

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
İNSAN KAYNAKLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE AİLE
HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI

Hatem KUMCU

Danışman
Doç.Dr. Barış SEÇER

İZMİR – 2019

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : Hatem KUMCU
Öğrenci No : 2010800173
Tez Başlığı : Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimlerinin Çalışma Koşulları
Savunma Tarihi : 31/10/2019
Danışmanı : Doç.Dr. Barış SEÇER

JÜRI ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Doç.Dr. Barış SEÇER	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Prof.Dr.Özlem ÇAKIR	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi Özkan BİLGİLİ	- İzmir Demokrasi Üniversitesi	

Hatem KUMCU tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği () / oy çokluğu (X) ile kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Erkan GÖKSU
Müdür V.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi / Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi olarak sunduğum “Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimlerinin Çalışma Koşulları” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

07/07/2019

Hatem Kumcu

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimlerinin Çalışma Koşulları

Hatem KUMCU

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

İnsan Kaynakları Programı

Başlangıcından bu yana Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sunan Aile Hekimliğine verilen önem tüm dünyada giderek artmaktadır. Türkiye’de Aile Hekimliği sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir parçası olarak, ilk defa 2005 yılında pilot il kapsamında Düzce’de uygulanmaya başlanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle de tüm Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamasına geçiş sağlanmıştır.

Türkiye’de 1967 yılından beri hizmet veren ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin bel kemiğini oluşturan Sağlık Ocaklarının yerini Sağlıkta Dönüşüm Programıyla uygulamaya konulan ve ülkemizde henüz çok yeni olan Aile Hekimliği Sistemi devralmıştır. Bu çalışmada; Aile Hekimlerinin Birinci Basamaktaki yerinin, veriminin ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın hedefi; Aile Hekimlerinin Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik adına daha iyi ve kaliteli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunabilmesine katkıda bulunmaktır.

Çalışmanın örneklemini, Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan Aile Hekimleri, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında görevli öğretim üyesi hekimler ve Aile Hekimliği Asistanları oluşturmaktadır. On üçü İzmir’den altısı Aydın’dan ve üçü İstanbul’dan olmak üzere toplam yirmi iki aile hekimi ile nitel araştırma teknikleri çerçevesinde yarı yapılandırılmış, derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, NVIVO 12.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, Aile hekimlerinin nüfus yoğunluğunun fazla olması, iş yükünün günden güne artması ve nöbet sisteminin hekimlerde yıpranamaya neden olması sebebiyle çalışma koşullarının olumsuz yönde etkilendiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlara göre, Aile Hekimlerinin üzerindeki yükün azaltılması, hasta sayısının düşürülmesi, nöbet sisteminin komple iptal edilmesi, pozitif performans sisteminin adil bir şekilde uygulanarak maaş sisteminin güncellenip, iş doyumlarının artırılmasına yönelik olarak bir an önce sağlık politikalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Aile Hekimleri, Çalışma koşulları.



ABSTRACT

Master's Thesis

**Working Conditions Of Family Physicians Within The Framework Of Health
Transformation Program**

Hatem KUMCU

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Labour Economics and Industrial Relations

Human Resources Program

The family medicine which considering important is more and more increased that it presents the First Phase Health Services in the World since the its begining. In Turkey system of family medicine as a part of the programme of transformation about health, fort he first time it was started putting into practise in Düzce as representative district in 2005. Family medicine was implemented in all over Turkey as regard the end of 2010.

In Turkey the position of village clinic that serves and constitutes the ground of first phase healt services since 1967, was taken over the system of family medicine that is just now newest in our country and carried out by the programme of transformation about healt. The thesis is aim at that it is compare status, effect and working conditions of the family doctors at the first phase. The objective of thesis is contribute to that the family doctors offer better and high quality first phase healt service instead of preventive and therapeutic medicine.

The scope of thesis is the family doctors that labor in family health center and the instructor doctors who are employee at the discipline of family medicine and intern of family medicine. Qualitative research techniques within the framework semi-configured and deeply interview has achieved with totaly 22 family doctors group that takes place from parts of 13 from İzmir and 6 from Aydın and 3 from İstanbul. Data what is obtained as a result of research have been analysed by using the programme of NVIVO 12.0.

To the evidences are gotten in this research the family doctors has become burned-out because of the thickly populated and on the upgrade of workload day by day and shift table on account of this made inferences that working conditions are affect in the light of negative aspect.

As a result, it is proposed that concerning health policies are improved that decrease of responsibility of family doctors and diminish of number of patients and abolish the shift table completely perform of the system of positive performance equatably thus update of system of salary and for the purpose of satisfaction of profession as soon as possible.

Keywords: Health, Family Doctors, Human Resources.

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE AİLE
HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI
İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xiii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU**

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI VE KAPSAMI	5
1.1.1. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Tanımlaması	6
1.1.2. Uluslararası Çalışma Örgütünün Sağlık Tanımlaması	8
1.1.3. Sağlık Hizmetleri	8
1.1.4. Sağlık Kuruluşları	10
1.2. SAĞLIK SİSTEMLERİ	10
1.2.1. Ulusal Sağlık Sistemi	12
1.2.2. Sigorta Sistemi	12
1.2.3. Liberal Sağlık Sistemi	12
1.3. SAĞLIĞIN TARİHÇESİ	13
1.3.1. Osmanlı Döneminde Sağlık	13
1.3.2. Türkiye Cumhuriyeti Döneminde Sağlık	14
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	18
1.4.1. Belirsizlik ve Ertelenemezlik	19

1.4.2. Alternatifsizlik	19
1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Yönü	20
1.4.4. Sağlık Piyasalarına Özgü Özellikler	20
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	21
1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	21
1.5.2. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık	22
1.5.3. Rehabilitasyon Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri	25

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	26
2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ	32
2.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ UYGULAMA SÜRECİ	33
2.3.1. Kavramsallaşma	34
2.3.2. Yasalaşma	34
2.3.3. Kontrollü Yerel Uygulamalar	34
2.3.4. Türkiye Geneline Yaygınlaştırma	34
2.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ	35
2.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	35
2.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	36
2.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi	36
2.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü	37
2.4.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları	39
2.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon	39
2.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma	40
2.5. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEFERBERLİK	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

3.1. HEKİMLİK MESLEĞİ	45
3.1.1. Hekimlik Mesleğinin Tarihçesi	45
3.1.2. Hekimlerin Statülerine Göre Sınıflandırılması	48
3.1.2.1. Hekimlik	48
3.1.2.2. Uzman Hekimlik	50
3.1.3. Hekimlerde Bulunması Gereken Özellikler	51
3.1.4. Hekimlik Mesleğinin Sorumlulukları	52
3.1.5. Tıpta Etik ve Hekim Hasta İlişkileri	53
3.1.5.1. Babacan (Paternalistic) Hekim Modeli	54
3.1.5.2. Bilgilendirici Model	54
3.1.5.3. Açıklayıcı/Yorumlayıcı Model	55
3.1.5.4. Görüşmeci/Müzakereci Model	55
3.2. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI	56
3.2.1. Tanımlar	58
3.2.2. Aile Hekimliği Disiplini	59
3.2.3. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri	60
3.2.4. Aile Hekimliğinde Amaç ve Hedefler	61
3.3. AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TARİHÇESİ	62
3.4. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE GEÇİŞ	63
3.5. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI	64
3.6. BAZI ÜLKELERDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI	65
3.7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: AİLE HEKİMLİĞİ	66
3.8. AİLE HEKİMLERİNİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI	70
3.9. AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARI VE PERFORMANS SİSTEMİ	73
3.9.1. Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri Ve Nöbet Uygulamaları	75
3.9.2. Aile Hekimlerini Etkileyen Mesleki Riskler	76
3.9.3. Aile Hekimleri'nde Sözleşme Usul ve Esasları	78

3.9.4. Aile Hekimlerinin Maddi Koşulları	80
3.9.5. Aile Hekimlerinde Performans Sistemi ve Gruplandırma	81
3.9.5.1. Performans Sistemi	81
3.9.5.2. Aile Hekimliği Birimi'nde Gruplandırma/Sınıflandırma	85
3.9.6. Aile Hekimlerinde Çalışma Zaman Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti	87
3.9.7. Aile Hekimlerinde İş Doyumu	88
3.9.8. Aile Hekimlerinde Ekip Çalışması ve Zorluğu	89

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARINA DAİR ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	91
4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	92
4.3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	93
4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	94
4.5. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	95
4.5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	95
4.5.2. Katılımcılara Yöneltilen Sorular	97
4.5.2.1. Aile Hekimliğini Seçme Nedenleri	97
4.5.2.2. Aile Hekimliğinden Memnuniyet	98
4.5.2.3. Günde Ortalama Bakılan Hasta Sayısı	100
4.5.2.4. Aile Hekimliği Nüfus Sayısının Avrupa Standartlarından Fazla Olmasının Etkisi	101
4.5.2.5. Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Katkısı	103
4.5.2.6. Aile Hekimlerinin Sunuş Performansları Yönünden Etkin Olarak Yaptıkları Hizmetler	104
4.5.2.7. Aile Hekimlerinin Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar	105
4.5.2.8. Performans Sisteminin Aile Hekimliği'ne Uygunluğu	106
4.5.2.9. Performans Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar	107
4.5.2.10. Nöbet Uygulamalarının Aile Hekimliğine Etkisi	109

4.5.2.11. Aile Hekimlerinin Mesleki Gelişiminde TSM ve Sağlık Müdürlüğünün Etkisi	110
4.5.2.12. Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Akademik Kadro ve Eğitim Durumu	111
4.5.2.13. Sağlık Sistemi İçinde Aile Hekimlerinin Yeri	113
4.5.2.14. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Aile Hekimlerinin Mesleki Tatmin Durumu	114
4.5.2.15. Sağlık Hizmetlerinin Ticarileştirilmesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisi	115
4.5.2.16. Aile Hekimliği Uygulamasının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi	117
4.6. TARTIŞMA	119
SONUÇ	124
KAYNAKÇA	127

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
AH	Aile Hekimliği
AHB	Aile Hekimliği Birimi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler
DR	Doktor, Hekim
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TBK	Türk Borçlar Kanunu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	Sağlık Örgütü ile Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLoların LİSTESİ

Tablo 1 : Sağlık Kavramına Etki Eden Faktörler	s. 4
Tablo 2 : Sağlık Sistemleri Modelleri	s. 11
Tablo 3 : 1923 Yılında Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayıları	s. 14
Tablo 4 : Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye	s. 38
Tablo 5 : Genel Sağlık Demografik Göstergeler, Türkiye	s. 43
Tablo 6 : Dört Modelin Karşılaştırması	s. 56
Tablo 7 : Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı	s. 67
Tablo 8 : Aile Hekimliği Uygulamasının Hekim Açısından Avantajları ve Dezavantajları	s. 69
Tablo 9 : Aile Hekimliği Öncesi ve Sonrası Yıllara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı	s. 71
Tablo 10 : Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti	s. 82
Tablo 11 : Aile Hekimliği Uygulamasında Uygulanan İhtar Puan Cetveli	s. 84
Tablo 12 : Katılımcıların Demografik Özellikleri	s. 96

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1 : Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	s. 9
Şekil 2 : Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları	s. 15
Şekil 3 : Yıl ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı	s. 18
Şekil 4 : Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Ocağı / AHB Muayene Odası	s. 41
Şekil 5 : Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	s. 42
Şekil 6 : Aile Hekimliğini Seçme Nedenlerinin Alt Temaları ve Oranları	s. 98
Şekil 7 : Aile Hekimliği Memnuniyet Alt Temaları ve Oranları	s. 99
Şekil 8 : Günde Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Alt Temaları ve Oranları	s. 100
Şekil 9 : Kayıtlı Nüfus Sayısının Avrupa Standartlarından Fazla Olmasının Etkisi Alt Temaları ve Oranları	s. 102
Şekil 10 : Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumuna Katkısının Alt Temaları ve Oranları	s. 103
Şekil 11 : Aile Hekimlerinin Sunuş Performansları Yönünden Etkin Olarak Yaptıkları Hizmetlerin Alt Temaları ve Oranları	s. 104
Şekil 12 : Aile Hekimlerinin Uygulamada Karşılaştıkları Sorunların Alt Temaları ve Oranları	s. 105
Şekil 13 : Performans Sisteminin Aile Hekimliği’ne Uygunluğunun Alt Temaları ve Oranları	s. 107
Şekil 14 : Performans Sisteminde Karşılaşılan Sorunların Alt Tema ve Oranları	s. 108
Şekil 15 : Nöbet Uygulamalarının Aile Hekimliğine Etkisinin Alt Temaları ve Oranları	s. 109
Şekil 16 : Aile Hekimlerinin Mesleki Gelişiminde TSM ve Sağlık Müdürlüğü’nün Etkisinin Alt Temaları ve Oranları	s. 111
Şekil 17 : Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Akademik Kadro ve Eğitim Durumunun Alt Temaları ve Oranları	s. 112
Şekil 18 : Sağlık Sistemi İçinde Aile Hekimlerinin Yerinin Alt Temaları ve Oranları	s. 113
Şekil 19 : Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Aile Hekimlerinin Mesleki Tatmin Durumunun Alt Temaları ve Oranları	s. 115

Şekil 20 : Sağlık Hizmetlerinin Ticarileştirilmesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisinin Alt Temaları ve Oranları s. 116

Şekil 21 : Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisinin Alt Temaları ve Oranları s. 118



GİRİŞ

Tıp Bilimi, sosyal, bilimsel ve yeni teknolojik gelişmelerle birlikte insanların ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap verebilmek için devamlı olarak değişim ve gelişim içerisinde kendisini yenilemektedir. İnsanlık tarihi boyunca da her yeni gelişme, sosyal ve ekonomik olaylar, karşılaşılan yeni enfeksiyon veya hastalıklar, insanların sağlıklarıyla ilgili durumlarını etkileyerek gerek bireysel gerekse de toplumsal gelişmeler doğrultusunda yeni pozisyon, yeni duruş ve yeni çareler bulma yönüne sevk etmiştir. Tıp Bilimi bu sayede yeni kavram ve yeni çözümler bularak, ilerlemeler kat ederek kendi içerisinde yeni disiplinler bulmaya yönelmiştir. Aile Hekimliği, ilk defa 1965 yılında İngiltere’de uygulanmaya başlanmış olup, ülkemizde de 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne girmiştir. Akademik olarak ise 1985 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı Araştırma Hastaneleri’nde uzmanlık dalı olarak eğitime başlamıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, sağlık sisteminin merkezi ve giriş kapısı konumundadır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; Aile Hekimliği Uygulaması olan ülkelerde ekonomik ve klinik yönden başarı oranı artmış, daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Ayrıca tıp dünyasında artan maliyetler, sağlık sistemindeki yetersizlikler ve boşluklar sebebiyle yeni bir sisteme ihtiyaç duyulmuştur. Bunun sonucunda Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Sisteminin eksikliklerini tüm insanların rahatlıkla erişim sağladığı, etkin, düşük maliyetli Aile Hekimliği Sistemi tamamlamıştır.

Aile Hekimliği, bireylere aileleri ile beraber toplum içerisinde kesintisiz ve totaliter sağlık hizmeti sunan, biyolojik ve klinik bilimlerle davranış bilimlerini bütünleştiren bir uzmanlık alanıdır. Aile Hekimliği, içeriğinin büyük bir kısmını diğer klinik dallar ile paylaşır ve paylaşılan bu bilgileri birleştirerek Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde kullanır. Aile Hekimliği yaş, cinsiyet, organ ya da hastalık ayrımı yapmaksızın çalışırken aynı zamanda kişiler arası ilişkilerin danışmanlığı ile psikoterapi alanlarında da etkili hizmet vermektedir.

Aile Hekimliği Uygulaması ülkemizde 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” reformu ile gündeme gelmiş, ilk defa pilot il kapsamında 2005 yılında

Düzce’de uygulanmaya başlanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle de tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır.

Aile Hekimlerinin memnuniyetlerine dair ya da hastaların Aile Hekimlerinden memnuniyetleriyle ilgili çalışmalar yapılmıştır. Ancak Aile Hekimlerinin çalışma koşullarına dair çalışma bulunamamış, sistemdeki mevcut eksikliklerin bulunabilmesi, hekimlerin çalışma koşullarının belirlenebilmesi ve gelecekteki çalışmalara yol gösterici olması adına bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmada ülkemizde henüz çok yeni olan Aile Hekimliği Sistemi’nin Birinci Basamaktaki yerinin, veriminin ve Aile Hekimlerinin çalışma koşullarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, Aile Hekimleri ile nitel araştırma yapılarak Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik adına daha iyi ve kaliteli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunulabilmesine katkıda bulunmak hedeflenmiştir

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

İnsanın kendi varlığından mutluluk duyması ve topluma katkıda bulunarak yaşaması, varoluş nedenine anlam katar. Bu anlamın oluşabilmesi için de temel şart sağlıklı olmaktır. “Her işin başı sağlıktır.” sözünde de yine sağlığın her şeyden önce geldiği vurgulanmaktadır. Sağlık sözcüğünün Türkçe’de kelime anlamı “sağ olmak, hayatta olmak” tır. İngilizcede sağlık anlamına gelen “health” sözcüğü “bütün, noksansız, sağlam” anlamına gelen “wholeness” kökünden türetilmiştir. Dinç, zinde anlamlarına gelen “hole” sözcüğü ise kaynağını “kutsal” anlamına gelen “holy” sözcüğünden alır (Dayı,2007:41).

“Sağlık” kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “*bedenin hasta olmaması, vücudun esenliği ve sıhhat*” anlamlarıyla ifade edilmektedir. Sağlık konusu incelendiğinde, en önemli nokta, sağlığın sadece bireylerin bedeni ile ilgili olmayıp aynı zamanda insanların fiziksel ve biyolojik yapılarının yanında psikolojik (ruhsal, tinsel) olarak da bir bütün içerisinde ele alınıp tam sağlık durumlarını kapsamasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Anayasası’ndaki tanıma göre sağlık, insanın yalnızca hasta ya da sakat olmaması değil, *bedensel, ruhsal ve toplumsal* bakımdan iyi olma halidir. Bu tanımlamada sağlığın içerisine “toplumsal” koşulların da eklemesi sebebiyle, yukarıda belirtilen tanımlardan daha geniş ve kapsamlı olarak ele alınmıştır. Bir bütün olarak (bütüncül) sağlığı inceleyenler, “kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan çevreyle uyumları” şeklinde tanımlamaktadırlar. Bütüncül yaklaşımı savunanlara göre sağlık kavramı dört faktörden oluşur: “Çevre, davranış, bireylerin biyoloji ve kalıtları ile sağlık bakımı hizmetleridir.” (Er, 2011:10-11).

Sağlık, herkes için temel bir haktır. Uluslararası metinlere bakıldığında, “Sağlık Hakkı”nın önemini göstermek amacıyla bu konu ayrı bir başlık altında incelenmiştir. İnsan Haklarının temel belgelerine baktığımızda, 1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı’nın 11-13. maddelerinde sağlık hakkındaki düzenlemeler görülmektedir. Ayrıca İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesinde sağlık hakkının açıkça düzenlendiği görülmektedir. (Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Madde 12/I.).

Vatandaşların hastalık ve sakatlık durumlarında gerekli olan tüm tedavilerinin yapılmasının yanı sıra, Koruyucu Sağlık Hizmetleri yönünden de gerekli önlemlerin alınması yöneticilerin görevleri arasındadır. Günümüz koşulları incelendiğinde, hizmet sunumlarının birçok ülkede üst düzeyde olduğu görülmese de ilkesel olarak genel hatlarıyla devletlerin sosyo-ekonomik mekanizmalar çerçevesinde halklarının tüm sağlık sorunlarına çözüm arayışı içinde oldukları gözlemlenmektedir. Bu nedenle de sağlık sistemine kaynak ayırarak bu alanda çeşitli sağlık hizmetleri üretmek için çalışmaktadırlar (Aydın, 2004:187).

Tablo 1: Sağlık Kavramına Etki Eden Faktörler

Bünyesel Etmenler	Çevresel Etmenler	Biyolojik Etmenler
Genetik	Fiziki Etmenler(ısı,ışın)	Mikroorganizmalar
Hormonal	Kimyasal Etmenler (zehir)	Vektörler
Metabolizma Hastalıkları	Temel ve Vazgeçilmez Madde Eksiklikleri	Bitkiler ve Hayvanlar
	Biyolojik, Psikolojik, Sosyo-kültürel ve Ekonomik Etmenler	Hayvansal ve Bitkisel Gıdalar

Kaynak: Bike Aksu ve diğerleri, s. 2.

Tablo 1 incelendiğinde, insan sağlığına etki eden faktörlerin genel olarak üç ana başlık altında toplandığı görülmektedir. Sırası ile incelediğimizde Bünyesel Faktörler; insan sağlığını elinde olmayan nedenlerden dolayı etkileyen genetik, hormonal ve metabolizmal hastalıklar olarak görülmektedir. Diğer yandan Çevresel Faktörler; insanın içinde bulunduğu çevre etkilerinden olan fiziki, kimyasal, biyolojik ve sosyo-kültürel etkenler olarak ele alınmaktadır. Üçüncü olarak Biyolojik Faktörlere hayvansal-bitkisel besinler ile mikroorganizmalar örnek gösterilebilir.

Türk Hukuk Düzeni içerisinde sağlıklı yaşamak her bireye tanınmış anayasal bir haktır. Tüm vatandaşların bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan yaşamlarını sağlıklı

bir şekilde devam ettirebilmeleri için gerekli önlemleri almak ve konuların idamesini sürdürebilmek adına yeni yasalar çıkarmak devletin anayasal görevidir (Mutlupoyraz, 2010:70-81).

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Günlük yaşantımızda tam iyilik hali denildiği zaman, kişinin bedensel ve ruhsal olarak iş görme yetisini kaybetmemesi; hastalık durumunda ise bu konular dahilinde olumsuz bir durumun var olduğu belirtilmektedir (Er, 2011:10).

Sağlık ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Yapılan ilk tanımlar, hastalık ve ölüm gibi negatif parametreler üzerinden yapılmıştır. Bunun nedeni, ölüm ve hastalığın ölçülmesi kolay göstergeler iken, sağlığı pozitif yönde ölçebilecek pozitif göstergelerin saptanmasındaki güçlülüdür. Ölüm ve hastalık sağlığın işaretleri arasında olsa da, bunlar sonuca ilişkin göstergelerdir. II. Dünya Savaşı'ndan sonraki sosyal devlet açılımı, sağlık hizmetlerinin merkez kapitalist ülkelerde kamulaştırılmasını sağlamıştır. Ayrıca bu dönemde, ortalama insan ömrünün uzamasıyla sağlık anlayışı yeni bir boyut kazanmıştır. Sağlığın, fiziksel ve sosyal etkenlerle çevrili olup, yalnızca hastalık ve ölümle tanımlanması mümkün olmayan bir şey olduğu yönünde gelişen algı, sağlığın korunmasının ötesinde, geliştirilmesi ve konuyla ilgili kaynakların güçlendirilmesi gereğini de gündeme getirmiştir. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da ilk defa pozitif parametrelere vurgu yapılarak tanımlanmıştır.

Kaya'ya (2011) göre sağlıklı kişi, bedensel ve ruhsal faaliyetlerini engelleyecek organik veya fonksiyonel bozuklukları olmayan kişidir. Sağlık, organizmanın çevreye uyumudur. Fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kişinin iyi olması halidir.

