışanlar mesleki bilgi ve deneyimlerini artırarak üstün performans ile çalışmak mecburiyetindedirler. Çalışan performansını artırmanın ön koşulu yönetici ve idarecilerin bu doğrultuda girişimlerde bulunarak terfi, ödüllendirme, ücret artışı gibi birçok yönden çalışanları motive etmektir.

Tezin Önemi: Çalışanların iş yerlerinde belli bir süre içinde yapmış oldukları görevlerinin nicel ve nitel sonuçlarının tamamı performans olarak adlandırılmaktadır. Her işletme kendi çalışanından belli oranda verim ve sonuç beklemesi doğal bir durumdur. İşletme verimi, çalışanların üretim aşamasında gösterdikleri performans ile doğru orantılıdır.

Performans ölçümü ticari kurumların en büyük önceliklerinden birini meydana getirmektedir. Her sisteme özgü performans kriterleri farklılık gösterirken sağlık kurumlarının da kendine özgü performans sistemleri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; performans yönetiminin sağlık sektörüne bakan yönleri ve aile hekimlerinin performans ile olan ilişkilerini, ülkemizdeki aile hekimliği sistemini tarihçi metot ile incelemektir.

Tezin Kapsamı ve Yöntemi: Araştırma; teorik bir çerçevede yapılmış olup esas olarak tarihçi metoda ve kaynak taraması tekniğine dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Tezin Sınırlılıkları: Çalışmamız literatür bilgisine dayalı olarak gerçekleştirilmiş olsa bile aile hekimliği sisteminin yeni olmasından dolayı özellikle de performans değerlendirme noktasında yeterli bilgi olmamasından ötürü kaynak sıkıntısı yaşanmıştır. Fakat mesleki birikimlerden yararlanılarak çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma Planı: Çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde performans ve yönetsel açıdan performansın genel hatları, ikinci bölümde performans ölçme ve değerlendirme, üçüncü bölümde ise Ülkemizde ve Dünya'daki aile hekimliği, güncel ve yasal sorunlar ile çözüm önerileri üzerine odaklanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS VE PERFORMANS YÖNETİMİ

1.PERFORMANS VE PERFORMANS BOYUTLARI

1.1. Performans

Batı kökenli (Fransızca) bir kelime olan performans kavramı; Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde şu şekilde açıklanmaktadır: yapılan işten elde edilen verim, sonuçtan elde edilen memnuniyet ve başarı hissidir (TDK 2017). Bir başka tanıma göre ise performans; belirli bir kuruluşun belirlemiş olduğu belirli saatler içinde üretmiş olduğu mal veya hizmet miktarıdır. Aynı zamanda verim, potansiyel, kalite ve yetenek de performans kavramları ile yakın ilişki içinde bulunmaktadır (Helvacı 2002, 106).

İşletme tarafından belirlenmiş olan süre içinde tanımlanmış hedefler gerçekleştirilmiş ise bu durum yönetim tarafından oldukça olumlu ve pozitif bir şekilde tanımlanmaktadır. Çünkü, beklenen hedefin gerçekleştirilmiş olması demek o işletmenin başarılı ve kara geçtiği anlamına gelmektedir (Uzoğlu 2011, 3). Bundan dolayı işletmeler çalışanlarının performansını artırmak için takdir, tebrik, terfi ve zam yolu ile çalışanların güdülenmesini sağlamaktadırlar (Bakan ve Kelleroğlu 2003, 103).

1.2. Performans Boyutları

Performans boyutları; yenilik, verimlilik, kalite, karlılık, müşteri memnuniyeti, maliyet ve çalışanların memnuniyeti olarak sıralanmaktadır. Bunların her biri aşağıda açıklamalarıyla yorumlanacaktır.

Kalite: Günlük olarak en iyi en güzel olarak tanımlanan kalite endüstrileşmenin bütün dünyada hâkim olması ile birlikte farklı bir boyut kazanmıştır (Erkılıç 2007, 51). Ticari anlamda kalite; bir ürünün üretilmesinden alıcıya ulaşmasına ve alıcı tarafından kullanıldıktan sonra o ürüne olan memnuniyet seviyesi anlamları taşımaktadır. Kalite farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bunlardan başlıca olanları şunlardır: Deming; belirlenmiş amaç doğrultusunda en düşük maliyet

ile en uygun üretimi sunmak şeklinde ifade etmiştir. Juran ise; en uygun kullanım derken Crosby; uygunluk olarak ifade etmiştir (Özçakar 2010, 107).

Yukarıdaki tanımlamalardan da anlaşıldığı gibi kalitenin standart bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun en önemli nedeni ise tüketicilerin beklenti ve taleplerinin değişkenlik göstermesinden kaynaklanmaktadır. Çünkü kalite kimi için en ekonomik olanı ifade etmekte iken kimine göre ihtiyaca en uygun düşeni ifade etmektedir (Sözer vd 2002, 45-46).

Verimlilik: İşleme sokulmuş girdi ile işlem sonucunda elde edilen ürünü ifade etmektedir. Yani kaynakların en iyi ve en etkin şekilde kullanılarak en iyi ürünü elde etme çabasıdır. Genel olarak verimlilik; işletmenin amaçlar, etkenlik, etkililik, karşılaştırılabilirlik ve yüksek verimlilik olarak adlandırılan ölçütlere ne kadar yaklaşabildiğinin bir ölçüsüyle belirlenmektedir (Serin, 2014, 38).

Karlılık: İşletmenin belli bir dönem içinde elde ettiği karın sermaye miktarına bölümünden elde edilen bir orandır. 1900'lü yılların üretim ve satış anlayışının aksine günümüzde artan rekabet ortamında, birçok sektörde rekabet üstünlüğü sağlamanın yolu, müşteri odaklı pazarlama anlayışına yönelerek, müşteri memnuniyetini göz önünde bulundurmaktan geçmektedir. Fakat bu durumda müşterilerin işletmeyi ne ölçüde memnun ettiği de önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun için rekabet üstünlüğü sağlamak isteyen işletmeler, hangi müşterinin işletme karlılığını ne ölçüde etkilediğini bilmeli ve müşteri karlılığını da göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu nedenle işletmeler karlılığı müşteri memnuniyeti ile beraber arttırmaya çalışmaktadır ve buna ilişkin çalışmalar yapmaktadırlar (Özpeynirci ve Kalaycı 2016, 22-23).

Maliyet: Belirli bir amaca ulaşmak için katlanılan ya da katlanılma ihtimali yüksek fedakârlıkların parasal sözcüklerle ölçülmesidir. İşletmeler temel olarak insan ihtiyaçlarını karşılamak ve kar elde etmek için bazı ekonomik faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetleri yerine getirirken para ile ölçülebilen bazı fedakârlıklara katlanmaktadırlar. Çünkü bir mamul veya hizmet üretilmek istendiği zaman belli bir üretim aşamasından geçilmesi gerekmektedir. Bu üretim aşamasında

herhangi bir nihai ürün veya nihai hizmet kendiliğinden oluşmamaktadır. İnsanların temel ihtiyaçlarından olan su bile doğada kendiliğinden bulunmasına rağmen bazı fedakârlıklara katlanılarak insanların hizmetine bir bedel karşılığında sunulmaktadır. İşte katlanılan bu fedakârlıklar muhasebe literatüründe maliyet olarak tanımlanmaktadır (Büyükmirza 2009, 44; Senal ve Aslantaş Ateş 2016, 79-95).

Yenilik: Kimi zaman bir şey (bir ürünün bir piyasada veya bölgede ilk defa tanınması); kimi zamanda bir süreç (ilk defa yeni bir ürünün ortaya çıkarma ve keşif süreci) olarak tanımlanmaktadır. Yenilik Rogers tarafından bireyler ya da onu benimseyen diğer birimler tarafından yeni olarak algılanan fikirler, uygulamalar veya nesnelerdir şeklinde tanımlanmaktadır. Yenilik; yeni bir ürünü, yöntemi veya örgütsel yapılanmayı araştırmak, keşfetmek, denemek, geliştirmek ya da taklit etmek suretiyle benimsemek ve ticarileştirmek olarak tanımlanmaktadır. Burada yenilik birinci tanımlamada bir ürün ikincisinde ise bir süreç olarak ifade edilmektedir (Oğuztürk 2003, 254).

Müşteri memnuniyeti: Müşterinin satın alma eyleminden önceki beklentiler ile satın alma eylemi gerçekleştikten sonra ürünün gösterdiği performans arasındaki farklılıkların değerlendirilmesine ilişkin tepki olarak tanımlanmaktadır. Müşteri memnuniyeti, müşterinin ürün ve hizmete yönelik algılarındaki beklentileri ile ürün veya hizmetin kullanılmasıyla elde edilen deneyim arasındaki farklılığın ifade edilmesidir (Burucuoğlu 2011, 13).

Müşteri memnuniyeti; genel anlamda bireylerin satın alma öncesi beklentileri ile satın alma sonrası elde ettikleri arasındaki yeterlilik olarak tanımlanabilmektedir. İşletmelerin geleceğini belirleyen ana unsur müşterilerdir. Bu şekilde olmasının yanında müşteri memnuniyeti işletmenin temel amacı değil aksine amaca ulaşmak için gerçekleştirmek zorunda olduğu bir alt amaçtır (Gümüş 2014, 9). Müşteri memnuniyetinin odak noktasında çalışan bulunmaktadır. Çünkü bir çalışan kendi işini ne kadar severek ve memnuniyet ile yaparsa müşterinin memnuniyet derecesi de o denli artacaktır. İşini sevmeyen mecburi olarak iş yapan bir çalışanın elde edeceği ürün kalitesi de düşük olacağı için müşteri memnuniyeti de düşüş gösterecektir (Yücenur vd 2011, 156-168).

Çalışanların memnuniyeti: Çalışan memnuniyeti en az müşteri memnuniyeti kadar önem arz etmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların tarihi 1900’lü yılların başına dayanmaktadır. Hem teorik hem de uygulama olarak oldukça değişim geçiren çalışan memnuniyeti 1990’lı yıllarda farklı bir boyut kazanmıştır. Çalışan memnuniyetini ölçmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve her ülkeye uyarlanmaya çalışılmıştır. Bu ölçeklerin başlıca olanları Weiss, Dawis, England ve Lofquist tarafından geliştirilen “Minnesota İş Doyum Ölçeği” ve 1969 yılında Smith, Kendall ve Hulin tarafından geliştirilen “İş Betimlemesi Ölçeği” verilebilmektedir. 1980’lerin başında ise çalışan memnuniyetinin müşteri memnuniyetiyle ilgisi araştırılmaya başlanmıştır (Reşitoğlu 2011, 62). Çalışan memnuniyetinin merkezinde iş doymu ve iş tatmini bulunmaktadır. Çünkü bir çalışan çalıştığı kurumdan ne kadar memnun ise iş doymu o kadar fazla ve iş tatmini o kadar yüksektir (Akt: Davras ve Gülmez 2013, 168).

2. PERFORMANS YÖNETİMİ, AMAÇLARI, ÖZELLİKLERİ VE FAYDALARI

2.1. Performans Yönetimi

Kalite kavramı ile benzer anlam taşıyan hizmet kalitesi; sağlık kurumlarının sunmuş olduğu hizmetin kalitesi olarak ifade edilmektedir. JCAOH tarafından performans kavramı şu şekilde ifade edilmektedir; ‘doğru işi, iyi bir şekilde yapmaktır. Fakat tek başına kullanılan bir kavram performansı tam olarak karşılayamamaktadır. Birçok kavram performans ile birlikte değerlendirilmektedir (Pakdil 2007, 119).

Son yıllarda oldukça fazla kullanılmaya başlanan performans yönetimi; esasında kurumların uygulamalar şeklinde daha geniş kitlelere ulaşacak bir şekilde yönetim anlayışının değiştirilmesini kapsamaktadır (Akal 1992, 34). Daha dar anlamda ise; amaçlar ile bu amaçların gerçekleştirilmesi için gösterilen çabalar performans yönetimini ifade etmektedir (Çolak 2010, 11). 1976 yılında Beer ve Ruh tarafından ilk defa telaffuz edilmeye başlanan performans yönetimi; yönetim kontrol sistemi ve verimlilik olarak da isimlendirilmektedir. Tüm bunlara rağmen

performans yönetimi kavramı için ortak kabul görmüş bir tanım henüz bulunmamaktadır. Bunun da en önemli nedeni performans yönetiminin hitap ettiği örgüte bağlı olarak farklı şekillerde değerlendirilmesidir. Örneğin kimi kurumlar performans yönetimini amaçları temel alarak değerlendirirken kimi kurumlarda personelin sahip olduğu potansiyele göre değerlendirmektedir (Ediz 2004, 41).

Çoğu gelişmiş ülkelerde popüler bir hale gelen ve finans ile piyasa temeline dayanan kamu yönetimi hizmetleri noktasında performans yönetimi başta gelen konulardan birisi olmuştur. Hem devletlerin sundukları teşvikler hem de sektörel teşvikler ile yeni bir boyut kazanmıştır. Çalışanların kurumsal bağlılıklarını arttırmak için performans yönetimi; performansın denetimi, performansın ölçümü ve ücretin belirlenmesinde performansın dikkate alınması hususları ile birlikte değerlendirilmelidir (Lee ve Jimenez 2011, 170).

Kısaca performans yönetimini, belirlenmiş bir amaç üzerinde uzlaşarak performansın incelenmesini, geribildirimlerin yapılmasını ve çalışanlara hedefler konulmasını önemli bir hale getiren yönetim basamağı olarak da ifade etmek mümkündür. Performans yönetiminin işverene bakan yönü böyleyken çalışana bakan yönü ise çalışma esnasında ortaya konan davranışları tanımlamak, değerlendirmek ve güçlendirmek süreçlerinden oluşur (Sarsenova 2010, 42). Performans yönetim sistemi ise yönetimce gerçekleştirilen ve performansın ölçülmesi temelinde bütçe ve yönetimle ilgili kararlarda reform olarak değerlendirilen, aktif ve hareketli bir süreç olarak ifade edilmektedir (Bourdeaux 2008, 158). Bir başka ifadeyle örgüte ait stratejilerin yönetilme süreci olarak ifade edilebilecek olan performans yönetim sistemi, örgütün performansını yönetmeye dönük yöntemleri, araçları, geri bildirimleri, ödeme ve sistemleri de içine alır. Bununla birlikte performans yönetim sistemi çalışanların yetenekleri ve hedeflerini de stratejik olarak bütünleştirir ve belirlenen hedeflerin yakalanmasına yönelik olarak da faydalar sağlar (Öztürk 2006, 11).

Performans yönetim sistemi, sürekli değişen dinamik bir yapıdadır ve performansın arttırılmasına yönelik olarak oluşturulacak ve tüm örgüt üyeleri için ortak bir hedefe ulaşılmasında gerekli olan planların yapılmasına da yardımcı olur.

Yapılacak olan değerlendirmeler yoluyla performansın mümkün olan en üst noktaya taşınmasına olanak sağlayan performans yönetim sisteminin temelinde yatan nokta ise yönetim ile çalışanların birlikte ve aynı hedef doğrultusunda bir arada çalışmasıdır. Bu sayede öncelikli olarak çalışanların kendilerine verilen hedefleri yakalama noktasında ne kadar başarılı oldukları ve hedeflere ulaşılmasında nasıl bir yöntemin takip edildiğinin saptanması da mümkün olmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken husus ise konulan hedeflerin yakalanmasının yanında çalışanların eksik olan yönlerinin belirlenmesi ve yapılacak değerlendirmelerde bu eksikliklerin göz önüne alınarak sonuca varılmasını da öğrenmektir (Çolak 2010, 12). Performans hakkındaki temel algıların değişmesi ve buna bağlı olarak çalışma esaslarının dönüşüme uğraması nedeniyle modern dünyada çalışanlar artık sadece kendi bireysel amaçlarını gerçekleştirmek için değil bununla birlikte içinde yer aldıkları kurumun başarısı ve örgütün sahip olduğu ortak amaçlar için de çalışmaktadırlar (Akal 1992, 23).

Performans Yönetim sistemi; iş görenler ile performans yöneticisinin kurumun gelişmesi için birlikte ortak planlar yapmalarına ve yapılan planların bütün yönleri ile tartışılarak en doğru sonuçlara ulaşmayı hedeflemektedir. Burada sorumlu ne tek başına performans değerlendiricisidir ne de çalışandır. Başarı ve başarısızlık ekip çalışmasının bir sonucudur (Barutçugil 2004, 37).

2.2. Performans Yönetimin Genel Amaçları

Kurum ve örgütlerin daha etkin çalışmasını sağlamaya yönelik olarak, performans yönetiminin bir takım amaçları bulunmaktadır. “Yönetimsel ya da yönetsel amaçlar”, “araştırmaya yönelik amaçlar”, “ilerlemeye ve geliştirmeye yönelik amaçlar” olarak temelde üç ana başlıkta toplanabilecek bu amaçların kapsamları birbirinden farklıdır (Çolak 2010, 17):

Yönetsel amaçların kapsamı çalışanın gösterdiği performansa göre görevlendirilerek yapacağı işlerin ve alacağı ücretin belirlenmesidir. Yönetim kadroları; karar alırken çalışanların mevcut durumlarını değerlendirmeksizin karar alamazlar.

İlerlemeye-geliştirmeye yönelik hedefler ise çalışanlardan hangisinin hangi pozisyonda mümkün olan en üst performansı ortaya koyabileceğini ve buna bağlı olarak kimin hangi işi yapacağını belirlenmesini kapsar. Bununla birlikte çalışanların eksik ve hatalarının tespit edilmesi ve kariyer planlarının yapılması da ilerlemeye-geliştirmeye yönelik amaçlar arasındadır.

Çalışanların memnuniyet seviyelerinin, performans ve motivasyonlarının artırılması için yapılacak çalışmalar ile bunlar üzerinde etkili olan faktörlerin tartışılması ve bu hususlarla ilgili çözüm önerilerinin getirilmesi ise araştırmaya yönelik amaçlardır.

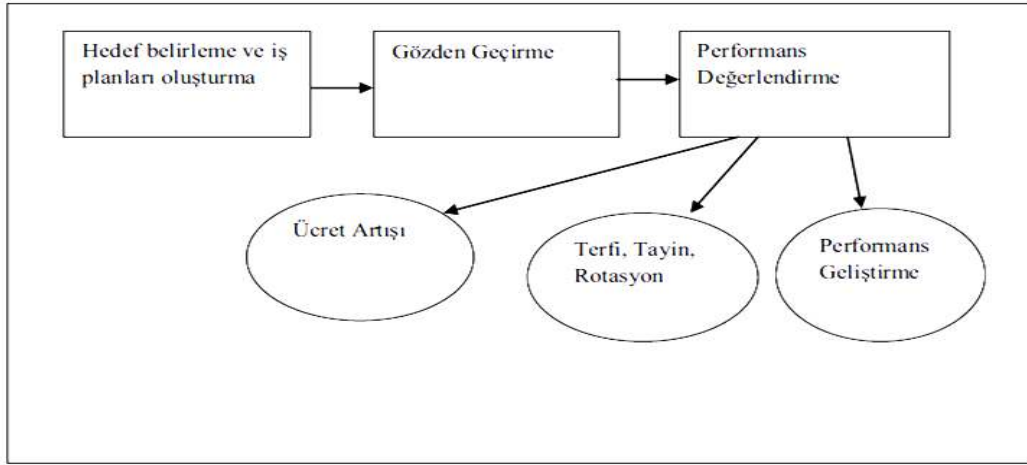
Yukarıda kısaca bahsettiğimiz bu 3 ana başlığı biraz daha detaylandırarak performans yönetiminin amaçlarını ifade edecek olursak, bunlar (Barutçugil 2002, 172):

- Bireysel amaçların olması,
- Ulaşılması gereken hedef için performans kriterlerinin belirlenmesi,
- Belirlenen kriterler doğrultusunda amaçların belirlenmesi,
- Kriterler ile amaçların sonuçlarının karşılaştırılması
- Etkin anlayış ortamı oluşturulması,
- Ortak çalışma şartları oluşturulması,
- Başarılı çalışanların ödüllendirilmesi,
- Kurumun zayıf ve güçlü yönlerinin belirlenmesi,
- Destek ve motivasyon çalışmaları yapılması
- Kariyer planlama ve gelişim için gerekli bilgilerin toplanarak yönetime sunulması.

Genel ve özel anlamı ile performans yönetiminin amaçları belirtildikten sonra performans yönetiminin amaçlarını; kurumun etkinliklerini, çalışanların kendi becerilerini ve yeteneklerini iyileştirebilmek için hep birlikte çalışılan ortak bir kültür şeklinde özetlenebilir.

2.3. Performans Yönetim Sisteminin Özellikleri

Performans Yönetim sistemi; temelde bireysel performans olmak üzere grup performansı ve kurum performansını yönetmek amacıyla o kurumun vizyonu ve misyonu doğrultusunda hedeflerin ve sonuçların belirlenerek gözden geçirilmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi çalışmalarını kapsayan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Şekil 1) (Salkaya Somel 2014, 15).



Şekil 1. Performans Yönetim Döngüsü

Kaynak: Salkaya Somel 2014, 16

Performans yönetim sisteminin belli başlı özellikleri şunlardır (Özyörük 2009, 39; Sarsenova 2010, 46):

- Amaçlara yönelik olarak örgütte ortak bir organizasyonun belirlenir,
- Amaçlar doğrultusunda gösterilen ortak bir çabanın yerleşmesi sağlanır.
- Yönetimin gösterilen çabaların artırılması için girişimlerde bulunulur.
- Yönetimin her çalışanın performansına göre değerlendirme, ödüllendirme ve ücretlendirmeler yapılır.
- Daima gelişen organizasyon felsefesini içinde barındırır.
- Değerlendirmeler sadece yılda bir defa değil bütün sene boyunca periyodik bir şekilde objektif olarak yapılır.
- Kurumsallaşmanın oturtulmasını sağlar.

- Örgütün hedefleri ile kişisel hedeflerin entegrasyonunu sağlar.
- Yeterlilik kavramının geliştirilerek yeterlilik analiz tekniklerinin ilerletilmesini sağlar.
- Performans yönetiminin yöneticiler ile birlikte çalışanlarında işi olduğunu vurgular.
- Hedeflerin belirlendikten sonra işleyişten sonuca kadar gelişimin planlanarak devamlılığını sağlar.

2.4. Performans Yönetim Sisteminin Getireceği Faydalar

Performans yönetim sistemi (PYS) sadece örgüt ve yöneticiler için fayda sağlamakla kalmaz aynı zamanda çalışanlara da büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Performans yönetim sistemini uygulayan kurumlar; piyasa koşullarını daha iyi bildikleri ve kar edebilecek ortamları daha iyi değerlendirebildikleri için kısa zamanda önemli kazançlar elde edebilirler. Ayrıca sonraki yıllar için yüksek hedefler belirleyerek değişen ticari ortama uyum sağlamları daha kolay olabilmektedir.

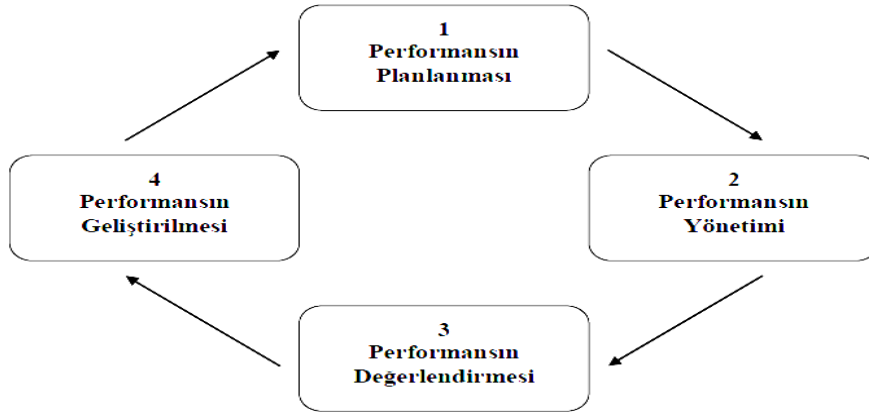
Kurum-örgüt açısından PYS'nin faydaları: Amaçların entegrasyonunu, her bireyin ne kadar sunacağını, kariyer planlamasının olanaklarını, bireysel ve grup motivasyonlarını, kurumun gelişmesini, uzmanlık alanlarını, toplam kalite çalışmalarının önemini, her kişinin kendi becerilerine göre iş yükü verilmesini, küresel hedeflerin geliştirilmesini, terfi basamaklarını, kurumsal değerlerin korunmasını, sorumlukların artırılmasını, tanımlanmış ve belirlenmiş ihtiyaçları karşılayabilmek için panel, seminer ve kurslar düzenleyerek performansın artırılmasını sağlar (Öztürk 2008, 76).

Çalışan açısından PYS'nin faydaları: Çalışanlar PYS sayesinde kurumunun ve yöneticisinin beklentilerini önceden bilir ve kendi gelişim imkânlarını öğrenir. Çalışan iş tanımını bilir, danışmanlık hizmeti alarak performansını artırmanın yollarını arar, yaptığı işin hedeflerini belirleyerek sonuçlarını görmesini öğrenir. Çalışanların bireysel özgüveni artar, yönetime aktif katılım sağlayarak fikirlerini beyan edebilir, terfi ve takdir almak için daha fazla çaba gösterir (Uyargil 2008,247).

Yöneticiler açısından PYS'nin faydaları: Yöneticiler, kurumun hedeflerini gerçekleştirmek için alt yapı çalışmalarını yapar, çalışanlar ile sıkı diyalog içinde olur, performans değerlendirmeyi öğrenir, kendi gelişimini takip eder. Yöneticiler, motivasyonu artırmak için yeni liderlik yollarını araştırır, çalışanların kendilerini geliştirmesine imkân sağlar, çalışanların birlikte zaman geçirmeleri için organizasyonlar yapar, çalışanlarından beklentilerini açık bir şekilde ifade ederek gelişim sağlar (Öztürk 2008, 76).

2.5. Performans Yönetimi Süreci

Performans yönetim süreci; kurumun amaçları doğrultusunda hedeflerinin belirlenmesi, hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için performans planlamasının yapılması, istenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını test edebilmek amacıyla performanslarının çok yönlü olarak değerlendirilebilmesi, çıktıları değerlendirerek objektif sonuçlar elde edilmesi, yeni hedefler belirleyerek amaçların yerine getirilmesinden oluşur (Şekil 2).



Şekil 2. Performans Yönetim Süreci

Kaynak: Nas, 2006, 5, Akt. Sarsenova, 2010, 45

2.5.1. Performansın Planlanma/Hedeflerin Belirlenmesi

Örgütün kendi içinde görev ve sorumluluklarının belirlenmesi, işin iş görenin beceri ve kabiliyetlerine göre verilmesi, işin anlaşılır bir şekilde nasıl yapılması gerektiğinin anlatılması, kararların alınması gibi aşamaların tamamı performansın planlanmasını kapsamaktadır. Öncelikle çalışan ile yönetici bir araya gelerek

çalışanın yapabileceği işler belirlenmeli ve değerlendirmeleri yapılmalıdır. Bir sorun ile karşılaştığında çalışanın ne yapması gerektiği nasıl davranması gerektiği, sorunlar ile mücadele etme ve çözümler üretme yeteneği tespit edilebilmelidir. Örgütsel anlamda ise örgütün geçmiş yıllardaki kar-zarar tespiti yapılarak devletin o iş üzerindeki politikaları, ekonomik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

İşletmenin başarılı olması performans planlamaya bağlıdır. Performans Planlamanın başarılı olması ise hedef belirlemeye bağlıdır. Hedef belirlemede hedeflerin işe özel (specific), ölçülebilir (measurable), ulaşılabilir (achievable), gerçekçi (realistic) ve süreli (time-bound) olmasına bağlıdır. Bu beş terim SMART analizi ile belirlenmekte olup en önemli aşamalardan birini oluşturmaktadır (Turgut 2004, 34) (Tablo 1).

Tablo 1. SMART Hedef Belirleme Örnek Çalışması

SMART HEDEF BELİRLEME				
ADIM	NİTELİK		SORULAR	SMART HEDEF
1	(S)	<i>Specific</i> /Özel	Ne, Neden, Kim, Nerede, Ne Zaman	Aylık satış cirosu
2	(M)	<i>Measurable</i> /Ölçülebilir	Ne Kadar? Kaç Tane?	2 Milyon USD
3	(A)	<i>Attainable</i> /Ulaşılabilir	Sonuç Ne?	Çıkarmak
4	(R)	<i>Realistic</i> /Gerçekçi	Yapılabilir mi?	İşgören karar verir
5	(T)	<i>Time Bounded</i> /Süreli	Ne zamana kadar?	1 Yıl içinde
SMART Hedef: Aylık satış cirosunu 2 Milyon USD'ye 1 yıl içerisinde çıkartmak				

Kaynak: Salkaya Somel 2014, 17

2.5.2. Performans Ölçümü

Son yüzyılda Amerika'da yerel yönetimleri iyileştirmek amacı ile başlanan daha sonra bütün kamu kurumlarında yaygınlaşan ve etkili olması ile birlikte diğer ülkelerde yaygınlaşmaya başlayan performans ölçümü; miktar, kalite ve zaman yönünden işletmenin performansını gösteren bir belirteçtir (Kırılmaz 2012, 21). Ölçme aşaması işletmedeki faaliyetlerin gözlemlendiği aşamadır. Performans ölçümü yapılabilmesi için öncelikle performans hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi ve ulaşılma seviyesinin belirlenmesi gerekmektedir. Hedeflere

ulaşılmak isteniyorsa belli bir düzen ve ölçütler içinde olmak gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2005). Ancak ltler gelişigüzel olarak değil st yönetimin önderliğinde insan kaynakları uzmanları ile birlikte yapılarak daha sonraki aşamalarda çalışanlara iletilmesi gerekmektedir. Son aşamada ise ölçütlerin uygulanabilirliği ile ilgili olarak çalışanların da görüşlerine başvurulmalıdır (Maliye Bakanlığı 2009, 16).

2.5.3. Performans Değerlendirme

Çalışanların görev ve sorumluluklarında gösterdikleri başarı ve gelişimlerine ilişkin yapılan istatistiki değerlendirme çalışmalarının tamamı performans değerlendirme olarak adlandırılmaktadır. Performans değerlendirmede bireysel değerlendirmeler ve analizler esas olup sürecin eksiksiz devamı sağlanmaktadır. Yapılan analizler sadece çalışanların mevcut durumlarını ortaya koymaz aynı zamanda çalışanların kariyerleri noktasında da faydalı olmaktadır. Değerlendirme sonucunda hangi işi daha iyi yaptığını, nerede eksiklikleri olduğunu bilen ve kendi potansiyellerinin farkında olan çalışanlar daha verimli ve istekli çalışacaklardır. Burada atlanılmaması gereken nokta; değerlendirme sadece yılda bir defa ya da dönem sonlarında yapılan bir işlem değildir. Rutin alışma sürecinde belli periyotlar ve aralıklar ile denetlemeler yapılarak analiz edilmelidir (Erşangur 2003, 35).

2.5.4. Performans Geliştirme

Bireysel ve kurumsal anlamda mevcut performansın daha iyi hale getirilmesi aşamasını oluşurmaktadır. Ancak bu geliştirme sadece soyut öneriler çerçevesinde değil bilimsel ve teknolojik ilerlemeler doğrultusunda olmalıdır. Performans geliştirme; sadece düşük verim gösteren, istenilen sonucu alınamayan personel ile ilgili olmayıp; başarılı personelin daha da geliştirilmesini amaçlamaktadır (olak 2010, 25). Yönetici ise; her personelin gelişimini düzenli ve dikkatli bir şekilde izleyerek daha sonraki zamanlarda görev ve yetki değişikliklerinde hangi göreve kimin getirileceği konusunda planlamalar yapmalıdır (Koyuncu 2009, 133-150).

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

1. PERFORMANS ÖLÇÜMÜ İLE GELENEKSEL VE YENİ PERFORMANS ÖLÇÜMLERİ

1.1. Performans Ölçümü

Ölçme kelime olarak bilgi sağlama yolu olup nesnelerin, olayların ve sonuçların gözle görülmesi mümkün özelliklerini temsil edilen simgeleri bulma sürecidir (Ediz 2004, 16). Performans yönetim sürecinin odak noktalarından biri de performansın doğru kararlar ve belirteçler sonucu ölçülmesidir. Performans ölçümü tek bir davranış ya da karar odaklı olmayıp birbirini takip eden olayların meydana getirdiği bir süreç olarak tanımlanabilir. Performans ölçümü; kurumsal hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının izlenmesini, performans hedeflerinin amaçlar doğrultusunda belirlenmesini, hedefler ile ulaşılan performansın karşılaştırılarak ne derece beklenen hedefe ulaşıldığının hesaplanmasını ve aradaki farkın belirlenmesini ve aradaki farkın kapatılması için sonraki adımda izlenmesi gereken yol haritasının belirlendiği süreçtir (Coşkun 2006, 1).

Performans ölçümünün yapılabilmesi farklı ölçütlerin amaca uygun olarak kullanılması ile mümkün olmaktadır. Performans ölçümlerinin ilk amacı bireysel amaçlar ile değil örgütün amaçları ile ilişkili olmalıdır. Sadece çalışan kişilerin sorumlulukları ve rolleri ile uyum içinde olarak sonuca odaklanmalıdır. Örgütün verileri; nelerin beklendiğini gösteren bilgileri sağlayarak geribildirim için uygun olmalıdır. Ayrıca performansın bütün safhalarını kapsamalıdır (Bourdeaux 2008, 39).

Bir kurum ya da örgüt performansının ölçülmesi kurumun kaynaklarının nerede ve nasıl kullanıldığının tespit edilmesine, örgüt bütçe planlarının yapılabilmesine, yönetim faaliyetlerinin geliştirilmesine ve hizmet kalitesinin artırılmasına hizmet eder (Ateş ve Engin 2007, 93; Bittitçi vd 2011, 19).

Performansın ölçülmesinin önemli faydaları vardır. Bu faydalar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Öztürk 2008, 23; Özer 2008, 78);

- Sistemin etkinliğini ve sürekliliği kontrol altına alınmış olur.
- Sürecin iyileştirilmesi için gerekli adımların atılmasını sağlar.
- Çalışanların yaptıkları işe ne kadar hâkim olduklarını gösterir.
- Kurumun kaynaklarının yerinde kullanılmasını sağlar.
- Süreç bütün çalışanlar tarafından takip edilerek sürece ne kadar hâkim olduklarının izlenmesi sağlanır.
- Örgütün yönetim konusunda çalışanlarına dengeli ve eşit seviyede olması sağlanır.
- Motivasyon çalışmaları yapılır.
- Örgütün işleyişi ve mekanizmasında üst yönetime rehberlik ederek eksikliklerin belirlenmesi sağlanır.
- Müşteri ve çalışan memnuniyeti artırılmaya çalışılır.
- Kurumların hesap verme sorumluluğu artacağından ve daha şeffaf olunacağından kuruma olan güven artar.

Performans ölçümü ve denetimi bir organizasyonda şu sorulara cevaplar vermelidir (Ediz 2004, 18).

- İşlerin iyi yapılma derecesi nedir?
- Beklenen sonuçlara ulaşılma yüzdesi nedir?
- Yapılan işler amaçlar ile uyumlumu dur?
- Yapılan işlerin performansa etkisi nedir?

- Hedefler ve stratejiler ekseninde çalışılmış mıdır?
- Temel ilkelere sadık kalınmış mıdır?

Bütün neden ve çözümlere rağmen bazen performans ölçümü sırasında sorunlar ile karşılaşılabilir. Örneğin bir örgütün çıktıları olabildiği gibi o örgütün büyük sorumlulukları da vardır.

Tablo 2. Performans Ölçümünün Yapılabildiği Veya Problemlili Olduğu Durumlar

Performans ölçümünün yapılabildiği durumlar	Performans ölçümünün problemlili olduğu durumlar
Bir örgütün ürünleri (çıktıları) vardır.	Bir örgütün yükümlülükleri vardır.
Ürünler (çıktılar) basittir.	Ürünler (çıktılar) çok yönlüdür.
Örgüt çıktı odaklıdır.	Örgüt süreç odaklıdır.
Özerk üretim vardır.	Müşterek üretim olup, ürünler diğerleriyle birlikte oluşturulur.
Ürünler izole edilmiş, ayrılmıştır.	Ürünler birleştirilmiştir.
Nedensellikler bilinir.	Nedensellik bilinmezdir.
Performans göstergelerinde kalite tanımlanabilir.	Performans göstergelerinde kalite tanımlanamamaktadır.
Benzer ürünler vardır.	Ürünler farklılaşır.
Çevre sabittir.	Çevre dinamiklidir.

Kaynak: Çelik 2013,39

Özetlenecek olursa performans ölçümünün temel amacı; denetim ile yönetimi geliştirerek örgütü değişen koşullara uyarlamaktır. Bir kurumun başarılı olabilmesi için standardize olmuş kalıplaşmış koşullar söz konusu değildir. Her kurumun kendi doğasına uygun şartlar belirlenerek hedefler doğrultusunda performans ölçümleri yapılarak analiz edilmelidir.

1.2. Geleneksel Performans Ölçümleri

Geleneksel performans ölçümü ve yönetimi; sadece muhasebe kayıtlarına dayanan ve mali performansın takip edilmesini sağlayan sistemlerdir. Performans yönetimi finansal ölçütlerden finansal olmayan ölçütlere doğru gelişme gösterdiği için geleneksel ölçümlerde hali hazırda kullanılan muhasebe ve ilke ve tekniklerinin

analiz edilmesi mümkün olmaktadır (Yeniyurt 2003, 134-142). 1980'lere kadar devam eden geleneksel performans ölçümleri sonraki yıllarda yerini ikinci nesil ya da geleneksel olmayan modern performans ölçümlerine bırakmıştır (KPMG 2001).

Birinci Dünya savaşından sonra DuPont ve GM gibi bazı şirketler; yavaş yavaş değişime giderek varyans analizi, ROI, esnek bütçeler ve standart maliyetlendirme gibi yöntemleri kullanmaya başlamışlardır (Bourne vd 2003, 54).

Ghalayani vd (1997)'ne göre geleneksel performans ölçümü sınırlılıkları çok fazladır. Finansal raporlar her ayın sonunda kapatıldığı için geleneksel yöntemler geride kalabilir, raporları çok eskidir, geleneksel ölçümler performans ve gelişimi sadece finansal veriler ile değerlendirmeye çalışırlar ancak başarının para ile derecelendirmesi mümkün değildir (Akt: Yüreğir ve Nakıboğlu 2007, 547). Özetlenecek olursa, geleneksel performans ölçütleri sadece işletme içi ile ilgilenen, finansal temelli, sürekli geriden gelen ve işletmenin bütünsel aktivitelerinden çok performansa odaklı olarak çalışmaktadırlar (Bourne vd 2003, 56).

Birçok akademisyen ve profesyonel işletmeciye göre yararlılığı ve basitliği ile modern performans ölçümlerinden daha iyi olan DuPont Modeli, 1900'lü yılların başında DuPont firması tarafından geliştirilmiş olup mali performans ölçümünün kurucusu olarak bilinmektedir (Neely vd 2006, 1124). Hiyerarşik bir yapı özelliği gösteren DuPont modelinde, aritmetik işlemler ile bir üst seviyede bir alttakileri özetleyen ölçümler elde edilmekte, son olarak ise performansı genel olarak özetleyen ve yatırım getirisini ortaya koyan sonuçlara ulaşılmaktadır (Ittner 2001, 350)

1.3. Yeni Performans Ölçümleri

Yeni performans ölçüm sistemleri aslında geleneksel performans ölçümleri gibi mali performans temeline dayanmaktadırlar. Fakat geleneksel ölçümlerden en önemli farkları; mali performansları gösterirken daha gerçekçi, açık ve net ifadeler kullanmaktadırlar. İlk ortaya atıldıkları 1980'li yıllarda tamamen mali performans odaklı olarak çalışırlarken sonraki yıllarda artan oranda başarı, memnuniyet gibi mali olmayan performansa odaklanmaya başlamışlardır.

Yeni performans ölçümünde çok sayıda model bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları; ekonomik katma değer modeli ve faaliyet temelli maliyetlemedir. Faaliyet temelli maliyetlemede örgütün faaliyetlerinin tanımlanmasından ürünün müşteriye ulaşarak tüketimine kadar geçen bütün aşamaları irdelleyerek aralarındaki ilişkileri sağlamaya çalışmaktadır. Ekonomik katma değer modeli ise örgütün belli bir dönemde elde edilen kardan, karın elde edilmesinde kullanılan sermayenin fırsat maliyetinin çıkartılması ile elde edilen parasal bir büyüklük olup günümüzde en popüler performans ölçütlerinden birini oluşturmaktadır (Işıl 2008, 61). Geleneksel ve geleneksel olmayan performans ölçütlerinin karşılaştırmalı analizi tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Geleneksel ve Geleneksel Olmayan Performans Ölçümleri

Karakteristik	Geleneksel performans ölçütleri	Geleneksel olmayan performans ölçütleri
Sistemin temeli	Muhasebe standartları	İşletme stratejisi
Ölçüt tipi	Finansal	Operasyonel ve finansal
Kime yönelik	Orta ve üst yönetim	Tüm çalışanlar
Frekans	Geri (haftalık veya aylık)	Gerçek zamanlı (saat, gün vb)
“Gerçeklik” ile bağlantısı	Dolaylı, yanıltıcı	Basit, doğru, doğrudan
Üretim düzeyi ile ilgisi	İlgili değil	Kullanılır
Format	Sabit	Esnek-değişken
Lokal-global ilgisi	Statik, değişken değil	Dinamik, yapıya bağlı
İstikrarı	Statik, değişken değil	Dinamik, yapıya bağlı
Amaç	İzleme	Gelişme
Yeni gelişim yaklaşımlarına (JIT, TQM, CIM vb.) desteği	Uyum sağlaması zor	Uygulanabilir
Sürekli gelişime etkisi	Engelleyici	Destekleyici

Kaynak: Yüreğir ve Nakıboğlu 2007

Geleneksel ve geleneksel olmayan performans ölçütlerini karşılaştırılacak olursak; geleneksel performans ölçütlerinde sistemin temeli muhasebenin finansal verilerine dayanırken geleneksel olmayan performans ölçütlerinde işletmenin yönetim anlayışına dayanmaktadır. Geleneksel performans yönetimi sadece orta ve üst düzey yöneticilere yönelik iken modern ölçütler bütün çalışanlara yöneliktir (Tablo 3).

2. DOĞRU PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN SEÇİLMESİ

Her örgütün ihtiyacına ve yaptığı işe göre en uygun performans ölçütünün hangisi olduğunu belirleyerek o ölçüte göre performans ölçümleri yapması gerekir.

Bu amaç doğrultusunda finansal oranlar, mükemmellik modeli, kurumsal performans karnesi gibi ölçütler ele alınabilir.

2.1. Finansal Oranlar

Finansal oranda en önemli nokta; başarının yapılan finansal harcamalar ile kıyaslanarak kazanılıp kazanılmadığına karar verilmesini kapsamaktadır. Girdiler ve çıktılar finansal veriler üzerinde değerlendirilerek kar elde edilebilir (Yüreğir ve Nakıboğlu 2007, 555).

2.2. Mükemmellik Modeli

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM)'in geliştirdiği EFQM Mükemmellik Modeli dokuz ana kriterden oluşup örgütte iş stratejileri oluşturulmasını ve geliştirilmesini sağlayan bir modeldir. Bu kriterler; *“liderlik, politika ve strateji, insan kaynakları yönetimi, kaynaklar, süreçler, müşteri memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, toplumsal etki ve performans sonuçlarıdır.”* Dokuz kriter bir araya gelerek iş hedefleri ile ulaşılan sonuçlar karşılaştırılıp, karşılıklı anlayış ile görev dağılımı yapılarak örgütün hedefleri belirlenmeye çalışılmaktadır Mükemmellik modelinin iki ana kriteri vardır. *Girdi kriterleri*; liderlik, politika ve strateji, çalışanlar, işbirlikleri ve kaynaklar, süreçler iken *sonuç kriterleri*, müşterilerle ilgili sonuçlar, çalışanlarla ilgili sonuçlar, toplumla ilgili sonuçlar, temel performans sonuçlarıdır (Yüreğir ve Nakıboğlu 2007,557).

2.3. Kurumsal Performans Karnesi

Stratejiyi eyleme çeviren bir yapı olarak geliştirilen kurumsal karne modelinin amacı; örgütün işleyişine yardımcı olarak stratejilerin belirlenmesi ve uygulanması noktasında destek olmaktır (Papalexandris vd 2005, 225) . Yüreğir ve Nakıboğlu (2007)'nin Kaplan ve Norton'dan belirttiğine göre kurumsal karne modelinin en önemli özellikleri; örgütün fiziksel değerleri, müşteri memnuniyeti, şirket ii faaliyetler ve öğrenme gelişme gibi çok yönlü olarak fonksiyon görmektedir.

3. ETKİLİ BİR ÖLÇME SİSTEMİ OLUŞTURMA SÜRECİ

Etkili bir performans ölçme yönetim sistemi oluşturabilmek için aşağıda belirtilen maddeler üzerinde durulmalıdır (Işıl 2008, 83);

- *Strateji ile etkileşim:* Örgütlerin performansı; stratejik hedeflere ulaşılması için önemli bir adım olarak tanımlanmaktadır.
- *Ölçümler arası hiyerarşi ve nedensellik:* Sonuç ile sebep arasındaki ilişkilerin belirlenerek nedensellik ilişkilerinin kurulmasını tanımlamaktadır.
- *Bütünleşiklik, genişlik ve derinlik:* Örgütte hangi seviyeye kadar performans ölçüm ve yönetiminin kullanıldığını gösteren terim derinlik; performans ölçümünün yatay olarak genişliğini ise genişlik terimi ifade etmektedir. Bir örgütün performansını etkileyen ve bir araya getiren faktörlerin tamamına bütünleşiklik denir.
- *Paydaş odaklılık:* o örgütü etkileyen yönetici, çalışan, müşteri gibi bütün paydaların aynı amaç doğrultusunda bir araya gelmeleridir.
- *Çok boyutluluk ve denge:* Performansın örgüt bağlamında bütün boyutları ile dikkate alınması çok boyutluluk olarak ele alınmakta iken denge ise boyutlar arasında önem ve öncelik açısından dengenin sağlanmasını ifade etmektedir.

4. PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Terminolojik olarak ‘liyakatin takdir edilmesi’, ‘başarının değerlendirilmesi’ ya da ‘iş gören boylandırma’ olarak ifade edilen performans değerlendirme çok geniş bir tanıma sahiptir (Şimşek ve Öge 2007, 283). Performans değerlendirmesi şu şekilde tanımlanmaktadır: Örgütün iş görenlerin eğitimlerinin, kabiliyetlerinin bilinmesini, amaca uygun kullanılmasını ve değerlendirilmesini sağlayan; çalışanların örgütün belirlenmiş amaçlarını gerçekleştirebilmek için hedefleri ve elde edilen bilgilerin finansal olarak kullanılabilmesini içeren bir sistem olarak tanımlanabilecek performans değerlendirme, insan kaynakları yönetim anlayışının en önemli fonksiyonları arasında görülmektedir (Budak 2008, 76) .

Performans değerlendirme; personelin görev ve başarıları ile örgütün başarısını ve örgütün hedeflerine ulaşılmasını içeren süreçlerin tamamı performans değerlendirmenin alanına girmektedir (elik 2013, 46).

4.1. Performans Değerlendirme Tanımı

Performans değerlendirme sadece belli bir aşama ya da sürece bağımlı olmayıp çalışanın içine olan bağlılığından başlayarak ürünün ortaya çıkmasına, ürün sonucunun geribildirimlerine ve gelişim planının saptanmasına kadar geçen süreç performans değerlendirmenin özünü oluşturmaktadır. Performans değerlendirme yönetimin işlevsel boyutunu ele alarak çalışanların başarı seviyesini etkilemektedir. Performans değerlendirme ile ürünler ve hizmetler amaca uygun bir şekilde yerine getirilerek örgütteki her bir görevin nasıl gerçekleştirildiğini ve tarafsız olarak ölçülmesini sağlamaktadır. Özetle performans değerlendirme; bir işletme veya kurumun içinde kararların alınarak yürürlüğe konulduğu ve organizasyon faaliyetlerinin yapıldığı işlemlerinin tamamıdır (Kaynak 2008, 270).

4.2. Performans Değerlendirmenin Amaçları ve Kullanım Alanları

Performans değerlendirme sonucu elde edilen veriler, stratejik planlamalar, maaş artışları, terfiler, iş genişletme ve zenginleştirmeler, yapılacak eğitimler, kalifiye elemanların seçilmesi gibi amaçlar geekleştirilmektedir (Erdil vd 2004, 114).

Yönetsel amaçlar; bir şirketin başarısının en önemli sebebi yöneticilerin doğru ve yerinde kararlar vermesinden geçmektedir. Yöneticilerin; terfi, görev dağılımı, işten çıkarma, transfer dağılımlarının yanı sıra sosyal yardımlar ile her çalışanın sorumluluklarının belirlenmesi başlıca yönetsel amaçlardan sayılmaktadır (imen 2009,32).

Gelişmeye yönelik amaçlar; gelişmeye yönelik amaçlar da çalışanların daha mutlu, daha verimli bir şekilde çalışmalarını sağlamaya odaklanmaktadır. Çalışanların zayıf ve güçlü yönlerini ortaya koyup bu doğrultuda gelişmelerini sağlayarak, iş doyumlarını artırmaya çalışarak ve potansiyellerini artırmayı amaçlamaktadır.

Eğitici amaçlar; örgütün hizmet ve ürününün olumlu veya olumsuz geri bildirimlere göre kendilerini geliştirme ve eğitmeyi amaçlamaktadır.

4.3. Performans Değerlendirme İlkeleri

Bir sistemin belirlenen amaçlara ulaşabilmesi için o sistemin mantıklı ilkelere sahip olması gerekir. Bu ilkeler kullanılacak olan sisteme yön veren temel politikalarlardır. Performans değerlendirme ilkeleri de örgütün genel politikalarının yanı sıra insan kaynakları politikaları ile de uyumlu olmalıdır (Altan 2005, 17). Örgütler arasında değişiklikler olmakla birlikte evrensel nitelikte olan performans değerlendirme ilkeleri şunlardır (Çimen 2009, 10-11);

- Performans değerlemesi örgütsel amaçlara yönelik olmalıdır.
- Performans değerlendirmesi çalışanın özel yaşamını değil çalışma hayatını ele almalıdır.
- Değerlendirme baskı amacıyla değil çalışandan elde edilen faydayı artırmaya yönelik olarak kullanılmalıdır.
- Performans değerlemesi çalışanın örgüte bağlanmasına ve örgüt için tüm gücüyle çalışmasına imkân vermelidir.
- Değerlendirmeler örgüte katkı sağlamalıdır.
- Performans değerlendirmesi sadece alt kademe çalışanlara yapılmamalı üst kademeyi ve yöneticileri de kapsamalıdır.
- Performans değerlendirmesi örgüt içindeki ve dışındaki tüm faktörler dikkate alınarak yapılmalıdır.
- Değerlendirmede kullanılan araçlar düzenli olarak geliştirilmeye imkân verecek şekilde ve esnek bir yapıya sahip olmalıdır.
- Değerlendirme öz değerlendirme yapmaya imkân vermelidir.

Bunların yanı sıra çalışanlara performans değerlendirme politikaları hakkında yeterli bilgiyi verecek şekilde açık bir yaklaşım sergilenmeli, aynı zamanda kişisel bilgilerin de ilgili kişi dışındakilere açıklanmaması konusunda titiz davranılmalıdır.

4.4. Performans Değerlendirme Sisteminin Yararları

Hem örgüt hem de çalışan açısından önemli bir ihtiyaç olan performans değerlendirme örgütte çalışanların performanslarının net bir şekilde ortaya konulmasını sağlarken yöneticilere de ilerleyen süreçlerde çalışanların nasıl motive edileceği konusunda fikir verir (Beyoğlu 2016, 44). Bu bağlamda performans değerlendirme hem örgüt hem çalışan hem de yöneticiler için değişik faydalar sağlamaktadır.

Örgüt için başlıca faydaları (Kızılboga 2006, 20);

- Örgütlerin varlıklarını sürdürebilmeleri için örgüt bünyesinde verimlilik ve performans anlayışının oluşturulması ve sürdürülmesini sağlar.
- Örgüt içindeki performans yönetim sürecinin kontrol edilmesine katkı sağlar.
- Mevcut ve muhtemel sorunların belirlenmesi ve bunlarla ilgili gerekli tedbirlerin alınmasına yardım eder.
- Faaliyet sonuçlarının her birim tarafından ulaşılır olmasını sağlar
- Bireysel hedefler ile örgütsel hedeflerin uyuşmasını ve sonuç olarak da örgütün performansının ölçülmesine yardım eder.

Çalışanlar için başlıca faydaları (Sarsenova 2010, 54);

- Çalışanların kendilerine güven duymalarına yardım eder ve bu güveni arttırır.
- Çalışanlar, performanslarının nasıl değerlendirildiği hakkında bilgi sahibi olurlar
- Hedeflere ulaşıldığında nasıl ödüllendirileceklerini öğrenirler

- Yetersiz oldukları alanları öğrenerek bunları gidermek için gerekli olanakların kendilerine sunulması imkânına kavuşurlar.
- Çalışanların takım ruhu anlayışı ve motivasyonları artar.
- Çalışanların hem yöneticilerini hem de çalışma arkadaşlarını daha yakından tanımalarına olanak sağlar.
- Kendilerinin örgüt içindeki yerlerini ve önemlerini anlamalarına yardım eder.