Bireylerin sağlıklı olma durumu ile sağlıklı bir çevre içerisinde yaşama hakkı, insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. M.Ö. 2000 yıllarında Babil (Amurrular) Kralı Hammurabi, belirlemiş olduğu kanunlar ile hizmet hekimlerinin sorumluluklarını ve alacakları ödülleri o dönemlerde kayıt altına aldırıştır (Kaygın, 2012: 4-5).

Şamanist açıdan sağlığa yaklaşan Knight'a göre sağlık: "Dünyanın yapısını oluşturan ve zıt kutuplar olarak kavramsallaştırılan, pişmiş ve çiğ, yaşlık ve kuruluk, sıcak ve soğuk gibi güçler ya da durumlar arasındaki doğru dengenin sürdürülmesine bağlıdır" (akt. Adak, 2002:21). Benzer bir tanım M.Ö. I. yy'da Julius Cesar döneminde yaşamış Galen tarafından yapılmıştır. Galen'e göre, "İnsan bedeni, evreni oluşturduğu düşünülen dört elementin (ateş, hava, su ve toprak) birleşimiyle oluşmuştur. Sağlık, bir bakıma sıcaklığın, kuruluğun, soğukluğun ve yaş olma durumunun dengesi"dir (Kızılçelik,1996:87). Bu açıklamalar insan vücudunun bir dengeden oluştuğuna ve bu dengenin bir şekilde bozulduğu anda sağlığın yitirildiğine işaret etmektedir.

Biyolojik ve sosyal açıklamaları bir araya getiren Graham ise, sağlık tanımında farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Yaşam üzerine bakışta biyolojik özellikler; güç, kondüsyon, dayanma gücü, bağışıklık, tekrar üretim kapasitesi, organizmanın dönüm noktalarına (ergenlik-menopoz) ve topluma göre değişir. Sağlık kavramına tıp ve sosyoloji farklı pencerelerden bakar, biri doğa bilimleriyle hastalığın arkasındaki nedeni inceleyerek tedavi ve bakımı ile ilgilenirken, bir diğeri bireysel rol ve kültürel organlar ile ilgilenir

Yukarıda da belirtildiği gibi sağlıkla ilgili birçok tanım yapılmıştır. Bu tanım ve açıklamaların neticesinde "sağlık" kavramını; bireylerin fiziksel, duygusal ve toplumsal açılardan çevreleriyle uyumlu bir şekilde işlev görebilme durumu olarak belirtebiliriz (Er, 2011:11).

1.1.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık Tanımlaması

Sağlık kavramını bir hak olarak belirten ilk kayıt, BM'nin uzmanlık birimleri arasında olan WHO'nun, 1946 yılında çıkarmış olduğu anayasadır. Konunun gün yüzüne çıkmasında asıl etken, II. Dünya Savaşı sırasında ve öncesinde yapılmış olan üç önemli keşiftir. Bunlar, gıdalardaki vitaminlerin ve minerallerin öneminin bilinmesi, penisilin ile çok güçlü olan böcek zehrinin keşfidir.

I. Dünya Savaşı ve sonrasında olan II. Dünya Savaşı'yla beraber, barış ve uluslararası işbirliği konularındaki çalışmalar hızlı bir şekilde başlamış olup, II.

Dünya Savaşı esnasında durağanlaşan uluslararası ilişkilerle Halk Sağlığının önemi ve bu konudaki çalışmalar tekrar gündeme gelmiştir (Aydın ve Metin, 1997: 7-8).

Ertan'a (2012) göre, WHO Anayasası'yla birlikte bir uluslararası hukuk belgesinde sağlık, bir hak olarak uluslararası hukuk âlemine sokulmuştur. Bu belgenin "ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarına hak" şeklinde yaptığı tanım, kendisinden sonra üretilen pek çok belgeye kaynaklık etmiştir. Bunun yanı sıra WHO Anayasa'sı sağlığın bir diğer tanımını da yapmaktadır. Bu tanım, sağlığı yalnızca hastalık ya da maluliyet yokluğu olmayıp; aksine olumlu bir "durum" olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle; "fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumu" ile bütünlüklü bir şekilde bir yaşama standardına göndermede bulunmaktadır. WHO'nun bu tanımının, çeşitli sözleşme sistemlerinde gerek normatif gerekse de içtihadı olarak kullanıldığına da dikkati çekmektedir. Söz konusu hükmün üzerinde durulmayı hak eden bir başka özelliği de, sayılan ayrımcılık kategorileri arasında cinsiyetin bulunmamasıdır. İlk bakışta, belgenin üretildiği dönemin, modern insan hakları hukukunun başlangıç dönemi olduğu ve bu nedenle de böyle bir eksikliğin makul karşılanabileceği ileri sürülebilir. WHO Anayasa'sının yürürlüğe girmiş olduğu 7 Nisan, tüm dünyada "Dünya Sağlık Günü" olarak kutlanmaktadır.

Türkiye'nin WHO'ya Katılışı: WHO'nun kurulmasına müteakip, Türkiye tüm çalışmalara katılmıştır. 9 Haziran 1949'da onaylanan 5062 sayılı kanunla WHO'ya üye olmuştur. Üyelik ile beraber sağlık alanındaki ilişkilerin arttırılması amacıyla, 1950 yılında 6666 Sayılı Kanun ile WHO ve BM'e bağlı kuruluşlarla "Sağlık Projeleri" ve "Teknik Yardım Anlaşması" yapılmıştır. Türkiye'yi 1949 yılında ilk defa Prof. Dr. Nusret FİŞEK temsil etmiştir.

WHO ile Türkiye Arasındaki Çalışmalar:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| ○ Verem Savaş Projesi | ○ Nüfus Planlaması Projesi |
| ○ Beslenme Programı | ○ Çevre Sağlığı Projeleri |
| ○ Gıda Kontrol Projesi | ○ Sütün Pastörizasyonu Projesi |
| ○ Ana ve Çocuk Sağlığı Projesi | ○ Çocuk Mamaları Endüstrisi Projesi |
| ○ Sağlık İnsan Gücü Projesi | ○ Sıtma Eradikasyonu Projesi |

1978 yılında Alma-Ata Konferansı'nda "Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı" ele alınmış ve uygulamaları ülkemizde başlatılmıştır. Türkiye ve UNICEF arasında

1985 yılında tüm Türkiye'yi kapsayan aşı kampanyası başlatılmış olup, 1987 yılında da "Herkes İçin Sağlık" ve "Sağlıklı Şehirler Projesi" başlatılmıştır. Sonrasında da 1 Aralık'ın tüm dünyada "Dünya AIDS Günü", 31 Mayıs'ın ise "Tütünsüz Bir Dünya Günü" olarak kutlanması kabul edilmiştir.

1.1.2. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Sağlık Tanımlaması

I. Dünya Savaşı'nın ardından giderek artan sıkıntılara karşı sosyal referandum niteliğinde cevaplar bulmak amacıyla Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 1919'da imzalanan Versay Anlaşması ile ortaya çıkmıştır. Birleşmiş Milletler Teşkilatı'nın ilk uzmanlık kuruluşu ILO'dur. Ayrıca 50. Kuruluş Yılında Nobel Barış ödülünü almayı hak etmiştir.

(http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_tarih.htm).

1907'de kurulan Uluslararası Kamu Sağlığı Ofisi ile I. Dünya Savaşı sonrası kurulmuş olan Milletler Cemiyeti Sağlık Komitesi, 1946'da birleşerek Uluslararası Sağlık Örgütü'nü oluşturmuştur. Bu örgütün anayasası, sağlığı “ sosyal, zihinsel ve fiziksel açıdan iyi durumda olma” hali olarak tanımlamaktadır.

(http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_pol.htm).

Uluslararası Sağlık Örgütü Anayasası: 1948'de İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, Birleşmiş Milletlerin Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir. Bildirinin 2. maddesinde, her ferdin yaşama hakkının kanun himayesi altında olduğu yer alır.

○ *Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi:* 1966'da New York'ta imzalanan sözleşmenin 12. maddesi sağlık hakkını düzenler.

○ *Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi:* 1966'da New York'ta imzalanan bu sözleşmede yaşama hakkına yer verilmiştir. Sözleşmenin 6. maddesinde: “Her insanın niteliğinden gelen yaşama hakkı vardır. Bu hak yasayla korunur. Kimse yaşamından yoksun bırakılamaz.” ifadesi yer almaktadır.

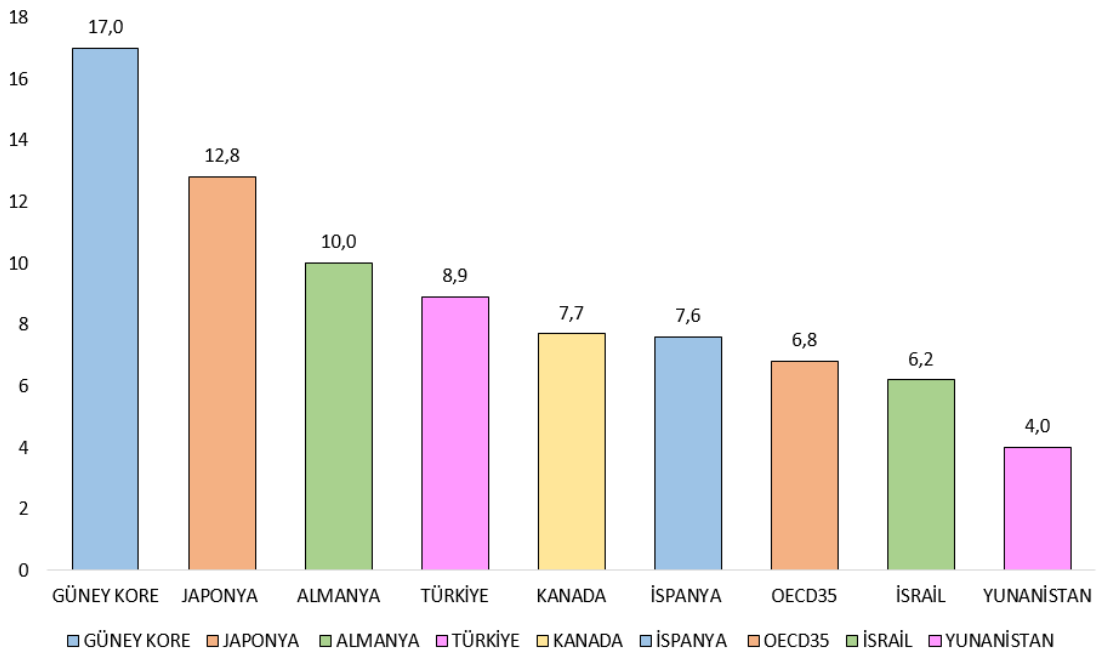
1.1.3. Sağlık Hizmetleri

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri (Health Services), kamu sağlık örgütlerinin çalışmasını kapsar. Orhaner'e (2016) göre Sağlık Hizmetleri; “Bir kaza

veya hastalık meydana geldiğinde zararın onarılması için talep edilen ve hemen hemen her bireyin tüketme ihtimalinin yüksek olduğu bir hizmettir ”.

Başka bir ifadeyle halkın sağlık seviyesini arttırmak amacıyla sunulan hizmetlerin bütününe “Sağlık Hizmetleri” denilmektedir. Toplumun sağlığını korumak amacıyla sunulan hizmetlerin şeklini, standartlarını ve çerçevesini belirleyip sunulan sistemin denetlemesini sağlamak, Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Kısaca tüm halkın beden ve ruh sağlığını en üst düzeyde tutarak hayatlarının devamını sağlamak, insanların sağlığına zarar veren durumlarla mücadele ederek halka en uygun sağlık hizmetini ulaştırmak Sağlık Bakanlığı’nın amacıdır. Aynı zamanda tüm sağlık kuruluşlarının planlanarak hizmet vermelerini sağlamak da Bakanlığın bir diğer görevidir (Bodur, 1991: 1).

Şekil 1: Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 *

* Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-OECD Health Data 2018 (Türkiye verisi 2017 yılına, diğer ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.)

Şekil 1’de Türkiye’de hekimlere başvuru sayısı gösterilmektedir. Türkiye diğer ülkeler arasında hekime başvuru oranları arasında, en yüksek ülkeler arasında yer almaktadır.

Hasta olan bireyin, sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanarak tedavi olması kendisine yarar sağlamaktadır. Aynı zamanda tedavi olan bireyin hastalığı bulaşıcı nitelikteyse, hastalığının tedavi edilmesi toplumun diğer bireylerinin hastalıktan korunmasını sağlamakta, böylece toplum, dışsal fayda elde etmektedir. Ayrıca iyi sunulan sağlık hizmetleri toplumdaki bireylerin çalışma gücünü olumlu yönde etkilemekte, çalışma gücü üretim kapasitesini arttırmaktadır (Özkan, 2012: 11-12).

1.1.4. Sağlık Kuruluşları

Ülkelerin kendilerine ait sağlık teşkilatlarını kurmalarıyla beraber vatandaşların sağlık ile ilgili sıkıntılarına sahip çıktığını gösteren kuruluşlardır. 18. yüzyıl ile beraber Osmanlı İmparatorluğu, sağlık teşkilatı için adımlar atmaya başlamıştır. Bu dönem zarfında merkezi yerden taşraya doğru, sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasına öncelik verilmiştir. Osmanlı döneminde ilk olarak, 1827 yılında Askeri Tıp Okulu’nun kurulması ile ordu için hekim yetiştirmek amaçlanmıştır. 1839 yılında ise ilk Sivil Tıp Okulu kurulmuş ve 1871 yılı itibariyle de taşraya hekim gönderilmeye başlanmıştır (Aydın, 2004:186).

Cumhuriyetin kurulmasından itibaren, gelişmiş çok az ülkede görülen Sağlık Bakanlığı’nın kurulması ile, o tarihte sağlığa verilen önemin hassasiyeti gösterilmiştir. Şu an hala eğitime devam eden Sağlık Meslek Liseleri, 1928 yılında eğitim vermeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı 30278 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelik, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşları, hizmet birimlerinin görev tanımlarını, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektedir.

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı iki kurumdan oluşmaktadır. Bunlar:

- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

1.2. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bir sağlık sistemi; ülkenin ekonomik, kültürel ve politik değerleriyle biçimlenmekte olup, sağlık sistemlerinin amacı olan sağlığın geliştirilmesi ve korunması, insan refahı ve sürdürülebilir ekonomik ve sosyal kalkınma için gereklidir. Her ülkenin kendine has sağlık sistemi olsa da, sınıflandırma ve karşılaştırma yapmak olanaklıdır. Sağlık sistemleri en yaygın olarak, sistemin finansmanına göre sınıflandırılır ve sağlık verileri üzerinden karşılaştırmalar yapılır. Sistemin finansmanına göre yapılan sınıflama Tablo 2’te gösterilmiştir.

Tablo 2’de sağlık finansman modelleri olarak Beveridge, Bismarck ve Özel Sağlık Sigorta modelini görmekteyiz. Sağlık finansman modelleri finans kaynakları, karar verme sistemleri, hizmet sunucularının teşkilatlanması şeklindeki konularda birbirinden ayrılmaktadır. Tabloda bu farklılıklar özetlenmiştir.

Tablo 2: Sağlık Sistemleri Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmetleri <u>Örn:</u> Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası <u>Örn:</u> Almanya	Birleşik Amerika
Karar Verme Mekanizması	Devlet Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri Tarafından Karar Verme ve Yönetim	Özel Girişimcilik İlkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışan ve İşverenlerin Katkıları	Özel Finansman
Sağlık Hizmetleri Sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Wild ve Gibis (2003). Aktaran: Mehtap TATAR ve Diğerleri, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 2011, s.110.

Tatar’a (2011) göre; “Beveridge modelinin ortaya çıkışı İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallıkta gerçekleşmiştir. Temel özelliği sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Bismarck modeli ise 1883 yılında Almanya’da Bismarck tarafından geliştirilmiş ve daha sonra birçok ülkede uygulanır hale gelmiştir. Özel sağlık sigortasının ise ana kaynağı Amerika Birleşik Devletleri olup günümüzde ağırlıklı olarak kullanılması önerilmeyen sağlık finansman modellerinden biridir.”

1.2.1. Ulusal Sağlık Sistemi

Sistemin nüfusun tümünü kapsaması, finansman yönünden tamamıyla genel vergiler yoluyla karşılanması ve sağlık sisteminin çalışanlarının ücret sistemine göre istihdam edilmesi, Kapsayıcı Sağlık Sistemi de denen bu sistem için tanımlayıcıdır. İngiltere, İskandinav Ülkeleri, İspanya, Yunanistan ve İtalya bu sistemi uygulamaktadır.

1.2.2. Sigorta Sistemi

Bu sistem, Almanya, Fransa, Avusturya, Belçika, Lüksemburg ve Baltık Ülkeleri’nde uygulanmaktadır. Birçok bağımsız sandık tarafından gelir üzerinden alınan primlerle finanse edilerek yönetilir. Harcamaların dörtte biri özel sektöre ait iken geri kalan kısmı hükümet programlarıdır (Kaya, 2011:53-54).

1.2.3. Liberal Sağlık Sistemi

Tipik örneği ABD’dir. Bu sistemde kamu sağlık yardımları ikinci plandadır. Yaşlılar, sakatlar ve yoksullar dışındaki herkes, işverenlerin finanse ettiği özel sağlık sigortasıyla sağlık hizmeti alabilmektedir (Kaya, 2011:53-54).

1.3. SAĞLIĞIN TARİHÇESİ

Ülkemizde ilk tıbbi kuruluş, 1108 yılında Mardin’de Artukoğulları tarafından yaptırılmıştır. Ancak birçok kaynakta bu durum, ilk sağlık kuruluşunun, 1206 yılında Selçuklular tarafından “Şifahane” ve “Tıp Mektebi” amacıyla açılan, Kayseri vilayetinde Gevher Nesibe Sultan Tıbbiyesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tıbbiyenin en önemli özelliği, Avrupa’daki emsalleri ile karşılaştırıldığında onlara göre en az iki yüzyıl önce açılmış olmasıyla beraber, burada verilen reçetelere göre tedavi uygulamaları, dönemin en donanımlı ameliyathaneleri, dersane salonları, akıl hastanesi, talebeler için yurtlar ve mescit ile dünyadaki ilk tam teşekküllü Tıbbi Eğitim Kurumu olmasıdır.

1.3.1. Osmanlı Döneminde Sağlık

Osmanlı tıbbi, Selçukluların da etkisiyle XIX. yy. ortalarına kadar İslami bir özellik göstermekteydi. Osmanlı Devleti döneminde Selçuklular zamanından kalma sağlık tesislerine ek olarak, hastanesi olmayan kentlere sağlık tesisleri kurulmuştur. Osmanlı sağlık kurumlarını aşağıdaki şekilde sınıflandırabiliriz:

- 1- Sağlık kurumları: Darüşşifalar, Hastaneler, Kaplıcalar.
- 2- Sağlık Kurumu gibi çalışan kurumlar: Miskinler Tekkeleri.(cüzamhaneler)
- 3- Sağlık meselesine dolaylı destek veren müesseseler: Hamamlar, Tekkeler, Tuvalet ve temizlik kültürü, Mesir Macunu vb. Şifalı Halk Hekimliği.

Osmanlı döneminde yapılan ilk tıbbi kuruluş Bursa’daki Yıldırım Darüşşifasıdır (1400). II. Beyazıt tarafından yaptırılan külliye, darültıp adı verilen tıp eğitimhanesi de bulunmaktadır.

Osmanlı Devleti’nin dünya tıp tarihine kazandırdığı en önemli eserler, Bursa Yıldırım Darüşşifası, Edirne Cüzamhanesi, Fatih Külliyesi, Edirne II. Beyazıt Darüşşifası (Müziğin tedavide önemli bir yeri vardır), Karacaahmet Cüzamhanesi, Hafsa Sultan Bimarhanesi ve Valide-i Atik Hastanesi ile Bezm-i Âlem Guraba Hastanesidir (İnce, 2012: 53-65).

1.3.2. Türkiye Cumhuriyeti Döneminde Sağlık

Cumhuriyet döneminde ilk defa, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 3 Mayıs 1920 tarihinde kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti kurulmuş, bu sayede yeni kurulan bir bakanlık ile sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

Kurtuluş Savaşı esnasında dünyanın birçok ülkesinde Sağlık Bakanlığı yok iken, ülkemizin o günkü ağır koşullarında bile sağlık hizmetlerinin önceliğini ve önemini belirten ileri görüşlü bir yönetim vardı.

Tablo 3'de Türkiye Cumhuriyeti'nin 1923 yılındaki hastanelerinin sayısı ve hastanelerdeki yatak sayısı verilmiştir. Günümüz ile kıyaslandığında 2018 verileri ışığında 1617 adet yataklı tedavi merkezleri (üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastaneler) sayısı ile 1923 yılında 86 adet olan yataklı tedavi merkezleri sayısı karşılaştırıldığında, Cumhuriyet dönemdeki hastane sayılarının azlığı dikkat çekmektedir.

Tablo 3: 1923 Yılında Türkiye'deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Durumu

<i>Kurumun Cinsi</i>	<i>Sayısı</i>	<i>Yatak Sayısı</i>
<i>Devlet Hastanesi</i>	3	950
<i>Belediye Hastanesi</i>	6	635
<i>Özel İdare Hastanesi</i>	45	4520
<i>Özel, Yabancı ve Azınlık</i>	32	2402
<i>Toplam</i>	86	6437

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.2004:6

Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasını takiben, o dönemin bilim tarihçisi ve aynı zamanda hekim olan Abdülhak Adnan Adıvar, ilk atanan Sağlık Bakanı olarak göreve başlamıştır. Bakanlığın o günün zor şartlarında neredeyse sıfırdan kurulması,

sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması ve bugünlere gelmesi, Başkomutanımız Mustafa Kemal Atatürk ve TBMM Hükümeti sayesinde (Akdur, 2003: 28).

Şekil 2’de Türkiye’de Osmanlı döneminden günümüze sağlık politikası uygulamaları yer almaktadır.

Şekil 2: Türkiye’de Sağlık Politikası Uygulamaları



Kaynak : Cumhuriyetten Bugüne Türkiye’de Sağlık (Recep Akdur 2008)

Sıhhiye Ve Muavenet-İ İctimaiye Vekâleti (1920 - 1945); Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışını takiben 3 Sayılı Kanun’la Sağlık Bakanlığı kurulmuş, Sağlık Bakanlığı’na da ilk defa Dr. Adnan Adıvar seçilmiştir. Dr. Adıvar’ın döneminde daha çok, savaş yaralarının sarılması ve mevzuat çalışmalarına başlanması sağlanmış, düzenli bir salık kayıt sistemi yerine oturtulamamıştır.

Bu dönemde vatandaşlara Koruyucu Sağlık Hizmeti sunan “ T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi ” kurulmuştur. Aynı zamanda bakanlık içinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri konusunda danışmanlık yapılmıştır.

○ 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)

○ 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) çıkarılmıştır.

Dr. Adnan Adıvar’ın ardından, 1921 yılında Dr. Refik Saydam seçilmiştir. Bu dönemde en çok üzerinde durulan konular, bulaşıcı hastalıklardan korunma,

koruyucu sağlık hizmetleri ve Sağlık Bakanlığının teşkilatlandırılması olarak sıralanabilir.

Çok Partili Hayata Geçiş Sonrası Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1945-1960); 1945 yılı ile başlayan çok partili hayata geçiş döneminin sağlık alanındaki en önemli gelişmesi, 1946 yılındaki Sosyal Sigorta Kurumu’nun hayata geçirilmesidir. 1952 yılından itibaren SGK, işçilerinin kullanmaları maksadıyla kendisine ait sağlık birimleri ve hastaneler açmaya başlamıştır. Ayrıca 1946 yılında ÷lkemizde ilk sağlık programı olan “On Yıllık Milli Sağlık Planı”, Yüksek Sağlık Kurulu’nca onaylanmış fakat bazı politik nedenlerden dolayı kanunlaşamamıştır. 1953 yılında Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Teşkilatı’ndan yardımlar temin edilmiş, bu sayede Türkiye’de ilk defa Ana Çocuk Sağlığı Tekâmöl Birimi açılmıştır. Sağlık merkezi sayıları, 1955’te 181 iken, 1960 yılında ise 283’e ulaşmıştır.

1950 yılında hekim sayısı 3020 iken, 1960 yılında 8214 olmuştur. Hastane ve yatak sayılarında da artış olmuştur. Özellikle Çocuk Hastaneleri, Doğumevleri, Verem Hastanelerinin sayısında sevindirici bir şekilde artış olmuştur. Yine 1946’da SSK, 1953’de Türk Tabipler Birliği Kanunu ve Eczacıların Kanunu hayata geçirilmiştir (Akdağ vd,2008:14-17).

27 Mayıs 1960’tan 12 Eylül 1980’e Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; 1960 sonrasında ihtilal hükümeti sağlık hizmetlerine gereken değer ve önceliği vermiştir. İnsan Hakları Beyannamesi’ni imzalayarak, WHO Anayasası gereğince bireyin sağlıklı bir şekilde doğup sağlıklı bir şekilde hayatını idame ettirmesinin bir insani hak olduğu ve esasen kamu görevi olduğunu, sağlık sistemimize yeni bir anlam ve görev olarak kazandırmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 1961 yılında çıkartılarak, Sağlık Evleri, il ve ilçe hastaneleri şeklinde büyük bir yeni oluşuma gidilmiştir. 27 Mayıs 1960’da darbe yapan ordu, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda yeni bir görüş metni hazırlayarak Türkiye’de yürürlükte olan mevzuata göre sağlık hizmetlerinin geniş ölçüde sosyalleştirilmesinin önemi vurgulamıştır.

Bu dönem içerisinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde Döner Sermaye uygulamasına geçilmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1969 yılında

oluşturularak, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasının (GSS) bir kez daha gündeme getirilmesi sağlanmıştır (Akdağ vd, 2008:18).

1980-2000 Yılları Arası Sağlık (ve Sosyal Yardım) Bakanlığı; Sağlık Bakanlığı'nda 24 Ocak 1980 kararlarıyla "Aktif Özelleştirme Dönemi" sürecine geçilmiş, neo-liberal görüşe göre T.C. Anayasası bu yönde tekrardan düzenlenmiştir. 1961 Anayasası'nda "Sağlık ve Sosyal Güvenlik Hizmetlerini devlete bir görev olarak veren" madde, 1982 Anayasası'nda "Bu hizmetleri devletin gözeteyeceği, düzenleyeceği" şeklinde değiştirilmiştir (Akdur, 2008:5).

1992-1993 yıllarında I. ve II. Sağlık Kongreleri yapılmış, sağlık reformu süreci başlatılmıştır. Ulusal Sağlık Kongresi'yle birlikte Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Yine 1990'da Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 yılında Herkese Sağlık Politikası" çerçevesinde uzmanların katılımı sağlanmıştır. Sağlık personelinin performansına ve hizmet puanına göre ödeme yapılmaya başlanmıştır. Diğer önemli konu ise hizmette eşitliliğin önemszenmesidir (Akdağ vd, 2008:17-19).

2000 Yılı Sonrası Sağlık Alanında Bazı Gelişmeler; Türk Sağlık Sisteminde 2000 yılı sonrasını, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile adlandırabiliriz. 2003 yılı itibariyle başlatılmış olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" ile sağlık hizmetlerinde önemli değişiklikler önerilmektedir.

SDP öncesinde sağlık hizmetlerinin sunumunu incelediğimizde, üç adet kamu hizmet sunucusu karşımıza çıkmaktadır. Bunlar büyüklüklerine göre, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversitelerdir. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı, bünyesindeki 654 hastane ile, SSK 120 hastane ve üniversiteler de 50 hastane ile hizmet vermekteydiler (Sülkü, 2011: 15).

SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunu incelediğimizde, 2003 sonrası SDP reformları, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli değişikliklere sebep olmuştur.

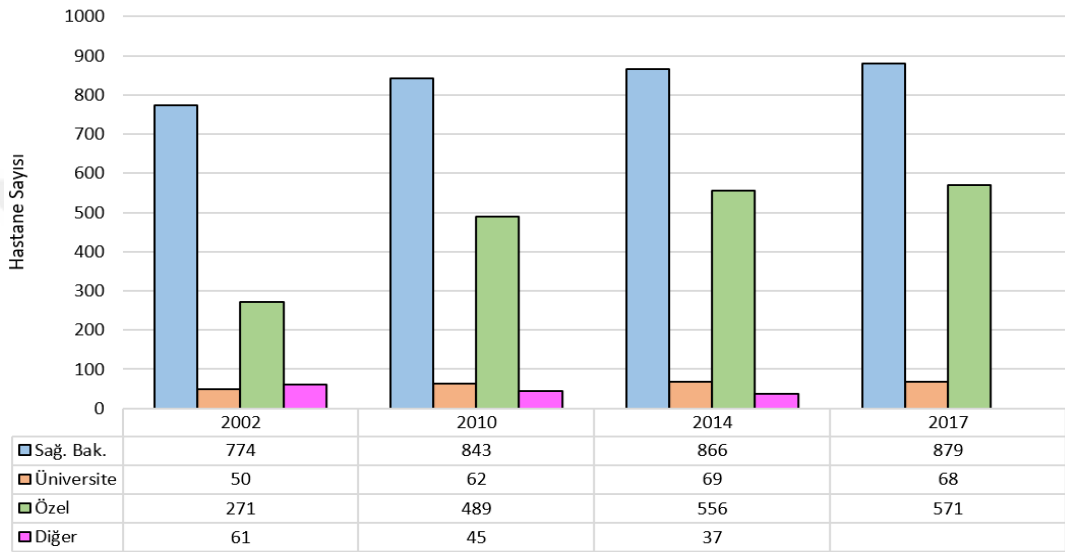
Sağlıkta Dönüşüm Projesini oluşturan üç temel hedef:

- 1-Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile nüfus bazlı sağlık hizmeti sunma anlayışının ortadan kaldırılmaya çalışılması
- 2-Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Genel Sağlık Sigortasının kurulmaya çalışılması
- 3-Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektöre yer verilmesi (Pala, 2003:64).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçları şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması,
- Temel Sağlık Hizmetlerinin ön şartı olarak Aile Hekimliğinin kurulması,
- Genel Sağlık Sigortası Fonunun kurulması,
- Tüm kamu hastanelerinin özerk hale getirilmesi (Sargutan,2006:236).

Şekil 3: Yıl ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

Şekil 3 incelendiğinde, 2002-2017 yılları arası Sektörlere Göre Hastane Sayısı görülmektedir. SDP reformları arasında sağlık hizmetleri sunumunu etkilemiş olan en önemli adımlardan biri de, Aile Hekimliği modelinin uygulanmaya başlanmasıdır. Düzce ilinde başlatılan bu sistem, şu anda tüm Türkiye’de hizmet vermektedir. Bu uygulamayla vatandaşların Aile Hekimliklerine ulaşmaları kolaylaştırılmış, bu sayede Birinci ve İkinci Basamak Muayenelerin etkin dağılımı amaçlanmıştır (Sülkü, 2011: 15-16).

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin amacı; vatandaşların sağlık düzeylerini en üst düzeye çıkarmak için planlama yapmak, uygulamak, izlemek, değerlendirmek ve yeniden planlama yapmaktır. Genel anlamdaki hedefleri ise sağlık hizmetlerinin kapsamını,

ulaşılabilirliğini, herkese eşit mesafede olmasını, etkinliğini ve verimliliğini yükseltmek şeklinde özetlenebilir.

Sağlık hizmet sunumunda etkinliğin sürdürülebilmesi için hizmetlerin nitelik ve nicelik yönünden arttırılarak yarı kamusal nitelikteki hizmetlere daha fazla yer verilmesi gerekmektedir (Büyükses, 2012: 12).

Sağlık hizmetlerinin ulusal çapta etkili olabilmesi ve arzu edilen seviyelere ulaşabilmesi için çeşitli özelliklere sahip olması gerekir. Sağlık hizmetlerinin üretilip sunulmasında herhangi bir aksaklık olması halinde toplumun ve şahısların sağlıkları üzerinde arzu edilen etkileri yaratamayacağı ifade edilir. Bu durumda, etkili sağlık hizmetinin özelliklerini dört ana maddede toplayabiliriz:

- Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility)
- Kalite (Quality)
- Süreklilik (Continuity)
- Verimlilik (Efficiency) (Kaygın, 2012: 11-13).

1.4.1. Belirsizlik ve Ertelenemezlik

Sağlık hizmetleri, vatandaşların hayatta kalma sürelerinden, canlılıklarına kadar etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Orhaner, 2006: 3). Sağlık sorununun ne olacağı ve ne zaman ortaya çıkacağını bireyler kestiremez. Hizmet talep edenler ağıısından olan bu belirsizlik, hizmeti sunanları da etkiler.

1.4.2. Alternatifsizlik

Sağlık hizmetlerinde bir sağlık hizmetinin ikamesi yani yerine başka bir sağlık hizmetinin konması çok sınırlıdır hatta nerdeyse imkânsızdır. Uzman Hekim, hangi sağlık hizmetinin alınacağı konusunda belirleyicidir. Hizmeti talep eden yani sağlık sorunu olan kişinin, hekimin önerdiği sağlık hizmeti dışında bir sağlık hizmeti almasının alternatifi yoktur.

1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Yönü

Bulaşıcı hastalıkların tedavisi tüm toplumu ilgilendirir. Hasta olsun ya da olmasın, koruyucu sağlık hizmetlerini tüm toplumun alması toplumun genel yararınadır.

Sağlık hizmetleri, özellikle Koruyucu Sağlık Hizmetleri, ekonomide dışsal faydası olan hizmetler içinde yer almaktadır. Dışsal fayda, toplumun sağlayacağı faydanın bireylere sağlanan faydanın üzerinde olması durumudur. Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarına bırakılması halinde daha düşük bir fayda sağlanacağı için, Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin devletin gözetimine ve denetimine bırakılması gerekir (Kaya, 2011:56-57).

1.4.4. Sağlık Piyasalarına Özgü Özellikler

Marshall (1988), bir ekonomi tam rekabet koşullarını gerçekleştirse dahi eğitim ve sağlık hizmetleri gibi dışsal ekonomilerde, optimal kaynak dağılımını piyasa ekonomisinin tek başına gerçekleştiremeyeceğini söylemektedir.

Pozitif dışsallığı mevcut malların ve hizmetlerin toplamına, “yarı kamusal mallar (hizmetler)” denilmektedir. Yarı kamusal mallara tipik örnek, eğitim ve sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinde özellikle Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin, topluma dışsal faydası çok yüksektir. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinden önce bireyin sağladığı özel fayda söz konusuysa bireyin ailesine, çevresine, topluma sağlayacağı faydanın da üretime katılmasıyla, üretimde meydana getireceği bir birimlik artış ortaya çıkacaktır. Sağlıklı bulunma, insanın en temel ihtiyaçlarından. Tek başına, kişilere sağlık hizmeti verilmesi yeterli değildir. Sağlık hizmetlerine bütüncül bir anlayış ile yaklaşılmalı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine gereken önem verilmeli ve öncelik tanınmalıdır. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile, kişileri sağlam iken korumak, hastalanırsa erken ve uygun tedavi vermek ve gerektiğinde rehabilitasyon şeklinde ifade bulan çağdaş sağlık anlayışına ulaşılmıştır (Dalton, 1947:66).

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

1978’de tüm dünya ülkeleri, öncelikli olarak çözüme ulaşması gereken sağlık problemlerini sıralamışlar ve sonrasında bunlara verilen çözümlerle beraber hepsine “Temel Sağlık Hizmetleri” adını vermişlerdir. Bu hizmetler genel itibariyle; var olan sağlık problemlerini kontrol altına alma, sağlıklı ve yeterince beslenme, içme suyunun temizliği ile çocuk hastalıkları hizmetlerinin arttırılması ve geliştirilmesini kapsamaktadır. Bu hizmetler birinci *basamak* tedavi süreçlerini bir bütün içerisinde değerlendirmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi, 1961 yılında başlamış ve bu uygulama ile beraber Temel Sağlık Hizmetleri tüm sektörlerin işbirliğiyle artarak günümüzde de devam etmiştir (Aksu, 1986:11).

Günümüz sağlık sistemleri, Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile başlayıp hastalıkların önlenmesini hedeflemekte, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ile hastalıkların tedavi edilerek iyilik halinin oluşmasını sağlamaya çalışmakta ve son olarak Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri ile hastalık ya da kaza sonucu oluşan zihinsel veya bedensel yeteneklerin tekrar kazanılmasını amaçlamaktadır.

Sağlık kurumları ürettikleri hizmete göre farklılaşmaktadır ve sundukları sağlık hizmetleri ile dört ana gruba ayrılmaktadır.

1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin kapsamında öncelikli olarak en önemli basamak “Koruyucu Sağlık Hizmetleri” dir. WHO’nun sağlık tanımı içerisinde yer alan hastalık halinin olmamasının haricinde beden, ruhen ve sosyal olarak da iyilik halinin tam olması gerekliliği ile hayvanların, bitkilerin tüm cansız çevrenin unsurlarını kapsamaktadır. Bu tanımdan yola çıkarak Koruyucu Sağlık Hizmetleri; sağlığın korunması ile toplumu oluşturan bireylerin birbirlerine rakip olmadan paylaştıkları bir fayda sunarak, hastalıkların olasılıklarını azaltarak, bu durumu hayvanlarla, bitkilerle ve tüm cansız çevre üzerinde etkili kılar. Koruyucu Sağlık Hizmetleri, başlangıçta çevre sağlığı ile bulaşıcı hastalıklara karşı savaşmak için uygulanmıştır. Zamanın ve teknolojinin gerisinde kalmış olan bu düşünce yapısı günümüzde yerini Koruyucu Hekimliğe, bu hizmetler haricinde halka verilen sağlık

eğitimi, bağışıklamalar, beslenme bozukluklarının tedavisi, hastalıkların erken teşhis ve tedavileri ile aşırı doğurganlık kontrollerine bırakmıştır (akt. Dirican, 1991: 12-14).

Koruyucu Hekimlik İlkeleri:

- Koruma, tedaviden üstündür.
- Koruma, tedaviden ucuzdur.
- Koruma, hekimler için fazla kazanç sağlamaz.
- Koruyucu hizmetler, devlet tarafından finanse edilmelidir.
- Koruyucu hizmetler, tedavi hizmetlerinden daha etkilidir.

Sağlının korunmasıyla hastalıkların önlenmesi üç şekilde ele alınır:

Primer Koruma: Dengeli beslenme, güvenli bir çevre, aşılama takvimleri ile fiziksel ve duygusal olarak tüm tedbirlerin alınmasına “Primer Koruma” denilmektedir.

Sekonder Koruma: Bireylerin sağlıklarının bozulması tehlikesine karşı erken tanı ve tedavilerin toplumsal düzeyde uygulanması “Sekonder Koruma” olarak adlandırılmaktadır.

Tersiyer Koruma: Hastalık ya da kazaların sonucunda oluşabilecek sakatlıkların veya kalıcı bozuklukların oluşmaması, oluşuyorsa da en aza indirilmesi, oluşabilecek yeni durumun yaşam kalitesinin arttırılarak uyumun sağlanması için gereken tüm tedbirlerin alınmasını kapsamaktadır. Bir diğer anlamda ise “Rehabilite Edici Hizmetler” olarak adlandırılmaktadır.

1.5.2. İyileştirici (Tedavi Edici) Sağlık Hizmetleri

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, hastaların iyileşmesi amacıyla yapılan tüm hizmetleri kapsamaktadır. Ülkemizde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri üç gruba ayrılmaktayken, ülkelerin yapısına göre bu grupları iki veya dört grupta incelemek mümkündür. İki gruba ayırarak inceleyenlere göre; Birinci Basamakta hasta bakımı tek hekim vasıtasıyla, Aile Sağlığı Merkezleri veya Toplum Sağlığı Merkezi’nde verilirken, İkinci Basamak Sağlık Merkezleri olarak hasta bakım kurumları hastaneler olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerini üç grup halinde sınıflandırdığımızda ise basamaklar şu şekilde sıralanır:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Vatandaşların ve toplumun sağlık sorunlarını ulaşılabilirliği ile ilk derecede çözen, sağlığı koruyan, hastalara gerekliyse evlerinde ya da değilse ayakta sağlık hizmetleri sunan sistemdir. Ülkemizde bu kuruluşlar;

- Bünyesinde birinci basamak sağlık tesisi bulunan ilçe sağlık müdürlüğü.
- Toplum sağlığı merkezi (TSM).
- Aile sağlığı merkezi (ASM).
- Entegre ilçe devlet hastanesi.
- Halk sağlığı laboratuvarı.
- Kurum tabipliği.
- Poliklinik.
- Mediko-sosyal birimleri.
- Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesindeki sağlık teşkilleri'dir (30894 Sayılı Resmi Gazete, 2019:Md.5).

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların tedavileri konusunda Birinci Basamak Hizmetlerinin yetersiz kaldığı, tedaviye hastaneye yatırılmak suretiyle devam edilmesine ikinci basamak (yataklı) denilmektedir.

Ülkemizdeki ikinci basamak hizmet sunan kurumlar;

- Genel hastane.
- Dal hastanesi.
- Entegre ilçe hastanesi.
- Ağız ve diş sağlığı hastanesi (ADSH).
- Ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM).
- Tıp merkezi (30894 Sayılı Resmi Gazete, 2019:Md.6).

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ilerisinde, daha özellikli tetkiklerin ve tedavilerin gerçekleştirildiği sağlık

hizmetleridir. Genel itibariyle bu sağlık kuruluşları, en ileri tıp teknolojilerinin kullanıldığı en gelişmiş merkezlerdir (Ağdemir, 2012: 5-6).

Ülkemizde Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları;

- 3A grubu üçüncü basamak hastaneler (ileri düzey hastaneler).
- 3B grubu üçüncü basamak hastaneler.
- Eğitim ve araştırma hastanesi.
- Dal eğitim ve araştırma hastanesi.
- Ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi.
- Üniversite hastanesi.
- Üniversite dal hastanesi.
- Üniversite ağız ve diş sağlığı hastanesi.
- Üniversite enstitüsü hastanesi.
- Üniversite ağız ve diş sağlığı merkezleri'dir (30894 Sayılı Resmi Gazete, 2019:Md.7).

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin gruplandırılması;

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;

- Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları
- Kurum Hekimlikleri
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi
- Üniversite Medikososyal Birimi
- TSK Birinci Basamak Sağlık Üniteleri
- Belediye Poliklinikleri
- İş Yeri Hekimlikleri
- Özel Poliklinikler
- Özel Ağız ve Diş Sağlığı. Merkezleri

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- Devlet Hastaneleri ve Dal Hastaneleri ve bunlara bağlı Semt Polk.
- Sağlık Bakanlığına bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
- Belediye Hastaneleri

- Kamu Tıp ve Dal Merkezleri
- İstanbul Valiliği Darülaceze Hastanesi
- Özel Hastaneler
- Özel Tıp ve Dal Merkezleri

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri;

- Eğitim Araştırma Hastaneleri
- Üniversite Hastaneleri ve Araştırma Merkezleri
- Üniversite Dış Hekimliği Fakültesi Hastanesi
- Özel Dal Eğitim Araştırma Hastaneleri (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği)

1.5.3. Rehabilit Edici (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri

Belirli bir hastalık veya kaza sonucu bireylerin kaybettiği zihinsel ve bedensel yeteneklerini tekrar kazanmasını sağlayarak, kimseye bağımlı kalmadan yaşamlarına devam etmelerini sağlamak amacıyla verilen hizmetlerdir.

Hastalık sonrası sakatlık ya da güçsüzlük gibi nedenlerle iş gücünü kaybedenlere, tekrar sağlıklı işlev görebilmesi ve yaşamını huzur ve refah içinde sürdürebilmesi için verilen hizmetlerdir.

○ *Tıbbi Rehabilitasyon:* Çeşitli nedenlerden dolayı kayba uğrayan organ yerine uygun bir protez takılmasıyla güç kaybına uğrayan organın fizik tedavi yöntemleri ile tekrar gücünü kazanması ve günlük işlevlerini yerine getirebilmesi türünden çalışmalardır.

○ *Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:* Psikolojik ve fiziksel olarak hasar almış bireylerin olağan durumlarına uygun olarak kendilerine uygun işe yerleştirilmeleri veya bakımlarının sağlanması durumudur. Sosyal Rehabilitasyon sosyal hizmet kurum ve personeli tarafından yapılan hizmettir (Özdoğan, 2010: 25-26).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Sağlık Bakanlığı bünyesinde şu ana kadar uluslararası çapta üretilmiş çok sayıda proje bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yapılandırılmış bu yenilikleri “reform“ olarak isimlendirilmiştir. İsimlerinin farklı olmasına rağmen, aynı amacı güden ve insanlığın faydasına gerekli birer adım olarak atılmıştır. Gelişen ve değişen dünya standartlarının uygulanmasıyla, Sağlık Bakanlığı’nın tarihinden gelen bilgi, birikim ve deneyimlerinin günümüz koşullarında değerlendirilip reform adımlarının atılmasını gerçekleştirmek üzere yeni sistemler planlanması, birinci hedef olarak görülmüştür.

Belirlenen plan doğrultusunda hedefe ulaşmak için Sağlık Bakanlığı’nın, kamu ve özel sektör olmak üzere sağlık hizmetlerini tüm toplumun hizmetine arz etmek için başlattığı eylemler dizisine “Dönüşüm Programı” adı verilmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) gündeme gelmeden önce, Türkiye Sağlık Sistemi’nde 2002 öncesine ilişkin bazı belirlemeler yapılmıştır. Bu belirlemeler, özetle şu şekildedir:

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalıdır. (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart, devlet memurları/ Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, Kamu Kurumları, KİT’ler, Belediyeler vb.)
- Halkın önemli bir bölümünün, sağlık güvencesi yoktur. Var olan güvence rakamları güvenilir değildir.
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik söz konusudur.
- Kayıt dışı ödemeler, aşırı düzeydedir.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine gereken önem verilmediği için hastaneler verimsiz çalışmaktadır.
- Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır.

Bu saptamalar ışığında SDP, 2003 yılında açıklanmıştır.

SDP ile nelerin gündeme geleceği ise şöyle belirlenmiştir:

- Sağlık Bakanlığı, bir planlama ve denetleme kurumu haline gelecek.

- Tüm vatandaşlar, tek bir sosyal güvenlik çatısı altında olacak.
- Sağlık hizmet sunumunun genişletilmesi ve erişimin kolaylaştırılması sağlanacak.
- Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi için adımlar atılacak.
- Akılcı İlaç Kullanımı ve Tıbbi Malzeme-Cihaz Yönetiminin uygulanması sağlanacak.
- Etkili bir Sağlık Bilgi Sistemi, karar almayı etkinleştirmek için oluşturulacak.
- Sistemi destekleyen bilim ve eğitim kurumları kurulacak (Soyer, 2009:179).