Yöneticiler için başlıca faydaları (Sarsenova 2010, 54);

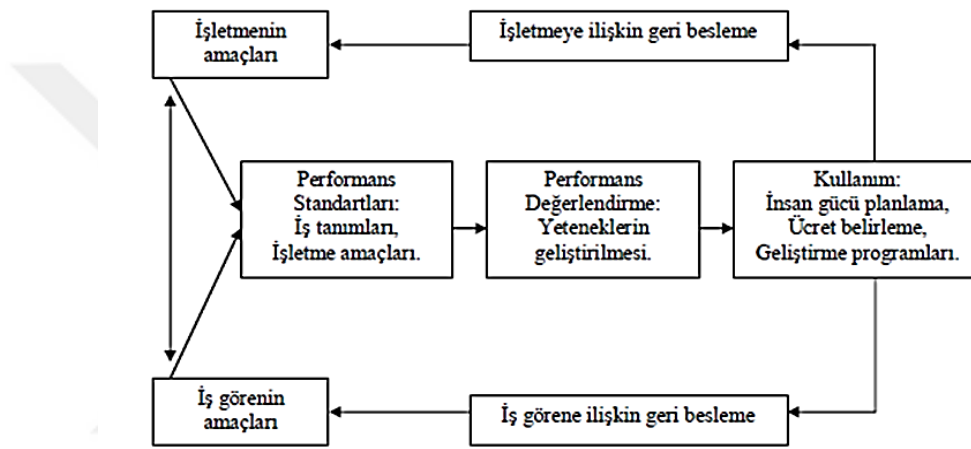
- Yöneticilerin çalışanlarla olan iletişimini ve ilişkisin güçlendirir.
- Çalışanların zayıf ve güçlü yönlerinin anlaşılmasını ve bu vesileyle gerekli eğitim ihtiyacının belirlenmesini sağlar.
- Çalışanların daha yakından tanınması yetki devrini kolaylaştırır ve bu süreçte verilecek hatalı karar oranlarını minimize eder.
- Mevcut ve muhtemel sorunların tespiti, değerlendirilmesi, bunlarla ilgili alınacak önleyici faaliyetler için birçok bilgiyi sağlar.
- Yöneticilik becerilerinin sergilenmesine olanak tanır.

4.5. Performans Değerlendirme Süreci

Performans değerlendirme süreci amaçların belirlenmesi ile başlar. Değerlendirme sisteminin arzu edilen amaca hizmet etmesini sağlamak için buna ait amaçların belirlenmesi gerekir. Burada önemli olan nokta ise bu amaçların ulaşılabilir olmasıdır (Dilek 2009, 47). Bir diğer önemli nokta ise değerlendirmeyi kimin yapacağını belirlenmesidir. Değerlendirmeyi yapacak kişilerin çalışanları değerlendirecek ve onlar hakkında kanaat edinecek kadar yeterli bir süre gözlem imkânına sahip olmaları gerekmektedir (Özyörük 2009, 59). Bir başka önemli hususta elde edilen sonuçların ölçülebilir olmasıdır. Ölçümü yapılamayan etkinliklerle performans değerlendirme yapmak bir hayli güçtür.

Performans değerlendirme süreci iki aşamada incelenebilir. Bunlardan ilki iş analizlerinin yapılması, iş tanımlarının oluşturulması ve işe ait gerekliliklerin belirlenmesi çalışmalarından oluşan hazırlık aşamasıdır. İkinci aşama ise asıl evredir ve bu aşamada temel amaçlar saptanır, değerlendirme görevini yürütecek kişiler belirlenir, çalışanlara değerlendirme hakkında bilgi verilir, performans değerlendirme ölçü ve yöntemleri belirlenir, değerlendirme planı hazırlanır ve planla ilgili yönetici görüşleri alınarak gerekiyorsa revizyonlar yapılır.

Performans değerlendirme süreci şu şekilde özetlenebilir:



Şekil 3. Performans Değerlendirme Süreci

Kaynak: Sarsenova (2010, 57).

4.6. Performans Değerlendirme Sisteminin Taşınması Gereken Özellikler

Bir performans değerlendirme sisteminin başarılı olması ve objektif sonuçlar verebilmesi için sahip olması gerekli olan bazı özellikler vardır. Bunların başında sistemin örgütün iç ve dış çevresi ile alakalı performansı hakkında bilgi vermesi gelmektedir. Performans değerlendirme sistemi yöneticilerin aldıkları kararlarda yönlendirici olacak ve saptanan eksikliklerde örgütün gelişme sağlamasına yardımcı olacak nitelikte olmalıdır. Elde edilen bilgiler bu bilgileri değerlendirecekler tarafından kolayca anlaşılabilir olmalıdır. Performans değerlendirmesi örgüt yöneticilerine en güncel bilgileri onlara gerekli olan zamanda sağlamalı ve aynı zamanda örgütün iç ve dış çevresindeki değişime karşı esnek, duyarlı ve dinamik bir

yapıya sahip olmalıdır. Bunun yanında bir değerlendirme sistemi ne kadar etkin olursa olsun örgütün stratejik amaç ve politikalarıyla uyumlu olmalıdır (Karaman 2009, 417-418).

4.7. Performans Değerlendirme Sırasında Yapılan Hatalar

Kullanılan performans değerlendirme yöntemi ne olursa olsun her zaman amaçlanan sonuçlara ulaşım olmayabilir ya da değerlendirme aşamasında bazı hatalar yapılabilir. Uygulayıcının kendisinden veya uygulamadan kaynaklı bu tür hatalar çalışanların adil ve doğru bir şekilde değerlendirilmesine engel olur. Çalışanların performanslarının olduğundan daha fazla ya da daha düşük tespit edilmesi hem kullanılan yöntem hem de uygulayıcılara duyulan güveni ciddi manada sarsmakla kalmaz aynı zamanda performans değerlendirme ile hedeflenen amaca da ulaşılmasına engel olur. Bu nedenle hem uygulayanları hem de çalışanları tatmin edecek seviyede bir performans değerlendirmesi yapabilmek için uygulama aşamasında düşülmesi muhtemel hataları belirleyerek bu hatalar karşı gerekli tedbirleri almak gerekmektedir (Altan 2005, 55).

Performans değerlendirmesi aşamasında en sık düşülebilen hatalar ise şunlardır;

Fazla hoşgörülü veya esnek davranmak: Performans değerlendirmesini yapanların çalışanların performansını olduğundan daha yüksek bir değerlendirmede bulunmalarıdır. Bu durumda çalışanların önemli hataları gözden kaçabileceği gibi çalışma arkadaşlarının yaptığı hataların farkında olan çalışanlar arasında da huzursuzluklara sebep olabilir. Bu hataya düşülmesindeki en önemli etkenlerin başında değerlendirmeyi yapanların çalışanlarla çatışmaktan kaçınmak amacıyla onları gerçek durumun üzerinde bir puanla değerlendirmeleri gelmektedir. Bir diğer neden ise değerlendiricilerin sorumlu oldukları birimlerin performanslarının örgütün diğer birimlerinden daha düşük çıkmasını istememeleridir. Çünkü böyle bir durumda değerlendirmeyi yapan kişi bir üst yönetici tarafından kendisinin başarısız olarak değerlendireceğinden endişelenmektedir (Çimen 2009, 15).

Fazla katı olmak: Fazla hoşgörölü olmak kadar fazla katı olmakta performans değerlendirmesi esnasında hatalara neden olur. Bu durumda değerlendirmeyi yapan yönetici çalışanların performansını olduğundan daha düşük değerlendirmektedir. Performans değerlendirmesi çalışanın hatalarından ders almasını sağlayacak esnekliğe sahip olmalı ve yeni fikirleri söyleyebilmelerine olanak sağlamalıdır. Deneyimi az ve kendine güven konusunda sıkıntı yaşayan değerlendiriciler daha sık olarak bu hataya düşerler. Bu şekilde bir değerlendirme verimliliğın azalmasına ve çalışanların heveslerinin kırılmasına neden olur (Kanık 2008, 36)

Halo etkisi: Değerleme yapanın performansı değerlendirilen kişinin genel imajına bakarak karar vermesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda değerlendirmeyi yapan, çalışanın belli bir özellik yönünden üstünlüğünü ön plana çıkarak karar verir. Mesela sekreter seçiminde yalnızca güzelliğın dikkate alınması gibi bir durumda tek ölçüte dayanarak karar verilmiş olur (Arpacı 2008, 40).

Boynuz etkisi: Halo etkisinin ters yönde işlemlerine boynuz etkisi denir. Bu durumda çalışan işin pek çok yönünde başarılı olsa da tek bir yönünde dahi başarılı değilse, değerlendirme yapıcı tarafından başarısız olarak değerlendirilir (Sarsenova 2010, 62).

Merkezi eğilim: Performans değerlendirmesi esnasında en sık karşılaşılan hatalardan biriside değerlendiricinin bütün çalışanları orta seviyede başarılı olarak değerlendirmesidir. Bu durumda değerlendirici aslında hiçbir değerlendirme yapmamıştır. Bu hatanın yapılmasına en çok değerlendiricinin kendisini değerlendirme konusunda yeterli görmemesi ya da çalışanların tepkilerinden çekinmesi sebep olmaktadır. Performanslardaki farklılıklara rağmen değerlendirici çok düşük ya da çok yüksek bir değerlendirme yapmaktan kaçınmaktadır. Bu durum yüksek performanslı çalışanların daha düşük performanstaki çalışanlarla yakın puanlar almaları başarılı çalışanların tepkisine ve verimlerinin düşmesine yol açar. Bu durumun ortaya çıkmasına astlar tarafından sevilme arzusu, başarılı olarak değerlendiren çalışanın ilerde kendi yerini alacağı korkusu, kendisinin zor beğenen bir yönetici olduğunu kanıtlama düşüncesi gibi faktörlerde neden olabilmektedir (Çimen 2009,16-17).

Başarı standartlarının yetersizliği veya belirsizliği: Performans değerlendirmesine ait kriterlerin net olmadığı durumlarda ortaya çıkan bir hatadır. Performansı düşük bir çalışanla kıyaslanan ortalama performanslı bir kişi başarılı olarak algılanırken performansı yüksek bir çalışanla kıyaslanan ortalama performanslı kişi ise başarısız olarak değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle kriterlerin doğru saptanması değerlendirmenin güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Objektif davranamama: Yapılan değerlendirmede yapılan iş ve hedefler yerine kişilik, davranış, yaş, cinsiyet, siyasi görüş, din, ırk gibi özelliklerin ön plana çıkarılması değerlendirmenin hatalı olmasına ve amacından sapmasına neden olmaktadır (Pekküçükşen 2013, 180).

Yakın zaman etkisi: Değerlendirmenin değerlendirme periyodunun tamamını değil son dönemini kapsayan bir şekilde yapılmasıdır. Yıllık yapılan değerlendirmelerde değerlendirici en iyi hatırladığı son dönemlere ait değerlendirme yapmakta ve hatırladığı verileri baz almaktadır. Bu hataya düşmemek için değerlendiricinin çalışanlar hakkında notlar alması önemlidir (Beyoğlu 2016, 38-39).

İşler arasında bağımlılığın dikkate alınmaması: İşbölümünün yoğun olduğu örgütlerde kendinden önceki ya da sonraki çalışanın başarısızlığı o çalışanın da verimsizliğine yol açmaktadır. Bu nedenle bu tür örgütlerde bu tür bağımlılıkların dikkate alınması gerekmektedir (Altan 2005, 57).

Kontrast hatası: Değerlendiricinin kısa süre içinde pek çok kişiyi değerlendirmek zorunda kalması nedeniyle kişileri karıştırması mümkündür. Bu durumda çalışanlar kendilerinden önce değerlendirilenlerin puanlarından etkilenecektir. Bu nedenle değerlendirme yaparken çalışanlar gruplandırılmamalı ve karışık bir sıralama ile değerlendirmeye tabi tutulmalıdır (Çetin 2006, 73).

4.8. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Örgütlerce kullanılan performans değerlendirme yöntemleri onların kültür ve gereksinimlerine göre değişmektedirler. Yöneticiler bu gereksinimleri dikkate alarak kullanılacak olan yöntemi seçerler. Temel olarak performans değerlendirme yöntemleri geleneksel ve çağdaş yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır.

4.8.1. Geleneksel Değerlendirme Yöntemleri

Geleneksel değerlendirme yöntemleri McGregor tarafından ileri sürülen ve kısaca çalışanların çoğunun işlerini sevmediğini, tembel, bencil ve değişime kapalı olduklarını ileri süren (X) kuramı temeline dayanmaktadır. Genelde bu tip yöntemlerde önceden belirlenmiş standart değerlendirme kriterleri olmayıp değerlendirenin görüş ve düşünceleri ile çalışan arasındaki sübjektif etkileşim ön plana çıkmaktadır. Çalışanların işlerindeki başarısından ziyade kişiliklerinin değerlendirilmesine dayanır. Bu tür değerlendirmelerde çalışanlar yalnızca yöneticileri tarafından değerlendirilmektedir ve özellikle sayısal konuların değerlendirilmesinde yöneticilerin yetenekleri, değer yargıları gibi hususlar değerlendirmenin güvenilirliğini etkilemektedir. Geleneksel değerlendirme yöntemleri kendi içinde kişinin tek başına değerlendirildiği ve karşılaştırmalı değerlendirildiği yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır (Çimen 2009, 20-21).

4.8.1.1. Tek Başına Değerlendirme Yöntemleri

Çalışanların diğer çalışanlarla kıyaslanmadığı ve performanslarının diğer çalışanlardan bağımsız olarak kendi iş tanımları içinde değerlendirildiği yöntemlerdir.

Grafik cetveller yöntemi: Sıkça kullanılan bu yöntemde çalışanların performansları değişik kriterleri içeren bir skala ile ölçülür. Kriterler çalışanların kişiliklerini, işe ait davranışlarını ve yaptıkları işin sonucunu ölçmeye yarayan unsurları içerir. Dikkatli bir şekilde seçilecek değerlendirme faktörleri somut ve net olarak tanımlanmalı ve böylece bu faktörler tüm değerlendiriciler tarafından aynı şekilde anlaşılmalı ve kullanılmalıdır (Kızılboga 2006, 22).

Kompozisyon yöntemi: Değerlendirme yapacak olan yönetici çalışanın nitelikleri, üstün ve zayıf yönleri, yetenekleri ile ilgili bir kompozisyon hazırlar. Ancak hazırlanan değerlendirmeler uzunluk ve içerik olarak farklılıklar gösterir ve yöntemin başarısı değerlendiricinin gözlem yeteneğine ve bu gözlemleri ifade edebilmesine bağlıdır (Kanık 2008,64).

Zorunlu seçim yöntemi: Değerlendiricilerin objektif bir değerlendirme yapması ve gereksiz yere yüksek puan vermelerini engellemek için oluşturulan bu yöntemde hangisinin yüksek puana sahip olduğu kolaylıkla kestirilemeyecek yakın ifadeler verilir ve bunlardan biri değerlendirici tarafından seçilir (Pekküçükşen 2013, 173). Sayısal bir yöntem olması değerlendirmeyi kolaylaştırırken dezavantajı ise çalışanın durumuna uygun bir seçenek olmasa dahi bu seçeneklerden birinin seçilme zorunluluğudur (Eraslan ve Algün 2005, 97).

Kritik olay yöntemi: Kritik Olay Yöntemi yöneticilerin değerlendirme dönemi içerisinde sistematik notlar alarak, bu notlara göre bir değerlendirme yapmaları esasına dayanır. Çalışan önemli bir hizmette bulunduğu ya da istenmeyen bir davranış sergilediğinde bu durum not edilerek kaydedilir. Tutulan kayıtlar çalışanın başarısını ölçmek amacıyla kullanılır (Çetin 2006, 55).

4.8.1.2. Karşılaştırmalı Değerlendirme Yöntemleri

Çalışanların diğer çalışanlar ile karşılaştırılması esasına dayanır. Çalışanlar birbirleri ile kıyaslanarak başarı düzeylerine göre sıralanırlar.

Basit sıralama yöntemi: En kolay ve ekonomik yöntemlerden biri olan bu yöntemde temel olarak yöneticiler çalışanları en başarılıdan başarısız doğru sıralarlar. Az sayıda çalışanın olduğu örgütlerde uygulanması daha kolaydır. Bu yöntemde değerlendirici belirlenmiş bazı kriterleri değil kendi değer yargılarını baz alarak bir değerlendirme yaptığı için objektif olmaktan uzak bir yöntemdir (Çimen 2009,23).

Basit sıralama yöntemi, çalışanı, sadece genel başarı durumu, örgüte katkısı vb. gibi tek bir ölçütü göz önünde bulundurarak karşılaştırma yapmış olması, çalışanları sayısal olarak değerlendirememesi, başarı farklılıkları derecesinin bilinmemesi ve aynı anda bir çok çalışanın hangi sıraya gireceğinin saptanması çok zor bir uygulama olması nedeniyle eleştirilmekte ve kullanım alanı oldukça sınırlı bulunmaktadır (Helvacı 2002,162)

Karşılaştırma yöntemi: Örgüt içindeki bir grup veya bölümde çalışanları birbirleri ile kıyaslamak sureti ile yapılır. Çalışanlar yukardan aşağı ve soldan sağa doğru bir matris tablosuna atanarak her çalışan diğer çalışanla kıyaslanır ve diğer çalışana göre daha başarılı olan çalışana + işareti verilir. Bu kıyaslamamanın sonunda + sayısı en fazla olandan başlayarak sıralama yapılarak değerlendirme tamamlanır (Sarsenova 2010, 67). Bu değerlendirme ile ilgili matris tablosu, Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Karşılaştırma Yöntemi Matris Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		+	-	-	-	-	+	+
2	-		-	-	-	-	-	-
3	+	+		+	+	-	-	+
4	+	+	-		+	+	+	+
5	+	+	-	-		-	-	-
6	+	+	+	-	+		+	+
7	-	+	+	-	+	-		+
8	-	+	-	-	+	-	-	

Kaynak: Akt., Sarsenova 2010, 67.

Tabloda en fazla + işaretini almış olan 2 numaralı çalışan başarı listesinin başında yer alırken onu 5, 8, 1, 7, 3, 4, 6 numaralı çalışanlar izler (Sarsenova 2010, 67).

Zorunlu dağıtım yöntemi: Bu yöntemde değerlendirici çalışanların performanslarını karşılaştırır ve onları daha önceden belirlenmiş yüzde oranlarına göre farklı performans seviyelerine dağıtır. Örnek olarak değerlendirilen grup 100 kişiden oluşmakta ve performans düzeyleri en yüksek, yüksek, orta, düşük, çok düşük olarak belirlenmişse bu durumda değerlendirici gruptan yaklaşık 40 kişiyi orta,

20 kişiyi düşük, 20 kişiyi yüksek, geriye kalan 20 kişiden 10 kişi en yüksek ve diğer 10 kişiyi en düşük performans derecesi ile derecelendirmek durumundadır (Kızılboğa 2006, 21-22).

4.8.2. Çağdaş Performans Değerleme Yöntemleri

Çağdaş performans değerlendirme yöntemleri, McGregor'un (X) kuramını temel alan geleneksel yöntemlerin aksine, McGregor'un (Y) kuramını temel alarak ortaya çıkmışlardır. Bu kurama göre çalışan gerçekte başarılı ve çalışkandır ancak bunun ortaya çıkmasını sağlamak için yöneticinin çalışanı harekete geçirmesi gereklidir. Bu kuram vasıtası ile örgütlerin amaçlara yoğunlaşması ve yönetici ile çalışanların sorumluluğu paylaşması hedeflenmiştir. Geleneksel yöntemlerde çalışan başarılı ya da başarısız diye sınıflandırılmakta ve bu değerlendirmede çalışanın kişiliğini değil yaptığı iş ve bu işteki başarısı temel alınmaktadır. Ancak çağdaş performans değerlendirme yöntemlerinde çalışanın başarı derecesinin yanı sıra onun beklentileri de değerlendirmelerde göz önüne alınmaktadır (Çimen 2009, 25).

Amaçlara göre yönetim yöntemi: Son zamanlarda performans değerlendirmede en sık kullanılan yöntemlerden biri olan bu yöntemde çalışanların performansı yöneticiler ve çalışanların birlikte belirledikleri amaçlara göre değerlendirilir. Basit ve mantıksal bir yöntem olan amaçlara göre yönetim yönteminde belirlenen hedefler açık, ölçülebilir ve belli bir zamanla sınırlandırılmış olmalıdır. 1954 yılında bu yöntemi ilk kez öneren Peter Drucker'e göre yönetimin asıl sorumluluğu, örgütün yaşamını, büyümesini ve karlılığını direkt olarak etkileyen istek ve hedefler arasında bir dengenin sağlanmasıdır (Kanık 2007, 67-68). Bu yöntemde temel amacın hedeflere ulaşılması olduğundan dolayı çalışanların kişilikleri, tutumları, değerleri ve diğer kişisel özellikleri değerlendirme dışında bırakılır. Bu nedenle çalışan yapıcı eleştirileri kendi değerlerinin tartışıldığı bir yaklaşımdan daha kolay kabul eder.

Davranışa dayalı değerlendirme ölçekleri yöntemi: Davranışa dayalı değerlendirme ölçekleri yöntemi çalışanları başarıyı belirleyen belirli davranışlara göre analiz etmek amacıyla kullanılır. Bu yöntemde çalışanın bulunduğu göreve göre

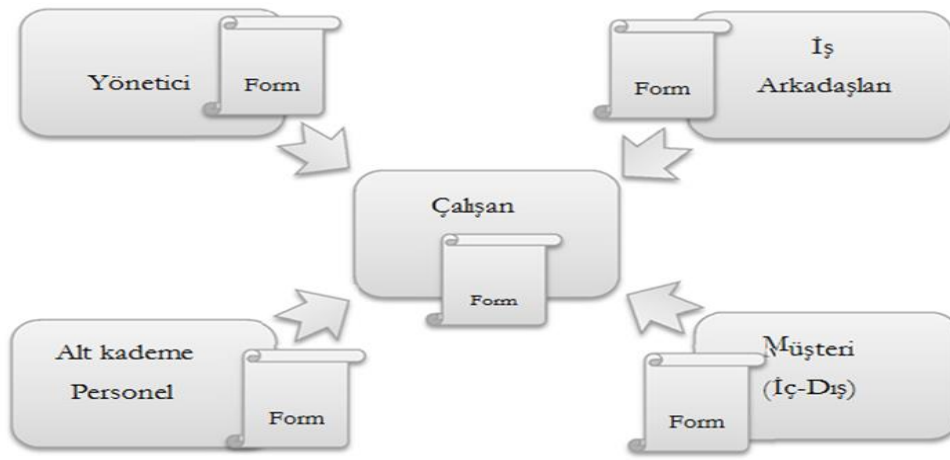
iş ilişkileri tanımlanmakta ve istenen davranış kalıpları belirlenmektedir. Bu yöntemin amacı çalışan performansını davranışsal düzeyde ölçmektir. Zorunlu seçim yöntemi ve kritik olay yönteminin bir arada kullanılması ile oluşturulan davranışa dayalı değerlendirme ölçekleri yöntemi çalışanın durumuna uygun tek seçeneğin işaretlenmesi temeline dayanır (Eraslan ve Algün 2005, 97).

Diğer değerlendirme yöntemlerine göre standartların belirgin olması, yanlış karar verme olasılığını düşürmesi, öznel olmayıp gözleme dayanması, tutarlılığı, sonuçlarının çalışanlara kolay açıklanabilmesi ve çalışanların bu sonuçlar yoluyla başarısını yükseltmesine imkân vermesi gibi avantajları vardır ve daha güvenilir, net ve daha az rastlantısal sonuçlar verir. En büyük dezavantajı ise hangi meslek dalı için geliştirilmişse ona özgü bir ölçek olması nedeniyle diğer alanlarda kullanılamamasıdır. Bu nedenle pahalı bir yöntemdir. Bir başka dezavantajı ise iş analizi ile oluşturulan ölçek üzerinde bulunan tanımlamalara uymayan çalışan davranışlarının ortaya çıkabilmesidir (Çimen 2009, 27).

Alan incelemesi yöntemi: Genellikle büyük örgütler tarafından kullanılan alan incelemesi yöntemi, biçimsel herhangi bir uygulaması olmayan, form kullanılmadan gerçekleştirilen, ölçütü ve puanlaması bulunmayan bir yöntemdir. İnsan kaynakları bölümünde bulunan uzman personeli ile çalışanın birinci amirinin çalışan hakkında görüşmesi şeklinde yürütülür. Bu görüşme neticesinde çalışanın olumlu ve olumsuz davranışları belirlenir ve olumsuz davranışların nedenleri araştırılarak çözüm bulunmaya çalışılır. Alan incelemesi yöntemi tek başına kullanıldığı takdirde yetersiz kalan ve fazla kullanılmayan bir yöntemdir (Üzmez 2012).

360 Derece değerlendirme yöntemi: Geleneksel yaklaşımlarda sadece yöneticilerin ya da patronun çalışanları değerlendirebileceği savunulur ancak pratik hayatta birçok patron çalışanın performansını belirleyecek anahtar noktaları değerlendirmede yeterli değildir ve onun adına hareket eden yöneticilerin de değerlendirmeleri tek boyutlu olabilir. Bu sorunu çözmek amacıyla bazı örgütler çalışanın performansının değerlendirilmesinde birçok kişinin katkısından yararlanmayı tercih etmektedirler. Bu değerlendirmeyi yapacak kişiler ilgili yöneticiler, astlar, iş arkadaşları ya da iç ve dış müşteriler olabilirler.

Çalışanların farklı görevleri olabilir veya sahip oldukları tek bir görev değişik boyutlara barındırabilir. Bu nedenle çoğu yönetici zaman sıkıntısı ya da bulunduğu konum gereği çalışanın performansının ancak bir bölümünü gözlemleyebilir. Buda ya çalışanın performansının düşük olarak değerlendirilmesine veya çalışanın değerlendirmenin yaptığı alana yoğunlaşmasına neden olur. Bunun sonucunda da performans değerlendirmesi hem işletme hem de çalışan için istenilen amaca ulaşamaz. Bunun yanı sıra değerlendirme de yöneticilerin değişik duygusal veya bireysel faktörler nedeniyle objektif olamaması sorunuyla da karşılaşılabılır.



Şekil 4. 360 Derece Değerlendirme Şeması

Kaynak: Sabuncuoğlu, 2005; 195;

Bu yöntemin en büyük avantajı yöneticinin tek başına ulaşamayacağı bilgilere farklı kişiler aracılığıyla ulaşabilmesine imkân vermesidir. Hem değerlendirilen çalışanın kendisinden hem de farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerin tek bir yöneticinin yapacağı değerlendirmeden daha objektif olma ihtimali yüksektir (Kara 2010, 90). Diğer avantajları ise insan kaynakları yönetimi için verilen kararlarda devamlılığı ve bütünlüğü sağlar, organizasyonlu hedeflerle bireysel hedefleri uyumlaştırarak organizasyonun başarısını mümkün kılar ve gelecekte yöneticilerin performans değerlendirme ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için ihtiyaç duyacağı yüksek kalitede bilgi birikimini oluşturarak yöneticinin çalışanlar hakkında doğru karşılaştırmalar yaparak doğru kararlar vermesini sağlar (Fidan 2016, 31).

Sistemin en önemli dezavantajları ise öz değerlendirme ile diğer değerlemeler arasındaki farklılıkları uzlaştırmanın güçlüğü, değişik kaynaklardan gelen bilgiler arasında bir çatışma olduğunda kesin olarak bir rehberin yardımına ihtiyaç duyulması, çok miktarda ve farklı kaynaklardan toplanan bilginin etkinliğinin değerlendirilmesindeki zorluklardır (Altan 2005, 51). Bu yöntemin kullanımının organizasyonlar arasında giderek yaygınlaşması, birçok organizasyonun yeterince düşünmeden ve gerekli altyapı çalışmalarını yapmadan bu sisteme geçmeleri ve sonucunda da pek çok problemle karşılaşmaları sonucunu doğurmaktadır. Bu yöntemi uygulamaya başlamadan önce örgütün yapısına uygun gerekli uyarlamaların yapılması ve uygulamayla ilgili olarak yeterli eğitimin verilmesi gerekir.

4.9. Performans Değerlendirme Yönteminin Seçilmesi

Bir performans değerlendirme sürecinin en kritik aşamalarından biri performans değerlendirme yönteminin seçimidir ve sürecin başarısı için de oldukça kritik bir öneme sahiptir. Hedeflenen ölçümler yapılamıyorsa yapılan tüm performans değerlendirme süreci hiçbir fayda sağlamayacaktır.

Örgütler kullanacakları performans değerlendirme yöntemini seçerken her yöntemin avantaj ve dezavantajlarını dikkate almalı bununla birlikte elde edilmesi beklenen hedefler, maliyetler ve kullanıcılar da hesaba katılarak bir seçim yapılması gerekmektedir (Altan 2005, 54). Yapılacak olan seçimde yalnızca örgütün ihtiyaçlarına odaklanılmamalı aynı zamanda yöntemin örgüt kültüründe uygun olması hususu dikkate alınmalıdır. Kısaca performans değerlendirme yönteminin seçilmesinde şu hususlara dikkat edilmesi büyük önem arz etmektedir:

- Her yöntemin yapısı, ölçtüğü kriterler ve ortaya koydukları sorunlar iyi analiz edilerek seçim yapılmalıdır.
- Kullanılacak yöntem hem örgüt yapısına hem de personel politikalarıyla uyumlu olmalıdır.
- Kullanılacak yöntemin değerlendiren ve çalışan tarafından kabul görececek bir yöntem olması gerekmektedir. Bu hususlar dikkate alınmadan seçilecek bir yöntem rasyonel sonuçlar vermeyecektir (Bakan ve Kelleroğlu 2003, 113).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. AİLE HEKİMLİĞİ

Modern sağlık sistemlerinin en önemli amaçlarından biri; temelde doğrudan hastaya ulaşabilecek veya hastanın hemen ulaşabileceği sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırıp herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda düzenlenen bir sağlık programı; bireylerin hayat kalitelerini artırarak sağlık standartlarının da yükselmesine neden olabilir.

Tıptaki aşırı uzmanlaşma ve daralmaya paralel olarak ortaya çıkan genel olarak hasta şikâyetleri ile ilgilenecek bir disiplinin ihtiyacından ortaya çıkan aile hekimliği ilk defa 1923 yılında Francis Peabody tarafından savunulmuştur. Sonraki yıllarda İngiltere’de Royal College of General Practitioners kurulmuş ve 1966 yılında da American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’ın raporundan sonra birincil basamakda çalışacak uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (Dikici vd 2007, 412). Bu şekilde bütün ülkeler tarafından benimsenmesi ile birlikte Aile hekimliği kavramını Dünya Sağlık Örgütü şu şekilde açıklamaktadır; “Aile hekimi; kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur” (Akdağ 2004, 65)

Özetle aile hekimliği; gerek bireylere gerekse ailelere sürekli olarak çok yönlü sağlık hizmeti veren, biyolojik, fizyolojik, klinik ve davranış bilimleri ile iç içe olan, faaliyet alanı içinde bütün yaş gruplarını barındıran, cinsiyet ayrımı yapmaksızın her bireye eşit bir şekilde yaklaşan ve bütün hastalıkları kapsayan uzmanlık alanıdır. Anne karnındaki fetüsten 95 yaşındaki yaşlı bireylere kadar bütün ailenin genel sağlık durumu ile ilgilenen ve bütün sağlık sorunlarından sorumlu kişi aile hekimidir. Bulunduğu mevkideki ve kendisine bağlı olan kişilerin sağlık danışmanlığı görevini yürüten aile hekimleri, her yaştaki bireylere hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır (Kantarıcı 2015, 6).

Aile hekimliğinde kullanılan genel tanımlar içinde; aile hekimi, aile sağlığı elemanı, aile hekimliği birimi ve aile sağlığı merkezi yer almaktadır.

Aile Hekimi: Aile hekimliğinin yukarıda bahsedilen genel tanımları dışında Sağlık bakanlığına göre; “... Bakanlığın belirlemiş olduğu asgari standartlara en uygun bir mekânı çalışma ve muayenehane yeri olarak kullanan, bölge sağlık idaresinin kontrolü altında ve sözleşmeli olarak bünyesinde kayıtlı kişilerin öncelikle sağlığını koruyup geliştirerek bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerden sorumlu hekimdir”. (Sağlık Bakanlığı).

Aile Hekimliği Birimi: Aile hekimliği uygulama yönetmenliğine göre aile hekimliği birimi, en az bir hekim ile bir sağlık personelinden oluşan yapıdır. Ancak birden fazla aile hekiminin yanı sıra birçok sağlık personeli de bulunabilir. Aile hekimliği birimi bulunan bölgenin nüfusuna göre ayarlanarak her bir aile hekimi birimi 4000 kişiye hizmet verecek şekilde planlanmaktadır. Ayrıca istenildiği takdirde bir aile hekimliği biriminde maaşlı ve sigortalı olarak bir sekreterde çalışabilir. Bu kişinin bütün giderleri aile hekimi tarafından karşılanmaktadır (Kantarci 2015, 23).

Aile Sağlığı Merkezi: Aile hekimliği uygulama yönetmenliğine göre; bir veya birden fazla aile hekimi ile birlikte aile sağlığı personellerinin hizmet verdiği kuruluşlardır. Her bir aile hekimliği birimi belli bir nüfus sayısına bakmaktadır. Sağlık Bakanlığının bu konuda 2023 yılına dair önemli hedefleri bulunmaktadır. Örneğin 44600 aile hekim sayısı hedeflenmiş olup her aile hekimliği birimine 2000’er kişinin kayıtlı olması hedeflenmektedir. Bu şekilde kalite artırılmaya çalışılmaktadır (Kantarci 2015, 34).

Yerel Sağlık İdaresi: Sosyal çevre ile birlikte toplumun sağlığını, sağlık hizmetlerini, eğitim, izleme, değerlendirme, koordinasyon ve denetim faaliyetlerini sürdüren aile hekimlerinin denetimini ve koordinasyonunu sağlayan, il sağlık müdürlüğünü ve ilçe sağlık grup başkanlığını örgütleyen sağlık yönetim birimidir (Çölgeçen 2012, 48).

Aile Sağlığı Elemanı: Aile hekimine yardımcı olmak amacı ile görev yapan sözleşmeli olarak hizmet gören ve sağlık memuru, hemşire, ebe ve acil tıp teknisyeni ile sekreteri ifade etmektedir (Yalman 2013, 29).

Entegre Sağlık Hizmeti: Bakanlığın belirlemiş olduğu tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta ve yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, muayene, acil sağlık hizmetleri, doğum-anne çocuk sağlığı hizmetleri, adlî tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek amacı ile kurulmuş birimlerdir (Avcı 2010, 13).

Yerinde Sağlık Hizmeti: Sağlık müdürlüğü tarafından belirlenmiş çocuk ıslahevi, huzurevi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına belirlenmiş olan usullere göre gidilerek yerinde hizmet vermeyi kapsamaktadır (Avcı 2010, 12).

2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ

Aile hekimliği kavramı bütün dünya ülkeleri ile birlikte 1970’li yıllarda tartışılmaya başlanmış olup genel anlamda sağlık ocağı hekimine ilgili görev ve sorumluluklar verilmiştir. Daha gerilere gidildiğinde aile hekimliğinin temellerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık fonksiyonlarına dayandığı görülmektedir. Cumhuriyet’in ilanından sonra 1930 yılında çıkarılan umum-u hıfzıssıhha kanunu ile sağlıkta yeni politikalar geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlı programlı olarak yürütülmesi, koruyucu ve tedavi edici hekimliklerin ön plana çıkarılması, bulaşıcı hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesi, tıp fakültelerine olan ilginin artırılması gibi öneriler doğrultusunda “dikey örgütlenme” ve “geniş bölgede tek amaçlı” modeli yürürlüğe konulmuştur. Öncelikle kalabalık nüfusun olduğu bölgelerde muayene ve tedavi evleri açılarak koruyucu sağlık hizmetleri desteklenerek bugünkü aile hekimliğinin temelleri atılmıştır (Özdemir 2012, 56).

1970’li yıllardan sonra ise aile hekimliği 3 aşamada ilerleme göstermiştir. Birinci dönem 1983-1990 arasını kapsamaktadır. 05 Temmuz 1983 yılında çıkarılan Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile ilk defa “Türkiye’de Aile Hekimliği ayrı bir uzmanlık

dalı olarak ele alınmaya başlanmıştır (Söyleyici 2010, 51). Bu uygulama ile birlikte ilk defa 1984 yılında Gazi üniversitesinde aile hekimliği anabilim dalı kurularak eğitimlere başlanmıştır. 1992 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde aile hekimliği anabilim dalı kurulduktan sonra 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu diğer tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını öngörmüştür (Algın vd 2004, 249). İkinci dönem 1993-2000 yıllarını kapsamakta olup ilk defa İstanbul'da Aile hekimliği Bilimsel Kongresi düzenlenmiş ve ilk defa aile hekimliği dergisi çıkartılmıştır. Yine 1993 yılında sağlık bakanlığı tarafından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kanun tasarısı ile aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları yapılmıştır. Bilecik ili pilot bölge olarak seçilerek ilk eğitici eğitimleri düzenlenmiş ve aile hekimliğine yönelik girişimlerde bulunulmuştur (Kocadağ 2016, 58). Üçüncü dönem ise 2003 yılında sağlık bakanlığının başlattığı 'sağlıkta dönüşüm projesi' çerçevesinde gerçekleşmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile belirlenen hedefler doğrultusunda 5258 sayılı Kanunun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile ulusal anlamda aile hekimliği uygulaması için çok büyük ilerlemeler kat edilmiştir. Kanundan hemen sonra çıkartılan uygulama ve yönergeler ile pilot uygulamalara başlanmıştır.

İlk aile hekimliği pilot uygulamasına 2005 yılında Düzce'de geçilmiştir. 2006 yılında Bolu başta olmak üzere 10 ilde, sonra sıra ile bütün şehirlerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Son olarak 2013 yılında çıkarılan aile hekimliği uygulama yönetmeliği ile bütün ülkede birinci basamak hizmetlerin işleyişleri belirlenmiştir. Sağlık Müdürlükleri ve sağlık bakanlığının denetimi altında bütün aile hekimlerine aile hekimliği modeli ve işleyiş koordinatörler tarafından anlatılmıştır (Turhan 2014, 35).

2.1. Aile Hekimliğine Geçilme Sebepleri

Türkiye'de yürürlükte olan sağlık sistemi gerek nüfus artışından dolayı gerek gelişen teknolojiye veya diğer sebeplerden dolayı ihtiyaca cevap veremeyecek bir duruma gelmiştir. Ayrıca kurumsal yapı, işleyiş, personel sayısı ve fiziki alt yapı gibi nedenler de sağlıkta dönüşümü elzem hale getirmiştir. Bu sebeplerden dolayı sistemde köklü değişiklikler ve reformlara gidilerek nitelikli, kaliteli ve etkin çalışan

bir sağlık sistemi oluşturmak kaçınılmaz hale gelmiştir. Bilinlendirmeler ile birinci basamak sağlık hizmetlerine gidildikten sonra kademe kademe ikinci ve unc basamak sağlık hizmetlerine başvurmak ve bu şekilde sistem üzerindeki yükü azaltmak sağlıkta dönüşümü programının birincil amacını oluşturmaktadır (şekil 5).



şekil 5. Aile Hekimliği Uygulamasından nce Ve Sonra Birinci Basamağın Durumu

Kaynak: Ağdemir 2012, 34

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerimiz geçmiş dönemlerle karşılaştırıldığında birinci basamak hizmetlerinin oranı önceden %40 iken, aile hekimliği uygulamasıyla %51'e çıkmıştır (Ağdemir 2012, 34).

Uzun yıllardır birçok lkede uygulanan aile hekimliği uygulamaları birçok nedenden dolayı ülkemizde de uygulanma zorunluluğu getirmiştir. Fakat öncelikle sağlık temellerinin yerine oturtulması ve ülke koşullarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Artan nüfus ve çoğalan talepler karşısında sağlık sistemi çıkmaza girmiş ve bunun içinde sağlıkta dönüşüm reformu yoluna gidilmiştir. Bu amaçla sağlık bakanlığı; 2005 yılından sonra sağlıkta kaliteyi artırmak amacı ile aile hekimliği uygulamasına gitmiş ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı hazırlamıştır. Dünya bankası desteği ile yürütülen sağlıkta dönüşüm programının esas amacı sağlık bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir mekanizmaya dönüştürerek her bireyi tek çatı

altında toplayan genel sağlık sigortasını yaygınlaştırıp kolay erişilebilir ve güler yüzlü bir sağlık sistemi oluşturmaktır (Solak 2010, 26).

Aile hekimliğine gečilmesinin diğer sebepleri ise; etkili ve kademeli bir şekilde sevk zincirleri oluşturarak mali ve idari özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturmaktır. Ayrıca yüksek bilgi ve beceri ile donatılmış bu merkezler sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurullarının oluşturulması, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri oluşturulması için kalite ve akreditasyon çalışmalarının yapılmasını sağlamakta aile hekimliği sistemine gečilşin diğer nedenleri arasındadır (Karadađ 2007, 34).

2.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Aile hekimliği; hastalıkların teşhis, hastaların aile üyeleri ve çevresi üzerindeki sonuçlarının farkındalığı, tıbbi etik kurallar, bilimsel ilkelere uygunluk, kalite gelişiminin sağlanması ve sürdürülebilirliği gibi bütün özellikleri üzerinde toplayan önemli bir aşamadır. Çünkü aile hekimliği (Akdağ 2004, 84);

- Hastanın sağlık sistemi ile ilgili ilk başvurduğu temas noktasını meydana getirmektedir,
- Sağlık kaynaklarının daha etkili kullanılması için bilinçlilik sağlamaktadır,
- Birey merkezli sağlık sunumu gerçekleştirir,
- Hastalıkların toplum içinde prevelans ve insidansının ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır.
- Sağlık problemlerini fiziksel, ruhsal, sosyal ve psikolojik olarak ele alır.
- Toplumun sağlığı için özel sorumluluğa sahiptir.
- Sadece coğrafî olarak değil, kültürel ve ekonomik anlamda da rahat ve kolay ulaşılabilir bir hizmet sunmaktadır.
- Aile hekimi çözemediği problemleri ikinci basamağa sevk eder ancak sonuçlar yine bir aile hekimi tarafından değerlendirilir.

- Aile hekimi tedavi edici ve rehabilite edici uygulamaları birleştirir.
- Aile hekimliği hizmeti sũreęen olup sadece belli bir dũnemi kapsamakla kalmaz. Sağlık dũnemlerindeki hizmeti de kapsamaktadır.
- Kişilerin sağlık sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve mental olarak birlikte değerlendirir, yani bũtũncũdũr.
- Aile hekiminin sunduğu hizmet birey merkezlidir.
- Aile hekimi toplumun sıkıntı ve problemlerinden haberdar olmalıdır. Dolayısı ile sorunları birey ya da aile bazında değil toplum bazında da ele alabilmelidir.
- Aile hekimi sorumluluğu altındaki bireylerin kendileri ile paylaştığı bilgileri saklı tutmak ile yũkũmlũdũr.
- Aile hekimi bireylerin sağlıkları ile ilgili almaları gereken kararlarda hastayı en sağlıklı bir şekilde bilgilendirerek yanlış kararlara vermesini engellemektedir.
- Kişilere verilen sağlık hizmetini kontrol ve koordine ederek birinci basamakta diğer sağlık personelleri ile birlikte çalışır. Reçete yazımı, uygulanacak tetkikler ve sevk işlemlerinin takibini yapar.
- Etkili bir iletişim kurarak hastanın gũvenini kazanmaya çalışır.
- Diğer sağlık personelleri ile birlikte ekip halinde çalışır.
- Gerektiği takdirde acil girişimlerde bulunur.
- Var olan kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasını sağlar.
- Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- Acil durumlarda kişiyi kontrol altında tutarak takip ve tedavisini yapar.
- Ŗzellikle kronik hastalığı olanların takiplerini yapar.
- Doğumdan Ŗnce ve sonra ile lohusa ve bebeklerin izlem ve takibini gerçekleştirir.
- Bakanlığın belirlemiş olduğu kurallar doğrultusunda her bireye Ŗzgũ sağlık politikaları geliştirir.

- Ev ziyaretlerine ilk kayıt amacı ile gittiği zaman aile üyelerinin genel sağlık durumlarının analizini yapar.

2.3. Aile Hekimliği Eğitimi ve Sertifikasyonu

Aile hekimliği terimi ile esas ifade edilmek istenen bireylerin ve toplumun kolay ulaşabilecekleri, ikamet ettikleri yerlere yakın bulunan ve ilk başvuracakları hekimlik uygulamasıdır. Aile hekimleri koruyucu hekimlik uygulamalarının yanı sıra ayakta tedavi işlemlerinin de kolay bir şekilde yapıldığı birimleri oluşturmaktadır (Söyleyici 2010, 67).

Sağlıkta dönüşüm reformları ile birlikte birçok yenilik yapılırken aslında aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış hekimlerin sayısının oldukça az olduğu sonucuna varılmıştır. Bu alandaki açığı giderebilmek için mevcut hekimlere eğitimler verilerek bu alanda yetişmeleri sağlanmaktadır. Aile hekimliği eğitimlerinde yeni görev tanımlamaları ve uygulamaları anlatılarak yetki ve sorumluluklarının sınırları açıklanmaktadır. Uyum eğitimleri ile de mesleki yeterlilikleri ölçülmekte ve hizmet kalitesinde amaçlanan hedefe ulaşabilmek için uğraşlar verilmektedir (www.ailehekimligi.gov.tr) (Erişim Tarihi 26.07.2017).

Aile hekimliği eğitimleri iki aşamada gerçekleştirilmektedir. Birinci aşama adaptasyon süreci olup 10 günlük bir zaman dilimini kapsamaktadır. Bu aşamada aile hekimlerinin birinci basamak hizmetlerinin özünü kavramaları, aile hekimliği uygulamasının temel özelliklerini kavramalarını, kendi öğrenme gereksinimlerini tanımlamaları ve hekimlik uygulamaları ile bilgilerini tazelemeleri amaçlanmaktadır (Göktaş 2005, 43).

İkinci aşama eğitimleri ise birinci aşamadan sonra 9 ay ile 3 yıl içinde verilebilmektedir. İkinci aşama eğitimlerinin temel amacı ise bilgilerin iyileştirilmesi ve güncelleştirilmesidir. Avrupa birliğine uyum süreci ile başlayan bu değişiklikler sağlık bakanlığı ve üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları ortaklığı ile yürütülmektedir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olan kişiler bir ve ikinci basamak eğitimlerine katılmazlar. Sadece sağlık bakanlığının belirlemiş olduğu hizmet içi eğitimlerine katılırlar. Belirlenen hizmet içi eğitimlerine aile hekimliği eğitimi alan hekimlerin tamamen katılmaz zorunlulukları bulunmaktadır (Korukluoğlu 2004, 78-79). Her ilde bulunan sağlık müdürlükleri 3000 kişiye 1 aile hekimi düşecek şekilde planlama yaparak mümkün olduğu kırsal bölgelerde mobil hizmet verecek ve birbirine yakın en iki aile hekiminin birlikte hizmet edecekleri şekilde düzenlemeler yapmaktadırlar. Bu şekilde bir hekimin mazeret ve izinli olduğu durumda yerine bir diğer hekim bakabilecektir.

Aile hekimi ihtiyaçları belirlenirken o ilin nüfusu, coğrafi özellikleri, sağlık istatistik verileri ile hastalık insidansları göz önünde bulundurulmaktadır (Uğurlu vd 2004, 194). Diğer ölkeler ile kıyaslandığında özellikle Avrupa birliği ölkelerinde aile hekimliği konusunda yoğun çalışmaların yapıldığu görölmektedir. Örneğin İrlanda’da 3 yıllık bir eğitim sürecinden sonra aile hekimliği unvanı verilmektedir. Slovenya’da ise aile hekimi başına 1800 kişi düşmektedir. Aile hekimliği eğitimi 4 yıl olup 2 yılı hastanede 2 yılı ise sahalarda geçmektedir. Almanya’da 6 yıllık tıp eğitiminin üstüne 5 yıllık uzmanlık eğitimi verilmekte olup bunun 2 yılı aile hekimliğinde geçmekte olup ev doktoru adı ile anılmaktadır. 1000 kişiye 1 aile hekimi düşecek şekilde organizasyon yapılmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Çeşitli Ölkelerde Aile Hekimliği Süresi

Ölke	Süre	Ölke	Süre
Belçika	3 yıl	Almanya	5 yıl
Hollanda	3 yıl	Danimarka	4 yıl
ABD	3 yıl	İzlanda	5.5 yıl
Filipinler	3 yıl	İrlanda	3 yıl
Kore	3 yıl	Norveç	6.5 yıl
Tayvan	3 yıl	Portekiz	4.5 yıl
Singapur	3 yıl	İsveç	81 ay
Avustralya	3 yıl	İsviçre	5 yıl
Y.Zellanda	1 yıl	İngiltere	4 yıl
İspanya	3 yıl	Japonya	6 yıl

Kaynak: Cihan F. Göksin, 2017, Erişim 06.09.2017

Aile hekimliği bir sistem değildir. Her ölkede farklı uygulamaları olan özgün bir tıp bilimidir. Her ölkede kendi koşul ve ihtiyaçlarına bağlı olarak kendilerine özgü bir model gerçekleştirmektedirler.

2.4. Çalışma Saatleri ve İzinleri

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğine göre aile hekimlerinin çalışma şekilleri tam gün esasına göre yerine getirilir. Haftalık çalışma süreleri “*kırk saatten az olmamak kaydıyla, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirlenen usûl ve esaslar çerçevesinde yerine getirir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının, pozisyonlarının bulunduğu mahalde ikamet etmeleri esastır*” (Resmi Gazete 2010).

Aile hekimlerinin çalışma şartları ana hatları ile ilgili yönetmelik tarafından belirlendikten sonra mesai saatleri, çalışma koşulları günleri bulunduğu bölgenin sosyo ekonomik ve sosyodemografik özellikleri dikkate alınarak belirlenerek il sağlık müdürlüğü tarafından onaylanmaktadır. Çalışma saatleri belirlenirken aile sağlığı merkezinde bulunulması gereken gün ve saatler ile ev gezmeleri ve hasta ziyaret günleri ayrıca belirlenmektedir. Ancak bu sürelerin tamamı sağlık hizmetine dâhil edilmektedir. Bunlara ek olarak doğal afet, sel, deprem gibi olağanüstü durumlarda aile hekimleri çalışma gün ve saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırabilirler (Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliği 2010).

Aile sağlığı merkezinde görev yapan aile hekimi ve diğer sağlık personelleri sözleşme usulü ile çalışmaktadırlar. Sözleşmenin olmadığı talebin bulunduğu yerlerde ise sağlık bakanlığı tarafından atama yapılmaktadır. Bu durumda daha önceden çalıştığı kurumlarca aylıksız ve ücretsiz izinli sayılmaktadırlar. Bu kişiler istedikleri zaman eski görevlerine dönme hakkına sahiptirler. Sözleşmeli olarak bulundukları süre hak derece veya kıdemlerinde değerlendirilmektedirler. Sözleşme bir yıllığına yapılmaktadır (Solak 2010, 38).

Aile hekimleri ve diğer sağlık personelleri ücretlendirilirken şu faktörlere dikkat edilmektedir (Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliği 2010).

- Kayıtlı kişi sayısı,
- Aile sağlığı merkezi giderleri,
- Geçici sağlık hizmeti verilip verilmemesi,
- Bulunulan bölgenin sosyoekonomik yapısı.

2.5. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

“Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge”de hekim seçme özgürlüğü ile ilgili olarak hastaların başvurdukları sağlık kurumunda hekim serbestçe seçmesi, değiştirmesi, sağlık kurumlarındaki doktorların bu konuda hastaya yardımcı olmaları ve buna yönelik hizmet tedbirleri almaları gerektiği beyan edilmektedir. Bu amaç doğrultusunda da hastanın işini kolaylaştırmak amacı ile hem fiziki ortamın hem de sağlık personellerinin kontrol ve denetimi yapılmalıdır.

Kişiler kendi çevrelerine yakın olan aile sağlığı merkezine giderek aile hekimini belirleyebilir ve bakanlığın belirlemiş olduğu süre içerisinde değiştirebilir. Doktor seçiminde hekimin ilgi ve alakası, kolay ulaşılabilirliği gibi faktörler önemli rol oynamaktadır. Fakat rekabeti pozitif yönde geliştirebilmek için hastaların belirli hekimlere kayıt yaptırmaları bir zorunluluktur. Ancak; nüfusun daha dağınık olduğu yerlerde yaşanan zorluklar ve ulaşım konusundaki problemler hekim seçme özgürlüğünde kısıtlılık meydana getirmektedir (Korukluoğlu vd 2004, 80–81).

Bir kişinin aile hekimliği uygulamasından faydalanabilmesi için öncelikle aile hekimlerine kayıt olmaları gerekmektedir. Hastaların aile hekimliklerine ilk kayıtları otomatik olarak sağlık müdürlükleri tarafından belirlenmektedir. İl sağlık müdürlükleri ise kişileri ikamet ettikleri bölgeye göre sınıflandırarak kayıtları yapılmaktadır. Daha sonraki zamanlarda bireyler bulundukları yere en yakın yerlerdeki aile hekimlerini seçebilirler. Kendi aile hekimini seçen kişiler aile hekimlerini değiştirmek isterlerse 6 aylık bir süre bekleme zorunlulukları vardır. Bireylerin aile hekimlerini değiştirmek istedikleri zaman geçerli 3 kural bulunmaktadır (Yalman 2013, 39):

- Bir aile hekimine en az 6 ay kayıt olma zorunluluğu bulunmaktadır.
- Belirlenmiş olan 5 aylık süre dolduktan sonra aile hekimi değiştirilebilir.
- Geçiş yapılan bir aile hekiminde de 6 ay kalma zorunluluğu bulunmaktadır.