Ülkemizin sağlık sisteminde geçerli olan kamuya ait finansman kurumlarının hepsinin tek bir çatı altında birleştirilmesi suretiyle, Genel Sağlık Sigortası Sistemine geçilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, icracı yapısına ek olarak düzenleyici ve koordine edici görevleri de üstlenip, daha etkin şekilde çalışma yoluna giderek yapılanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na (SB) göre, “Sağlıkta Dönüşüm Program'ının” temel ilkeleri ise şunlardır:

- İnsan Merkezilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli Kalite Gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük

(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktaonusum.pdf>).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla yukarıdaki amaçlar hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşırken, Dünya Sağlık Örgütü'nün “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” düşünce yapısı, ülkemizin de ulusal programlarıyla birleştirilerek Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının deneyimleri dikkate alınmıştır.

Yıllara göre Türkiye'de Sağlık Sistemi üzerinde gerçekleştirilen dönüşüm programını incelediğimizde;

2003 Yılı:

- Sağlık Bakanlığı'nın pilot uygulaması olarak 10 hastanede “Performansa Dayalı Sistem'e” geçilmiştir.

- Emekli Sandığı'na bağlı çalışan memurlara, sevk almadan özel hastanelere gitme imkânı getirilmiştir.
- Ülke genelinde tüm ambulans hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- Ödeme yapamayan hastaların ödeme yapana kadar hastanede rehin tutulma durumu ortadan kaldırılmıştır.

2004 Yılı:

- Ülke genelinde tüm devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeline performansa göre maaşları ödenmeye başlanmıştır.
- Hekim seçme hakkı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.
- Mart ayı itibariyle ilaçların KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür.
- Temmuz ayı itibariyle 3 pilot ilde, Yeşil Kartı olan vatandaşların ayakta tedavi masrafları devlet tarafından ödenmeye başlanmıştır.
- İlaç Fiyat Kararnamesinin uygulanması ile farklı fiyatların ödenmesi engellenerek, referans fiyat sistemiyle sabit hale getirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2003-2004).

2005 Yılı:

- Yeşil Kartlı tüm vatandaşlar istedikleri eczaneden hizmet almaya başlamışlardır.
- SSK'ya ait tüm sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.
- Haziran ayı itibariyle Avrupa Birliği'nin uyum mevzuatlarına uygun olarak "Ruhsatlandırma Yönetmeliği" çıkarılarak, tüm ilaç ruhsat süreleri 5 yıl olarak sabitlenmiştir.
- Eylül ayıyla beraber Aile Hekimliği uygulaması ilk defa Düzce'de başlamıştır.

2006 Yılı:

- 5502 Sayılı Kanun ile SGK kurulmuş, böylelikle SSK, Bağ-Kur ve ES tek çatı altında birleştirilmiştir.
- İlaç fiyatlarında AB ülkeleri kriter alınmış, ülke ortalamalarının altında bir fiyat hedeflenmiştir.
- Ülke çapında Aile Hekimliği uygulamasına 5 il daha katılmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2005-2006).

2007 Yılı:

- Global Bütçe Uygulaması kapsamında tüm vatandaşlara Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir.
- SGK'nın hazırlamış olduğu Sağlık Uygulama Tebliği, uygulanmaya başlanmıştır.
- Aile Hekimliği sistemine 4 il daha katılmıştır.

2008 Yılı:

- Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe konmuştur.
- Yatarak tedaviler için kullanılan ilaçların, hastane yönetimi tarafından tedarik edilmesi zorunlu hale getirilmiştir.
- Kanseri tedavisi ile Acil ve Yoğun Bakım Hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2007-2008).

2009 Yılı:

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri için ülke çapında Global Bütçe Uygulamasına başlanmıştır.
- Tüm kamu personelinin GSS kapsamına alınması, Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

2010 Yılı:

- Ocak ayında sağlık personelinin çalışma koşulları ile ilgili olan "Tam Gün" yasa tasarısı, TBMM'den geçerek kanunlaşmıştır.
- 2008 yılında 8 ilde kurulan aktif Kanseri Kayıt Merkezi sayısı, 2010 itibari ile 10'a çıkarılmış ve böylece tüm nüfusun yaklaşık %25'i kanseri gelişimi açısından aktif takibe alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2009-2010).

2011 Yılı:

- Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır.
- İlaç prospektüsleri vatandaşlar tarafından anlaşılabilir hâle getirilmiştir.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi için internetten randevu alabilme imkanı sağlanmıştır.
- Sağlıkta şiddeti önleyebilmek için "Beyaz Kod Sistemi" uygulanmaya başlanmıştır.

- Ülke genelinde “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” hazırlanarak uygulamaya konmuştur.

- Sigara Bıraktırma ilaçları, merkezlerden ücretsiz olarak dağıtılmaya başlanmıştır.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82968/h/faaliyetraporu2011.pdf>).

2012 Yılı:

- Bakanlık personel sayısındaki net değişim ile 2002 yılında 256 bin olan personel sayısı, 2012 yılında 485 bin kişiye ulaşmıştır.

- Sağlık Bakanlığı finansmanının GSYİH içerisindeki pay, 2002 yılında % 1,5 iken 2012 yılında %2,2’ye çıkarılmıştır.

- Bebek Dostu Hastane sayısı 2002 yılında 141 iken, 2012 yılında 962’ ye ulaşmıştır.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82968/h/faaliyetraporu2012.pdf>).

2013 Yılı:

- Aile Hekimliği Birimi sayısı 21.175’e ulaşmıştır.

- Toplum Temelli Ruh Sağlığı modeline geçilmiştir.

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2012’de 8 milyar TL iken, 2013 yılında 9 milyar TL’ye ulaşmıştır.

- 2002 yılında Anne Ölüm Oranı 64 iken, 2013 yılında 15,9’a düşürülmüştür. (100.000 canlı doğumda)

- 2013 yılında KETEM sayısı 134’e yükselmiştir.

- Evde Bakım Hizmeti’nde 2013 yılında 403 bin kişiye ulaşılmıştır.

- 2002 yılında 869 olan yoğun bakım yatak sayısı, 2013 yılında 10.958’e ulaşmıştır.

(http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2013/index.html)

2014 Yılı:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2013’de 9 milyar TL iken, 2014 yılında 11 milyar TL’ye ulaşmıştır.

- Aşılama Programı, dünya standartları seviyesine ulaştırılarak aşılama oranları arttırılmıştır.

- Aile Hekimliği Birimi sayısı, 21.386’ya ulaşmıştır.

- Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı ilan edilerek, her hafta sonu hedef gruplarla yürüyüşler düzenlenmiştir.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı, tütünle mücadelesi nedeniyle WHO tarafından 3 kez ödüllendirilen tek ülke olmuştur.
- Evde Bakım Hizmeti'nde, 2013 yılında 502 bin kişiye ulaşılmıştır. (http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html)

2015 Yılı:

- Kanseri ilaçlarının, bakanlığa bağlı sağlık hizmet sunucularından temin edilmesi sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı'nca, Uyuşturucu ile Mücadele kapsamında 12 eylemin yer aldığı "Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı 2015" hazırlanmıştır.
- E-Nabız Sistemi ile zaman ve mekândan bağımsız olarak vatandaşların tetkik ve tedavi bilgilerini, mobil cihazlar dâhil dünyanın her yerinden istedikleri an görebilmeleri sağlanmıştır.
- 112 Acil Sağlık Hizmeti İstasyon sayısı 481'den 2.310'a, Kara Ambulansı sayısı 617'den 5.069'a çıkarılmıştır. 2015 yılı sonunda, yaklaşık 4,4 milyon kişiye 112 Acil Hizmeti sunulmuştur. (http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2015/faaliyet_raporu_2015/index.html)

2016 Yılı:

- Sağlık Bakanlığı'nın GSYİH içindeki payı 2,4 iken, 2016 yılında bu oran 2,6'ya yükselmiştir.
- Sağlık Bakanlığı'nca 2016 yılında, 12 yeni diyaliz ünitesi açılmıştır.
- 2015 yılında başlanılan E-Nabız Sistemi'nde 4.162.000 kişiye ulaşılmıştır.
- Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), Android ve IOS işletim sistemli telefonlarda kullanılmaya başlanmıştır.
- 162 adet yeni sağlık tesisi tamamlanmıştır. (70 Hastane, 13 ADŞM, 71 Birinci Basamak)(<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0>)

2017 Yılı:

- Ülke genelinde Aile Sağlığı Merkezi sayısı 7.756'ya, Aile Hekimi sayısı ise 25.069'e ulaşmıştır.

- KETEM sayısı, 2017’de 165’i sabit, 10 hizmet alımı ve 23 gezici KETEM olmak üzere 198’e çıkmıştır.
- 2017 yılı içerisinde 68 hastane ve ek bina, 7 Semt Polikliniği ve 18 Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği açılmıştır.
- 2017 yılında “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Merkezi” sayısı, 11 yeni uygulama merkezi ile birlikte toplam 32’ye yükselmiştir.
- Acil Sağlık İstasyon sayısı 2.618’e, Acil Yardım Ambulans sayısı 4.922’ye ulaşmıştır.

2018 Yılı:

- Ülke genelinde Aile Hekimi sayısı 26.252’ye ulaşmıştır.
- 2018 yılında 167 sabit KETEM, 10 hizmet alımı ve 25 gezici KETEM olmak üzere toplam KETEM sayısı 202’ye ulaşmıştır.
- 2018 yılı içerisinde 24 hastane ile 8 adet Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği açılmıştır.
- Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları (GETAT), 2018 yılında 20 uygulama merkezi ilk kez yetkilendirilmiş ve toplam sayı 56 olmuştur.
- Ülke genelinde 8 adet Şehir Hastanesi faaliyete geçmiş, 20 hastanenin sözleşmesi imzalanmış, 10 hastanenin de ihale süreci devam etmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2018)

2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ

Ülkelerin sağlık reformlarını yapma ihtiyaçlarını belirleyen dört madde olduğunu belirtilmektedir. Bunlar; günümüz sağlık hizmetlerinin günden güne artan maliyetleri, günümüz koşullarında vatandaşların beklentilerinin artması, hükümetlerin ödeme koşullarının sınırlı olması ve son olarak da geleneksel fikirler karşısındaki şüpheciliktir (Roberts vd, 2009:197-198).

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları aşağıda kısaca sıralanmıştır:

- a) Sağlıkta yönetimin tekrar düzenlenmesi, idari birimlerin işlevlerinin belirlenerek Sağlık Bakanlığı’nın denetim ve planlama faaliyetlerini merkezine alması.
- b) Ülke çapında hastaların sağlık hizmetine rahat ulaşması, iyi hizmet görmesi ve maliyet etkinliği benimseyen bir sistem kurulması.

- c) Sağlık hizmeti sunan kurumların yönetsel ve finansal bağımsızlığının olması.
- d) Temel Sağlık Hizmetlerin yaygınlaştırılması ve bu bağlamda Aile Hekimliği'nin oluşturularak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin aşamalı olarak yükseltilmesi.
- e) İnternet ve teknolojiye daha fazla faydalanılması, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında yaygınlaştırılması.
- f) Dönüşüm hedefleri çerçevesinde yeniliklerin hayata geçirilmesine imkân sağlayacak, tüm nüfusu içine alan bir Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması.

Ülkemizde 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'na yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği ve 2008 yılında uygulanmaya başlanan Genel Sağlık Sigortası ile eski uygulamaların farklılıklarını ele aldığımızda; GSS öncesinde Üniversite Hastanelerine, Bağ-Kur ve SSK'lılar ancak sevk ya da ücret ödeme koşulu ile başvuru yaparken GSS sonrasında Emekli Sandığı'nda olduğu gibi onlar da Üniversite Hastanelerinin hizmetlerinden sevk olmadan ve ücret ödmeden faydalanmaya başlamışlardır. Yeni dönem ile beraber sağlık karneleri kaldırılmış oldu. Uzun süreli tedavilerde hastalara 2 yıla kadar raporlar verilerek, hastaların gerekli ilaçları almaları kolaylaştırılmıştır (Başol ve Işık, 2015: 4-8).

Ataay'a (2008) göre "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla anılan reform projesi temelde dört ana başlık altında toplanmaktadır. Reformun birinci başlığında, üç sosyal güvenlik kuruluşu (ES, Bağ-Kur ve SSK) ile Yeşil Kart birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında toplanmıştır. İkinci başlıkta, "Sağlık Ocakları" yerine kapsamı genişletilmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde uzmanlaşma sağlayan "Aile Sağlığı Merkezi" uygulamasına geçilmiştir. Üçüncü başlıkta, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları'nda "Sağlık İşletmesi" modeline geçilmiştir. Dördüncü başlığı, Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatlanması oluşturmuştur. Bu şekilde sağlık hizmetleri köklü bir değişime uğramıştır.

2.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ UYGULAMA SÜRECİ

Dönüşüm programı incelendiğinde, tüm halkı içine alacak, günümüz koşullarına uygun kamu ve özel kesimi de içine alan sağlık sisteminin gelişmesinin sağlandığı görülmektedir. Bu durumu maddeler halinde şu şekilde sıralayabiliriz:

2.3.1. Kavramsallaşma

İlk aşama olarak “kavramsallaşma” karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığının hedefleri ile geçmişindeki birikimleri ve tecrübeleri dikkate alınarak hazırlanan program dokümanlarının ön taslağı ve bu aşamadaki çıktılarının ilkidir. Bu dokümanın içinde yer alan amaçların, ilkelerin, geliştirme ve uygulama süreçlerinin ele alınmasıyla, ulusal ve uluslararası uzmanlar ile tartışılması ve netleştirilmesi ile geliştirilecektir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2004:45).

2.3.2. Yasalaşma

Kavramsallaşma süreciyle beraber, süreci devam ettiren ve arkasından gelen ikinci aşamaya “yasalaşma süreci” denir. Kavramsallık süreci ile belli bir kesinliğe kavuşmuş olan mevzuat, yasa ya da yönetmelik ihtiyaçlarının gerekli çalışmalar yapılarak düzenlenme aşamasıdır (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2004:45).

2.3.3. Kontrollü Yerel Uygulamalar

Belirli bir programı direkt olarak hayata geçirmek, yanlışları ve hataları görmeden ve geliştirmeden sunulduğundan dolayı yanlış bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Program ile oluşturulmuş olan yeniliklerin ve iyileştirmelerin tüm ülke çapına sunulmadan önce, sınırlı ve kontrollü bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu sayede ele alınan programın işleyen ve işlemeyen yönlerinin görülmesi, nerelerde geliştirilmesi gerektiğinin anlaşılması ayrıca en iyiyi bulmak adına gerekli düzenlemeler yaparak sunuma hazır hale getirilmesi sağlanacaktır. (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta dönüşüm, 2004:45).

2.3.4. Türkiye Geneline Yaygınlaştırma

Sağlık Bakanlığı’nın dördüncü aşamasında amaç, tüm Türkiye’de uygulamaya geçiştir. Halkın desteğini alarak Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın tüm

aşamaları kısa ve orta vadede hizmete geçirilip verimin en yüksek derecede alınması amaçlanmıştır. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>).

2.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

Fettah ve Şahin’e (2009) göre, “Sağlıkta Dönüşüm Programı reformu ile beraber, hizmet sunumlarında yapılanma, Sağlık Hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık konusunda eğitim, etkili ve bilgili insan gücü, ekonomik şartların personel için arttırılması, Hasta Hakları ile Sağlık Sisteminde kalitenin arttırılması, kamuya ait hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ve diğer birçok alanda yeniden düzenlemelerin gerçekleştirilmesi” amaçlanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Hizmetleri kısmını ele aldığımızda, “tüm boyutlarını incelemek amacıyla şekillendirilmiş ve birbiri ile ilişkilendirilerek sistemin bütünlüğü içinde en düzenli ve uygun durumda olabilecek” şekilde açıklığa kavuşturulabilmek için toplam sekiz aşamadan oluştuğu görülür. Bunlar,

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi,
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon,
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

2.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı’nın yeni ve etkili politikalar geliştiren, uluslararası düzeyde standartlar ile hedefler belirleyen, plan dahilinde Birinci Basamaktan Üçüncü Basamağa kadar hizmetlerin sunulmasını sağlayan, bunları denetleyen, ülkemizin sağlık alanındaki kaynaklarının etkili ve hakkaniyetle kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapmaktadır (Özkan, 2012:39-40).

Sönmez'e (2011) göre planlayan ve denetleyen bir Sağlık Bakanlığı, anayasada belirtilen Sağlık Hizmetlerinin arzında tek ve birinci elden yapılanma ve planlama işlevlerini sosyal devlet çerçevesinde yerine getirir.

2.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Bostan'a (2009) göre, Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasası'nda teşvik edilmiş bir düzenlemedir. Buradaki asıl amaç, ülke genelinde tüm vatandaşları tek bir sağlık sigortası adı altında toparlayarak sağlığa dayalı sigorta primlerini diğer sigortalardan ayırmak ve apayrı bir sağlık finansman sistemiyle bağımsız bir yapı oluşturmaktır. 2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Ancak 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. Her ne kadar bu tarihte yürürlüğe girse de, ülkemizde 1 Ocak 2012 yılında zorunlu olarak uygulanmaya başlamıştır. Türkiye'de ikamet eden herkes için bu uygulama zorunlu hale gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı'na göre, "Genel Sağlık Sigortası'nın başlaması ile beraber Özel Sağlık Sigortaları'nın da gelişimleri desteklenerek ve tamamlayıcı rol alarak sisteme dahil olmaları sağlanacaktır. Zorunlu olan Genel Sağlık Sigortası harici temel paketlerine ek olarak, hizmet almak isteyen vatandaşlar özel sigortalar vasıtasıyla bu hizmetlerden faydalanabileceklerdir."

(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf>).

2.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Gülüyüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın diğer bir bileşenin de sağlık hizmeti sunmaya istekli tüm dinamiklerin sistem içinde olmalarını sağlayan bir anlayışla hizmette kabul edilebilir rekabet ortamının oluşması gerekliliğidir. Bu anlayış, kaynakların verimli kullanılmasına ve tüm vatandaşların kolayca ulaşabileceği hizmet sunumlarına imkan sağlayacaktır (Feyzibeyoğlu, 2010: 4-5).

Sağlık Bakanlığı'na göre, ülkemizin sosyoekonomik, coğrafik ve kültürel yapısı nedeniyle herhangi bir başka ülkede uygulanmakta olan programın ülkemizde kullanılabilmesi mümkün görünmediği gibi, ülkemizdeki sistemin de başka ülkelerde

direkt değiştirilmeden kullanılması ya çok zor olacaktır ya da mümkün olmayacaktır. Köyden kente, kentten metropollere kadar vatandaşlarımıza hak etmiş oldukları çağdaş ve kaliteli sağlık hizmetleri alabilmeleri için gerekli çalışmalar yapılmalı ve sağlık hizmetleri sunulmalıdır.”

(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktdonusum.pdf>).

Birinci Basamakta Teşhis ve Tedavi Hizmetlerinin, hasta vatandaşlar için kendi sececekleri hekimlerce verilmesi amaçlanmaktadır. Bu şekilde hekim ile aile bireyleri daha yakın ilişkiler kuracak, hastalıklarının önlenmesi ve sağlıklarının düzeltilmesi konusunda hekimler önemli bir rol oynayacaktır. Vatandaşların sağlık kayıtlarının Aile Hekimleri’nce tutulması, kontrollerin ve analizlerin yapılabilmesine önemli ölçüde imkân sağlamaktadır. Her vatandaşın hastanelere gidip muayene olamadan geri dönmesini engellemek ve bekleme sorununu ortadan kaldırmak için “Merkezi Hastane Randevu Sistemi’ni (MHRS)” uygulamaya koyarak vatandaşlar internetten ya da telefon aracılığı ile mümkün olan en kısa sürede istedikleri hastane, istedikleri bölüm ve istedikleri hekime muayene randevusu oluşturabilmektedirler. (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktdonusum.pdf>).

2.4.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Sağlık programlarının dönüşümlerinin başarıya erişmesi, nitelikli ve kendini yetiştirmiş insan kaynaklarının mevcudiyet durumuna bağlıdır. Avrupa Birliğinin uyum sürecinde dikkate alındığında, sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları önemli rol almaktadır. Bunun yanında Birinci Basamakta Sağlık Hizmetlerinde görev yapacak hekimlerin uzmanlaşmasının önünü açabilmek için yeni bir müfredat programı ile sistemin gereksinimleri giderilmiştir.

Tablo 4: Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2013	2015	2017
Uzman Hekim	45.457	73.886	77.622	80.951
Hekim	30.900	38.572	41.794	44.649
Asistan Hekim	15.592	21.317	21.843	24.397
Toplam Hekim	91.949	133.775	141.259	149.997
Diş Hekimi	16.371	22.295	24.834	27.889
Eczacı	22.289	27.012	27.530	28.512
Hemşire	72.393	139.544	152.803	166.142
Ebe	41.479	53.427	53.086	53.741
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	145.943	155.417
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	311.337	339.241
Toplam Personel Sayısı	378.551	798.068	856.792	920.939

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

Ülkemizde sağlık sisteminde görev yapan personel sayısının yıllara göre genel toplamı kırmızı olarak Tablo 4’de verilmiştir. 2002 yılında toplam hekim sayısı 91.949 iken, 2017 yılında en yüksek sayıya ulaşarak 149.997’ye yükselmiştir. 2017

yılı tüm verileri incelendiğinde, diğer yıllara göre sağlık personelinin artış gösterdiği görülmektedir.

2.4.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Özkan’a göre, “Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirebilmek için başarılı, çalışkan, sürekli teknolojiyi takip eden, Halk Sağlığı konusunda bilgi ve beceriye sahip, sağlık üzerine politika, işletmecilik, ekonomi ve planlama aşamalarına hakim personellere ihtiyaç olduğundan dolayı, bu hedefleri gözetten eğitim kurumlarının varlığına ihtiyaç vardır” (Özkan, 2012:44).

Tıp Fakültesi eğitiminden sonra hekim olarak Sağlık Bakanlığı’nda çalışmaya başlayan hekimlerin, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) olarak adlandırılan bir sınava girerek branşlaştıkları bölümlerde mesleklerine ait bilgi birikim ve tecrübeyle donatılarak iyi birer hekim olarak mezun olmaları sağlanmalıdır. Tıp Fakültesi ve uzmanlık eğitimlerinin, gerek Bakanlık gerek üniversitelerce akademisyenler tarafından verilerek Türk Tabipler Birliği tarafından da devamlı denetlenerek daha iyi, daha yenilikçi ve de kaliteli eğitim olması için sürekli çalışmalar yapılmalıdır.

2.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık Sistemi bir bütün olarak ele alınmaktadır. Hizmeti sadece sunmak yetmediği gibi, sunulan hizmetin kalitesi, erişilebilirliği, sunum süreci ve bu süreçler sonunda elde edilen çıktı ile memnuniyetin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Günümüze kadar kalite her ne kadar ihmal edilmiş olsa da zamanımızda hem talebi etkilemekte, hem de finans kaynaklarının en önemli etkenleri arasında yer almaktadır. İnsanlar en iyi tedaviyi tercih etmekte ve bunun karşılığı olarak da sosyal güvencelerinin ücret konusunda yardımcı olmalarını istemektedirler.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” birçok yönden hizmet vericiler ile hastaların işlerini kolaylaştırmıştır. Bunların başında sertifikasyon, akreditasyon ve ruhsatlandırma gelmektedir. Sağlık sistem çıktılarını ölçme ve ölçümleri günümüz koşullarında geliştirme, bu şekilde

sistem performanslarını çıkartarak kayıt altına alınmasıyla veri tabanlarının oluşumu sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2004:40).