Hastaların istedikleri hekimi seçme hakları tek yönlü bir durumdur. Hekimde belirlenmiş olan bazı şart ve koşullarda hastayı kabul etmeyerek başka bir hekime yönlendirme yapabilir. Örneğin;

- Kişilerin hekimleri ile aralarında çıkar ilişkisi kurmaya çalışmaları ve ekstra menfaat gözetlemeleri durumunda,
- Aile hekiminin verimliliğinin düşerek hasta hekim arasında tanı, tedavi işlemlerinin zorlaştırılması,
- Hekim-Hasta arasında adli vakalık durumların oluşması,
- Hasta tarafından hekime taciz-tecavüz durumlarının meydana gelmesi,

Kronik ve uzun süre takip ve daha uygun sağlık hizmeti gerektiren durumlarda sağlık bakanlığının izni ile hastanın aile hekimini resen belirleyebilme hakkı vardır.

2.6. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Birinci basamak doktoru hastaların kullandığı sağlık hizmetlerinin tamamında karar verici ve sorumlu doktordur. Aile hekimi yalnızca hastaların ilgili uzman hekime muayene olmasına gerek olup olmadığına karar vermekle kalmaz hastanın değişik birimlerden almış olduğu sağlık hizmetlerini izleyerek bu birimler arasında koordinasyonu sağlar. Böylelikle aile hekimi, hastaların uzman hekimlerden aldıkları hizmetlere rehberlik eder. Bu durum birinci, ikinci ve üçüncü kademe sağlık hizmetleri arasında bir denge oluşmasına ve bu birimler arasındaki iletişime fayda sağlar. Mükerrer tetkik, israf ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı gibi olumsuzluklar bu sayede en aza indirilmiş olur (Ağdemir 2012, 39).

Kendisine kayıtlı hastaların kişisel sağlık dosyalarını tutmaktan sorumlu doktor aile hekimidir. Hastasını bir üst basamak sağlık birimine sevk etmeye karar vermesi halinde sevk formuna bunun gerekçelerini ve hastaya ait temel sağlık bilgilerini yazar. Hastanın ilgili uzman hekim kontrolünde yapılan tetkik ve tedavisinin tamamlanmasının ardından aile hekimine geri bildirim yapılır. Bu amaçla

aile hekimince verilen sevk formu ya da forma eklenen epikriz kullanılır. Bu geri bildirimler bireylerin hastalıkları ve bunlar için yapılan müdahalelerin bilinmesine bu durum da hastaların sağlıklarının korunmasına ve ikinci basamak hizmetlerinin kontrolüne imkân tanır.

Ancak bu sevk zincirine girmek bazı hastalar tarafından tercih edilmeyebilir ve bu hastalar bu zincire uymaksızın doğrudan hastaneye başvurabilirler. Bu durumda aldığı hizmete karşılık olarak tahakkuk eden ücretin bir kısmının hasta tarafından ödenmesi, sevk sisteminin sağlıklı çalışmasını sağlamak için önemlidir. Bu sebeple bu miktarın hastanın sevk zincirini kırması konusunda caydırıcı olacak bir ücret olması gerekmektedir. Hastaların verdikleri hizmetlerin karşılığını geri ödemeyi yapacak kurumdan alabilmeleri için aile hekimlerine yapılacak olan geri bildirimin zorunlu tutulması da geri bildirimi ve aile hekimlerinin bu tür sevk zincirine uymayan hastaların kayıtlarını tutabilmelerine olanak sağlayacaktır. Bu uygulamanın bir diğer avantajı ise hastaneler tarafından, hastaların doğrudan ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurulmasına özendirilmesinin önüne geçilmesi olacaktır (Korukluoğlu vd 2004, 85).

Basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinden yararlanılmasında hastaların öncelikle birinci basamak sağlık birimlerine başvurmalarını teşvik etmek için katkı payı uygulamasının yanı sıra randevu ve öncelik sağlama gibi değişik uygulamalar da kullanılabilir.

Sağlık sorunlarının %90'a varan kısmı birinci basamakta çözülebilmektedir. Bu durum 1978 yılında yapılan “Alma-Ata Bildirgesi”nde de açıklanmıştır. Buna göre prensip olarak aile hekimlerinde diğer sağlık birimlerine yapılacak sevk oranları %20'nin altında kalmalıdır. Bu oran Sağlık Bakanlığınca lokal özellikler, epidemiyolojik veriler ve ülke genelindeki aile hekimlerinin yapacağı geri bildirimler yoluyla dinamik olarak belirlenebilir. Bu oranın üzerine sıklıkla çıkan aile hekimleri uyarılır, denetlenir ve gerekiyorsa eğitime alınırlar (WHO 1978).

2.7. Tetkik ve Tahlil İşlemleri ve Kayıt Sistemi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 27. Maddesine göre; Aile hekimi hasta teşhis ve takibi için gerekli gördüğü tetkik ve tahlilleri kendi çalıştığı merkezde yapmalıdır. Aile hekimi, uygun gördüğü takdirde öncelikle böbrek ve karaciğer testleriyle ilgili basit işlemler, idrar tetkiki, kan şekeri, gebelik testi, kolesterol, gaita ve gaitanın mikroskopik olarak incelenmesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini ve EKG gibi tetkiklerin yapılabilmesi için yönlendirme yapmalıdırlar (Söyleyici 2010, 58). Daha sonra ise hekimin uygun gördüğü tahliller başta halk sağlığı laboratuvarları olmak üzere il sağlık müdürlükleri tarafından belirlenmiş olan laboratuvarlarda yapılmaktadır. Laboratuvarlar belirlenirken iç-dış kalite kontrollerinin olmasına dikkat edilmelidir.

Son 6-7 yıldır artık aile sağlığı hekimliği birimlerinde kolon ve rahim ağzı kanseri taramaları da yapılmaktadır. Kanser vakalarının sürekli artması özellikle kadınlarda görülen rahim ağzı kanseri ile ileri yaşlardaki kolon kanseri insidansı konuya eğilimi artırmıştır. Genetik yatkınlık olasılığı olan hastaların yaşına bakılmaksızın, diğer hastaların ise rahim ağzı kanseri için 30-65 yaş aralığındaki ve kolon kanseri için 50-70 yaş arasındaki tüm hastalara uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra 40-69 yaş aralığındaki kadınlar meme kanseri taraması için aile sağlığı merkezine davet edilerek taramaya katılması konusunda teklifte bulunulur ve hasta kabul ederse öncelikle klinik meme muayenesi yapılır ardından da mamografi için sevk edilir. Aile hekimlerinin kayıtlı hastalarının tetkik ve tahlillerini yapmak için belli bir limitleri vardır. Bu limit dâhilindeki ücretler devletçe ödenmekte artan kısım ise aile hekiminin kendisi tarafından karşılanmaktadır (Bağcı 2014, 38). Aile hekimlerince yapılan bu tetkikler sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için oldukça etkilidir. Bunun yanında artan tetkik imkânları sayesinde hastanın birinci basamakta tutulma oranının arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu sebeple laboratuvar imkanlarının optimal seviyede tutulması önemli bir husustur.

Tetkik ve tahlil işlemleri kadar önemli bir diğer hususta hastalara ait sağlık kayıtlarının tutulmasıdır. Bu kayıtların düzgün bir şekilde tutulması sorumluluğunun yanı sıra bu kayıtların güvenliği ve mahremiyetine ait sorumlulukta aile hekimine

aittir. Aile hekiminin değişmesi ya da hastanın uzman hekime veya bir başka sağlık kuruluşuna sevki halinde aile hekimi dosyanın bir özetini hastaya ya da hastanın sevk edildiği uzman hekime vermelidir. Bunun yanı sıra sigorta kurumlarınca yapılacak denetimlerde bu dosyalar aile hekimi tarafından denetime açılmak zorundadır. Ancak bu işlemler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanılar açıklanmamalıdır. Aile hekimi kendisine kayıtlı olan kişi sayısını, muayene ve sevk işlemi yapılan hasta sayısını, kodları ile birlikte yaptığı teşhisleri, bulaşıcı hastalıklar ile alakalı veriler, gebelik ve bebek izlemi, aşı ve aile planlamasına ait verileri ile sağlık idarelerine aylık olarak bildirir. Günümüzde elektronik bir sistem kurularak teknolojik imknlar yoluyla ortak bir veri tabanına kayıtların tutulması planlanmaktadır. Bu sayede aile hekimlerince iletilen bahsi geçen bilgilerin daha sık bir şekilde ve daha güvenli olarak kurulacak bu veri tabanına aktarılması mümkün olacaktır (Avcı 2010, 40).

2.8. Aile Sağlığı Merkezilerinin Fiziki şartları

Aile hekimlerinin ve birlikte görev yaptıkları aile sağlığı personelinin bir ekip olarak görev yapmaları, kendi görev tanımlarında yer alan hizmetleri uygun olarak verebilmeleri ve hastaların hizmete erişiminde kolaylık sağlayacak meknlarla ilgili standartlar Sağlık Bakanlığınca belirlenmektedir. Aile sağlığı merkezlerinin sağlamak zorunda oldukları fiziki koşullar 25.01.2013/28539 sayılı Resmi Gazete’de yer alan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nde bildirilmiştir (Resmi Gazete 2013).

2.9. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı olan kişilerin hem sağlıklarının korunmasından hem de hastalık durumunda tedavilerinden öncelikli olarak sorumlu kişilerdir. Hastaların acil durum haricinde sağlık sistemine girişi aile hekimleri vasıtasıyla gerçekleşir. Aile hekimleri sağlık kayıtlarının tutulması, bağışıklama ile birlikte diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi, birinci basamakta yapılabilecek tanı ve tedavilerin gerçekleştirilmesi, hastaların ikinci ve üçüncü basamak bakımlarının koordine edilmesi görevlerini üstlenirler. Bölgesel ve ulusal sağlık hedeflerinin belirlenmesi ve önceliklerin planlanması için gerekli olan

bildirimler aile hekimlerince ilgili üst kuruluşlara yapılır ve merkezi otoritenin bu veriler doğrultusunda yapacağı programların uygulama sorumluluğu da aile hekimlerindedir (Korukluoğlu vd 2004, 56). Aile hekimlerinin bunlar dışında kalan görevleri şu şekildedir:

- Aile hekimlerinin görevli oldukları aile sağlığı merkezinde yönetsel sorumlulukları vardır. Aile sağlığı Merkezinin yönetilmesi, bu merkezde görevli sağlık elemanlarının yaptığı hizmetlerin denetlenmesi ve gerekiyorsa hizmet içi eğitimlerinin düzenlenmesi aile hekimince gerçekleştirilir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen tüm hizmetlerin doğru, uygun ve zamanında verilmesini denetleyen aile hekimi gerektiğinde bunlarla ilgili tedbirleri alır.
- Koruyucu, tedavi edici, hastaların rehabilitasyonuna yardımcı olacak sağlık hizmetlerinin sunulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin aile sağlığı personeline verilmesinin sağlanması aile hekimlerinin sorumluluğundadır.
- Aile sağlığı merkezinde sunulan tüm sağlık hizmetlerinde merkezde görevli elemanların bir ekip halinde çalışmasını koordine eder.
- Görevli olduğu bölgede sağlık hizmetlerini yürütebilmek için toplum sağlığı merkezi ile birlikte çalışır. Toplum sağlığı merkezi vasıtasıyla görevli olduğu aile hekimliği birimindeki sorunların ilgili kurumlara ulaştırılmasını sağlar. Bulaşıcı ya da bulaşıcı olmayan sağlık hizmetlerinde yaşanan tüm sıkıntıları toplum sağlığı merkezi ile paylaşarak sonuçlarını takip eder.
- Ev ziyaretleri yaparak kayıtlı hastalarının yaşadıkları bölgeyi ve oturduğu evin özelliklerini tespit eder. Bu ziyaretleri Bakanlığın öngördüğü sıklıkta tekrarlar.
- Kişilere koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetini sunar ve gereken hastaların bir üst kuruma sevkini gerçekleştirir.

- Ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması çalışmalarını yapmak, bebek, gebe ve çocuk izlemelerini yapmak, toplumda sık görülen rahim kanseri meme kanseri gibi hastalıkların taramasını yaparak hastalıkların erken teşhis çalışmalarına katılırlar.
- Sağlık merkezine gelemeyen engelli ya da yaşlı kişilerin evde veya gezici sağlık hizmetlerini gerçekleştirir ve bu kişilere danışmanlık hizmeti verir.
- Bakanlıkça belirlenerek uygulaması gerçekleştirilecek olan kişiye özel sağlık programları aile hekimlerince yürütülür.
- Temel laboratuvar hizmetlerinin verilmesini sağlar.
- Aile hekimleri verdikleri hizmetlerle alakalı sağlık kayıtlarını tutar ve kayıtlarla ilgili bildirimleri gerçekleştirirler.
- Gerektiğinde acil müdahale ve ilk yardım aile hekimlerince gerçekleştirilir.
- Gerekli hallerde hastaları kısa süreli gözetim altına alarak tetkik ve tedavilerini yapar.
- Kronik hastalığa bulunan hastaların takibi aile hekimlerince yapılır.
- Kayıtlı hastalarının bilgilerini güncelleyerek bunlarla ilgili işlemleri yürütür.
- İlaç temininde zorluk yaşanan ve yerel sağlık idaresince de bu durumun tespit edildiği bölgelerde ilaç teminin sağlamak ya da ecza dolabı açmak.
- Bakanlıkça belirlenecek olan hizmet içi eğitimlerine katılmak.

Tüm bunların yanı sıra aile hekimi sağlıkla ilgili tüm konularda ve kişinin başka kişi ya da kurumlardan aldığı sağlık hizmetlerinde hastasını yönlendirir ve ona destekleyici hizmet sunar. Hasta tarafından alınacak sağlık hizmeti ile ilgili planlama konusunda yarar/maliyet oranını da hesaba katarak hastaya planlamasında yardımcı olur ve bir başka deyişle hastanın sağlık avukatlığını yapar (Dikici vd 2007, 416).

3. AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SORUNLAR, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE DÜNYA'DAN ÖRNEKLER

3.1. Temel Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Aile hekimliği ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri Uğurlu vd (2012, 2) ile Üstü vd (2011, 52) şu şekilde özetlemiştir:

- Aile hekimliği uygulamasında aile bazında görülen en büyük sorun, bir aile içinde yaşayan fertlerin aile hekimlerinin birbirinden farklı olmasıdır.
- ASM'ler arasında bir standardizasyon bulunmamaktadır. Laboratuvar uygulamalarından defin ve ruhsat işlemlerine kadar birçok konuda önemli farklılıklar bulunmaktadır.
- 2005 yılından itibaren aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ancak eğitim konusunda hala eksiklik giderilmiş değildir. Bu nedenle aile hekimi ve aile sağlığı personeline uygulayacakları tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri hakkında ayrıntılı eğitimler verilmelidir.
- İzleme ve değerlendirme ile sağlık bakanlığı, ASM'leri sürekli takip etmeli ve iyileştirici tedbirler almalıdır.
- Hekim başına ortalama 3.650 nüfus ortalaması düşmekte bu da hastalarda hekim seçme rekabetini artırırken hekim ve sağlık çalışanlarında ise aşırı il yükü ve çalışmadan kaynaklı tatminsizlik, yorgunluk ve mutsuzluğa yol açmaktadır (Uğurlu vd 2012, 2).
- Aile hekimliği özendirilmeli, tıp mezunlarının daha fazla tercih etmelerine olanak sağlanmalıdır.
- İzin durumlarında (yıllık, mazeret, hastalık vs..) gibi durumlarda aile hekimleri ile sağlık çalışanlarının maaşlarından kesinti yapılmamalıdır. Hem çalışanın yeterince dinlenememesine hem de memnuniyetin düşmesine neden olmaktadır.
- Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmalı, gezici sağlık hizmetlerinin bulunduğu yerde yaşayan insanlar sadece bir gün sağlık hizmetinden faydalanmaktadırlar. Diğer günler ya kendi imkânları ile ya da sonraki tarihi beklemektedirler. Bu sıkıntıların önüne geçmek için ilgili düzenlemeler yapılmalıdır (Üstü vd 2011, 52).

3.2. Yasal Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Toplumsal yönü ile aile hekimliğinin temel sorunlarının çözüme kavuşturulabilmesine yönelik gerekiyorsa yasaların düzenlenmesi ve sorunların giderilmesi gerekir. Temel sorunlardan başka aile hekimliğinin performansını etkileyen yasal problemler de bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir.

- Aile hekimliğinde en büyük yasal sorun, performans kesintilerinden kaynaklanmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Altıncı Bölüm 3. Maddesi; *“Gebe ve bebek tespiti ile takipleri, aşı uygulaması, doğum ve bildirimi zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletilmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirimi yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.”* Madde de ifade edildiği gibi yapıldığı takdirde zamanlama konusunda problem yaşanmayacağı için memnuniyet artacaktır (Bağcı 2014,76).
- Aile sağlığı merkezi tanımı yönetmelikte sadece aile hekimi ve aile sağlığı personellerini kapsamaktadır. Ancak bazı merkezlerde temizlik ve yemek personelleri bulunmaktadır. Bu durum yönetmelikte açıklığa kavuşturulmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri talep edilmeden verilmesi gereken bir sağlık hizmetidir. Bunun için ebe, hemşire, tıbbi sekreter gibi yardımcı destek personellerinin de bulundurulmasına olanak sağlanmalıdır.
- Sık sık değişen aile hekimleri ve sağlık elemanları yönetmeliğinden haberdar olunamaması, değişen iş yükü şartları hekim ve çalışanı olumsuz etkileyerek stres altında iş görmelerine ve motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla ya merkezi bir bilgilendirme sistemi ile ya da uzaktan eğitim bilgilendirme programları ile değişen gündem güncel olarak takip edilmelidir (Bağcı 2014,78).
- Aile hekimi ve sağlık çalışanının hakları korunmalı, çeşitli toplantı ve reklamlarda halkın bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

- Aile sağlığı yönetmeliğinde olması gereken malzemeler şu şekilde sıralanmıştır: “*Tansiyon aleti, stetoskop, otoskop, Oftalmoskop. vücut sıcaklık lęer, ışık kaynağı, abeslank, paravan, muayene masası, refleks ęekici, mezura, fetal el dopleri, aşı nakil kabı, stellen eşeli, diapozan seti, bebek ve yetişkinler için tartı, boy lęer, pansuman seti, enjektör, gazlı bez gibi sarf malzeme, keskin atık kabı acil seti ve gerekli ilaçlar, eldiven ve koruyucu malzemeler, taşınabilir oksijen tüpü, seyyar lamba, buzdolabı, aşılar için karekod okuyucu, jinekolojik muayene masası, speklm, RİA setleri, ilaç ve malzeme dolapları, sterizatr, EKG cihazı, tromel, glikometre, tekerlekli sandalye, nebülizatör, jeneratör ve kesintisiz güç kaynağı, küçük cerrahi seti aşılar ve serumlar.*” Fakat belirtilen bu malzemelerin nasıl ve nerede temin edileceği açıklanmamıştır. Bunların dışında yeşil reçeteye erişim de ifade edilmemiştir. Örneğin aşılar Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden nasıl teslim alınıyor ise aynı şekilde bazı ilaçlarda alınabilmelidir (Bağcı 2014, 81).
- nemli sorunlardan bir diğeri ise denetleme genelgesinde eksiklikler olduğudur. Denetlemeler aile sağlığı merkezine haber verilmeden belirlenmeyen bir gün içinde yapılır. Denetlemeden hekim ve çalışanlarının bilgisi olmamalıdır. Ancak bu konuda hala ciddi eksiklikler bulunmakta ve denetlemelerde önemli problemler yaşanmaktadır.
- Genel olarak sözleşmeli çalışan kişilerden damga vergisi alınmamaktadır. Ancak aile hekimlerinden ve aile sağlığı merkezi çalışanlarından damga vergisi alınmaktadır. Bu durum düzeltilmelidir.
- ASM kiralarında ciddi farklar ve dengesizlikler bulunmaktadır. Kiralar normal artışlara göre değil lojman fiyatları baz alınarak yapılmalıdır.

3.3. Dünya’da Aile Hekimliği

Aile hekimliği Dünya’nın birçok ülkesinde yaygın bir şekilde sunulan sağlık hizmetidir. Başta gelişmiş lkeler olmak üzere birçok ülke hitap ettiği topluma daha kaliteli ve rahat bir sağlık hizmeti sunmak için aile hekimliğinin değişik formlarını kullanmaktadırlar. İlk aile hekimliği teorisyenlerinden olan Dr. Francis Peabody

toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarına değinerek halka genel hatları ile hitap edecek başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere birçok konuda bilgilendirme yapacak bir kurumun var olması gerektiğini ifade etmiştir.

1978 yılında Alma-Ata konferansı ile karmaşık ve uzmanlık gerektiren hizmetler yerine daha kolay ulaşılabilir, ucuz ve gerçekçi hizmetleri veren bir sistemden bahsedilmiş ancak üzerine gidilmeden kapanmıştır. 2000 yılına gelindiğinde DSÖ tarafından daha net ifade dilmiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerinden söz edilmiştir (Avcı 2010, 12).

Almanya’da Aile Hekimliği: Almanya’da aile hekimliğinin temelini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. En sorumlu kişi ise aile hekimleridir. Ancak bunların dışında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları da hastanın ihtiyaç ve talebine göre hizmet vermektedir. Almanya’da aile hekimliği eğitimi dört yıl olup bu süre hastane ile muayenehanede gerçekleştirilmektedir. 1990’lı yıllardan sonra aile hekimleri için bu eğitim sorunlu hale getirilmiştir. Almanya’da, “Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi” sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş ve kullanılmaktadır. Halkın % 90’ı genel sağlık sigortası kapsamındadır. Ancak çalışılan meslek dalına göre ödenen prim miktarı farklılık göstermektedir. Bunlar özel sigorta şeklinde de olabilmektedir (Kocadağ 2016, 49). Aile hekimine kaydını yaptıran bir hasta en az 3 ay o hekime bağlı kalmakla yükümlüdür. Eğer gerekli görülürse hata bir üst basamağa sevk edilebilir hatta başka bir aile hekimine dahi sevk edilebilir. Ayrıca mesai saatleri, dışında da acil gelen hastaya bakma sorumlulukları bulunmaktadır (Avcı 2010, 16).

Amerika’da Aile Hekimliği: Amerika Birleşik Devletlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri ‘halk sağlığı hizmetleri’ adı altında verilmektedir. Zaten Amerika’da belirli bir basamak ve sevk sistemi bulunmamaktadır. Sağlık sigortasına sahip olan her vatandaş istediği kuruma gidebilir. Ancak halkın sadece % 55’nin primini çalıştığı kurum karşılamaktadır. Geriye kalan % 25’ni hükümet karşılarken son bölüm ise ya özel sigortalar ile ya da sigorta şirketinin inisiyatifine bağlı geri ödemeler ile karşılanmaktadır (Şişman 2010, 56-57). Dolayısı ile ödemeler doğrudan hekime yapılabildiği gibi sigorta şirketine de yapılabilmektedir. Hekim ise başka bir

hekim ya da üst bir birime sevk edebilir. Amerika’da aile hekimliği oldukça popüler bölümlerin başında gelmektedir. Çünkü Amerika da ki bir aile hekimi diğer uzmanlık dallarına göre bir günde daha fazla sayıda hasta görmekte ve bu durum hasta memnuniyetini artırmaktadır (www.ailehekimligi.gov.tr) (Erişim Tarihi 26.07.2017).

Danimarka’da Aile Hekimliği: Danimarka’da iki tip sağlık sistemi bulunmaktadır. Bunlardan birinci tip sigortalılar aile hekimine herhangi bir ücret ödemazler. Aile hekimlerini 6 aydan sonra değiştirme hakkı elde ederler. İkinci tip sigortalılar ise ücretin bir bölümünü öderler. İstediği aile hekimine giderler ancak hekimin fark olarak istediği ücreti kendileri öderler. Hekim farkı sigortadan almaktadır. Her aile hekimi ortalama 1600 hastaya bakmakla sorumludur. Mesai dışında acil gelen hastaya bakmakla yükümlüdür. Rutin muayeneleri anne bebek bakımı aşılama gibi hizmetler ev ya da ofiste yürütölmektedir (Ağdemir 2012, 27).

Hollanda’da Aile Hekimliği: Hollanda’da Danimarka’da olduğu gibi iki sağlık sistemi bulunmaktadır. Ancak sistem detayı farklılık göstermektedir. Çünkü bu ölkede birinci grup sağlık sistemi toplumun tamamını kapsamaktadır. Uzun ve pahalı tedavileri garanti etmektedir. İkinci grup ise toplumun yarını kapsamaktadır. Düşük gelirli ve yaşılları kapsamaktadır. Geri kalan bölüm ise özel sağlık sigortası yaptırmaktadır (Ağdemir 2012, 27). Hollanda’da 8500 aile hekimi hizmet vermektedir. Her aile bir aile hekimine kayıt olmakla sorumludur. Ayrıca; aile hekimlerine 15 dakika araba mesafesinde olma zorunlulukları vardır. Hollanda’da aile hekimleri kendilerine başvuran hastaların yaklaşık %95’nin sorununu çözmektedir. % 2 oranında diğer basamaklara sevk görölmektedir (Avcı 2010,13).

İngiltere’de Aile Hekimliği: Aile hekimliğini devlet politikası haline getiren ilk ölkelerden biri İngiltere olup, 1960’lı yıllara dayanan bir geçmişı bulunmaktadır. Aile hekimliği ulusal sağlık hizmetlerine bağlıdır. Yaklaşık 6000 aile hekimi bulunmakta olup her bir aile hekimliği ortalama 4-5 aile hekimen oluşmaktadır. Kişiler en yakın aile hekimliğine başvurmak zorundadırlar. İngiltere’de aile hekimliğinden sevk alınmadığı müddetçe ikinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanılamaz. Tıp faköltesi öğrencileri 1 yıllık intörnlükten sonra 2 yıl hastane

eğitimi 1 yıl da uzman bir aile hekiminin yanında çalışmak suretiyle aile hekimi olabilirler. Uzmanlık sonrasında sınav mecburiyeti yoktur ancak kraliyet kolejine üye olabilmek için hekimlerin % 80'i sınavı girmektedir (www.ailehekimligi.gov.tr) (Erişim Tarihi 26.07.2017).

İsrail'de Aile Hekimliği: İsrail'de sağlık hizmetleri toplumun %96'nı içermektedir. Aile hekimliği hizmetleri kırsal kesimlerde verilmektedir. Norveç'te olduğu gibi laboratuvar ve röntgen hizmetlerini kapsamaktadır. Bütün tıp fakültelerinde aile hekimliği eğitimleri verilmektedir (Kocadağ 2016, 53).

Kanada'da Aile Hekimliği: Kanada'da sağlık hizmetleri, bütün vatandaşları kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri kırsal kesimden çok şehirlerdeki muayenehanelerde çalışırlar. Kırsal bölgelerde çalışanlar daha küçük hastanelerde hizmet verirler (Kocadağ 2016, 53).

Norveç'te Aile Hekimliği: Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok kırsal kesimi kapsamaktadır. Bu merkezlerde ayrıca laboratuvar, ultrason ve röntgen hizmetleri de verilmektedir. Tıp fakültelerinde aile hekimliği eğitimleri verilmektedir. Ayrıca; aile hekimlerinin bağlı bulundukları fakültelerde aile hekimliği eğitimlerinden sorumludurlar. Aile hekimliği eğitimleri 4 yıl sürmektedir (www.ailehekimligi.gov.tr) (Erişim Tarihi 26.07.2017).

Küba'da Aile Hekimliği: Sağlık sisteminin en iyi olduğu ölkelerden biri de Küba'dır. Sağlık hizmetleri sağlık bakanlığına bağlıdır. Ancak il ve ile meclislerine bağlı sağlık kurumları da bulunmaktadır. Aile hekimleri de il-ile meclislerine bağlıdırlar. Küba sağlık sistemini önemli kılan en büyük özellik sağlık sigortasının ücretsiz ve herkesi kapsamasından kaynaklanmaktadır. 6 yıl olan tıp eğitiminden sonra 2 yıl süren uzman hekim yanındaki çalışmadan sonra aile hekimi olunabilmektedir (Avcı 2010, 19).

3.4. Ülkemizde Aile Hekimliği alanında Yapılan Uygulamalı Çalışmalar

Ağdemir (2012); ‘sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda’ yaptığı araştırmasını Ağustos-Eylül 2012 döneminde Mersin’de bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirmiştir. Bu sağlık merkezinden sağlık hizmeti alan ve sağlık hizmetini veren personellerden oluşan toplam 200 kişi üzerine uygulamıştır. Yüz yüze anket yönetiminin esas alındığı çalışmada iki farklı anket kullanılmıştır. Bunlardan birincisi kişilerin sosyodemografik özelliklerini sağlık kurumuna başvuru sıklıkları ile başvuru nedeni ve sağlık sorunu derecelerini irdeledikleri tanımlayıcı ölçek ikincisi ise kayıt öncesi ve sonrası aile sağlığı hizmeti, aile hekimi, aile sağlığı elemanını ve aile hekimliği hizmetleri gibi aile hekimliği uygulaması hakkında soruları içeren ve 23 sorudan oluşan tutum ölçeğini uygulamışlardır. Yapılan frekans ve Ki- kare analizlerinden sonra şu sonuca ulaşılmıştır. Aile hekimliğinin avantajları ile birlikte birçok probleminin de olduğunu, özellikle akılcı politikaların ve otokontrol sisteminin geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Asıl amacın hasta beklentilerinin karşılanması yanı sıra kaliteli bir hizmet sunulduğu takdirde aile hekimliği uygulamasında memnuniyetin artacağını ifade etmiştir (Ağdemir 2012, 113).

Akdaş (2017); ‘Aile hekimliği gözü ile postpartum dönemde anne bebek bağlanmasını araştırdığı çalışma Ümraniye eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği anabilim dalı tarafından 6. Haftaya kadar olan postpartum annelere uygulanmıştır. 73 anne üzerinde yapılan çalışmada annelerin sosyal, biyolojik ve psikolojik durumlarını öğrenmek için maternal bağlanma ölçeği, depresyon ve anksiyetelerini ölçmek için ise hastane anksiyete ve depresyon ölçeği uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre; birinci basamağı oluşturan aile hekimlerine yeni doğan ve anne bakımı konusunda önemli iş düştüğünü, takip süresince aile hekimlerinin sadece fiziksel olarak değil psikososyal olarak da destek olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Dolayısı ile aile hekimleri bu doğrultuda özel olarak eğitilmeli ve aile hekimliği modülü içerisinde anne-bebek sağlığına öncelik verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Akdaş 2017, 51).

Akman (2014, 70)'ın Türkiye'de birinci basamağın gücünü diğer ülkeler ile kıyaslayarak analiz etmiştir. Son 10 yılda sağlıkta dönüşüm reformunun en büyük basamağını oluşturan aile hekimliği olumlu olumsuz bütün yönleri ile irdelenmiş ve sonuçlar tartışılmıştır. Bu çalışma sonucuna göre; Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin Avrupa ülkeleri ile aynı düzeyde olmadığını, uygulama ve alt yapı bakımından çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde birinci basamağın temel sorunlarının yetersiz insan gücü, hekim başına düşen birey sayısının fazla olması, ekip çalışmasının yetersizliği, STK'ların yeterince destek vermemesi ve konudan çok uzak politikaların olduğunu ifade etmiştir.

Aksakoğlu (2003); Aile hekimliği sisteminin Türkiye için uygun bir model olmadığını, özgün modelin sosyalleştirme yasasında sağlık ocağı temellerine dayandığını ancak aile hekimliği modeli ile sağlığa bakış açısının bireysellik içinde pratisyen hekimlere dayandırıldığını iddia etmektedir. Ayrıca; bu sistem ile kamu desteğinin kesilerek sağlık ödemelerinin kısıtlandığı ve insanlardan ek ödeme alınıp bir şekilde özelleştirmenin esas aldığını ifade etmiştir. Tanımlandığı şekli ile aile hekimliğinin ve sağlık sisteminin özelleştirme kapsamına sokulduğu, finansmanın sağlık sigortası üzerinden halktan toplandığı ve sistemde öne çıkanın sağlık değil hastalık, toplum değil birey-müşteri olduğu vurgulanmaktadır. Toplumun faydasına olacak sağlık sistemi getirilerek bu doğrultuda hekim ve sağlık elemanı yetiştirilmeli ve toplumun gereksinimlerine cevap veren, bütüncül bir sağlık eğitimi amaçlanmalı, eğitiminin sürekliliği sağlanmış bir pratisyen hekim yetiştirilmesine ağırlık verilmelidir. Yani araştırmacıya göre fonlar başka yönle aktararak özel sektör ön plana çıkarılmak istenmektedir (Aksakoğlu 2003, 8).

Aksu (2010); aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünceleri ve memnuniyet durumu Bolu ilini örnek olarak bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmasını 01 Eylül 2009 – 31 Ekim 2009 tarihleri arasında Bolu ili merkezinde Aile Hekimliği Hizmet Merkezlerinde (AHHM) Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı olarak 504 Hekim, 66 Diş hekim, 523 Hemşire, 204 Ebe ve 424 Sağlık teknisyeni üzerinde gerçekleştirmiştir. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında Bolu il merkezindeki sağlık elemanlarına aile sağlık personelinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünceleri ve memnuniyet durumu değerlendirme anketi

uygulanmıştır. Ölçekler hem aile hekimliği sistemi hakkındaki düşünceleri yordarken hem de aile hekimliği hizmeti konusundaki düşünceleri yordamayı amaçlamaktadır. Bu iki konu üzerinde yoğunlaştıktan sonra aile hekimliği kanunu hakkındaki düşünceler de irdelenmiştir. Araştırma sonucunda hükümetin sağlık politikalarından %65,4 oranında bir memnuniyet olduğu, aile hekimliği uygulamasının ise %67,9 oranında sağlık hizmetlerinin arttığı görüşünün olduğu ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği sistemi içerisinde hekimlerin %91,4'ü gelirinin arttığını ifade etmişlerdir. Bu durum aile hekimlerinin belli bir seneden sonra ücretlerinin arttığını ancak hemşirelerin hep sabit kaldığını göstermektedir. Bunun dışında sağlık personeli çalıştıkları birimden memnun olduklarını ancak sayılarının oldukça yetersiz kaldığını ifade ettiklerini bildirmiştir (Aksu 2010, 38).

Aktaş ve Çakır (2012); aile hekimliği uygulamasını aile hekimleri üzerinde bir anket çalışması yapmışlardır. Çalışma 2010 yılında Amasya, Çorum, Denizli, Erzurum, Isparta ve Kütahya'da aile hekimliği yapan toplam 104 Aile Hekimine uygulanan anket çalışması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ankette ne kadar süredir aile hekimliği yaptıkları, aile hekimliğini seçme nedenleri, tıbbi kayıt sistemleri, disiplin cezası alıp almadıkları, hizmet içi eğitimlere katılıp katılmadıkları gibi sorulara ek olarak aile hekimlerinin yasal sorumluluklarını içeren bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre; aile hekimlerinin genel olarak aldıkları ücretten memnun olduklarını ve hasta hekim arasındaki diyalogun oldukça iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak çalışma koşullarından ve çalışma şartlarından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmanın ilginç sonuçlarından biri ise aile hekimleri eskiye dönebilseler tekrardan aile hekimliğini seçmeyeceklerini özellikle sistem ile ilgili olarak ciddi sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Aktaş ve Çakır 2012, 21).

Aktürk ve Set (2010); tarihçi metot yöntemi ile yaptıkları çalışmalarını aile hekimliğinde kalite sistemlerini irdelemişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetinin esasını teşkil eden aile hekimliği için çok yol kat etmek gerektiği ve üzerinde çok daha fazla çalışma yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Aile hekimliğinde uygulanmayı bekleyen araçlar ve beklentiler üzerine yaptıkları çalışmalarında aile hekimliğinin iyileştirilmesi yönündeki en büyük engelin kalite çalışmalarına

yeterince ağırlık verilmemesinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Öncelikle değişime açık olmak gerektiği ve kalite kurma ile kalite standartlarının oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır. Çünkü aile hekimliğinde kalite oluşturulması için aslında çok fazla araç olduğunun ve bunun en başta toplumsal iyileştirmeyi sağlayacağını üzerinde durulmuştur. Bunların dışında sağlık bakanlığı tarafından performans yönetimi ve kalite çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiği ve performans yönetme ve değerlendirme birimleri ile hizmet kalite standartlarının yaygınlaştırılması gerektiği vurgulanmıştır (Aktürk ve Set 2010, 5).

Altiner (2016); İstanbul’u örnek alarak bir aile sağlığı merkezindeki hemşirelik ve ebelik uygulamalarını “OMAHA sistemi”ne göre değerlendirmiştir. Bu çalışma; metodolojik ve tanımlayıcı model kullanılarak yapılmıştır. İki aşamada gerçekleştirilen çalışmanın birinci aşaması; verilerin toplanması, klinik uygulamaların ve uygulamalar için kullanılan web tabanlı bir uygulamanın (Zaman Kayıt Aracı-Time Cat Tool) Türkçe’ ye kazandırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Daha sonra OMAHA sistemi ülkemizdeki ebelik ve hemşirelik uygulamaları ile karşılaştırılmış elde edilen kavramlar eşleştirilerek değerlendirilmiştir. Toplam 13 hemşire ve ebe üzerinde yapılan çalışmada sağlık personellerine Hemşirelik ve Ebelik Uygulamaları/Aktiviteleri anketi uygulanmıştır. Çalışma 2013 yılında 28539 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde” tanımlanan “Aile Hekimliği Birimi Gruplandırmasına” göre biri A grubu, diğeri ise D grubu özellikleri taşıyan iki farklı aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre; sağlık personellerinin en memnun oldukları uygulamanın birebir hastalar ile görüşme ve ilgilenme özelliğinin olduğunu ayrıca evde bakım hizmetleri ile telefonda görüşme uygulamalarından da son derece memnun oldukları ifade edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının sadece tedavi amaçlı değil bireylerin eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi bakımından da oldukça faydalı buldukları ifade edilmiştir (Altiner 2016, 71).

Avcı (2010); aile hekimliği uygulamasına bakış açısı ile ilgili olarak uygulamaları olarak Yalova ilinde bir saha araştırması gerçekleştirmiştir. Çalışma Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde halkın düşüncelerini öğrenmek amacı ile gerçekleştirilmiştir. 2009 yılında belirtilmiş olan şehirde 249 kişiye aile hekimliği uygulaması genel değerlendirme

ölçeği ve aile hekimliğine ilişkin düşünceleri sorgulanmıştır. Anket soruları 30 sorudan oluşmaktadır ve Likert ölçeği kullanılmıştır. Sorular çok olumludan en çok olumsuzu doğru sınıflandırılmış ve sorular teker teker sorulmuştur. Bu çalışma; Aile hekimliği uygulamalarının bireylerin bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bu uygulamanın bireyler açısından önem düzeyinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş ve özellikle sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan yeniliklerin nasıl işlediği ve uygulamadaki yansımaları ölçülmeye çalışılmıştır. Bahsedilen çalışma 249 kişi üzerinde yapılmış ve Aile Hekimliği Uygulaması Genel Değerlendirme ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucuna göre; Halkın aile hekimliği uygulamasına önem verdikleri ancak uygulamadaki eksiklik ve yetersizliklerin oldukça fazla olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir. Özellikle; aile hekimlerinin doğum öncesi ve sonrasında anne bebek sağlığı ile yakından ilgilenmesi en fazla memnun olunan konuların başında geldiği, ikinci basamağa gitmeden önce aile hekimine gitme zorunluluğu sonrasında ise tekrardan aile hekimine durumu haberdar etme zorunluluğu gereksiz ve zaman kaybedici durum olarak ifade edilmiştir (Avcı 2010, 71).

Aydoğan (2005); Ankara Çiğiltepe ve oran lojmanları bölgesindeki aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan ve Gülhane Askeri Tıp Akademisinin iç hastalıkları, çocuk hastalıkları ve genel cerrahi polikliniklerine 2005 yılında başvuran toplam 1001 hasta üzerinde yapılmıştır. Anket yönteminin kullanıldığı çalışmada demografik soruların bulunduğu ölçek ile memnuniyet ölçeği kullanılmıştır. Memnuniyet anketinde aile hekimliği sistemine olan düşünceleri ile aile hekiminin kendilerine karşı olan tutum ve davranışlarını ölçmeyi hedeflemişlerdir. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetini araştırdığı çalışmasında hastaların 573,4'ün aile hekimliği sisteminden ve aldıkları hizmetten memnun oldukları belirlenmiştir. Ancak; memnuniyetin iyileştirilmesi için aile hekimliğinde görev yapan doktorların sayısının ve tıbbi dokümanların yeterli düzeye getirilmesi gerektiği ayrıca tıbbi tahlil ve görüntüleme imkânlarının artırılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu şekilde hasta hekimine daha fazla güven duyacak ve ikinci basamağa giderken hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olacağı için ne yapması gerektiğini daha iyi bilecektir. Bu durum aynı zamanda branş hekimlerinin de iş yükünü azaltarak zamanlarından

tasarruf sağlayacağı için karşılıklı bir iyileşme hali sağlanmış olacaktır (Aydoğan 2005, 43).

Aytar (2007); Aile hekimlerinin sosyal çalışmacılar ile olan ilişkilerini Düzce ilini örnek alarak bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu tez çalışması; Kesitsel bir çalışma olup, Düzce ilinde birinci basamak sağlık hizmetleri veren 8 toplum sağlığı merkezinde çalışan 19 hekim, 31 aile sağlığı merkezinde görev yapan 99 hekime uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni yani Düzce ilinde toplam 118 aile hekimi bulunduğu için 99 aile hekimi üzerinde araştırma yapmak oldukça avantajlı bir durumdur. Bu çalışma için Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının rol ve işlevini belirlemek için 21 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Bu ankette özetle; hekimlerin sosyodemografik özellikleri, uzmanlık eğitimi alıp almadıkları, aile hekimlerinin çalışma süreleri, sosyal çalışmacı ile olan ilişkileri, ne derece tanıdıkları, sosyal çalışmacıların rol ve işlevleri hakkında görevleri ve aile hekimlerinin sosyal hizmet mesleklerine olan bakış açıları irdelenmiştir. Çalışmaya göre; aile hekimliği pilot uygulamasında çalışan hekimlerin sosyal çalışmacının rol ve işlevi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı, bu konuda ciddi bir eğitim eksikliği olduğu, sağlık hizmetlerinde yeterince sosyal çalışmacı bulunmamasına ve mesleki anlamda rol ve işlevlerinin açıkça tanımlanmamış olmasına bağlı olabileceğini ifade etmişlerdir (Aytar 2007, 46).

Bakırcan (2012); metodolojik ve tanımlayıcı bir araştırma olan gebelerin aile hekimliği sisteminden olan memnuniyetlerinin değerlendirildiği çalışma; 2011-2012 yılları arasında İstanbul ili Pendik ilçesinde bulunan 3 aile sağlığı Merkezine gelen 550 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir. Söz konusu merkezler; Pendik 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Pendik Mehmet Oğuz Aile Sağlığı Merkezi, Pendik Çamçeşme Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmıştır. Gebe memnuniyet ölçeği değerlendirme formunda Likert tipi sorular sorulmuştur. Aile hekimliği uygulamasının en fazla hitap ettiği kesim şüphesiz ki gebelerin sağlık durumlarının takipleri ve sonraki süreçte verilen destektir. Araştırmacı, aile hekimliği sisteminde çalışan hekimler tarafından yürütülen bakım uygulamalarından gebe memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda gebe memnuniyet ölçeği esas alınarak 2012 yılında Pendik'te bulunan 3 aile sağlığı merkezine gelen toplam 323

gebe üzerinde araştırma yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre; gebelerin aile hekimliği sisteminden yüksek oranda memnun oldukları; Gebelerin aile hekimliği sisteminden en memnun oldukları özelliğin aile hekimliklerinde çalışan hemşire ve ebelerin göstermiş oldukları ilgi ve alaka olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca memnuniyet düzeyinin yaş ve gebelik ayına göre değişmediği fakat gebelik sayısı, öğrenim durumu ve çalışma durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. Ayrıca; gebelerin aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeylerini belirleyen boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları ifade edilmiştir. Sonuç olarak; gebelerin aile hekimliği sistemindeki fiziksel ve tıbbi olanaklardan etkilendikleri ve olanaklar arttıkça memnuniyet seviyesinin de artacağı ifade edilmiştir. Özellikle aile hekimliği merkezlerinin laboratuvar olanakları geliştirilerek gebeler için gerekli olan tüm testler yapılabilmelidir. Bu durum gebelerin memnuniyet düzeylerine maksimum oranda artıracaktır (Bakırcan 2012, 67).

Bal vd (2012); Bilişim Sistemleri Başarı Modeli ve Aile Hekimliği Bilişim Sistemlerinin değerlendirilmesi tarihçi metot kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmaya göre; öncelikle sağlık bakanlığı tarafından aile hekimlerinin bilişim sistemlerini kullanabilmeleri için alt yapı oluşturulmalıdır. Yazılımın fonksiyonları, esnekliği, erişim ve kullanım kolaylığı benzeri yazılımların tercih edilmesi desteklenerek aile hekimleri teşvik edilmelidir. Yazılımdan anlamayan aile hekimlerine bilişim sistemleri temelli eğitimleri verilmeli ve kullanım kolaylığı sağlanmalıdır. Ayrıca bakanlık bilişim sistemlerinin genel sağlık sistemindeki önemi konusunda belirleyeceği politikalarla farkındalık oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin işlerini kolaylaştırmak, daha kolay ve pratik olarak hastaların takibinin yapılabilmesi ve ikinci, üçüncü basamak ile koordinasyon içinde çalışabilmesi için bilişim sistemlerinin kullanımlarının artırılması özellikle yazılımın fonksiyonları, esnekliği, erişim ve kullanım kolaylığı gibi durumların sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda aile hekimlerine bilişim sistemleri ile ilgili eğitimler verilmeli ve sağlık politikalarında bu doğrultuda iyileştirmeler yapılmalıdır. Aile hekimleri bilişim sistemlerini sadece veri transferi ve kayıt için kullanmamalı aynı zamanda takip ettiği nüfusun hastalık analizleri konusunda da çalışmalar yapabilmelidir (Bal vd 2012, 44).

Baltacı vd (2011); Aile hekimliği sistemine geçildikten sonra hastaların aile hekimliğine olan bakış açılarını Düzce ili örneği üzerinden giderek araştırmaya çalışmışlardır. Bu araştırma kesitsel bir çalışma olup toplam 89 kişi üzerinde yapılmış ve hastalara EUROPEP ölçeği kullanılarak aile hekimleri hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Düzce’de merkez, toplu konut ve Konuralp bölgesindeki üç farklı aile sağlığı merkezine başvuran ve yetişkin kişiler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu katılımcıların 64’ü şehir merkezinde (%71,9), 25’i ise ile, köy kasabalarda ikamet etmektedir (%28,1). EUROPEP ölçeği; EQuiP (European Working Party on Quality in General Practice) tarafından hazırlanmış ve uzun süredir Avrupa ölkeleri tarafından kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek; hastaların hekim muayenehanesi ile hastaya olan yaklaşımlarını belirlemek için kullanılmaktadır. Bu çalışmaya göre; hastaların en önem verdikleri noktanın hekimlerin kendilerini dinlemeleri ve şikâyetlerini hassasiyet ile değerlendirmeleri gerektiği üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için öncelikle hasta memnuniyetine öncelik verilmesi ve bireylerin kendilerini değerli hissetmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre genel bir memnuniyetin olduğu ancak randevu hizmetleri konusunda eksiklikler olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca bir hekime nüfus başına fazla kişinin düşüyor olması da hem hekim hem de hasta açısından memnuniyetsizlik belirtisidir. Özetle; aile hekimliği uygulamasında ölkö ve toplum şartları değerlendirilerek uygulama koşulları belirlenmeli ekonomik olarak da mağduriyetlerin önüne geçilmesi hedeflenmelidir (Baltacı vd 2014, 14).

Aile hekimliğinde Düzce pilot il olarak seçildiği için bu konudaki çalışmaların dışında Isparta, Bolu gibi şehirlerde de birçok çalışma yapılmıştır. Birçoğu da Düzce ili örnek alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalardan birini ise Baş (2017); bireylerin aile hekimliğini tercih etmeme sebeplerini araştırmak için gerçekleştirmiştir. Bu alışma; Isparta’da 18 yaşından büyük kişiler üzerinde gerçekleştirilmiş olup toplam 420 kişiye uygulanmıştır. Araştırmanın amacı; kişilerin aile hekimini tercih etmeme nedenleri ile aile hekimlerini tercih edilmemesi noktasında demografik özelliklerin etkisinin olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Anket olarak “bireylerin aile hekimlerini tercih etmeme sebeplerini” içeren 37 adet soru ile 5’li Likert ölçeği şeklinde hazırlanmıştır. Araştırmanın en önemli sonucu;

aile hekimliğinin dar kapsamda olması, aile hekimlerinin bilgi ve beceri eksiklikleri ve sağlık sisteminin bireyleri aile hekimlerine yönlendirme konusunda sıkıntılar olması toplumun aile hekimliğini seçmeme nedenlerinin başında geldiği ifade edilmiştir. Ayrıca bu bilgi eksikliğinden dolayı hekimlere duyulan güven problemi, hastalıklarda teşhis konusunda yaşanan problem ve eksiklikler de aile hekimlerinin en büyük eksiklerinin başında gelmektedir. Bunlara ek olarak; tetkik ve tahlil imkânlarının sınırlı olması, sonuçların geç çıkması, mesai saatleri dışında aile hekimine ulaşamaması da aile hekimliğinin tercih edilmeme nedenleri arasında sayılmaktadır. Aile hekimlerinin tercih edilmemelerindeki bir diğer neden ise aile hekimine gitmek için herhangi bir yaptırım ya da yönlendirme olmadığı için doğrudan ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelme olmasıdır. Bu durumda aileler aile hekimine gitmek yerine ikinci basamaktaki uzman hekime gitmeyi tercih etmektedirler. Ülkemizde aile hekimliğinin daha çok ilaç yazdırmak, doğum sonrası bebek takibi ve grip nezle gibi basit tıbbi durumlarda başvurulduğu ifade edilmektedir (Baş 2017, 98).

Boysan (2014); Bursa ilini örnek alarak sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında aile hekimlerinin yaşadığı problemler ve iş tatmin düzeylerini araştırmak amacı ile bu ilde görev yapan 130 aile hekimi üzerinde gerçekleştirmiştir. Araştırmanın yapıldığı Bursa ilinde 2014 Yılı itibariyle toplam 751 aile hekimi ve 185 Aile sağlığı merkezi bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemi; farklı ilçelerden 130 kişi seçilerek yapılmış ve en az bir aile hekimine anket uygulanmıştır. Aile hekimlerine uygulanan anket formu toplam 51 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde aile hekimlerinin sosyodemografik bilgileri, ikinci bölümünde meslekleri ile ilgili sorular, üçüncü bölümünde ise Minnesota iş doyum ölçeği vardır. İş doyum ölçeği 5'li Likert tipi ölçek şeklindedir ve beş şık bulunmaktadır. Bu araştırmanın sonucuna göre; iş tatmini konusunda aile hekimlerinin ciddi problem yaşadıkları ve yaşadıkları tatminsizlikten dolayı fazla iş yükü, ücretler, takdir edilme gibi iş ve çalışma koşulları ile ilgili büyük problemler yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışma koşulları, yanlış imaj ve fiziksel/psikolojik şiddetin aile hekimlerinin motivasyonunu düşürerek psikolojilerini bozdukları ifade edilmiştir. Devlet; vatandaşa tanıdığı haklar kadar kendi hekimine de eşit bir şekilde yaklaşmalı, hekimin haklarını korumak ve yaşadığı

problemleri ortadan kaldırmak için çaba sarf etmelidir. Bu açıdan sistemin gözden geçirilmesi, eksiklik ve yanlışlıkların giderilmesi gerekmektedir. Periyodik olarak hekimlerin hangi konuda sıkıntı yaşadıkları sorgulanmalı, hizmet verdikleri bölgenin genel şartları değerlendirilmeli, problem yaşadıkları konular yetkililer eşliğinde çözüme kavuşturulmalıdır. Aile hekimlerinin en çok yaşadıkları tatminsizlik ücretlerin yetersiz olması, fazla iş yükü, performans değerlendirmede yetersizlikler, takdir edilmeme, hasta şikâyetleri ve çalışma koşullarıdır. Özellikle sosyodemografik özelliklerin iş tatmini ve yaşanan ortam ile çok yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Her problem; itina ile değerlendirilerek sağlık sistemi içindeki problemler yönetim, aile hekimi ve halk üçlüsü bir arada değerlendirilerek çözüme kavuşturulmalıdır. Bu problemlerin karşılıklı olarak masaya yatırıp, ilgili tarafların görüşleri alınarak çözüm üretmeye çalışmaları, iş tatmin düzeylerinin ve memnuniyetin artmasına yardımcı olacaktır (Boysan 2014, 25).

Elazığ il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda memnuniyetin değerlendirildiği çalışmanın evrenini Elazığ il merkezinde kayıtlı olan 30 aile hekimliği birimine bağlı 86 aile hekimine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri ilk 15 hasta oluşturmuştur. Kesitsel tipte, tanımlayıcı ve analitik özellikleri olan bu çalışma; kişisel bilgi formu ile EUROPEP ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Kişisel bilgi formu 13 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular sosyodemografik özellikleri yani; yaş, cinsiyet, öğrenim ve medeni durum gibi nitelikleri ölçmektedir. EUROPEP ölçeği ise 23 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek hekime geri bildirim sunarak kendisinin hasta tarafından nasıl algılandığını ölçmektedir. EUROPEP ölçeği; 1- 5 arası (çok kötüden çok iyiye) derecelendirilen 5'li Likert skalası tarzında düzenlenmiş olup ilk 16 soru klinik davranışı, bilgiyi ölçerken diğer sorular hizmet organizasyonunu ölçmektedir. Bu çalışma sonucuna göre; memnuniyet anketi sonucunda ortalama % 93'lük bir oran ile yüksek derece de memnuniyetin söz konusu olduğu ifade edilmiştir. Ancak; toplumun hangi konulardan dolayı aile hekimliğine karşı mesafeli oldukları araştırılarak bu durumun nedenleri araştırılmalı ve yeni stratejiler geliştirilmelidir. Özellikle hekimin ilgi düzeyi, hastalıklar hakkındaki bilgisi, ulaşım ve bekleme memnuniyeti belirleyen temel faktörleri oluşturmaktadır (Bulut 2014).