2.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Özkan'a (2012) göre, ilaç ya da tıbbi cihazlar için standardizasyon, ruhsatlandırma ve akılcı yönetimleriyle ilgili konularda, tüm dünya çerçevesinde uluslararası normlarını yakalayacak kurumsal oluşumların ihtiyaçlarını, ilaç ve tıbbi cihaz konularını tek çatı altında yetkin olarak toplama hedeflenmiştir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017'ye göre, ilaç harcamalarının dağılımı 2010 yılında %35,30 iken 2017 yılına gelindiğinde %26,20'ye gerilemiştir.

Ulusal İlaç Kurumu: Sağlık Bakanlığı bünyesinde daha önce “Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü” olarak yer alırken Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2011 yılında 1. Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” olarak kurulmuş olup, ilaçların ruhsatlandırılması, imalatı, tanıtılması ve Ar-Ge işlemleri ile fiyatlandırma gibi çok önemli hususun en etkin şekilde sağlanabilmesi amacıyla hizmete başlamıştır. Daha önceden ilaçlara uygulanan yüksek tutarların, bilinçsiz tüketimlerin ve duyarsızlığın olduğu döneme göre halkı bilinçlendirmek, ilaç şirketleri arasında Avrupa fiyatları oranında alım yapılmasını sağlamak ve ülkemizde ilaç üretimine destek vererek bilimsel yollarla tüketime karşı çözümler üretmek bu kurum sayesinde olmuştur.

Tıbbi Cihaz Kurumu: Türkiye’de tıbbi cihazlar ve sarf malzemelere yeterli derecede imalat ve destek olmadığından daha çok ithal malzemeler kullanılmaktaydı. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun kurulmasıyla beraber malzeme akışı veri tabanı faaliyete geçirilmiş, bununla beraber tıbbi cihazların çeşitliliği, uygulama planı, cihazların karşılaştırılıp değerlendirildikten sonra alımına geçilmiştir.

2.5. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEFERBERLİK

Sağlık Hizmetlerinin arzı sırasında özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programıyla beraber, Temel Sağlık Hizmetleri ile Koruyucu Sağlık Hizmetleri önemli yer

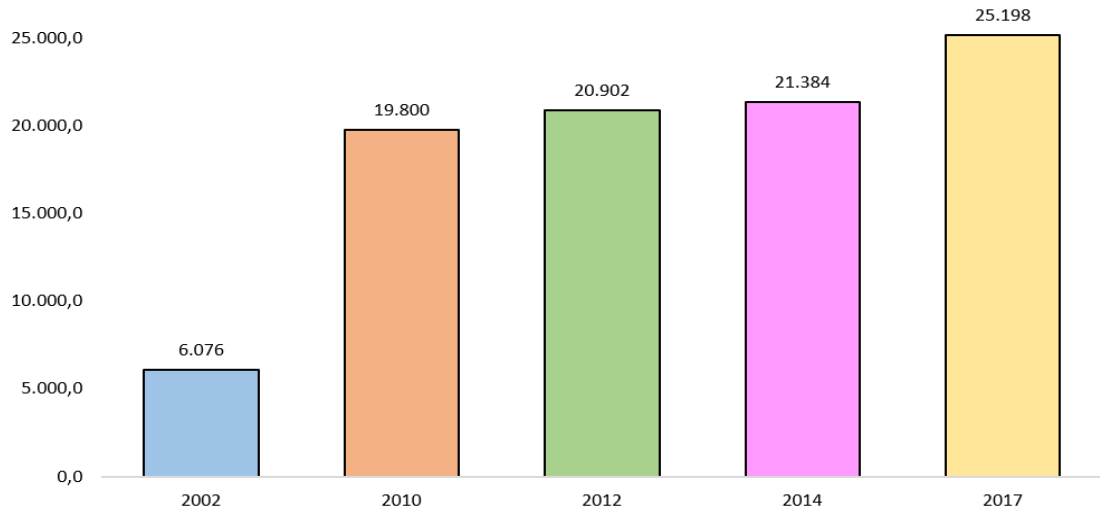
almaktadır. “Her hekime bir oda” sağlanarak insanlarla hekimler arasındaki iletişimin artırılması teşvik edilmiştir. Aynı zamanda bu işlerde görev alan sağlık personelinin de performanslarına göre katkı payları verilerek ekonomik ve şahsi motivasyonlarının artırılması sağlanmıştır. SDP’ ye yeni katılan programlar arasındaki “Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Hayat Programları” sağlık hizmetlerindeki tüm bileşenlerin yönetilmesini ve belirli plan çerçevesinde iyileştirmeler yapılmasını sağlamaktadır.

Sağlık Ocaklarına Yeni Çehre ve Yeni Görevler:

1990’lı yıllarda Sağlık Ocakları, 6 ile 9 bin kişinin yaşadığı yerlerde, sağlık ihtiyaçlarının ayaktan teşhis ve tedavi ile yapıldığı, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerini verdiği birimlerdir. Belirli yasalar ve yönetmeliklerle Sağlık Ocakları’nın çalışma koşulları ve görevleri; Anne-Çocuk Sağlığı Hizmetleri, Verem ile Savaş, Aile Planlaması, Koruyucu Çevre Sağlığı, halka gerekli konularda sağlık eğitimi verilmesi, okullarda ve sağlık ocağında aşı hizmetleri, okul sağlığı ve kontrolleri, laboratuvar işlemleri olarak sıralanmıştır.

SDP ile beraber Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri’nin önemi artmıştır. Kalitenin arttırılmasına yönelik olarak, aynı çalışma şeklinde ancak daha profesyonel bir yapı olan “Aile Hekimliği Modeli” benimsenmiştir. Her hekime bir oda uygulaması sayesinde hasta-hekim iletişiminin güçlenmesi sağlanmıştır.

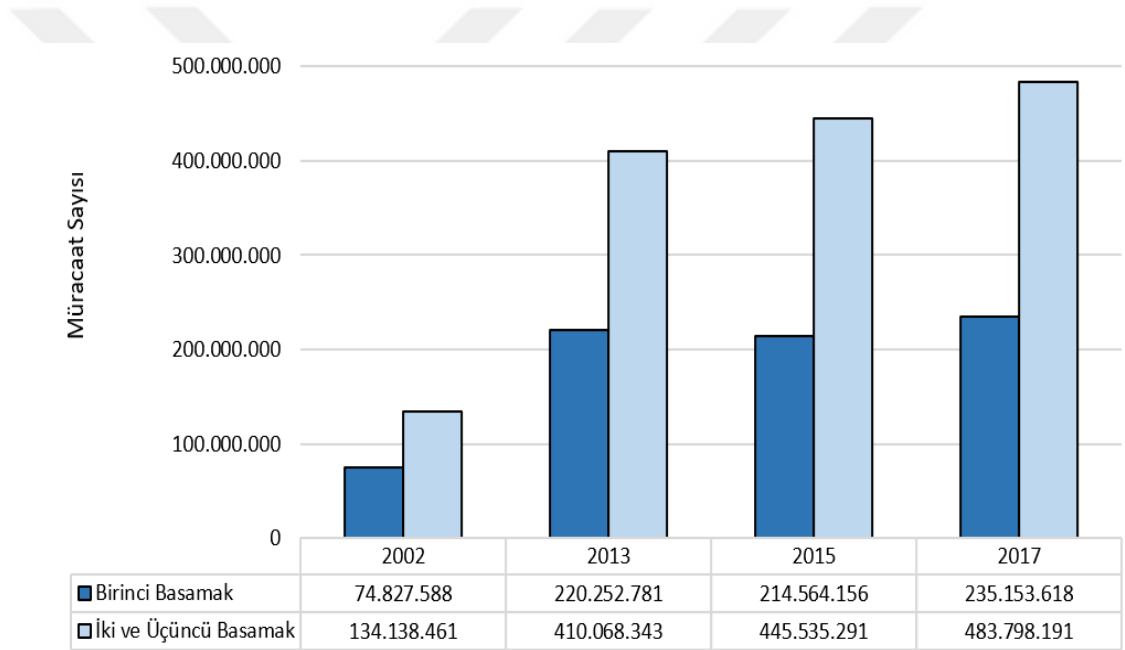
Şekil 4: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve AHB Muayene Odası



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

Sağlık Bakanlığı'nın en önemli hizmet basamağı olan Birinci Basamak'ta 2002 yılı itibariyle 6.076 Sağlık Ocağı varken, 2010 yılında bu sayı 19.800 Aile Hekimliği Birimi'ne, 2017 yılında da 25.198 Aile Hekimliği Birimi'ne ulaşmıştır. Aile Hekimliği Birimleri'nde daha modern koşullarda hizmet sunma çalışmaları devam etmektedir. 2012 yılında 3.634 bireye sadece bir Aile Hekimi düşmektedir. Bu oranın 2023 yılı hedefi ise, 1.680 bireye birer Aile Hekimi'nin düşmesi şeklinde planlama yapmaktır.

Şekil 5: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

Türkiye’de 2017 yılı verilerine göre, 7774 Aile Sağlığı Merkezi’nde görev alan Aile Hekimi sayısı yaklaşık 25 bin 198’dir. Buradan Aile Hekimi’ne düşen hasta sayısı hesaplandığında, yaklaşık olarak bir Aile Hekimi 3 bin 500 hastaya bakmaktadır. Bu da demek oluyor ki; Aile Hekimi’nin ortalama günlük baktığı sayı 40-60 arasında değişmekle beraber, zaman zaman bu sayı 80-90’lara çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın hedefleri arasında, 2023 yılına kadar her 1680 hastaya bir Aile Hekimi planlanması yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017:139).

Sağlıklı Çevre, Sağlıklı İnsan:

Dünya Sağlık Örgütü ile Avrupa Birliği tarafından çevre sağlığı konusuna çok önem verilmektedir. Çevre ve Sağlık Bakanlıkları da insan sağlığı yönündeki olumsuz etkilerinden çevre kirliliğinin ve çevresel risk etmenlerinin belirlenmesi varsa düzeltilmesi konusunda çok titiz çalışmaktadırlar.

Çevre Sağlığı dendiğinde akla ilk gelen, içme ve kullanma suları gelmektedir. Bu durum özellikle belediyelerin en büyük sorumluluklarından biridir. Ülke genelinde içme sularının devamlı periyodik olarak mikrobiyolojik, fiziksel, kimyasal ve klor yönünden devamlı ölçümleri yapılmaktadır. Sonrasında gürültü, çalışan ve konut sağlığı, bölgesel hava kirliliği, kimyasal ve de radyasyon konularında çalışmalar yapmak görevleri arasında yer almaktadır. Birinci Basamak üzerinden Koruyucu Sağlık Hizmetleri olarak, şehirlerdeki Çevre ve Toplum Sağlığı Hizmetleri'nin aynısının köylerde de oluşumunu sağlamak amacıyla “Sağlıklı Köyler Projesi” geliştirilmiştir.

Tablo 5 : Genel Sağlık Demografik Göstergeler,Türkiye

	<i>1990</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2017</i>
<i>Toplam Nüfus</i>	56.473.035	75.627.384	76.667.864	77.695.904	80.810.525
<i>0-14 Yaş Nüfus Oranı %</i>	35.0	24.9	24.6	24.3	23,6
<i>65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı %</i>	4.3	7.5	7.7	8.0	8,5
<i>Yıllık Nüfus Artışı %</i>	21.7	12.0	13.7	13.3	12,4
<i>Kaba Doğum Hızı %</i>	24.1	17.2	17.0	17.3	16,1
<i>Kaba Ölüm Hızı %</i>	7.1	5.0	4.9	5.1	5,3
<i>Toplam Doğurganlık Hızı</i>	2.9	2.1	2.1	2.2	2,1

Kaynak: TÜİK 1990-2018

Çevre Sağlığı açısından “Hava Kalitesi Kontrolü” uygulamasıyla, yerleşim yerlerindeki hava kirliliği ölçümlerinin yapılp değerlendirilmesi ve takip edilmesi Halk Sağlığı yönünden önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı ile Çevre ve Orman Bakanlığı, koordineli bir şekilde çalışmaktadır.

Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi:

Sağlığın tarihsel süreci incelendiğinde, sağlığın teşvik edilmesiyle ilgili Kanada’nın Lalonde Raporu bilinen ilk rapordur. Aynı şekilde 1978 yılında Alma-Ata Konferansı’nda Dünya Sağlık Örgütü’nce, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri’nin önemini vurgulamak amacıyla adaletin ve gelişmenin üzerinde durulmuş ve dünya ülkelerince hedeflenen sağlık seviyesine ulaşmak için önemli bir rol oynadığı kabul edilmiştir.

Alma –Ata Konferansı’ndan sonra, hastalıkların birçoğunun insanların yaşam tarzlarıyla ilgili oldukları, bu duruma sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel etkenlerin neden olduğu ve sağlığı olumsuz yönde etkiledikleri belirlenmiştir. Sonrasında “Sağlığı Geliştirme” kavramının gündeme gelmesiyle beraber yayınlanan Ottawa Bildirgesi’nde de, sağlığın geliştirilmesi, “bireylerin sağlıklarını yükseltmelerine ve sağlıklarıyla ilgili kontrolleri arttırmalarına olanak sağlayan süreç” olarak belirtilmiştir. Aynı şekilde Jakarta Konferansı’nda da, sağlık için uluslararası stratejilerin arttırılmasının önemi ve sağlığın bir insani hak olduğunun üzerinde durulmuştur.

Akdağ (2008), Dünya Sağlık Örgütü’nün içinde bulunduğumuz yüzyılda sağlığın geliştirilmesi konusundaki 5 ana maddesinin önceliğini sıralamıştır. Bunlar;

1. Sağlık için sosyal sorumlulukların arttırılması,
2. Sağlık yatırımlarının arttırılarak sağlığın gelişmesinin sağlanması,
3. Sağlık sektörlerinin birbirleriyle işbirliklerinin arttırılması,
4. Bireylerin güçlendirilmesi,
5. Sağlık Sistem ve Hizmetlerinin geliştirilmesi için alt yapıların planlanmasıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

3.1. HEKİMLİK MESLEĞİ

3.1.1. Hekimlik Mesleğinin Tarihçesi

Tarihin başladığı kabul edilen M.Ö. 4000 yıllarından önce de, insanların yaşadığı her toplumda insanlara yardım amacıyla hareket eden bir kişi (hekim) vardı. Bu kişi, içgüdüsel olarak veya deneyimleri ile elde ettiği bilgi birikimini kullanıyordu. Tarih öncesi dönemde bu kişiye Büyücü, Şaman, Kam gibi isimler verilmiştir. Bu özellikleri nedeniyle bunlar kabile reisi, dini lider olmuşlardır. Bu dönemin sihirbaz hekimleri, tanı ve tedavi için önce ruhlara ulaşmayı hedeflemiş, sonra hastayı etkilemek için çeşitli ot kokuları, duman, müzik sesi, uyku ve sıcak suyu kullanmışlardır. Bu etkili yöntemleri ancak yardımcısına öğretmişlerdir (Taneli ve Şahin,2012:91).

Günümüzde tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat (Hippocrates), İsa'dan önce 460 yılında bugün Yunanistan'a bağlı olan Kos Adası'nda doğmuştur. Hipokrat, tıbbı, mitolojik ve dinsel kavramlardan tam anlamıyla arındırarak, gözleme, deneyime ve akılcılığa dayandırarak açıklamasını, "Corpus Hippocraticum" (Hipokrat Koleksiyonu, Hipokrat Külliyyatı) diye bilinen bir dizi ünlü yapıtta gerçekleştirmiştir. Hipokrat Yemini, Tıbbi Etik ile ilgili bilinen en eski metindir ve prensipleri değişikliğe uğramış olsa bile zaman, yer, sosyal düzen ve dinlerden bağımsızdır. Hipokrat'ın ilk kuralı; hekimin gerek düşünceleri gerekse seçtiği tedavi ile "hastaya zarar vermemesi" dir. Hipokrat Yemini, hekimlik sanatının önemli sembollerinden birisidir. Hipokrat Yemini, herhangi bir bağlayıcılığı ve yasal yaptırımı olmamasına rağmen metin hekimlik tarihi ve yasaları açısından önem taşımaktadır. Hipokrat, tıbbı dinden ayırarak ilk modern hastaneyi kurmuştur (Uğurlu,1997:67-68).

Hipokrat Yemini'ni genel çerçevede incelediğimizde;

- “Hekim Apollon, Aeskülap, Hygeia, Panakeia ve tüm tanrılar ve tanrıçaların önünde, onları şahit göstererek bu yeminimi ve vermiş olduğum sözü, gücümün yettiği son ana kadar yapacağım.
- Hocamı babam gibi bilecek, kazandığım rızkı kendisiyle paylaşacağım.
- Reçete misallerini, şifai bitkileri ve başka tıbbi bilgileri sadece çocuklarıma, hocalarımın çocuklarına ve hekimlik andı içmiş olanlara öğreteceğim. Bunların haricinde kimseye bu bilgileri vermeyeceğim.
- Hocamın ve ailesinin paraya ihtiyacı olduğunda kesemi hemen bölüşeceğim, ailesini her zaman kardeş olarak göreceğim.
- Aklımın erdiği, gücümün yettiği ölçüde hekimlik çabamı hastanın yararına olacak şekilde ortaya koyacağım.
- Bu sanatı öğrenmek isteyenlere ücret ve senet almadan öğreteceğim.
- Ona zarar vermekten ve haksızlıkta bulunmaktan kaçınacağım.
- Benden zehir istense de onu isteyeneye vermeyeceğim ve bu şekildeki hareket tarzını asla önermeyeceğim. Gebe kadına asla bebek düşürmesi amacıyla ilaç önermeyeceğim, bu konuda kimseye yol göstermeyeceğim.
- Hayatımı ve sanatımı iç temizliğiyle ve inançla koruyacağım.
- Özellikle mesanesinde taşı olan kişiye bıçak kullanmayacağım. Bunun için yerimi bu işi sanat edinmişlere bırakacağım.
- Hangi ev olursa olsun sadece hastaya yardım amacıyla girecek, köle, erkek ve kadın fark etmeksizin vücutlarını kötüye kullanmayacağım.
- Sanatımı uyguladığım yerde ve dışında, insanlarla ilişkilerimde görüp duyduğum, başkalarına söylenmemesi gerekenleri sır olarak saklayacağım.
- Eğer bu yemini tutar ve bozmazsam yaşamımda ve sanatımda yükselişim ve kazanacağım itibar benim hakkım olsun, eğer andımı çiğner ve tutmazsam bunun aksini göreyim (Dayı,2007:45).” şeklindedir

Hekim kelimesi Latince’de “*öğretmen*” anlamına gelmektedir. Yaklaşık bin beş yüz yıl kadar önce, ilk üniversitenin kurulmasıyla beraber akademik bir meslek unvanı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise doktorasını yapmış kişilere verilmek suretiyle kullanılsa da genel itibariyle “*Tıp Doktoru*” anlamında kullanılmaktadır. Bu unvanı hak eden kişilerin isimlerinden önce gelen “Dr.”

kısaltmasıyla belirtilmektedir. Sağlık alanında unvan olarak “*Hekim*” kelimesi, ilk kez Avrupa’da kullanılmaya başlanmış ve daha sonraları Amerika ve diğer Avrupa sömürgesi olan ülkelere yayılmıştır. Özellikle günümüzde hekimlik mesleği halk tarafından saygı duyulan ve el üstünde tutulan bir meslektir. Geçmişten günümüze hekimlik mesleği, insanların sağlıklarını korumak adına ciddi bir gayret ve özverili çalışma gerektirir. Hekimlik mesleği için belki de en önemli özellik bu mesleği çok sevmek, çok benimsemek ve çok istemektir. Bu meslek insanların hayatlarını daha iyi hale getirmek için gece gündüz çalışmayı gerektirir. O nedenle sevmeden, özverili olmadan yapılabilecek bir meslek değildir(Dayı,2007:39).

Hekim olmayı isteyen adayların,

- Üst düzey akademik bilgi sahibi olmaları,
- Kimya ve Biyoloji konularında ilgili ve başarılı olmaları,
- Araştırmaları ve yeni gelişen teknolojiyi devamlı incelemeleri, meslek hayatında tıptaki yenilikleri takip etmeleri,
- Fedakâr, sabırlı ve dikkatli olmaları,
- Hastalara karşı saygılı, hümanist bir yapıya sahip olmaları ve onların duygularını anlayabilmeleri gerekir (Dayı,2007:39-40).

Hekimlik mesleği gereklilikleri arasında en önemlisi, altı yıl tıp fakültesi okuyarak başarılı olmak suretiyle hekimlik diplomasının alınmasıdır. Diplomanın Türkiye’deki fakültelerden olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı’nca onanma şartı olmak suretiyle yabancı ülkelerdeki fakültelerden alınması yeterlidir. Tıp diploması sahibi olmanın yanında, kullanılabilmesi için bunun Sağlık Bakanlığınca tescil edilmesi gereklidir (Dayı,2007:39-40).

Türk Tabipler Birliği Kanunu’na (1954) göre; doktorluk mesleğini icra edilebilmeleri için serbest çalışan doktorların mutlaka Tabip Odalarına kayıt olma zorunluluğu vardır.

Türkiye’de üniversitelerdeki Tıp Fakülteleri sayısı 1990 yılında 25 iken, 2017 yılı itibariyle bu sayı 68’i bulmuştur. Dünyada en fazla Tıp Fakültesine sahip olan Hindistan’da 271, ABD’de 147, İngiltere’de 32, Almanya’da 36 ve komşumuz Yunanistan’da ise 7 Tıp Fakültesi vardır. Türkiye, bu sayılara göre dünyada beşinci sırada yer almaktadır (<http://www.diyarbakirsoz.com/makale-4709-Tip-Fakultesi-Sayisi-olarak-Dunya'da-5-Siradayiz.html>).

3.1.2. Hekimlerin Statülerine Göre Sınıflandırılması

Hekimlik mesleği tarihsel olarak en eski mesleklerden biri olup, ayrıca içerik olarak alt yapısı çok geniş bir meslektir. Tıp Fakültesinden mezun olanlar, Hekim olarak adlandırılıp daha sonrasında uzmanlığını aldığı takdirde Uzman Hekim olarak görev yapmaktadır.

3.1.2.1. Hekimlik

Sağlık Bakanlığı'na göre; “İnsan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan kişidir ”.

Hekimlik Mesleğinin Gerektirdiği Özellikler: Tıp doktoru olarak Hekim olmak isteyenlerin, genel itibariyle Fen Bilimleri özellikle Kimya ve Biyoloji konularında başarılı olmaları ve bu bölümleri sevmeleri gerekmektedir. Bireylere karşı her zaman saygılı, onların duygu ve düşüncelerini anlayabilen, özellikle Tıp ve Sağlık konularında derinlemesine araştırma merakı olan, okuma alışkanlığına sahip, mesleki yaşamı boyunca tıptaki tüm yenilikleri takip edecek, temizlik ve hijyene özen gösteren, dikkatli ve sabırlı, fedakârlıktan kaçınmayıp zaman mefhumu olmayan, ruhsal yönden rahatsızlığı olmayan, yara ve pis kokulardan rahatsızlık duymayan, gerektiğinde soğukkanlılığını koruyabilecek bireylerin olmaları gerekmektedir.