Cengiz (2014); çalışmasını aile hekimliği uygulamasında pilot illerden biri olan Edirne’de gerçekleştirmiştir. Bu çalışmaya göre 2014 yılı itibarıyla 114 Aile Sağlığı merkezi bulunmaktadır. Bu araştırma için Aile Hekimliği Hizmetleri Değerlendirme Anket Formundan yararlanılmıştır. Anket sorularının oluşturulmasında EUROPEP ölçeği kullanılmış ve 2013 yılında Toplam 10 Aile sağlığı merkezi ve 26 Aile hekimi alınarak toplam 152 hasta yüz yüze anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Edirne ilindeki Aile hekimliği uygulamasını araştırdığı çalışmasını 152 kişi üzerinde gerçekleştirmiştir. Araştırmanın sonucuna göre; doktorun hastaları karşılama şeklinin memnuniyeti artırarak iş doyumunu yükselttiği, aile hekimi kendine kayıtlı kişileri yakından tanıdığından ve özgeçmiş bilgilerine elektronik ortamda sahip olduğundan bürokratik işlemlerle fazla vakit kaybetmeyip, laboratuvar tetkiklerinin de birçoğunu aynı kurum içerisinde yaptığından zamanı etkili kullanmasının yine memnuniyeti artırdığı ifade edilmiştir. Ayrıca; aile hekimleri yönetmelik çerçevesinde çalışma arkadaşlarını, çalışma koşullarını, fiziksel ortamı seçme imkânına sahip olduğundan iş doyumuna ulaşmaktadır. İş doyumuna ulaşmış AH ve ASE işinde mutlu ve keyifli olduğundan kişilerin sorunlarına karşı duyarlı davranışlar sergilemektedir. Bu durum kişilerin memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (Cengiz 2014, 83).

Çeçem vd (2015); Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi, Türkiye Modelinin İncelenmesi üzerine yaptıkları araştırmada çok ilginç sonuçlara ulaşmışlardır. Fransa’da aile hekimliği tercihlerinin uzmanlık sınavında son 3 te yer aldığını bu durumun ülkemizde de aynı olduğu ifade edilmiştir. Türkiye’de uygulanan performans çalışmaları ve son yıllarda artan malpaktis davaları doğrudan TUS sonuçlarını etkilemektedir. Örneğin acil hekimliği ile major cerrahi branşların puanları gittikçe düşüş göstermiştir. Normalde 45-75 aralığında seyreden puanlar arasındaki fark ne kadar büyük olursa tercih de o kadar değişkenlik gösterecektir. Burada yapılması gereken aile hekimliğini özendirici çalışmalar ve eğitimler ile tercih sırasını yukarıya taşımak olmalıdır. Aile hekimlerine yapılacak teşvik ve performans uygulamaları ile tercih edilebilirliği artırılmalıdır. Yıllarca çalışıp yoğun emek gerektiren ve nöbet sistemi ile çalışan birimlerin dışında aile hekimliğinin konfor ölçümleri göz ardı edilmemelidir (Çeçem vd 2015, 159).

Çelikkol (2008); çalışmasını Türkiye genelinde 2008 yılında 14 ayrı TSK lojman bölgesinde çalışmaya katılmayı kabul eden 3420 asker ve asker yakını hasta üzerinde gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada EUROPEP ölçeği kullanılmıştır. Uygulanan anket 14 sorudan oluşmaktadır ve yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalıklar gibi sosyodemografik verileri ölçen kapalı sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise aile hekimliği konusundaki düşünceler sorgulanmakta ve beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Türk silahlı kuvvetleri personelinin aile hekimliğine olan bakış açılarını araştırdığı çalışmasında TSK personeli ve ailelerinin Aile hekimliği için büyük beklentileri olduğu bu beklentilerin sonucu olarak da Aile Hekimine büyük sorumluluk yüklendiği ifade edilmiştir. Ayrıca gerek hasta memnuniyeti konusunda gerekse kaynakların kullanımı açısından aile hekimliği sisteminin oldukça ideal bir sistem olduğu ve toplumsal ihtiyaçlara büyük oranda cevap olduğu vurgulanmıştır (Çelikkol 2008, 49).

Çevik (2013); Aile hekimliği sistemi ile ilgili olarak 2003-2012 yıllarını kapsayan Manisa ili örneği üzerinden sağlık düzeyi göstergelerin sağlık ocağı ve aile hekimliğini dönemsel olarak çok geniş çapta araştırmıştır. Bu araştırma kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Kantitatif araştırma bölümü kesitsel ve analitiktir. 2003-2007 yılları arasında 400 hekim, 650 ebe ve hemşire ile 2008-2012 yıllarını kapsayan 378 hekim, 334 ebe-hemşire üzerinde yapılmıştır. Araştırmada triangulasyon (3 açılı değerlendirme) yapılarak, hekim, ebe ve hemşireler (hizmeti sunanlar), hastalar (hizmeti kullananlar) ve sağlık yöneticileri (politika yapıcılar/yöneticiler) ile görüşülmüş ve araştırma evreni olarak ise Kentsel alan Manisa İl Merkezi, kırsal alan Akhisar ve Saruhanlı ilçeleri ve köyleri olarak seçilmiştir. Araştırmanın anket dışındaki bölümü derinlemesine görüşmeler şeklinde yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler araştırmacının doğrudan gözlemleyemeyeceği şeyler hakkında katılımcıların düşüncelerini, duygularını ve niyetlerini anlamak amacıyla yapılır. Görüşülen kişi için o konuda neyin önemli olduğunu anlamak, araştırılan konuyu nasıl gördüğü ve yaşadığını öğrenmek amacını taşır. Bu çalışmanın en özel tarafı 2003-2007 yıllarında sağlık ocağı sistemi ile 2007-2012 yılları arasında aile hekimliği sistemini birlikte ele alarak incelemiş olmasıdır. Çevik; araştırmasını hem kesitsel hem de analitik olmak üzere iki farklı şekilde

gerçekleştirmiştir. Sonuç olarak aile hekimliğinin avantajları şu şekilde özetlenebilir: hizmet alanlara göre aile hekimleri hastalara ilgi gösterme, aynı hekim tarafından izlenme, hekime güven duyma gibi nedenlerle sağlık ocağı hekimlerinden daha iyidir. Bu nedenle aile hekimlerinin ilk başvuru yeri olarak kullanılmaları da artmıştır. Hastaların bekleme süresi diğer sisteme göre daha azdır. Aile hekimleri kayıt tutma, bilgisayar, internet, telefon olanakları açısından da sağlık ocağı hekimlerinden daha iyidirler. Ayrıca hekimler yeni performans uygulamasının hizmeti artırdığını ifade etmişlerdir. Ancak bu demek değildir ki sağlık ocağı sistemi tamamen kötüdür. Sağlık ocağı sisteminin de aile hekimliği sistemine göre bazı avantajları bulunmaktadır. Bunlar; sağlık ocakları ev gezmeleri, çevre sağlık çalışmaları daha iyidir. Ekip çalışması aile hekimliği sistemine göre daha kuvvetli ve daha iyidir. Dolayısı ile toplumsal sunum ve bulaşıcı hastalıkları önleme başarısı sağlık ocağında daha fazladır. Kırsal alanda ki halk sağlık ocağı sisteminden daha memnundur. Aile hekimliği sisteminde hizmet daha çok hekim üzerinden yürüdüğü için işbirliği minimum düzeydedir (Çevik 2013, 111).

Çölgeçen (2012); uşak ilinde toplam 34 adet aile sağlığı merkezlerinde toplam 107 adet aile hekimi görev yapmaktadır. Çalışmaya 88 aile hekimi dâhil edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasını incelenmiştir. Aile hekimleri çok uzun süreler ve kesintisiz çalışmaktadırlar dolayısı ile çalışma süreleri kısaltılmalıdır. Yoğun iş yükleri azaltılmalıdır. Aile hekimlikleri düzensiz bir denetlemeyle iş görmektedirler. Denetleme mekanizması oturtularak eksiklikler giderilmelidir. En önemli problem ise aile hekimliği yönergesinin tam aksine aile hekimi başına düşen hasta sayısı oldukça fazladır. Bu durum biran önce düzeltilmelidir. Çünkü hekimin iş yükünün ve bakacağı hasta sayısının fazla olması strese neden olarak iş doyumunu düşürecektir. Ayrıca tıp fakültelerinde aile hekimliğine yönlendirmeler yapılarak aile hekimi sayısı artırılmalıdır. Aile hekimleri birer hekimdir, yönetici değildir. Bulundukları yerde profesyonel yöneticiler getirilmeli, idareci olarak çalıştırılmamalıdır. Aile hekimleri; kurum içi harcamaları kendileri yapmamalı bunun için yardımcı personel görevlendirmesi yapmalıdırlar (Çölgeçen 2012, 124).

Dericioğulları Ergun (2010); Isparta ve Burdur şehirleri örnekleri üzerinden Türkiye’de neoliberal politikalar doğrultusunda sağlıkta dönüşüm politikasını

incelemişlerdir. Çalışmaya Isparta'dan 32, Burdur'dan ise 16 kişi katılmış ve hekimlere 35 açık uçlu soru sorulmuştur. Sorular yüz yüze sorularak aile hekimlerinin mesleki süreçleri, mevcut çalışma koşulları ve bu koşulları nasıl değerlendirdikleri, aile hekimliği sistemi hakkındaki görüş ve önerileri, mesleki anlamda geleceğe bakışları belirlenmeye çalışılmıştır. Sonuç olarak aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve herkese aynı hizmeti sunmak hedeflenmiştir. Belirlenmiş hedeflere ulaşmanın ilk yolu performans yönetimi uygulamasının aile hekimliğine indekslenbilmesidir. Bu amaçla; aile hekimliği sisteminde performans kriterleri olarak öncelikle; “bağışıklama, gebe-loğusa ve bebek izlemeleri” belirlenmiştir. Aile hekimlerinin en yoğun hizmet verdiği en yoğun hizmetler performans kriterleri kapsamında ele alınmaktadır. Performans kriterlerine ek olarak “aile planlaması hizmetleri, kronik hastalık izlemi, hastalık şikâyeti ile başvuranların şikâyetlerinin çözülüp çözülmediği, yaşlı sağlığı takibi, sağlık eğitimi, kaynak kullanımı, akılcı ilaç kullanımı, kendi dalındaki kongre ve eğitimlere katılma” gibi kriterlerin de eklenmesi öngörülmektedir. Bir diğer sıkıntı ise aile hekimliğinde çalışan sağlık personellerinin maaş ödemelerinden kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni, başta maaşların Maliye Bakanlığı tarafından ödenmesi kararlaştırılmış iken sonradan durum değişmiş ve her aile hekimi yanında çalışan sağlık personelinin ödemesini yapar hale gelmiştir. Ancak böyle bir uygulama aile hekimlerini bir patron konumuna getirmiş, aile sağlığı merkezini ise sağlık kurumundan çıkarıp bir ticarethaneye dönüştürmüştür. Bu durum rekabete neden olarak sosyal hakların kaybedilmesine yol açacaktır. Aile hekimliğinin problemsiz bir şekilde yürümesi için öncelikle sevk zinciri zorunluluğunun uygulamaya konulması gerekmektedir. Ayrıca çalışanların tamamı için performans kriterleri geliştirilerek gözden geçirilmelidir. Bunlara ek olarak personelin özlük hakları geri kazandırılmalı, sağlık ekipleri nitelikli hale getirilmeli ve zenginleştirilmelidir (Dericioğulları Ergun 2010, 219).

Eyler (2011)'in aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde çevre sağlığı hizmetlerinin bundan etkilenme durumunu araştırdığı çalışmasını Adana ve Kayseri illerini örnek alarak gerçekleştirmiştir. Hasta memnuniyetinin ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılmasının önemli yer tuttuğunu bildirmiştir. Çevresel olarak aile hekimliği uygulaması yerine getirilirken fiziki şartların oldukça yetersiz olduğu ifade

edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında çevre sağlığı birimlerinin etkin olarak kullanılmadığı bundan dolayı da sağlık personellerinin motivasyonlarının oldukça düşük olduğu ifade edilmiştir (Eyler 2011, 97).

“Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş Ve Önerileri”nin araştırıldığı bir çalışma 50 aile sağlığı merkezinde çalışan 175 aile hekimi üzerinde gerçekleştirilmiştir (İlgün 2014, 148). Araştırmaya göre; aile hekimi ve diğer sağlık personelinin çalışma şartları, iş yükü, işe bağlılık ve memnuniyetin hizmete erişim, verimlilik ve kalite ile yakın ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin hizmet verdiği bölgedeki sosyodemografik özelliklerin hekimin çalışma istek ve işe bağlılığında önemli olduğu vurgulanmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan yerlerde çalışan aile hekimlerinin motivasyonlarının ve iş doyumlarının daha yüksek olduğu tükenmişliğin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bunların dışında uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimlerinin hizmet kalitelerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Daha önce herhangi bir hastanede çalışan hekimlerin aile hekimi olduktan sonra memnuniyetlerinin olumlu yönde arttığı görülmüştür. Bir aile hekiminin sorumlu olduğu kişi sayısı arttıkça iş yükü arttığı için iş doyumunun azaldığı ve yorgunluklarının arttığı ifade edilmiştir (İlgün 2014, 148).

ASM’lerde çalışan hekimlerin karşılaştığı sorunlardan biri de izin ve çalışma saatleridir. Normal şartlarda hafta 40 saat çalışma zorunluluğu bulunmakta bunun fazlası ve hafta sonu çalışma aile hekimine bırakılmıştır. Ancak bir aile hekimi istese bile aynı yerde çalıştığı diğer hekim ve personelin onayını almadan çalışma saatlerini değiştiremez. Ayrıca hastalık veya özel durumlarda aile hekimi yerine bakacak hekim bulamamaktadır. Bu durum tedavi hizmetlerinin aksamasına neden olmaktadır (Boysan 2014; 23). Hekim başına ortalama 3.650 nüfus ortalaması düşmekte bu da hastalarda hekim seçme rekabetini artırırken hekim ve sağlık çalışanlarında ise aşırı iş yükü ve çalışmadan kaynaklı tatminsizlik, yorgunluk ve mutsuzluğu beraberinde getirmektedir (Uğurlu vd 2012, 2). Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmalı, gezici sağlık hizmetlerinin bulunduğu yerde yaşayan insanlar sadece bir gün sağlık hizmetinden faydalanmaktadırlar. Diğer günler ya

kendi imkânları ile ya da sonraki tarihi beklemektedirler. Bu sıkıntıların önüne geçmek için ilgili düzenlemeler yapılmalıdır (Üstü vd 2011, 52).

Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına ilişkin görüşlerini öğrenmek amacı ile Kabasakal (2013) geniş çaplı bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu çalışma Anakara Yenimahalle ilçesinde buluna 33 aile sağlığı merkezinin katılımı ile gerçekleştirilmiş olup; çalışmaya katılan toplam kişi 144 kişidir. Bu kişilerin 50'si hekim 94'ü aile sağlığı elemanıdır. Ankete dayalı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada özellikle sağlık elemanlarının aile hekimliği uygulamasına olan bakışları ve görüşlerini öğrenmek amacı gütmektedir. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlığın geliştirilmesinin kavramsal çerçevesine yönelik sorular sorulmuştur. İkinci bölümde sağlığın geliştirilmesi uygulama alanlarına ilişkin sorular, üçüncü bölümde ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmak üzere sağlığın geliştirilmesi kapsamında ülkemizdeki mevcut ulusal kontrol programlarından dört tanesine yönelik sorular yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise sağlık eğitimi yapma ve eğitim becerilerine yönelik uygulamaları içeren sorular yer almaktadır. Bu çalışma sonucunda aslında ne aile hekimlerinin ne de sağlık personellerinin uluslararası camiada sağlık ile ilgili yapılan yönetsel değişikliklerden haberlerinin olmadığı ve okuyup araştırmadıkları görülmüştür. Sağlığın geliştirilmesi kavramının esasında *“bireylerin kendi sağlık ve belirleyicileri üzerinde kontrolü artırmak”* olduğu yönünde yanıt vermişlerdir ki bu durum da sağlık elemanları kısmen üzerlerindeki yükü artmış olmaktadır. Çalışmanın en önemli sonucu ise aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının eğitim faaliyetlerinden çok uzak oldukları ve kendi alanları ile ilgili yapılan ulusal ve uluslararası değişikliklerden habersiz oldukları görülmüştür (Kabasakal 2013, 66).

Gaziantep'teki bir aile sağlığı merkezi örneği üzerinden gidilerek aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışma Gaziantep'teki Nurdağı'na bağlı aile sağlığı merkezlerindeki kişiler üzerinde yapılmıştır. 24 sorudan oluşan anket sosyodemografik veriler ile birlikte aile hekiminin tutum ve davranışları ile memnuniyeti belirleyici sorulardan meydana gelmektedir. Aile Hekimliği Uygulamasının, hasta sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesine yönelik bu araştırma için aile hekimliği uygulamasının avantaj

ve dezavantajları irdelenmiş olup toplam 285 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışma sonucunda hasta hekim iletişiminin son derece önemli olduğu hastaların hekim seçimlerinde ilk dikkat ettikleri noktanın hekimin ilgisi, alakası ve güler yüzü geldiği ifade edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin % 90,9 u aile hekimlerinin ilgi ve güler yüzlü olduğunu belirtmiştir. %78,9 u fiziki mekânı ısı, ışık ve aydınlatma açısından yeterli olduğunu, %94,7 si ise mahremiyetine özen gösterildiğini belirttikleri vurgulanmıştır. Bu da demek oluyor ki hekimin bilgi becerisi kadar insani ilişkilerin son derece önemli olduğu görülmektedir. Aile Hekimliği Uygulamasının bir diğer artısı ise aile hekimliklerinde bazı tetkik ve tahlil işlemlerinin yapılabilmesinden dolayı ikinci ve üçüncü basamakta yığılmaların önüne geçilmiş olmaktadır. Ancak tabi ki bu yeterli değildir. Çünkü özellikle gebe ve bebek takibi işlemleri için daha fazla görüntüleme ve tetkik işlemlerine olanak sağlanmalıdır (Kantarcı 2015, 49).

Henüz aile hekimliği uygulamasının pilot uygulama olarak başladığı dönemlerde yapılan aile hekimliği uygulamasının hasta ve memnuniyeti konusundaki etkisini ölçmek amacı ile bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Karadağ (2007)'nin yapmış olduğu bu çalışma; Düzce il merkezindeki 18 aile sağlığı merkezinin katılımı ile EUROPEP ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 31 aile sağlığı merkezinden 8'i seçilmiştir. Çalışmanın en ilginç sonuçlarından biri erkek aile hekimlerinden memnuniyet bayan hekimlere göre daha fazla olduğu ve erkek aile hekimlerinin daha ilgili oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimlerine olan memnuniyet pratisyen hekimlerden daha fazla olduğu bildirilmiştir. Dolayısı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konuda uzmanlık eğitimi almış hekimlerce verilmesi hizmetin kalitesini artırarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımını dolayısıyla hasta memnuniyetini olumlu yönde artıracaktır. Bir diğer neden ise uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimi pratisyen hekime göre daha bilgili ve daha donanımlıdır. Dolayısı ile gerekli düzenlemeler yapılarak mümkün oldukça daha fazla sayıda uzman aile hekimleri yetiştirilmeli bu doğrultuda tıp fakülteleri anahtar rol oynamaktadır. Sağlık bakanlığının yürütmüş olduğu en önemli projelerden biri aile hekimliği sistem uygulamasıdır. Bu uygulamanın temel taşı ise hasta memnuniyetidir. Çünkü ülkemizde uygulanan aile hekimliği uygulaması kişisel

hekimlik uygulamasına dayanmaktadır. Dolayısı ile kişilerin ihtiyaç ve istekleri göz önünde bulundurularak yaklaşılmalıdır (Karadağ 2007, 153).

Sürekli bahsedilen aile hekimlerine eğitim verilmeli vurgusunu çalışmaya döken Kaya (2015); aile hekimleri üzerinde ofis spirometresi ve peak flow metre kullanma eğitimi hazırlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. 2015 yılında Erzurum’da yapılan çalışma; İl merkezinden 79, ilçelerden 36 olmak üzere toplam 115 aile hekiminin çalışmaya katılması ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncelikle yirmi kişilik gruplara eğitim verilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Kurs; özgün içerikli teorik ve pratik eğitim içeren bir günlük kurs programı şeklinde uygulanmıştır. Kurs öncesi ve sonrasında kursiyerlere program içeriğine yönelik 20 soruluk bir test uygulanmıştır. Eğitimin değerlendirilmesi amacıyla katılımcılardan kurs sonunda yazılı ve sözlü geribildirim alındı. Tabi ki her disiplinin tabi olduğu eğitim anlayışı farklıdır. Bu demek değildir ki formal eğitim hayatı bittikten sonra eğitim de bitecektir. Aile hekimleri de fakülte ya da uzmanlık hayatları bittikten sonra yine de eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Bu çalışma birinci basamak hekimlerinin verilen eğitim ile kendilerini geliştirebileceklerinin ve farkındalıklarını arttırabileceklerinin göstergesi olarak yapılmıştır. Çalışma sonucu göstermiştir ki; sistem aile hekimlerine eğitim vermek isterse bu durum hekimler açısından memnuniyet ile karşılanmaktadır. Özellikle hastalık tanı ve tedavisinde kullanılabilecek bir cihaz ya da ekipmanın kullanıma eğitimi hekimin mesleğini daha büyük istekle yapmasına neden olacaktır (Kaya 2015, 66).

Kıvanç ve Şahinöz (2012)’ün üniversite öğrencilerinin aile hekimliği konusunda bilgi durumlarını saptadığı araştırma Gümüşhane ili örneği üzerinden 2009-2010 yılları arasında toplam 1016 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların aile hekimliği konusunda bilgi durumlarını saptamak için yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Çalışma oldukça vahim bir gerçeği gözler önüne sermiştir. Üniversite’de okuyan ve hayata atılma aşamasında olan öğrenciler aile hekimliği uygulamasını bilmediklerini hatta birçoğu adını bile duymadıklarını ifade etmişlerdir. En ufak bir sağlık sorunu olduklarında doğrudan hastaneye başvurdıklarını; birinci basamak, ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetinin ne

demek odluğunu kesinlikle bilmedikleri belirtilmiştir. Dolayısı ile öğrencilerin hiçbir aile sağığı merkezinde bir kayıtlarının olmadığı ve bir aile hekimlerinin bulunmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak sadece anne babalara değil ilkokuldan üniversiteye kadar eğitimin her aşamasında aile hekimliği uygulamasına dair eğitimler verilmelidir (Kıvanç ve Şahinöz 2012, 47).

Kızılınal (2017); birinci basamak sağık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerinin iletişim beceri düzeylerinin hekimlerin tercih edilebilirliği üzerindeki etkisini Kâğıthane de ki bir aile sağığı merkezi örneğı üzerinde yapmıştır. Bu çalışma sonucunda hastaların hekimlerin kendileriyle kurdukları iletişimden yüksek oranda memnun oldukları, hastalar akıllarına takılan ya da anlayamadıkları konularda aile hekimine rahatlıkla soru sorabildiklerini belirtmişlerdir. Hastaların yüksek memnuniyetlerinden dolayı hekim değıştirme oranının da çok düşük olduğu, Hastalar hekimlerin kendilerini karşılamalarından, ilgili, nazik ve güler yüzlü olmalarından, kendilerini dikkatli bir şekilde dinlemelerinden, memnun olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın en önemli sonuçlarından biri de aile hekimlerinin başta iletişim olmak üzere tıbbi konularda ve güncel sağık sistemi ile alakalı olarak seminer, konferans vb. etkinliklere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimlerine göre; hastaların sosyoekonomik ve eğitim durumları aralarındaki iletişimin kopuk olmasına neden olmaktadır. Ancak bu kopukluğun nasıl onarılması gerektiğini ise bilemediklerini ifade etmişlerdir. Bu durumun dışında zaman kısıtlılığının da iletişime engel olduğu belirtilmiştir (Kızılınal 2017, 132).

Aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşünceler ve aile hekimlerinin sunduğı hizmetlerden memnuniyet ile olarak bir başka çalışma ise Bolu ili örneğı üzerinde yapılmıştır. 2015 yılında Bolu’da 552 kişı üzerinde yapılan çalışmaya göre aile hekimliği sisteminin toplum üzerinde büyük faydaları olduğu ve bilinçlenmeyi artırdığı vurgulanmıştır. Bu araştırmaya göre; aile hekimine başvurma oranı ve sıklığı arttıkça, aile hekimliği uygulamasına dair bilgi düzeyi arttıkça, aile hekimini değıştirme oranı azaldıkça hasta memnuniyeti artmaktadır. Dolayısıyla hastalar aslında bir sağık sistemi tüketicisidir ve aile hekimlerine daha fazla güven duymaları, hastalandıkları zaman öncelikle aile hekimlerini tercih etmeleri ve aile hekimlerinin yönlendirmesiyle bir üst kuruma başvurma bilincinin yerleştirilebilmesi

yani sevk bilinci gerekmektedir. Bunun içinde hem devlet, hem Sağlık Bakanlığı ve taşra teşkilatı olan Sağlık Müdürlükleri ve hem de yerel yönetimlerce farkındalık sağlayıcı, bilinç düzeyini arttırıcı eğitim, kamu spotu gibi bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır (Kocadağ 2016,135).

Mengüllüoğlu (2015); olaya bir başka göz ile bakmış ve aile hekimliği uygulamasına geçişin uzmanlık tezlerine olan etkisini araştırmıştır. Aile hekimliği en küçükten en büyüğe kadar bütün yaş grubunda insanlara ulaşabilen, topluma hizmet veren ve sağlık politikası ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde desteklenen önemli bir uygulamadır. Yıllar geçtikçe tez çalışmalarının da sayısı artmakta çünkü yeni aile hekimliği bilim dalları ve lisansüstü eğitimler ile desteklenmektedir. Dolayısı ile çok merkezli çalışmalar ve saha araştırmaları gittikçe artmalı ve teorik uygulamalar yerine pratik çalışmalar yapılmalıdır. Araştırma görevlilerine sahada araştırma olanakları sunularak göreve başlamadan toplumun dinamikleri ve alt yapısını öğrenmeleri sağlanmalıdır. Son yıllarda aile hekimi oranı gittikçe yükselmektedir, ancak yine de bu yeterli değildir. Birinci basamaklar sadece toplumun sağlığına odaklanmamalı akademik çalışmalar için de zemin hazırlayarak birer laboratuvar olarak işlev görmelidir. Bu şekilde aile sağlığı merkezleri akademik araştırmalar yapabilen ve uluslararası yayınlar çıkarabilen eğitim yerleri olacaktır. Bunların dışında sağlık istatistiklerine destek olabilmek, birinci basamağın sorunlarına inebilmek, çözüm önerilerinde bulunabilmek, koruyucu hekimlik üzerine yoğunlaşabilmek için saha çalışmalarının daha da desteklenmesi gerekmektedir (Mengüllüoğlu 2015, 82).