Çalışma Ortam ve Koşulları: Tıp Fakültesini yeni bitiren hekimler ya da sonrasında TUS ile kendilerine branş seçmeyen hekimler, zorunlu hizmetlerini tamamladıktan sonra Özel veya Resmi Hastaneler, Dispanserler ile Muayenehaneler vb. yerlerde görev yapabilirler. Çalışma ortamları neresi olursa olsun hijyen olmak zorundadır. Genellikle hekimlerin, çalışma yerleri ve koşullarına göre çalışma saatleri düzensiz olabilmektedir. Hafta sonları ve gece nöbet tutabilmektedirler. Personel eksikliği yaşanan birimlerde, acil vakalarda günün her saatinde göreve çağrılabilirler.

Hekimlik Eğitiminin Verildiği Yerler: Lise veya dengi okullardan mezun olan adayların, Yükseköğretime Geçiş Sınavı'nda Devlet ya da Özel Üniversitelerin Tıp

Fakültelerine girebilecek puanları almalarıyla hekimlik mesleğinin ilk adımı olan üniversiteye yerleşmiş olmaları gerekmektedir.

Tıp Fakültesi Eğitim Süresi: Fakültelerde eğitim, hem teorik hem de uygulamalı olmak üzere İngilizce hariç toplamda 6 yıldır. Uzmanlık eğitimleri bölümlere göre süreleri değişmekte olup 3 ile 7 yıl arasındadır. Tıp Fakülteleri 1. yıl derslerinde Fen Bilimleri ağırlıklı olup, ayrıca Sağlık Bilimlerine başlangıç olarak hücrelerin yapısı ve görevleri okutulmaktadır. 2. ile 3. sınıfların konuları arasında Anatomi, Fizyoloji ve hastalıklardan korunmayla tedavileri yer alır. 4. ve 5. sınıflarda zaman zaman hastaneye yönlendirilen öğrenciler, teorik eğitim haricinde hasta başı eğitimleriyle pratik eğitime geçerler. 6. sınıf Tıp öğrencilerine "İntern" denilmektedir. İnternler, Üniversite Hastanelerinde bir hekim gibi çalışarak bir nevi hekimlik mesleğinin stajını yapmaktadırlar. Stajlar sırasında, hasta muayeneleri, tedavi yöntemlerinin öğrenilmesiyle ameliyatlara girip, yaralılara küçük yaralarda dikiş atılması, aşı yapımı, kan alma ve enjeksiyon işlemlerinin yapılması gibi uygulamalı olarak eğitime tabi tutulurlar. Tıp eğitimi sonunda başarılı olanlara "Tıp Fakültesi Diploması" verilir ve "Hekim" olarak adlandırılırlar.

Hekimlerin Çalışma Alanları: Ülkemizde, sağlık personeli ile birlikte özellikle hekimlerde çok eksik vardır. Hekimler genel itibariyle, Verem Savaş Dispanserleri'nde, Aile Hekimlikleri'nde, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde, Hastane Acil Servisleri'nde, Kurum Hekimlikleri'nde, Kan Bankaları'nda, ayrıca Özel Hastanelerin Sorumlu Hekimi ve Yöneticisi olarak çalışabilirler.

Meslekte İlerleme: Tıp, alan olarak da çok geniş bir yapıya sahiptir. Lisans eğitimini bitiren bir hekim, sonrasında isterse yüksek lisans ve doktora yapabilir. Tıp Fakültesini bitiren hekim, Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda şayet başarılı olursa aldığı puana göre tercih yaptığı branşta uzmanlaşabilir.

Görevler: Hekimlerin yaptıkları görevler, genel itibariyle birbirlerine çok benzerler. Çalıştıkları ortamın şartları, görevlerindeki farklılıkları az da olsa ön plana çıkarmaktadır. Hekimlerin en çok görev yaptıkları birimler, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Aile Hekimlikleridir. Birinci Basamak Merkezlere başvuruda bulunan hastalara ilk teşhisi koyan ve gerekliyse tedavi edici müdahaleler uygulayan hekimlerdir. Hekimlerin görevlerini incelediğimizde; hastaların şikâyetlerini, tıbbi öykülerini ve aileleri ile ilgili bilgileri almanın (anamnez) yanında, bu bilgileri

önemine göre süzgeçten geçirerek hasta formuna kaydetmek, hastaların fiziki muayenelerini yapmak, hastaların durumlarına göre teşhis amaçlı gerekli idrar, kan, röntgen ve ultrason gibi tetkikleri istemek, ileri tetkikler gerekliyse hastanın ilgili uzmanlıklara sevk edilmesini sağlamak vardır. Ayrıca hastalığın teşhisine göre ilaç yazıp, hasta ve yakınına bildirirler. Gerekliyse tedavi seçenekleri ve korunma yöntemleriyle riskleri konularında bilgi verirler. İş kazaları, trafik kazaları, ölümlü ve yaralanmalı olayları, hastane polisine bildirerek gerekli raporların düzenlenmesini sağlarlar. Sorumlusu bulunduğu birimin idaresini sağlayarak bulaşıcı hastalık görülmeye başlandığı andan itibaren önlemler alır ve gerekli işlemleri yerine getirirler. Başlıca görevlerini maddeler halinde sıraladığımızda;

- 1-Sağlık Hizmetlerini planlayarak uygulanmasını sağlamak,
- 2-Hizmet sunacağı bölgeyi ve toplumu tanımak,
- 3-Sağlık Kurulu ile ilgili işlemleri yürütmek,
- 4-Üreme Sağlığı'nı planlayıp uygulamak,
- 5- Hasta sevk sistemini uygulayarak sonuçları takip etmek,
- 6- Laboratuvar hizmetlerini yürütmek,
- 7- Hekimi olmayan belediyelerde, belediye hekimin görevlerini yerine getirmek,
- 8- Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Programları'nın yürütülmesini sağlamak,
- 9- Acil Sağlık Hizmetleri'nin yürütülmesini sağlamak,
- 10-Halka, sağlık eğitimi vererek yönlendirmeler yapmak,
- 11- Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerde yer almak,
- 12- Kronik hastalıkları ve risk gruplarını bilmek, gerekli tanı ve tedavi hizmetlerini yürütmek (29258 Sayılı Resmi Gazete, 2015:Md.46).

3.1.2.2. Uzman Hekimlik

Uzman Hekimlik, Tıp Fakültesini bitirdikten sonra yılda iki defa ÖSYM tarafından yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girerek başarılı olup, sonrasında branşlara göre yeterli süre asistan hekim olarak çalışarak alınan unvandır.

Genel itibariyle Uzman Hekimlerin başlıca görevleri şu şekilde sıralanmıştır.

- 1-Uzmanlık alanları çerçevesinde hastaların muayene ve tedavi işlemlerini yapmak,

- 2- Kendi branşları gereği verilmesi gereken tüm tedavi edici hizmetlerin teknolojik ve etik esasları doğrultusunda kararlar vermek,
 - 3-Hastaların müşahede, tedavi ve sonuçlarını bilgisayar sistemine kaydetmek,
 - 4-Zaman sınırlaması olmaksızın acil vakalara gündüz gece demeyip davet edildikleri zaman derhal tedavi merkezine gelerek gerekli tedaviyi uygulamak,
 - 5- Laboratuvar ve ameliyathanedeki cihazların zamanında kalibrasyonlarını yaptırıp kontrollerini sağlamak,
 - 6-Poliklinik ve servisinde ihbarı mecbur bir bulaşıcı hastalık görüldüğünde, ihbar vesikasıyla durumu bildirmek,
 - 7- Halk Sağlığı Eğitimi ile Hizmet İçi Eğitim Programını planlamak, uygulamak ilgili seminer ve konferanslara katılmak,
 - 8-Servis istatistiklerini düzenlemek, zamanında vermek ve servis protokol defterinin tutulmasını sağlamak,
 - 9-Ameliyatın sonunda, yaptığı ameliyatı ameliyat kayıt defterine kaydetmek,
 - 10-Poliklinik ve servislerde geçen önemli vakaları bildirmek,
 - 11-Ameliyat gerekliyse hastaya durumu bildirerek ameliyat esnasında anestezi uzmanları ile beraber operasyonun gerçekleşmesini sağlamak,
 - 12-Laboratuvara gelen bütün tetkik ve tahlilleri, serolojik ve biyolojik teamül ve testleri yapmak,
 - 13-Gönderilen hastaların radyolojik tetkiklerini yapmak, tetkik neticesini kanaatiyle birlikte ilgili uzmana göndermek.
- (www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-16734/h/gtekniksartnameekigorevtanimlari.doc).

3.1.3. Hekimlerde Bulunması Gereken Özellikler

Ülkemizde üniversite sınavında en çok rağbet gören bölümler arasında, Tıp Fakülteleri ilk sıralarda yer almaktadır. Hekimlikte, uzun soluklu ve zor bir eğitiminin okunmasından daha zoru Tıp Fakültesini kazanabilmektir. Tıp Fakültesini kazanan öğrenci 6 yıl Tıp eğitimi aldıktan sonra Hekim olarak meslek hayatına başlar. Bazı üniversitelerde ise zorunlu hazırlık eğitimi verilerek, bu süre 7 yıla çıkarılmaktadır. Fakültelerden mezun olan hekimlerin, devlette zorunlu hizmet yükümlülükleri bulunmaktadır. 5371 Sayılı Kanun ile bu zorunlu hizmet, ilk mesleğe

başlayan hekimlerde, yeni uzman hekimlerde ve yan dalını bitirmiş hekimlerde uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından atamaları yapılan hekimlerin, mecburi hizmette 300 ile 600 gün arasında görev yapmaları sağlanmaktadır (Odabaşı ve Güler, 2010:5).

Tıp Fakültelerini bitiren hekimlerin diplomaları, üniversitelerdeki dekanlıklar tarafından Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Diplomaların kendi bünyesinde toplanmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı, iki aylık zaman dilimi içerisinde hekimlerin atamalarını yapar. Hekimlerin gönderildikleri yerlerde hizmet yükümlülüğünü tamamlamasının ardından diplomaları kendilerine teslim edilir.

Hekimler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ismiyle adlandırılan yılda iki kez Nisan ve Eylül aylarında yapılan sınava girerek, kazandıkları takdirde uzmanlık dallarında tercihlerine göre 3 ile 7 yıl arasında değişen sürelerde asistanlık eğitimlerini bitirerek branşlarında Uzman Hekim olarak çalışabilirler. Hekimlik sonrası hizmet yükümlülüğünü tamamlamayan hekimler, uzmanlık eğitiminden sonrada tamamlayabilirler. Uzman Hekimler genel itibariyle İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri olan devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapabilirler. Hekimlerin maaşları, uzman olup olmamalarına, uzman olanların uzmanlık dalına, çalışılan şehir ve hastaneye göre değişmektedir.

Hekim olmak için gereken özelliklere ek olarak, hekimlerin dikkatli, özenli, saygılı ve sabırlı kişiler olmaları meslekleri ve hastaları yönünden çok önemlidir. Dünya çapında Tıp alanındaki gelişmeler çok hızlı olduğundan, bu gelişmeleri sürekli okuyarak ve araştırarak takip etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle okumayı sevip araştırmacı olmaları çok önemlidir. Hekimlik mesleğinin zor tarafları arasında çok çalışmak, hafta içi, hafta sonu hatta tatillerde nöbet tutmak gibi görevlerle mesleği adına fedakârlıkta bulunmak yer alır (Odabaşı ve Güler, 2010:5).

3.1.4. Hekimlik Mesleğinin Sorumlulukları

En basit şekilde değerlendirdiğimizde, hukuksal olarak hekimlerin hasta ya da bireylere tıbbi müdahalede bulunmaları kişilik haklarına (vücut bütünlüğü ve hayat) müdahale olduğundan dolayı hukuka aykırıdır. Bu hukuka aykırılığı Medeni Kanun'un 241. Maddesine göre, hastaların rızaları, zorunluluk halleri ya da kanunun

vermiş olduğu bir yetkinin kullanılmasıyla ortadan kalkabilir. Bu üç durumdan hangisi olursa olsun hekim ile hasta arasında bir hukuki bağ kurulmuş olur. Hukuki olan bu bağ rıza ile oluştuysa sözleşme, zorunluluk halinde yani hastanın rızası olmamasında ise hekimin müdahalesi can kaybını engelleyecek durumdaysa vekâletsiz iş görme olarak adlandırılır. Türk Kamu Hukuku'nun vermiş olduğu bir yetkiden dolayı müdahale gerekliyse, bu durumda kamu hukukunun kuralları geçerlidir.

Yukarıda bahsedilen durumlardan en az birinin oluşması, ilişkinin hukuka aykırılık durumunu yok eder. Ancak bu durum hekimlerin sorumluluklarına engel olamaz. Hekimler sadece hastalarına karşı görevlerini yerine getirirlerse sorumluluktan kurtulurlar. Hastalar kendi rızaları ile kamu ya da özel bir hastaneye muayene olmak amacıyla başvurmuşlarsa tüm tartışmalar bir kenara bırakılarak kendi aralarında bir vekâlet veya bir eser sözleşmesi yapmış olurlar. Yargıtay bu durumu, hekim ile hasta arasındaki vekâlet sözleşmesi olarak kabul etmektedir. Gerek muayene, gerek tedavinin başlanması, gerekse de ameliyat yapılması gibi durumlarda, müdahale ne olursa olsun hekim ve hasta arasında bir sözleşme bulunmaktadır.

Özel bir hastanede belirli bir hekim tarafından tedavi alan hasta, meslek kusuruna uğramış ise o hastanenin sahibi ya da yöneticisi de Türk Borçlar Kanunu 55 'e göre sorumludur. Nedeni ise burada hekim hastane sahibi ya da yöneticisinin sözleşme gereğince ifa yardımcısı, haksız fiil sebebiyle de müstahdemidir. Aynı şekilde özel hekim tedavi esnasında yardımcı kullanıyorsa, yardımcıların verdiği zarardan dolayı o da TBK 100 ve 55'e göre sorumludur (Uygur 2009:316-329).

3.1.5. Tıpta Etik ve Hekim-Hasta İlişkileri

Hekim ile hasta arasındaki iletişimin karar verme sürecindeki durumlar için araştırmacılarca birçok model geliştirilmiştir. Neredeyse tüm yazarlar ve araştırmacılar, ortak bir tarihi temelde buluşarak birçok hekim tarafından da halen kullanılmakta olan “Paternalist Modeli” ilk sırada incelenmektedir.

3.1.5.1. Babacan (Paternalistic) Hekim Modeli

Paternalistik Model; Emanuel bu modeli ismiyle özleştirerek açıklamalarda bulunmuştur. Eski tarihlerde babaların egemen olduğu baba - oğul ilişkilerinde olduğu gibi ya da usta - çırak ilişkisi içerisinde ustanın egemenliğinden yola çıkarak bu modeli hekim hasta arasındaki ilişkiye benzetmiştir. Hekimler bu modelde kesin olarak egemen olmaktadır. Hekim hastanın sağlığını koruyacak tedbirleri alarak tıbbi bilgisinin gereklerini bildirir ve hastaya en iyi tedaviyi uygulayacağı konusunda ikna eder.

Paternalist yaklaşımın yaygın kullanılışı kabul edilmekle beraber gerekliliği çoğu zaman işin uzmanlarınca kabul edilmemektedir. Çünkü bu model dört model arasındaki hekime en çok hakkı veren model olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların pasif rolde, alternatiflerden habersiz ve hekim ile müzakere gücünün en az olduğu modeldir (Roter ve McNeilis, 2003: 123).

3.1.5.2. Bilgilendirici Model

Bilgi Verici/Öğretici Model (Informative Model): Bu modelde, hekim-hasta etkileşiminin amacı, hekimin hastaya, seçmesi için tüm gerekli bilgileri sunmasıdır. Hasta bunun sonucunda istediği tıbbi müdahaleler ile hekimin sunmuş olduğu müdahaleler arasında seçim yapar. Burada hasta, hastalığı gereği olası tüm teşhis, tedavi ve müdahaleler ile oluşabilecek riskleri ve belirsizlikler ile faydaları öğrenmeye başlar ve kendi değer ve düşünceleri ile bir seçim yaparak kendisine göre en iyi müdahaleleri seçebilir. Bilgilendirici modelde oldukça açık bir ayrım vardır. Hastanın bilmesi gereken tüm verileri hastaya sunmak hekimin yükümlülüğüdür. Hasta istediği tedaviyi alabilmelidir. Hasta ile hekimin hem fikir olma gibi zorunluluğu yoktur. Bu modelde baskın olan kısım hastadır (Emanuel ve Emanuel, 1992:2221-2226).

Hekimin bu aşamadaki tek rolü, teknik uzmanlıktır. Teknik uzman rolü ile hekimin, bilgilerini, yeteneklerini ve gerekliliklerini hastaya bildirme zorunluluğu vardır. Hastanın hastalığı hakkında son tıbbi kararı verme ve uygulanmasını isteme hakkının, hastanın kontrolünde olduğu modeldir (Öngören; 2004: 53).

3.1.5.3. Açıklayıcı/Yorumlayıcı Model

Açıklayıcı / Yorumlayıcı (Interpretive Model): Bu model, bilgilendirici modelin üzerine kurulmuş ve geliştirilmiştir. Bilgilendirici modele benzer şekilde yorumlayıcı modelde hekim, hastaya tanı ve tedavisi ile ilgili tüm bilgileri vermekten sorumludur. Ancak sadece bilgi verir ve hastanın kararını kabul eder. Bilgilendirici modelin aksine, yorumlayıcı model hastanın değerlerinin her zaman tam olarak anlaşılmadığını düşünerek hastaların değerlerini çoğu zaman, hasta tarafından tamamen tanımlanamaz. “ Bu nedenle hekim, hastanın değerlerini açığa çıkarma ve anlamlandırarak tıbbi müdahalelerin belirtilen değerlerini en iyi şekilde gerçekleştirdiğini belirleme konusunda yardımcı olur. Bu nedenle, yorumlayıcı modelde, hekim sadece bilgilendirici bir hekim ve teknik uzman değil aynı zamanda hastaya yardımcı olan danışman rolünü üstlenendir. Bu hasta bakım modelinde hekimler ve hastalar, karakter ve inançlarına göre hastaya uygun değerleri tedavilerle birleştirmek için birlikte çalışırlar” (Wagner, 2015:62-68).

Sonuç olarak bu modelde, hekim hastasının değerlerini gerçekleştirebileceği tedavinin seçilmesinde hastasına yardımcı olur. Burada hasta tedaviyle ilgili tüm bilgi, risk ve yararları bilmelidir. Öncelikle hekim en iyi tedaviyi ve testleri belirleyerek hastaya dikte etmeden iletir ve sonuca hasta kendi karar verir.

3.1.5.4. Görüşmeci/Uzlaşmacı/Müzakereci Model

Dördüncü model ise, Emanuel ve Emanuel (1992) tarafından sunulan hasta bakımdan müzakereci modeldir. Bu modelin gelişimi diğer üç modele dayanmaktadır. Esasen bu model, hekim hasta arasında klinik durumda gerçekleştirilebilecek en iyi sağlıklı durumun seçimidir.

Bu modelde hekim, hastaya tedavi vermenin yanı sıra karar vermesinde de yardımcı olan bir arkadaş ya da öğretmene benzer bir rol üstlenir. Bu şekilde, hekim hastaya, sağlıkla ilgili değerlerin kabul edilebilir ve ulaşılabilir olması konusunu anlatır. Bu şekilde, hekim hastasıyla birlikte sağlığı ile ilgili olarak hangi konularda ne karar vereceklerini belirlemek için müzakere ederler. Bu müzakere sürecinde hekim ile hastanın ortak bir iyi niyet eylemi oluşturmaları için bir dizi pratik neden

oluşturmaya yönelik müzakerelerde bulunmaları gerekmektedir. Bununla birlikte müzakerenin, sadece hekim ve hasta arasındaki hastanın hastalığını ve tedavilerini etkileyen değerleri içerdiğine dikkat etmek önemlidir.

Tablo 6 : Dört Modelin Karşılaştırması

MODEL	HASTA DEĞERLERİ	HEKİMİN GÖREVLERİ	HEKİMİN ROLÜ
PATERNALİST BABACAN	Amaç, hekim ve hasta tarafından paylaşılan	Mevcut tercihlerinden bağımsız olarak hastanın refahını arttırın	Gardiyan
BİLGİ VERİCİ	Sabit ve hasta tarafından bilinen	Gerçek bilgi sağlayın	Yetkili teknik uzman
YORUMLAYICI	Belirsiz, çelişkili, aydınlanma gerektirir	Fiili bilgi sağlamak ve hastanın değerlerini ortaya çıkarmak ve yorumlamak için yardım	Danışman
UZLAŞMACI	Diyalog aracılığıyla geliştirmeye ve gözden geçirmeye açık	Bilgi verir, değerleri ortaya çıkarır, yorumlar ve ikna eder	Arkadaş ya da öğretmen

Kaynak: Ezekiel, Four Models Of The Physician-Patient Relationship;1992

3.2. AİLE HEKİMLİĞİ KAVRAMI

Sağlık Reformu’yla beraber Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin öneminin tekrar yapılandırılarak elden geçirilmesi hedeflenmiştir. Aynı nitelikte olan

hizmetlerle aynı nüfustaki gruplar için farklı hizmet sunulmasının önüne geçebilmek amacıyla tek tip hizmet merkezlerinin sisteme entegre edilmesi hedeflenmiştir.

Ülkemizde sağlık eğitimi konusundaki maliyetlerin etkinliği düşünüldüğü zaman, hastalara yönelik Koruyucu Hekimliğin arzı ile Birinci Basamaktaki Sağlık Hizmetlerinin birbirleri ile bir bütünün parçaları olarak verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu süreç ile beraber ortaya çıkan en önemli sonuç, vatandaşlarımızın hiçbirine ayırım yapmadan kendilerini ve de ailelerini toplumun ayrılmaz bir parçası olarak görerek, bütüncül bir yaklaşımla sistemi sürdürebilecek hekimlere ihtiyacın olduğunu ortaya çıkmasıdır. Tam da bu noktada Aile Hekimlerinin, hastaların gereksinimlerini ön planda tutarak, meslekleriyle ilgili kendilerine düşen görev bilinci içinde her zaman sağlık bilgilerini geliştirerek, teşhis, tedavi veya destek sağlamak suretiyle hastaların var olan hizmetlere ulaşmalarını da sağlayarak görevlerini en iyi şekilde yapmaları hedeflenmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nca başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” dâhilinde en önemli basamaklarından biri olarak gerçekleştirilen “Aile Hekimliği Uygulaması” ilk kez 2005’te Düzce’de başlatılmıştır. 2006’da 7, 2007’de 14, 2008’de 31, 2009’da 35 il ve 13 Aralık 2010 itibarıyla 81 ilde hayata geçirilmiştir. Öncelikle Avrupa Birliği’ne uyum paketleri sürecinde, ülkemizdeki Sağlık Ocaklarının Aile Sağlığı Merkezlerine dönüştürülmeleri sağlanmıştır. Önceden 5 bin Sağlık Ocağı’mız varken, bu dönüşüm ile Aile Hekimliği’ne geçilerek Aile Sağlığı Merkezi sayısı 7 bin 200’e ulaşmıştır. Sistemin başlamasıyla adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin adres bilgilerinin, elektronik ortamda merkezi bir yapı ile gerçekleştirilerek Aile Hekimi ile hastalarının eşleştirmesi yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezleri’nin sayısının Sağlık Ocakları’ndan fazla olması sebebiyle hekim sayısının da artırılması sağlanmıştır.

Aile Sağlığı Merkezleri’nin vatandaşlara mümkün olduğu kadar yakın olabilmesi düşünülerek her semt ve mahalleye olabilecek şekilde Aile Hekimleri atanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporuna göre şu anda ülkemizde 26 bin 252 Aile Hekimi vardır. Hasta memnuniyetinde en önemli ölçüt, hekimin hastaya daha fazla zaman ayırmasıdır. Bu durumu hekim başına düşen hasta sayısına oranladığımızda, ülkemizde yaklaşık her hekime ortalama 3500 hasta düşerken, gelişmiş ülkelerde bu oran 2000 civarındadır. Buradan da anlaşılabileceği gibi hem

hekimlerin hem de Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının iş yükleri çok fazladır. Sağlık Bakanlığı'nın nihai hedefleri arasında 2023 yılına kadar her Aile Hekimine gelişmiş ülkelerdeki gibi 2 bin hastanın düşmesi yer almaktadır (İnce, 2012:137-139).

3.2.1. Tanımlar

Korukoğlu (2004), Aile Hekimliği'ni vatandaşlara ve ailelerine devamlı olarak ve çok yönlü sağlık hizmetleri sunan, teşhis ve tedavi ile davranış bilimlerinin beraberliğinde, faaliyetleri içinde yaş gruplarının hepsiyle ilgilenen, cinsiyet ayrımı yapmadan, tüm sistem ve hastalıkları kapsayan bir uzmanlık alanı olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Aile Hekimi; “Kendisine bağlı olan topluma yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren, Temel Tıp eğitiminden sonra, konusunda en az 2 yıl eğitim görmüş Tıp Hekimidir.” Aile Hekimliği'nin sürekliliği, annenin karnında bulunan fetüsten başlayarak aile içerisindeki en yaşlıya kadar tüm aile bireylerinin sağlığından, sağlık problemlerinden ve hastalıklarından sorumlu olmasıyla sağlanır.

Ustu vd. (2011) göre, Aile Hekimi, kendi birimine kayıtlı bireylerin aynı zamanda da sağlık danışmanıdır. Aile Hekimi, her yaştaki bireye Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri sunmaktan sorumludur. İlk basamak ve ilk başvuru yapılacak yer olan hekimlik, Aile Hekimliği'dir. Ülkemizde Aile Hekimlikleri'ne, başlangıcından itibaren Aile Sağlığı Merkezi'ne ikametgâh olarak en yakın yerleşim yerlerinden başlayarak yerleştirme yapılmış olup bireylerin ulaşılabilmesi kolay olmuştur. Aile Hekimi, Aile Sağlığı Merkezi'nde kendisine kayıtlı hastaları hastalıkları konusunda tanır, ailelerin, çevre ve iş ilişki durumlarını değerlendirebilir, bireylerin sağlık yönünden Koruyucu Sağlık Hizmetleri kapsamında yaşama koşullarını değerlendirip gerekli sağlık eğitimlerini verebilir.

24.11.2004 Tarih ve 5258 Sayı ile Resmi Gazete'de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulaması'na göre Aile Hekimi, “Bireye yönelik Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde, yaş, ırk, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın tüm vatandaşlara kapsamlı ve sürekli olarak hizmet vermekle yükümlü, gerektiğinde belli bir plan dahilinde Gezici Sağlık Hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan Aile Hekimi Uzmanı veya Sağlık

Bakanlığı'nın belirlediği eğitimleri alan Uzman Hekim veya Hekimdir” (İnce, 2012:137-139).

Aile Hekimliği incelendiğinde; genellikle bu sistemin geçerli olduğu ülkeler arasında Aile Hekimlik Modeli veya Aile Hekimlik Sistemi türünde iki şekilde uygulanmakta olduğu görülmektedir. Model olarak incelendiğinde; uzmanlığa dayalı olarak hasta ile ilk karşı karşıya gelenin Aile Hekimi Uzmanı olması beklenir. Ancak ülkemizde de kullanılan Aile Hekimliği Sistemi'nde, sistem içerisinde uyum gösterebilen ve bunu kabul eden tüm hekimler Aile Hekimi olabilir. Burada hekimin branşı aranmaz. Nörolog da olabilir, Çocuk Hekimi de olabilir (Aksakoğlu, Kılıç ve Uçku, 2003:4).

3.2.2. Aile Hekimliği Disiplini

Ağdemir'e (2012) göre; “Aile Hekimliği Sağlık Hizmetlerinin sunumunun Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin teşkilatlandırılmasından hasta memnuniyetine kadar uzanan süreç içerisinde belirleyici rolünün farkındalığıyla mesleki ilkelerinin birleşimi, Tıp literatüründe “ Aile Hekimliği Disiplini ” olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile Hekimliği branşı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin felsefesini en doğru biçimde karşılayan, kendisine ait eğitim konuları, araştırma ve kanıta dayalı klinik çalışmaları olan, Birinci Basamağın var oluş biçimini oluşturan uygulamacı disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır. Aile Hekimliği'nde görev alan hekimler, Genel Hekimler ve disiplinin ilke ve branşlaşması konusunda özel eğitim almış Uzman Hekimlerden oluşmaktadır”.

Aile Hekimliği Disiplinleri'nin temel özellikleri şunlardır:

- a) Yaş, cinsiyet veya başka özelliklere bakılmadan Sağlık Sisteminin ilk tıbbi temas noktasının oluşturulduğu ve hastanın tüm sağlık problemleriyle ilgilenildiği merkezlerin hekimleridir.
- b) Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan diğer sağlık personeli ile beraber, sağlık hizmetlerinin kaynaklarının en etkili şekilde kullanılmasını sağlar.
- c) Hastanın kendisine, ailesine ve çevresine yönelik olarak insan merkezli bir yaklaşımın sunulmasını amaçlar.

- d) Hekim ile hasta arasında kendine özgü zaman içinde gelişmekte olan devamlı etkileşim içerisinde, görüşme sürecinin gelişmesini sağlar.
- e) Hastalığın erken evresinde teşhis edilen rahatsızlıkların kontrolünü yönetir.
- f) Toplum Sağlığı adına özel sorumluluklar üstlenmiştir.
- g) Etkili sağlık hizmetleri ile iyilik durumunun geliştirilmesini sağlar.

3.2.3. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Ağdemir (2012), hastaların aile bireyleri ile beraber geniş çevreleri üzerinde olan ve oluşması muhtemel sonuçlarının farkındalığıyla etik anlayış kurallarına uygun davranma, bilimsel araştırmaların ışığında, teşhis ve tedavi yöntemleri konularında bilgili, tecrübeli olma, öğrenmeye açık ve kalitenin sürekliliğini devam ettirme görevi olan

Aile Hekimliği'nin temel özellikleri şunlardır:

- Sağlık Hizmetlerinin hastayı karşılama teşhis, tedavi ve yönlendirme yönünden ilk basamak tıbbi temas merkezidir.
- Hastaların, cinsiyet, yaş ya da sosyal güvenlik özelliklerine göre ayırım yapmaksızın tüm Sağlık Hizmetlerine bakmaktadır.
- Merkezdeki diğer sağlık çalışanlarıyla beraber, Sağlık Sisteminin kaynaklarının en verimli ve etkili şekilde kullanımını sağlar.
- Bir üst uzmanlık gerektiren hastalıklarda, hastaların yönlendirilmesini ve sonrasında takibini sağlar.
- Hastalara, ailelerine ve topluma yönelik olarak kişi merkezli bir yaklaşımla yaklaşır.
- Hekimlerin kendilerine özgü, hastalarıyla görüşme süreçleri vardır. Zamanla iletişimin artması ile gelişen iyi ilişkilerin kurulmasını sağlarlar.
- Hastalarının akut ve kronikleşmiş sağlık problemlerinin tedavisi ile yönetilmesini sağlarlar.
- Erken evrelerde teşhisi yapılan hastalıkların bir an önce tedavisi için gerekli yönlendirmeleri yaparlar.
- Birey ve toplum sağlığı adına özel bir sorumluluk üstlenmişlerdir.

- Hekimler, bireylerdeki sağlık problemlerini bir bütün olarak ayırım yapmadan fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel olarak ele alıp değerlendirmelerde bulunurlar.

Aile Hekimliği, kişilerin sağlıklarını emanet ettikleri, her türde sağlık problemlerinin czmn hedefleyen ve bu hedefler doğrultusunda czm yolları araştırıp yol gösteren, Birinci Basamak ilk başvurunun yapıldığı merkez ve hekimliktir. Ayrıca evlilik, okul, işe giriş ve ehliyet sahibi olmak isteyen vatandaşlar sağlık raporlarını Aile Hekimleri'nden alırlar (İnce, 2012:140).

3.2.4. Aile Hekimliğinde Amaç ve Hedefler

Sağlık Hizmetlerinin amaçları arasında, Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Birinci Basamağın önemini arttırarak Sağlık Hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve bu hizmetlerden tüm vatandaşların faydalanmalarını sağlamak yer almaktadır. Ülkemizde uygulanmaya başlayan SDP'nin temel amacı, Sağlık Hizmetlerinden tüm vatandaşların etkili ve verimli bir şekilde faydalanarak bu hizmetlerin maddi ynden finansmanlarının temin edilmesini ve sunulmasını sağlamaktır.

Ağdemir'e (2012) göre, Aile Hekimliği'nde Etkililik; verilen hizmetlerin toplumun sağlık düzeyini yükseltmesi, hastalanmayı önlemesi, anne ve bebek ölümlerini azaltması anlamına gelmektedir. Aile Hekimliği'nde Verimlilik; finans kaynaklarının iyi yönetimi, düşük maliyetle daha fazla hizmetin üretilmesi, insan kaynaklarının uygun kullanımıdır. Hakkaniyet ise toplumda her bireyin sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları oranında yararlanması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin olmasıdır. Aile Hekimliği Sistemi incelendiğinde, Birinci Basamaktaki Sağlık Hizmetlerinde, günümüz koşullarına uygun olarak toplumu oluşturan bireyler tarafından öncelikli olarak tercih edilebilirliği amaçlanmaktadır.

Ülkemizde Aile Hekimliği'ne geçişin en önemli nedeni; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırarak kişilerin organize olması ve hangi durumlarda hangi sağlık kurumlarına başvurmaları konusunda en doğru zamanda en doğru sağlık kurumuna yönlendirmektir. Hastalıkların, uygun basamaklarda ele alınarak tedavisinin sağlanması amaçlanmıştır.

Başlangıçta Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlar, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmış, daha sonrasında ise bireylere istedikleri Aile Hekimliği Birimi'ne giderek kayıtlarını aldırabilme yolları açılmıştır. Aile Hekimliği Birimi'nde yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmaksızın hiçbir sağlık güvencesi olmasa bile muayene, teşhis, aşı uygulamaları, pansuman işlemleri ile tedavi süreci tamamıyla ücret alınmadan yapılmaktadır ve sosyal güvence aranmamaktadır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ'NİN TARİHÇESİ

Aile Hekimliği, Aksakoğlu ve diğerlerine (2003) göre, “Henüz kapitalist düzenle bütünleşip sistemleşemediği dönemlerde kovboy filmlerinde sıklıkla gördüğümüz bir modeldi. Aile hekimi Anadolu kasabalarında da rastlanan, kimi zaman muayenehanesinde, kimi zaman elinde çantasıyla evde hasta bakan, günümüzde çağın gerisinde kalmış bir hekim modelidir. Yaşlı Avrupa'dan, daha doğrusu Birleşik Krallık'tan, önce Yeni kıtaya (Amerika'ya) ve şimdi de Türkiye'ye kadar gelen bir sözde uygarlık simgesidir. Geldiği kıtada köklü bir sağaltım geleneğinin sürdürücüsü olan bu simge, muayenehane hekiminin, giderek sağlıkta özel ve girişimci bir sektörün temelini oluşturan, günümüz kapitalist sisteminin doyumsuz döngüsünün de vazgeçilmez bir kâr unsurudur.”

Aile Hekimlerine olan ihtiyaç, 1923 yılının başında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Sağlık sisteminde özellikle Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri'nin aşırı uzmanlaşması sonucunda hastaların hastalıklarından dolayı kapsamlı olarak teşhis ve tedavi edilmediğinden ortada kaldığı ve bu nedenle hastalara yönelik olarak kişisel sağlık hizmeti sunan uzmanlık bölümünün ihtiyacı vurgulanmıştır. Hastalıkların tedavisine yönelik olarak kişisel sağlık hizmeti verebilecek Aile Hekimliğinin geliştirilmesi, 1950'li yıllarda başlamıştır. Amerika'da 1966 yılında Amerika Sağlık Birliği'nin Milis ve Willard Raporu'nda yayınlanmaya başlamasıyla uygulanmaya koyulan ilk basamak sağlık hizmetinin adına "Aile Hekimliği" denilerek sisteme ilk girişi yapılmıştır. 1969'da Amerikan Aile Hekimliği'nin oluşturulmasıyla, Aile Hekimliği Uzmanlığı ilk defa gündeme gelmiştir. Aile Hekimliği adına atılan bu önemli adımların ardından, Avrupa Birliği tarafından da sağlık sisteminin iyileştirilmesi ile hastalıkların önlenmesini amaçlayan

“Halk Sağlığı Programı” hazırlanarak uygulanmaya konulmuştur (Kaya, 2018:33-45).

3.4. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE GEÇİŞ

Aile Hekimliği Sistemi’nde, üç ana unsur Aile Hekimliği’nin önemini göstermektedir:

- Aile Hekimleri, bireylerin hastalıkları esnasında Sağlık Sistemlerine girişlerini sağlayan Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunarlar. Bireyler, kendi Aile Hekimi vasıtasıyla ilk tedavilerini alırlar ya da diğer branşlara yönlendirilirler. Aile Hekimi, ülkede hastalara karşı birinci derecede sorumlu hekimdir.
- Hastaların sevkleri sonrasında geri dönüşlerde önemli artış görülmektedir.
- Denetimler daha etkin ve uygulanabilir durumdadır (Ağdemir, 2012:32).

Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası’yla sağlık güvencesine kavuşmuş ve Aile Hekimliği Sistemi’ne geçmiştir.

Türkiye’de 1923-1980 yılları arası sağlık politikaları incelendiğinde; bu dönemde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri’nde ağırlıklı olarak Koruyucu Sağlık Hizmetleri’ne önem verildiği görülmektedir. Koruyucu Hekimliğin öneminden dolayı özendirmek amacıyla Birinci Basamakta görev yapan hekimlere, maaşları daha yüksek olarak verilmiştir. 1930 yılında ülkemizde "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" 1593 sayı ile çıkartılmış, Sağlık Bakanlığı’nın Anayasası şeklinde ele alınmış, düzenlenmiş ve uygulamaya konulmuştur. Bu kanun ile Sağlık Hizmetlerinin esaslı olarak alt politikaları ve uygulama esasları işlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nda 1936 yılı itibariyle de 3017 Sayı ile “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurları Kanunu” çıkartılmış, merkezi ve taşra örgütleri tamamlanmış, onlara gerekli sorumluluk verilerek yeni görev tanımları yapılmıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalar;

- Devletin sağlık örgütünün genişletilmesi,
- Sağıkta insan gücü yetiştirilmesi,
- Numune hastanelerinin arttırılması,

- Doğumhaneler ile Çocuk Bakımevlerinin sayısının arttırılması,
- Sıtma, Verem ve Kuduz türü hastalıklar ile mücadele edilmesi,
- Sağlıkla ilgili kanunların bir an önce çıkarılması,
- Sağlık ve Sosyal yardımların tüm köylere ulaşmasının sağlanması,

2003 yılı sonrasında uygulanan sağlık politikalarıyla, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm’ün en önemli özelliği olarak, kamu sağlık örgütleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı’na uygun hale getirilmiştir. Sağlıkta Reform çalışmaları üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda bu çalışmaların yanında Altıncı, Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planları hazırlanmıştır.

3.5. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın en önemli basamaklarından biri, Aile Hekimliği’dir. Aile Hekimleri’nin görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezleri’nin yerleşim standartlarını ele aldığımızda, Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin verildiği bina ve tesisler, çeşit ve niteliklerine uygun, içerisinde görev yapanların rahat çalışabileceği ve hizmet alacak hastaların kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Yeterli imkânın sağlanamaması durumunda, Aile Hekimleri kendi çalışacakları bölgede, kendilerine uygun şartlarda belirlenen yerlerde hizmet verebileceklerdir. Bu durumda ücretlendirmede kira bedeli dikkate alınacaktır.

Eke ve Ünal’a (2018) göre, Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisini incelediğimizde; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), sabit gelir veya kişi başına ödeme olarak, hizmet başı ödeme olan karma sistemi, sağlık sistemi içerisinde en uygun model olarak görmektedir. Ülkemizde sistemin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak amacıyla, sabit ücret ve kişi başı ödeme yapılmaktadır. Kaliteyi ve sistemin başarısını arttırmak için hizmet başı ödemeler de yapılmaktadır. Aile Hekimliği Uygulaması’ndan beklenen başarının elde edilebilmesi için, ülkenin tüm bireylerine güvence sunan bir Sağlık Sisteminin var olması gerekmektedir. Birinci Basamakta, çocuklara yönelik Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerin, bağışıklama ve doğum öncesi bakımların, Aile Planlaması, riskli gebeliklerin önlenmesi, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele gibi hizmetlerin, sağlık eğitimi, Tedavi ve Rehabilit Edici Hizmetlerin halka ücretsiz verileceği bir model

oluşturulmaktadır. Aile Hekimliği Sistemi'nin tam anlamıyla uygulanması sonucu, sağlık harcamaları ülke genelinde kontrol altına alınmıştır. Aile Hekimlerinin maaşları, kendilerini seçen hasta sayıları ile orantılı olarak, ücretin ve hizmet destek ödemelerinin toplamından oluşacaktır. Personel dağılımını dengeli hale getirebilmek için bölgelerin gelişmişlik düzeylerine göre belirlenen kat sayılar ücretlendirmede rol oynamaktadır (Ağdemir, 2012:46).

3.6. BAZI ÜLKELERDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

Amerika'da Aile Hekimliği: Ankara Aile Hekimleri Derneği'ne (2016) göre, Amerika'da Aile Hekimlerinin yetiştirilmesine 1969 yılında 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlanmıştır. 1973 yılında 164 programda 1754 asistan var iken, 2001 yılında 63.930 hekim asistanlığını bitirerek aile hekimliği uzmanı olmuştur. ABD' de Aile Hekimliği uzmanları, poliklinik muayenelerinin %25'ni ve birincil bakım hizmetlerinin yarısını yerine getirirler. Çoğu aile hekimliği uzmanı (%80) hastane ve özel polikliniklerde hizmet vermektedir. Aile hekimliği uzmanları ortalama haftada 50 saat çalışırlar ve haftada 110 hasta görürler.

Günümüzde Amerika'da Aile Hekimliği Uzmanları, Dâhiliye Uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir,

Almanya'da Aile Hekimliği: Aile Hekimleri “Ev Hekimleri” olarak tanımlanmıştır ve ortalama 3 aylık hasta kapasiteleri 1080 civarındadır. Hasta başına 50 Euro almaktadırlar. Haftalık çalışma süreleri; poliklinik 32 saat, Acil Hekimlik 16 saat ve idari işler de 8 saat olacak şekildedir. Hastalar 3 aylık dönemlerle Ev Hekimlerini seçerler. Hastalar, ilk muayene öncesinde 10 euro verirler. Ev Hekimleri muayeneyi yaparlar ve gerek görürlerse İkinci Basamağa sevk ederler. İkinci Basamakta ayrıca ücret ödenmez.

Küba'da Aile Hekimliği: Ülkede tek tip Sağlık Sistemi mevcuttur. Sağlık Bakanlığı, tüm politik normları belirleyerek gerekli araştırmaları yapar ve ülke çapında yürütölmeye başlanır.

Küba Sağlık Sistemi'nin bel kemiği Aile Hekimleri'dir. Özel eğitimden geçmiş, Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmet veren Birinci Basamak Hekimleri'dir. 1980'lerin ikinci yarısında başlatılan bu çalışma giderek tüm ülkeyi kapsamıştır. Aile

Hekimleri ve en düşük Bebek Ölüm Hızları ile övünmektedirler. Her 3000 kişiye bir Aile Hekimi düşecek tarzda ayarlama yapılmıştır. En fazla bir Aile Hekimi'nin hasta sayısı 4500 olabilmektedir. Bir yıl boyunca Aile Hekimi'ne gitmeyen kişiler, telefonla aranır ve alınan bilgiler doğrultusunda sağlık kayıtları güncellenir. Aile Hekimi'ne gidemeyecek durumda olan hastalara, doğrudan ulaşılır ve Yerde Sağlık Hizmeti verilir (Ünlüoğlu ve Paycı,2004:24-25).

3.7. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliği Sistemi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin işleyişinde hekimlik uygulamalarını arttıracak bir sistemdir. Aile Hekimliği Sistemi, hastalara hastalıkları konusunda erken tanının önemi ve tedavisi ile çevre şartlarına ve zamana yönelik olarak hastalıklardan korunmaya yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunmaktadır. Uzun yıllar Batılı Ülkelerde uygulanan Aile Hekimliği Sistemi'nin, ülkemiz koşullarına uygun olarak hazırlanan “ Türkiye Modeli ” ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır.

5258 Sayı ile “ Aile Hekimliği Pilot Kanunu ” çıkarılmıştır. Aile Hekimleri ile yapılacak olan sözleşmeler ve onlara ödenecek ücretler için de yönetmelik çıkarılarak mali düzenlemeler yapılmıştır. Çıkarılan kanun ve yönetmeliklerle birlikte, ülkemizde pilot illerde bireylere mümkün olabildiğince yakın, kolay ulaşılabilen ve dünya standartlarında Aile Hekimliği Birimleri açılmaya başlanmıştır. Aile Hekimleri'nin en önemli görevi, Koruyucu, İyileştirici ve gerekliyse Rehabilit Edici Sağlık Hizmetlerini sunmaktır. Aile Hekimliği Uygulaması öncesinde, bu hizmetleri veren kurumların ismi “ Sağlık Ocağı ” olarak geçmekteydi. Bu uygulamayla beraber, Sağlık Ocakları yerini Aile Sağlığı Merkezi'ne ve Toplum Sağlığı Merkezi'ne bırakmıştır.

Tablo 7: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

	2002	2010	2012	2014	2017
<i>Sağlık Ocağı</i>	5.055	-	-	-	-
<i>Aile Hekimliği Birimi</i>	-	20.185	20.811	21.3841	25.198
<i>Aile Sağlığı Merkezi</i>	-	6.367	6.660	6.829	7.774
<i>Toplum Sağlığı Merkezi</i>	-	961	957	970	972
<i>AÇSAP Merkezi</i>	298	192	189	182	177
<i>KETEM</i>	84	122	124	132	166
<i>Halk Sağlığı Laboratuvarları</i>	-	-	-	83	83

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

İnce'ye (2012) göre, Aile Hekimliği Uygulaması'nı eleştiren görüşler de mevcuttur. Bu eleştirileri şöyle sıralayabiliriz: Aile Sağlığı Merkezi ve Sağlık Ocağı, coğrafi yerleşim esasına göre düzenlenen örgütlenmelerdir. Hekimler, ısrarla ve özellikle sadece belli bölgelerde muhtemelen de büyük merkezlerde toplanarak, Aile Hekimliği'ni buralarda kabul etme eğiliminde olabilirler. Bu durumda da, bu yerlerin ihtiyacı dolduğunda hekimler yine işsiz kalacaklar veya ihtiyaç olan yerlere gitmek zorunda kalacaklardır. Serbest pazar şartları da, onları en fazla para kazanacakları yerlere gitmeye zorlayacaktır. Ülkemizde Aile Hekimi özelliklerine sahip, yeterli sayıda hekim yoktur. Aile Hekimliği uzmanlık alanı fazla ilgi çekmediği için, kısa ve orta vadede gerçek Aile Hekimi yetişmeyecektir. Aile Hekimleri'nin birbirleriyle rekabet içinde çalışması, hastaların istedikleri zaman hekim değiştirme haklarının olması, Aile Hekimleri'ne yapılan ödemelerin hasta başına yapılması, sistemi kötü

yönde etkilemektedir. Birbirleriyle ister istemez rekabet halindeki hekimler, hastalarına gereksiz Tıp Uygulamaları yapabilecek, gereksiz Tıbbi Malzeme kullanılabilecek, gereksiz Sağlık Raporu vermeye yönelecek ve bu şekilde hastaları kendilerinde tutmaya çalışacaklardır.