Muştu (2009), Türkiye’de aile hekimliği alanında yapılan yayınların kalitatif olarak değerlendiren bir araştırma yapmıştır. Bu araştırmanın en önemli sonucu aile hekimliği alanında çok fazla saha araştırmasının yapılamamış olmasıdır. Biz bu çalışmayı planlarken saha araştırması olarak planlamış ve aile hekimlerinin performanslarının değerlendirilmesi amacı ile bir çalışma yapmayı amaçlamıştık. Ancak birçok bürokratik neden den dolayı çalışmamız tarihsel literatür araştırmasına dönmek zorunda kaldı. Muştı (2009)’nun yapmış olduğu çalışmanın en önemli sonucu da aile hekimliği alanında çok az kohort, müdahale ve vaka-kontrol çalışmalarının olmasıdır. Toplum ile bu kadar iç içe ve toplumu her yönü ile bilen aile hekimliği biliminin önü açılarak daha fazla akademik çalışma yapılmasına olanak sağlanmalıdır. Aile hekimliği ve araştırmalarla ilgili eğitimlerin tıp

fakültelerindeki eğitim programlarına dâhil edilmeli, Hem üniversitelerdeki aile hekimliği anabilim dallarında hem de üniversite dışında çalışan aile hekimliği uzmanlarının daha çok yayın yapmaya teşvik edilmeli ve yeterli finansal destek sağlanmalıdır (Muştu 2009, 60).

Aile hekimliği sadece aile sağlığı merkezinde sınırlı kalan bir hizmet değildir. Ancak yapılan çalışmalar topluma ulaşması açısından aile hekimliği uygulamasının eksik olduğunu göstermektedir. Bu konuda aile hekimlerine ev ziyaretleri konusunda verilecek eğitimin bilgi, beceri ve tutumlarına etkilerini inceleyen Öner (2012) 72 aile hekimine uyguladığı anket sonucunda şu verilere ulaşmıştır. Aile hekimleri ev ziyaretinin neden ve nasıl yapılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Ölmekte olan hastaya ve hasta yakınına nasıl davranması gerektiğini bilmemektedir. Ev ziyaretlerinin önemini bilemedikleri için bu konuda oldukça eksiktirler. Bunun için kapsamlı olarak aile hekimlerine ev ziyaretlerinin önemi anlatılarak uygulamalı eğitimler verilmelidir. Özellikle mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler ile bilinçlilik sağlanmalıdır. Gerekirse sağlık politikaları içinde değerlendirilerek uygun ücretlendirme politikası, bilimsel ve yasal düzenlemelerle ev ziyaretlerinde standardizasyonun sağlanması, güvenlik sorunlarının çözülmesiyle ev ziyaretlerine isteklilik ve ev ziyareti yapma oranlarının daha da yükselebileceği düşünülmektedir. Fakat en büyük sorunun aile hekiminin yeterli bilgi ve donanımına sahip olmadığı, hata yapma endişesi yaşaması olduğu ifade edilmiştir (Öner 2012, 70).

Şişman (2010); aile hekimliği sistemini sağlık çalışanları gözünden incelemiştir. İstanbul il merkezinde yapılan çalışma 2010 yılında yapılmış ve çalışmaya 14 sağlık ocağı katılmıştır. Bu sağlık ocaklarında 38 doktor, 26 hemşire, 23 ebe, 4 sağlık memuru ve 9 diğer sağlık çalışanları görev yapmaktadır. 2 anket çalışmada kullanılmıştır. Bu anketlerden birincisi aile hekimliğini, sistem olarak ele alan 30 önermeden oluşurken ikincisi sistemle ilgili sağlık çalışanlarının iç görüşlerini saptamaya çalışan 25 önermeden oluşmaktadır. Şu sonuçlara ulaşılmıştır. Aile hekimliği sistemi Türk sistemine ve toplumuna uygun bir sistem değildir. Aile hekimliği uygulaması hastalara kolay hizmet ulaştırma konusunda başarısızdır. Aile hekimliği sistemi zor ve karmaşık bir sistemdir. Aile sağlığı birimleri birer

ticarethane gibidir. Aile hekimliği sisteminin maliyetleri düşürüp, daha ekonomik sonuçlar getireceğini ise düşünmemektedirler. Aile hekimliğinde ekip çalışması konusunda eksiklikler vardır (Şişman 2010, 80).

Uysal ve Devedakan (2017); aile hekimliği uygulamasını İzmir ilini örnek olarak araştırmıştır. Bu çalışmanın evrenini, İzmir ili Konak ilçesinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan 248 sağlık personeli oluşturmaktadır. Söz konusu evrenden 165 çalışan araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında “Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasını Değerlendirme” ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının İzmir ilinin örnek alınarak yapıldığı çalışmaya göre; toplumun aile hekimliğini tercih etmelerindeki en büyük sebebin ücret alınmadan hizmet verilmesinin olduğu ifade edilmiştir. Aile hekiminin ilgili ve güler yüzlü olması, sorulan sorulara açıklayıcı cevaplar verilmesi hem hasta memnuniyetini hem de hekim ve sağlık çalışanı memnuniyetini artırmaktadır. Fiziki koşulların iyileştirilmesi başta aile hekimi ve sağlık personellerini etkilemektedir. Çünkü kötü ve istenmeyen bir ortamda çalışma kişileri etkileyerek motivasyonlarının düşmesine ve işe bağlılıklarının azalmasına neden olmaktadır. Bunlara ek olarak aile hekimliğine geçiş özellikle aile hekiminin iş yükünü artırmıştır. Çünkü yanında çalışan personelin maaşından elektrik su faturalarına kadar her şey aile hekiminin idaresinde olması ekstra iş yüküne neden olmaktadır (Uysal ve Devedakan 2017, 287-305).

Aile hekimliğinde hizmet kalitesinin araştırıldığı bir çalışma yine aile hekimliği uygulamasında pilot il olan Dizce baz alınarak yapılmıştır. Bu çalışma nicel bir çalışma olup ankete dayalı olarak yapılmıştır. Çalışma anketi dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, katılımcıların demografik özelliklerinin içermektedir. İkinci bölüm, katılımcıların Aile hekimlerine yönelik tutumlarını ifade etmektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde, katılımcıların aile hekimliği uygulamasına ilişkin düşüncelerini açıklamaya yönelik ifadeler yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise aile hekimliği uygulamasının doktorların vermiş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisine ilişkin algılarını ortaya koymaya yönelik ifadeler yer almaktadır Yalman (2013)’ün yapmış olduğu bu araştırmaya göre; aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin

kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasındaki korelasyon analizinde, katılımcıların aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine yönelik algıları ve aile hekimlerine yönelik tutumları arasında zayıf yönlü pozitif korelasyon bulunmuştur (Yalman 2013, 100).



SONUÇ

Modern hayatın yaygınlaşması daha kaliteli ve sağlıklı yaşam arzusunu da beraberinde getirmiş, ekonomik gelir gözetilmeksizin bütün insanlar kaliteli yaşamı arzu etmeye başlamış ve bağlı bulundukları devletten de bu doğrultuda isteklerde bulunmaktadır. Devlet olmanın gereği olarak her devlet toplumunun sağlık sorunlarını karşılamak ve onlara daha iyi bir hayat sunmakla yükümlüdür. Bu doğrultuğa yapılacak ilk adım; daha ilk basmaktan başlayarak sınırlarının en ücra köşelerine kadar sağlık hizmetini sunmak olmalıdır. Bu ise ancak aile hekimliğine gerekli özen ve itinanın gösterilmesi ile mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetleri sadece bireye yönelik olmamalı, toplumun daha bilinçli olması ve aile hekimliği kurumuna olan saygınlığı için eğitimler verilmelidir.

Aile hekimliği hizmeti aslında birey henüz doğmadan anne karnında iken başlar, ölünceye kadar devam eder. Hatta öldüğünde defin ruhsat işleri de aile hekimliği kapsamına girmektedir. Bu doğrultuda devlet en iyi hizmeti sunmaya çalışarak kendi vatandaşını rahat ettirmeyi hedefler. Ayrıca bu şekilde ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinde meydana gelecek yığılmalarda engellenmiş olmaktadır. Aile hekimleri; bağlı bulundukları ve sorumlulukları altında olan ailelere koruyucu birinci basamak sağlık hizmetini sunmalı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile kendisine bağlı kişilerin teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri alması için gerekli koordinasyonu sağlamalı ve ilgili hizmetleri aldıktan sonra gerekli takiplerini yapmalı ve kayıt altına almalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde yürütülebilmesi için Aile Hekimlerinin bakmakla yükümlü oldukları nüfusun makul bir sayıya çekilmesi gerekmektedir.

Devlet sadece hasta memnuniyetini değil aynı zamanda aile hekiminin memnuniyetini de gözetmelidir. Devlet aile hekimliğinde çalışan aile hekimi, sağlık personeli ve destek personeline yeterince rahat bir ortam sunar ve toplumsal hizmet için engeller (performans, izin, ödenecek vergi) ortadan kaldırırsa aile hekimliği o derece başarıya ulaşacaktır. Aile hekimliğine uygun performans değerlendirme sistemleri geliştirilerek ülke çapında uygulamaya konulmalıdır. Performans yönetimi konusunda aile hekimlerine detaylı eğitimler verilmelidir.

KAYNAKÇA

- Ağdemir, Hasan. *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Akal, Zühal. *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi Çok Yönlü Performans Göstergeleri*. Ankara, 1992.
- Akdağ, Recep. *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Editor: Sabahattin Aydın. Ankara: Mavi Ofset Yayıncılık, 2004.
- Akdaş, Sena. *Aile Hekimliği Gözüyle Sağlıklı Annelerde Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanması Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2017.
- Akman, Mehmet. “Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü”. *Türk Aile Hek Derg* 18, 2(2014): 70-78.
- Aksakoğlu, Gazanfer. “Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir”. *Toplum ve Hekim*, 18(2003): 251-257.
- Aksu Ahmet. *Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personellerinin Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Düşünceleri Ve Memnuniyet Durumun Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- Aktaş, Özgür, Güngör Çakır. “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”. *Ege Tıp Dergisi* 51,1(2012): 21-29.
- Aktürk, Zekeriya, Turan Set. “Aile Hekimliği ve Kalite: Fırsatlar ve Uygulanmayı Bekleyen Araçlar”. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 4,1(2010): 43-67.

- Algın, Kürşat, İsmet Şahin ve Mehmet Top. “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7,3(2004): 249-275.
- Altan, Yakup. *Türk Kamu Personel Yönetiminde Performans Değerlemesi Sistemi ve Çağdaş Bir Model Önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005.
- Altınır, Merve. *İstanbul İlinde Bulunan Bir Aile Sağlığı Merkezindeki Hemşire ve Ebelik Uygulamalarının OMAHA Sistemine Göre Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
- Arpacı, İsmail. *Performans Yönetimi Ve Türk Emniyet Teşkilatı Üzerine Bir Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- Ateş, Hamza, Hülya Engin. *Performans Bilgisinin Kullanım Alanları Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi*. Ankara: Asil Yayınları, 2007.
- Avcı, Sevinur. *Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- Aydoğan, Ümit. *Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA Tıp Fakültesi, 2005.
- Aytar, Gülşen. *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Sosyal Çalışmacının Rol ve İşlevi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- Bağcı, Gülperi. *Aile Hekimliği: Temel Kavramlar, Yasal Çerçeve, İşleyiş, Sorunlar Ve Çözüm Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- Bakan, İsmail ve Hakan Kelleroğlu. “Performans Değerlendirme: Çalışanların

Performans Değerlendirme Uygulamalarından Beklentileri Konusunda Bir Alan Çalışması”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8,1(2003): 103-127.

Bakırcan Nursel. *Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.

Bal, C. Gamze, Serkan Ad., Adnan Çelik. “Bilişim Sistemleri Modeli Ve Aile Hekimliği Bilişim Uygulamaları”. *Yönetim Ve Ekonomi*, Cilt:19 Sayı:1: 35-40.

Baltacı, Davut, İsmail Hamdi Kara, Talat Bahçebaşı, Sultan Sayın, Aylin Yılmaz, Ahmet Çeler. “Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma”. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3,2(2011): 9-15

Barutçugil, İsmet. *Performans Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayınları, 2002.

Barutçugil, İsmet. *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Ltd. Şti, 2004.

Baş, Semih. *Bireylerin Aile Hekimliğini Tercih Etmeme Sebepleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017.

Beyoğlu, Ayça. *Örgütlerde Performans Yönetiminin Önemi, Değerlendirme Süreci Ve Bir Uygulama Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.

Bittitçi, Ümit., Patrizia Garengo, Viktor Dörfler, Sai Nudurapati. “Performance Measurments”. *International Journal of Management Review*, (2011): 3-23.

Bourdeaux, Carolyn ve Grace Chikoto. Legislative Influences on Performance Management Reform. *Public Administraion Review*, 68,2(2008): 253-265.

- Boysan, Yaprak. *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Aile Hekimlerinin Yaşadığı Problemler Ve İş Tatmin Düzeyleri: Bursa Alan Araştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- Bourne, Mike, Andy Neely, John Mills ve Ken Platts Implementing Performance Measurement Systems: A Literature Review. *Int. J. Business Performance Management*, 5,1(2003): 34-56.
- Budak, Gönül. *Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi*. İzmir: Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları, 2008.
- Bulut, Aliye. *Elazığ İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- Burucuoğlu, Murat. *Müşteri Memnuniyeti ve Sadakatini Arttırmada Müşteri Şikayetleri Yönetiminin Etkinliği: Bir Örnek Olay İncelemesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
- Büyükmirza, Kamil. (2009). *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi*. 14. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi
- Cengiz, Reyhan. *Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyeti, Edirne İl Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- Cihan, F. Gökşin. *Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği Uygulamaları ve Dünya Örnekleri*, <http://slideplayer.biz.tr/slide/1975595/>. Erişim:06.09.2017 tarihinde alınmıştır
- Coşkun, Ali. *Stratejik Performans Yönetimi ve Karnesi*. İstanbul: Literatür Yayınları, 2006.

- Çeçem, Kifayet, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu. “Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi”. *Ankara Med J*, 15, 3(2015): 153-160
- Çetin, Deniz. *Performans Yönetim Sistemi ve Performans Değerlendirme Sonuçlarının Çeşitli İnsan Kaynakları Yönetimi İşlevlerinde Karar Almaya Yetkileri ve Bir Uygulama Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Çelik, Vasfiye. *Avrupa Birliğine Uyum Çerçevesinde Performans Yönetimi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Çelikkol, İnci. *TSK Personeli ve Ailelerinin Aile Hekimliğine Bakışı*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, GATA Tıp Fakültesi, 2008.
- Çevik, Celalettin. *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı Ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Çimen, Ferhat. *Performans Yönetimi ve Hizmet Sektöründe Bir Alan Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- Çolak, Cafer. *Performans Kavramı, Değerlendirmesi ve Balıkesir İl Emniyet Müdürlüğü Yıldırım Ekipler Amirliğinde Performans Uygulaması Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Çölgeçen, Yasemin. *Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından Önemi: Uşak İlinde Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.

- Davras, Özgür, Mustafa Gülmez. “Otel İşletmelerinde Çalışan Memnuniyetine Etki Eden Faktörler: Kemer-Lara-Belek-Side-Alanya Bölgelerinde Bir Çalışma”. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 24,2(2013): 167-184.
- Dericioğulları Ergun, Ayşe. *Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm Isparta Burdur Örnekleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2010.
- Dikici, Mustafa, Fevzi Kartal, Mehtap Alptekin, Serap Çubukçu, Mahcube Ayanoğlu, Serhat Akın, Füsün Yarış. *Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi*. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27(2007): 412- 417.
- Dilek, Barış İ. *Performans Değerlendirme ve Bankacılık Sektörüne Yönelik Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- Ediz, Pelin. *Türkiye’de Kamu Kuruluşlarında Performans Yönetimi ve Bütçede Uygulama Projesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004
- Eraslan, Ergün ve Onur Algün, “İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı”. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20,1(2005): 97.
- Erşangur, Cuma. *İşletmede Çalışanların Performanslarını Artırma Ve Performanslarını Değerlendirmede Katılımlı Yönetimin Önemi Ve Niğde Sanayi İşletmelerinde Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003.
- Erdil, Oya, Lütfi Hak Alpkan, Levent Biber. “İnsan Kaynakları Uygulamalarıyla Örgütsel Performans Arasındaki İlişkileri Araştırmaya Yönelik Bir İnceleme”. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, (2004): 112-116.

- Erkılıç, Turan A. “Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması”. *GAU J. Soc. & Appl. Sci.*, 2,4(2007): 50-62.
- Eyler, Nurullah. *Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
- Fidan, Osman. *Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Kıyaslanması: Sektörel Bazda Bir Alan Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
- Göktaş Yüksel. “İnsan Performans Teknoloji Uygulamalarındaki Yenilikler”. *Performans*, 15,1(2005): 45-48.
- Gümüş, Cemal. *Müşteri Memnuniyeti Ve Müşteriyi Elde Tutmanın Müşteri Sadakatine Etkisi: Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Helvacı, Mehmet Akif. “Performans Yönetim Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35,1-2(2002): 155-169.
- Işıl, Hakkı Özgür. *Türk Bankacılık Sektöründe Performans Ölçümü ve Yönetimi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, 2008.
- Ittner, Christopher D. ve David F. Larcker, “Assessing Empirical Research in Managerial Accounting: A value-Based Management Perspective”. *Journal of Accounting and Economics*, 32, 1-3(2001): 349-410.
- İlgün, Gülnur. *Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş Ve Önerileri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

- Kabasakal, Esmâ. *Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarına İlişkin Görüşleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Kanık, Leyla. *Türk Üniversitelerinde Kütüphane Çalışanlarının Performans Değerlendirmeleri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- Kantarcı, Yasemin. *Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015
- Kara, Derya. “Performans Değerlendirme Yöntemi Olarak 360 Derece Geribildirim Sürecinin Orta Kademe Yöneticilerin İş Başarısına Olan Etkisi: 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11,1(2010): 90.
- Karadağ, Zennure. *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- Karaman, Rıfat. “İşletmelerde Performans Ölçümünün Önemi Ve Modern Bir Performans Ölçme Aracı Olarak Balanced Scorecard”. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (2009): 411-427
- Kaya, Abdulkadir. *Aile Hekimlerine Yönelik Ofis Spirometresi Ve Peak Flow Metre Kullanma Eğitimi Hazırlanması Ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.
- Kaynak, Ramazan, Murat Bülbül. “360 derece Geribildirim Sisteminde Değerlendirme Farklılıkları”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13, 1(2008): 270.

- Kırılmaz, Harun. *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, 2012.
- Kıvanç, Aydın, Turgut Şahingöz. “Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması”. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 1,1, (2012): 41-50.
- Kızıllboğa, Ruveyda. *Belediyelerde Performans Yönetimi Sorunları ve Çözüm Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- Kızıllnal, Pelin. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017.
- Korukluoğlu, Sinan. “Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri”. *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı*, (2004): 23–26 Nisan
- Korukluoğlu, Sinan, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Refiat Doğusan, Ali Hacıımamağaoğlu. *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ed.: Sabahattin Aydın, Ankara: Mavi Ofset. 2004.
- Koyuncu, Erhan. “Kamuda Performans Yönetimi ve Avrupa Birliğinin Performans Yönetim Modeli”. *Türk İdare Dergisi*, (2009): 133-150.
- Kocadağ, Derya. *Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Düşünceler ve Aile Hekimlerinin Sunduğu Hizmetlerden Memnuniyet: Bolu İli Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
- KPMG. *Achieving Measurable Performance Improvement in a Changing World*:. 2001. <http://www.kpmg.com> 20.06.2017 Tarihinde alınmıştır.

- Lee, Geon ve Benedict S. Jimenez. Does Performance Management Affect Job Turnover Intention in the Federal Government? *The American Review of Public of Administration*, 41,2(2011): 168-184.
- Maliye Bakanlığı. *Performans Programı Hazırlama Rehberi*. Ankara, 2009.
- Mengüllüoğlu, Nehir Özgül. *Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmesinin Aile Hekimliği Uzmanlık Tezlerine Etkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.
- Muştu Ferzan. *Türkiye’de Aile Hekimliği Alanında Yapılan Yayınların Kalitatif Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.
- Neely, Andy, Mike Gregory, Ken Platts. Performance Measurement System Design: A Literature Review and Research Agenda, *International Journal of Operations and Production Management*, 25,12(1995): 1228-1263.
- Öner, Mehmet. *Aile Hekimlerine Ev Ziyaretleri Konusunda Verilecek Eğitimin Bilgi, Beceri Ve Tutumlarına Etkileri*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.
- Özdemir ALİ Rıza. *Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Özer, Mehmet Akif. *21. Yüzyılda Yönetim Ve Yöneticiler*. Ankara: Nobel yayınları, 2008.
- Oğuztürk, Bekir Sami. “Yenilik Kavramı Ve Teorik Temelleri”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8,2(2003): 253-273.

- Özçakar, Nejdet, “Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 39, 1(2010): 106-124.
- Özpeynirci, Rabia ve Emine Kalaycı. “Bankalarda Müşteri Kârlılık Analizi: Bir Alan Araştırması”. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8, 1(2016): 21-36.
- Öztürk, Ümit. S. *Organizasyonlarda Performans Yönetimi*. Sistem Yayıncılık, 2008.
- Öztürk, Namık Kemal. “Kamu Sektöründe Performans Ölçümü ve Karşılaşılan Sorunlar”. *Amme İdaresi Dergisi*, (2006): 81-99.
- Özyörük, Mustafa. *Hizmet Sektöründe Performans Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- Pakdil, Fatma. *Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 2007.
- Papalexandris, Alexandros, George Ioannou, Gregory Prastacos, Klas Eric Soderquist. In methodology for Putting the Balanced Scorecard into Action. *European Management Journal*, 23, 2(2005): 214-227.
- Pekküçükşen, Şerife. *Değişen Yerel Yönetim Anlayışında İnsan Kaynakları Stratejilerinin Geliştirilmesi (Konya Büyükşehir Belediyesi Örneği)*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- Resmi Gazete, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı:28539
- Resmi Gazete. *Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği*. 30.12.2010, Sayı:27801

Reşitoğlu, Sedef. *Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirme Ve Çalışan Memnuniyeti -Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

Sarsenova, Kuralay. *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu özel hastanelerinin değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler, 2010.

Sabuncuoğlu, Zeyyat, İnsan Kaynakları Yönetimi, Bursa: Alfa Aktuel Basım Yayın Dağıtım. 2005.

Senal, Serpil ve Burcu Aslantaş Ateş. “Türkiye Muhasebe Ve Finansal Raporlama Standartlarının Üretim İşletmelerinde Satılan Mamul Maliyeti Tablosu Üzerine Etkileri: Bir Üretim İşletmesi Örneği”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21, 1(2016): 79-95.

Serin, Nesrin. *Verimlilik Kavramı ve Tanımı*. 2014
http://yondes.com/userfiles/files/Verimlilik_Kavrami_ve_Tanimi.pdf

Solak, Fulya. *Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

Sözer, Ali Nazım, Özkan Tütüncü, Özlem İpekgil Doğan, Ufuk Gencel, Hüseyin Gül, Gökhan Tenikler, Deniz Tarlan, Mehmet Aksaraylı, Dilek Eser, Barış Seçer, Kamil Yağcı, Mert Topayan, Nevzat Devedbakan. “Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Lisansüstü Eğitim Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Bir Alan Araştırması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Lisansüstü Eğitim Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Bir Alan Araştırması”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4, 2(2002): 41-65.

Salkaya Somel, Fatma Elif. *Çokuluslu İşletmelerde Değer Odaklı Performans Yönetim Sistemi; Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

Söyleyici Tancu. *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

Şimşek, M. Şerif ve Serdar Öge. *Stratejik ve Uluslararası Boyutları ile İnsan Kaynakları Yönetimi*. Gazi Kitabevi, Ankara, 2007.

Şişman, Serpil. *Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı. *Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliği*. 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı. *Hastane Performansı Nasıl Ölçülür ve İzlenir? Daha Kaliteli Sağlık Hizmetlerine Doğru Kurumsal Performans*. http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans_yazi.pdf, 26.06.2017 Tarihinde alınmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı. *Aile Hekimliği*. www.ailehekimligi.gov.tr, 26.07.2017 Tarihinde Alınmıştır.

Turgut, Nafiz. *Yetkinliğe Dayalı Performans Değerlendirmesi Ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.

Turhan, Esra Seda. *Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014.

Türk Dil Kurumu [TDK], <http://www.tdk.gov.tr>. adresinden 1.11.2016 tarihinde alınmıştır.

- Uğurlu, Mehmet, Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, Ahmet Reşat Doğusan, İsmail Kasım. *Aile Doktorunun Görevleri Aile Doktorları İçin Kurs Notları*. Ankara, 2004.
- Uğurlu, Mehmet, Mehmet Taşkın Eğici, Orkun Yıldırım, Muhammet Örnek, Yusuf Üstü. “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – 2”. *Ankara Medical Journal* 12,1(2012): 04-10
- Uyargil, Cavide. *Performans Değerlendirme. Cilt 3*. İstanbul: Beta Yayınları, 2008.
- Uysal, Filiz ve Nevzat Devebakan “Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Aile Hekimliği uygulamasının Değerlendirmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma”. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 58 (2017): 287-305,
- Üstü, Yusuf, Mehmet Uğurlu, Eğici Mehmet Taşkın, Orkun Yıldırım, Muhammet Örnek. “Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – 1”
- Üzmez, İrfan Tansel. *Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemleri* (2012), <http://irfantanselizmez.blogspot.com.tr/2012/06/geleneksel-performans-degerlendirme.html> adresinden 02.07.2017 tarihinde alınmıştır.
- WHO (World Health Organization), Alma Ata Declaration, 1978.
- Yalman, Fuat. *Aile Hekimliği Sisteminin Hekimlerin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Etkisi: Düzce Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- Yeniyurt, Sengun. “A Literature Review And Integrative Performance Measurement Framework For Multinational Companies”. *Marketing Intelligence and Planning*, 21,3(2003):134-142,
- Yüreğir, Oya ve Gülsün Nakıboğlu. “Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri”. *ÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (2007): 542-562.

Yücenur, G. Nilay, Nihan Çetin Demirel, Cemil Ceylan, Tufan Demirel. “Hizmet Değerinin Müşterilerin Davranışsal Niyetleri Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Ölçülmesi”. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12, 1(2011): 156-168.



ÖZGEÇMİŞ

20.05.1988 yılında Siirt'in Pervari İlçesinde doğdum. Lise eğitimimi Siirt Lisesi'nde tamamladım. 2012 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden mezun oldum. 2013 yılından itibaren Pervari Toplum Sağlığı Merkezinde Hemşire olarak görev yapmaktayım. 2014 yılında T.C. Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek öğrenimim devam etmektedir.

Zekeriya ÖZCAN