Aile Hekimliği Uygulaması'nı, vatandaş açısından olumlu bulan görüşler de mevcuttur. Bunları şöyle sıralayabiliriz: Sağlık kayıtlarının güncelliği, kayıtlar ışığında ileriye yönelik analizlerin yapılabilmesi, hastaların talepleri doğrultusunda zaman kayıplarının en düşük seviyeye indirilmesi, kırsalda yaşayan bireylere Gezici Sağlık Hizmetleri'nin sunulması, gebe-bebek izlemlerinin ve aşılamaların yapılması, yaşlı ve yatalak hastalara ulaşarak evlerinde tedavilerinin yapılması(İnce, 2012:144).



Tablo 8: Aile Hekimliği Uygulamasının Hekim Açısından Avantajları ve Dezavantajları

AVANTAJLARI	DEZAVANTAJLARI
Sorumlu olduğu birey sayısı belirli olacak	Ciddi ve ağır bir sorumluluk
Yapacağı işlemler belirli olacak, isterse hastasını değiştirebilecek	Hastaları memnun etmek durumunda
Hekim çalışmak istediği yeri kendisi seçebilecek, çalıştığı ortamı kendisi düzenleyebilecek, gider ücretinin bir kısmını devlet verecek	Sözleşme şartlarına uymak zorunda
Bireylerini takip edebilecek, doğumundan ölümüne kadar bilgisi olacak, kronik hastalıkların takibini daha sağlıklı yapabilecek, çocukların gelişimini daha sağlıklı takip edebilecek	İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından her an denetlenmekte olacak
Aile Hekimi Uzmanlarıyla, aynı ilaçları yazma hakkına sahip olacak	Çocuk aşılarını ve gebe takiplerini eksiksiz yapmak zorunda
Sağlık malzemelerini kendisi aldığından dolayı, gereksiz malzeme alımı olmayacak	Hizmet puanı yüksek olanlar, daha öncelikli tercih yapabilecekler
Hekim istediği zaman Aile Hekimliği'nden ayrılabilir, Aile Hekimliği'nden ayrılan Hekim, eski çalışma yerine dönebilecek	Aynı zamanda İşyeri Hekimliğini, sertifika almak şartı ile yapabileceklerdir

Kaynak: <http://www.ailehekimligidergisi.org/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=58> &, (Erişim: 15/08/2018)

3.8. AİLE HEKİMLERİNİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI

Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan Hekimler, kendilerine kayıtlı bireylerin sağlıklarının korunmasından, hastalandıkları zaman teşhisinden ve tedavisinden birinci derece mesul bireylerdir. Aile Hekimleri, hastaların sağlık sistemine girişini oluşturmaktadırlar. Aile Hekimleri'nin görev ve sorumlulukları şu başlıklar altında özetlenebilir:

1) *Veri Toplama ve Kayıt Tutma*: Aile Hekimleri, kendilerine kayıtlı tüm bireylerin sağlıkla ilgili tüm kayıtlarını tutarlar. Hem bireylere hem de yaşadıkları çevre konusuna hâkim olmaları nedeniyle ileri bir tedaviye ihtiyaç olduğunda en doğru sağlık kuruluşuna sevklerini yaparlar. Kayıtların eksiksiz tutulması, hastaların geçmişe yönelik geçirdiği hastalıkların bilinmesini, Koruyucu Hekimlik için çok önemli referans olmasını ve de sağlık araştırmaları için veri kaynağını oluşturmasını sağlar.

2) *Koruyucu Hekimlik*: Üç grupta incelenir:

Birincil Koruyuculuk: Hastalık Öncesi Dönem

İkincil Koruyuculuk: Erken Teşhis ve Tedavi Süreci

Üçüncül Koruyuculuk: Hastalık Sonrası Rehabilitasyon Dönemi

3) *Sağlık Eğitimi*: Ülkemizin sağlık problemlerinin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Eğitimin eksikliği, bilgi eksikliği, beslenme eksikliği, Aile Planlaması eksikliği ile Bulaşıcı Hastalıklar en önemli konulardır. Bu durumda Aile Hekimleri'ne çok iş düşmektedir.

4) *Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme*: Hastalarına sağlık konularında her türlü danışmanlık görevlerini, sabır, bilgi ve tecrübeleri ile yerine getirirler.

5) *Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti*: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, sağlığın giriş kapısıdır.

6) *Kronik Hastalıkların İzlenmesi, Rehabilitasyon ve Yaşlıların Sağlığı*: Ortalama yaşam sürelerinin artması nedeniyle, kronik hastalıklar ve buna bağlı olarak rehabilitasyon ihtiyaçları da artmıştır.

7) *Periyodik Muayene*: Gelecekte oluşabilecek hastalıkların devamlı kontroller sayesinde erken tanı ile tespit edilebilmesidir (Ağdemir, 2012:43).

Aile Sağlığı Merkezi (ASM): Bir ya da daha fazla Aile Hekimi ile Aile Sağlığı Elemanlarından oluşan, Birinci Basamak Aile Hekimliği Hizmeti verilen sağlık kuruluşlarına “ Aile Sağlığı Merkezi ” denilmektedir. 2004 Tarih 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu’na göre, “Aile Hekimleri’ne; vatandaşa yönelik Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri’nin devamlı olarak belli bir mekânda sunulması zorunluluğu ” getirilmiştir. Bu tanımda geçen “ bir mekân ” ifadesinde Aile Sağlığı Merkezi’nden söz edilmektedir. ASM’ler, günümüzde Birinci Basamak Hizmetleri’nin en verimli, en ulaşılabilir ve en etkili verildiği yerdir.

Tablo 9 : Aile Hekimliği Öncesi ve Sonrası Yıllara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı

MODEL	2002	2013	2015	2017
Sağlık Ocağı	69.103.517	--	--	--
Aile Hekimliği	--	212.318.024	208.538.951	228.098.527
TSM/AÇSAP/ VSD	5.724.071	7.934.757	6.025.205	7.037.091
Birinci Basamak Toplam	74.827.588	220.252.781	214.564.156	235.135.618
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	31.256.100	26.953.360	18.912.829
Hastaneler	124.313.659	378.812.243	418.581.931	464.876.362
İkinci ve Üçüncü Basamak Top.	134.138.461	410.068.343	445.535.291	483.789.191
GENEL TOPLAM	208.966.049	630.321.124	660.099.447	718.924.809

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

5258 Sayılı mevzuatta Aile Sağlığı Elemanı; “ Aile Hekimi’yle birlikte hizmet veren, sözleşmeyle veya Bakanlıkça görev tevdi edilen hemşire, ebe ya da sağlık memuru ” olarak tanımlanmıştır. Aile Sağlığı Elemanları, sözleşmeli çalıştıklarından iş güvenliklerinin olmayışı ve ücretlerinde Aile Hekimliği’ne geçmelerini teşvik edecek kadar artış olmayışından dolayı, sözleşmeli olarak çalışmak istememektedirler.

Eğitim ve Sertifikasyon: Avrupa Birliği’nde Aile Hekimliği Uygulaması’nda, hekimlerin çalışabilmeleri için Tıp Fakültesi sonrası en az 2 yıl eğitim alma zorunluluğu vardır. Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanı sayısının azlığı ve sistemin henüz yeni olması sebebiyle hekimler de Aile Hekimliği yapmaktadırlar. Üniversite ya da liselerin Ebe, Hemşire veya Sağlık Memurluğu Bölümü’nden mezunlar da, Aile Sağlığı Elemanı/Personeli olarak görevlendirilmektedirler.

Aile Hekimleri’ne, ilk dönemlerde verilen uyum amaçlı 15 günlük bir eğitim ile, Aile Hekimliği’nin temel özellikleri ile çalışma koşullarını anlamaları, bilgilerini tazelemeleri ve kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmaları hedeflenmiştir. Aynı zamanda Aile Sağlığı Elemanları da, aynı şekilde belirli periyotlarla hizmet içi eğitimler alırlar. Hekimlerin ve Sağlık Elemanlarının, bu eğitimlere katılımları zorunlu tutulmaktadır (Ağdemir, 2012:44-46).

Aile Hekimlerinin Nitelikleri: Ülkeler çapında Sağlık Sistemleri’nin planlama, organizasyon ve yürütmelerinde farklılıklar olmasına rağmen, Aile Hekimliği’nin sisteme katkıları fazladır. Nitelikler şu şekilde özetlenmektedir:

Geneldir: Aile Hekimliği, bütün toplumun sağlık problemlerini tanımlar. Toplumu yaş, cins, sosyal sınıf, ırk veya din, ya da herhangi bir şikâyet veya sağlıkla ilişkili bir problem nedeni ile sınıflara ayırmamaktadır.

Sürekli: Aile Hekimliği kişi merkezlidir. Kişilere yaşamları süresince sağlık hizmeti veren ve hastalığın özel bir dönemi ile kısıtlanmayan, hasta ve hekim arasındaki uzun süreli ilişkiye dayanmaktadır.

Kapsamlıdır: Aile Hekimliği, bireylere tam bir sağlık hizmeti, hastalıklardan korunma ve tedavi hizmeti, rehabilitasyon, fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlamaktadır. Rahatsızlık ve hastalık durumlarını başarılı bir şekilde ayırt ederken, hekim- hasta ilişkisinin insancıl ve etik yönlerini, klinik kararların alınması ile birleştirmektedir.

Koordineir: Aile Hekimliği'nde, kişilerin birçok sağlık problemi Aile Hekimi'ne ilk başvurdukları zaman çözülmektedir. Fakat gerekli olduğunda Aile Hekimi, hastasını uygun sağlık birimlerine yönlendirmektedir. Bu durumda hastasını, bu hizmetlere ulaşım yolları ve en iyi şekilde nasıl faydalanabileceği konusunda bilgilendirmeli ve hastasının alacağı öneri ve desteğin koordinasyonunu sağlamalıdır. Aile Hekimleri diğer sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarla ilişkili olarak, hastalarına sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunarak hizmetin idarecisi olarak rol almaktadırlar.

İşbirlikidir: Aile Hekimleri, diğer Tıp, Sağlık ve Sosyal Hizmet Sağlayıcı kişilerle çalışmaya hazır olmalı, uygun olduğunda hastaların bakımı için onları görevlendirmeli ve diğer disiplinlerin uzmanlıklarıyla işbirliği içinde olmalıdır.

Aile kaynaklıdır: Aile Hekimleri, kişilerin sağlık problemlerini, aile çevreleri, sosyal ve kültürel bağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlara göre tanımlar (zęan vd. 2018:26-51).

3.9. AİLE HEKİMLERİNİN ALIşMA KOşULLARI VE PERFORMANS SİSTEMİ

Aile Hekimleri, lke çapında tüm il, ilçe ve kasabalarda görevlerine başlamışlardır. Günümüzde, tüm Türkiye'de her vatandaşın bir Aile Hekimi vardır. Çalışma koşulları; “ kişilerin yaş, g ve cinsiyetlerine uygun işlerde çalıştırılması ” anlamında olup çalışma şartları ya da iş koşulları olarak da adlandırılmaktadır. Poliklinik hizmetinin yanı sıra, bebek ve gebe takipleri, aşılama, 65 yaş üstü hastaların takibi, evlilik raporları, çalışma ve çalışamama raporları, aile sağlığı merkezinin idari ve mali işleri, gerekli eğitimlerin alınması ve verilmesi hizmetleri, Aile Hekimleri'nin çalışma koşullarını etkilemektedir. Bununla birlikte tüm Aile Hekimleri, sözleşmeli olarak görev yaparlar, kendilerine kayıtlı hasta sayısı kadar ücret alırlar, Aile Sağlığı Merkezi'nin tüm ödemelerini (kira, elektrik, su, tıbbi malzemeler) kendileri karşırlar (Nalbant, 2006:27).

Hekim Seçme ve Değiştirme zgrlğ: Aile Hekimliği Uygulaması'ndan faydalanabilmek için Aile Sağlığı Merkezi'ndeki Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı olmak gereklidir. Kişilerin Aile Hekimliği Birimi'ne ilk kayıtları, İl Sağlık

Müdürlüğü tarafından, ikametgâhlarının olduğu yerlere yapılır. Sonrasında kişiler, isterlerse kendilerine yakın Aile Sağlığı Merkezi'ni seçebilirler. Aile Hekimi'ni seçen kişinin, tekrar değiştirmesi için 6 aylık bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Aile Hekimi'ni değiştirmek için, bağlı bulundukları Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvurmaları gerekir.

Hizmet Sürekliliğinin Devamı: Ergüder ve arkadaşlarına (2014) göre; Aile Hekimliği Uygulaması'ndaki amaç, kişinin sürekli olarak tek hekim tarafından takiplerinin yapılmasını sağlamaktır. Aile Hekimi'nin yıllık izinli veya raporlu olması durumunda, yerine geçici Aile Hekimi atanmaktadır.

Aile Hekimliği Hizmetleri: Aile Hekimi, Aile Sağlığı Merkezi'nden, Aile Sağlığı Elemanları'ndan ve hizmet verdikleri bölge halkının sağlığından sorumludur. Bireylere yönelik olmak üzere Koruyucu Sağlık Hizmetleri'nden, hastalıkların tanı ve tedavilerinden, Rehabilitasyon ve Danışmanlık Hizmetleri'ni vermekten sorumludur. Aile Hekimi, Temel Laboratuvar Hizmetleri ve verilen hizmetlerin sağlık kayıtlarını takip eder, geri bildirimleri yapar. Aile Hekimi, ilk ve acil müdahaleleri yapar, tanı ve tedaviyle ilgili hizmetleri verir, doğum öncesi - sonrası lohusa ve bebek izlemine yapar.

Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler: Aile Hekimi'nin coğrafi ve hava koşulları ile ulaşım şartlarını da dikkate almak suretiyle, Aile Sağlığı Merkezi'nin işlerini de aksatmayacak bir şekilde Gezici Hizmet verme zorunluluğu vardır. Gezici Hizmetler, Aile Sağlığı Elemanı tarafından da verilebilmektedir. Gezici Sağlık Hizmetleri, genellikle Koruyucu Sağlık Hizmeti olarak yapılmaktadır. Gezici Sağlık Hizmetleri;

- Evlere yapılan ziyaretler,
- Gebelerin takipleri,
- Bebeklerin takipleri,
- Aşılama hizmet sunumları,
- Kronik hastaların evde kontrol ve takiplerinin yapılmasını kapsar.

Gezici Sağlık Hizmetleri, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün bilgisi dahilinde ve her ay en az bir kez verilmek zorundadır. Gezici Sağlık Hizmeti'nin verilemeyeceği durumlarda, mülkî idare amirinin onayı beklenir.

Tetkik ve Tahlil İşlemleri: Aile Hekimleri, hastalıkların teşhis ve takibi için gerekli laboratuvar tetkiklerini, Aile Hekimliği Birimi şartları uygunsa Aile Sağlığı Merkezi'nde, uygun değilse laboratuvar hizmetleri için Sağlık Müdürlüğü'nün yönlendirdiği sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırmaktadırlar (Ağdemir, 2012:38-40).

3.9.1. Aile Hekimlerinin Çalışma Süreleri ve Nöbet Uygulamaları

Genel olarak Aile Hekimleri'nin çalışma süreleri incelendiğinde; iş verimlerini doğrudan ilgilendiren çalışma saatlerinin düzensiz olması en büyük sorunlar arasında yer almaktadır. Bu durum, hekimler tarafından arz edilen Sağlık Hizmetleri'nin niteliklerini etkilediği gibi, hekimlerin sosyal ve aynı zamanda ailevi yaşantılarını da etkilemektedir. Sağlık Hizmetleri'nin diğer sektörlerden farkı, 24 saat hesabına göre hizmetin devamlılığıdır. Akşam, hafta sonu tatili ya da bayram tatili demeden hizmet verilmesidir. Aile Hekimleri gruplandırılmalarına ve bulundukları bölgeye göre, nöbetleşe olarak akşamları ve hafta sonları Aile Sağlığı Merkezi'nde nöbet tuttukları gibi, hastanelerin Acil Servisleri'nde de gece 23:00'e kadar nöbet tutup, bulundukları ilçeye göre de Adli Nöbet tutabilmektedirler. ILO normları ve ülkemizde düzenlenen çalışma saatlerine göre; Aile Hekimleri'nin haftalık çalışma süresi 40 saattir.

Nöbet Çalışması ve Fazla Çalışma: Aile Hekimleri, Aile Sağlığı Merkezi'nde saat 08:00 - 17:00 arasında çalışırlar. Yeni çıkan yönetmeliklerde, Aile Hekimleri öğle arası da sırayla çalışmaktadırlar. Çalıştıkları süre, daha sonra mesai saatlerinden düşülmektedir. Aynı şekilde hafta içi akşam 20:00'ye kadar ve hafta sonları da A Sınıfı Aile Sağlığı Merkezleri'nde kurumun açık kalmasını sağlayarak nöbetleşe hasta bakmaktadırlar (İnce, 2012:142).

“ Aile Hekimleri, Personele Yapılacak Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nin”
10. Maddesi uyarınca;

- Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları, acil veya olağanüstü durumlar hariç, haftada 40 saatten az olmamak kaydı ile ilgili Aile Hekimi'nin talebi ve Yerel Sağlık İdaresi'nin onayı ile belirlenen çalışma saatleri içinde çalışırlar.

- Haftada 40 saatten fazla veya hafta sonları çalışma, Aile Hekimi'nin ve Aile Sağlığı Elemanı'nın talebi üzerine yapılır.
- Çalışma saatleri, haftanın tüm günlerine yayılabilir.
- Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları, görev tanımlarında belirlenen nöbet, Acil Yardım Hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler ile Toplum Sağlığı ve benzeri hizmetlerde, çalışma saatleri dışında, hafta sonu tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilirler (Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011:16).

3.9.2. Aile Hekimlerini Etkileyen Mesleki Riskler

Biyolojik Riskler:

Amerika'da 1983 yılında yayınlanan raporda, sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarında çalışanlara oranla 10 kat daha fazla bulaşıcı hastalıklara yakalandıkları gösterilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2008:9).

Aile Hekimleri'ni tehdit eden enfeksiyon nedenleri iki başlık altında toplanır. Bunlar:

- Kan ve kanlı vücut sıvıları ile temas sonucu, açık yaralar, iğne batması veya mukozalar nedeniyle bulaş olan enfeksiyon çeşididir. En bilinenleri; Hepatit B – C ve HIV virüsleri ile olan enfeksiyonlardır.
- Damlacık ve damlacık çekirdeği, hastaların solunum salgıları ile bulaşırlar. En yaygınları, Nezle, Tüberküloz, Kızamık ve Suçiçeğidir.

Mikroorganizmaların tehdit düzeyleri ile ilgili dünya çapında sağlıklı ve kesin veriler elde edilememektedir. Örnek olarak; ABD'de 600.000 sağlık personeli, iğne batması ve kesici alet ile yaralanmalara maruz kalmakta ve bu sebeple de Hepatit B-C ve HIV enfeksiyonu geçirebilmektedirler. Ülkemizde yapılmış bir çalışma kapsamında toplumda Tüberküloz insidansı 100.000'de 34 iken, sağlık personeline bu oran 100.000'de 96'ya yükselmektedir (Nalbant, 2006:42,43).

Kimyasal Riskler:

En riskli kimyasal ajanlar arasında anestezi maddeler, sitotoksik maddeler ve sterilizasyonda kullanılmakta olan maddeler yer almaktadır (Nalbant, 2006:39,41).

Fiziksel Riskler:

Devamlı oturmaktan ve hareketsizlikten dolayı oluşan postür bozuklukları, Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları, maruz kaldıkları radyasyon, elektromanyetik etki ve titreşim, gürültü, kötü havalandırma ile yetersiz aydınlatma fiziksel riskler olarak değerlendirilir (Nalbant, 2006:39,40).

Aile Hekimleri'nin Kanser ve Radyasyon Riskleri:

Aile Hekimleri'nde böyle bir çalışma yapılmasa da, Uluslararası Kanseri Araştırmaları Derneği (The International Agency for Research on Cancer), mesleki maruziyet sınır değerlerinden dolayı sağlık çalışanlarının Akciğer Kanseri, Lösemi ve Malign Mezotelyoma'ya bağlı morbidite ve mortalite oranlarının diğer mesleklerle göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Radyolojik ışınlar, Radyasyon Onkolojisi, Nükleer Tıp ve Radyoloji bölümü çalışanları maruz kalmaktadır. Aile Hekimleri, radyasyonu en çok taşıma nedeniyle hastalarından alırlar. Dünya çapında her yıl, yaklaşık 250 milyon Radyolojik Film, 34 milyon Nükleer Tıp Tetkikleri ve 6 milyon da Radyoterapi Uygulamaları yapılmaktadır (Nalbant, 2006: 40).

Ergonomik Riskler:

Aile Hekimleri ile ilgili en önemli ergonomik riskler, uzun süre oturmaya bağlı sırt ve bacak ağrıları ile uzun süre bilgisayar ekranına bakmaktan ileri gelen görme bozukluklarıdır (Nalbant, 2006:43).

Psiko-Sosyal Riskler:

Stres ve Madde Bağımlılığı; Stres, uykusuzluk, tek başına çalışma ve nöbet çalışması gibi faktörler ile ilaç, sigara ve alkol bağımlılığını kapsamaktadır (Nalbant, 2006:48).

İş Kazaları:

Aile Hekimleri'nin en çok karşılaştıkları kazalar, kesik, yırtılma ve sırt incinmeleridir. Eğer ki Aile Sağlığı Merkezi'nde laboratuvar ve Acil Birimleri de varsa, yangın, patlama ve elektrik çarpmaları da oluşma ihtimali yüksek kazalar arasındadır (Nalbant, 2006:49).

3.9.3. Aile Hekimleri’nde Sözleşme Usul ve Esasları

Aile Hekimi olmak isteyen hekimlere, Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği eğitimleri almaları şartı ile herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine, Valiliğin uygun görüşü ve Kurumun onayı ile kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, “ Aile Hekimliği ” yetkisi verilir. Ülkemizde Aile Hekimliği Birimi’nde çalışacak olan hekimler, ya tercih ile ya da İl Sağlık Müdürlüğü’nün re’sen görevlendirmesi ile belirlenmektedir. 24/11/2004 Tarih ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 8 inci maddesine dayanılarak, “ Aile Hekimleri Sözleşme Yönetmeliği ” hazırlanmıştır. Bu yönetmelik ile; Sağlık Bakanlığı’nca Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında sözleşmeli olarak çalıştırılan Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları’na yapılacak ödemeler, izinler ve sözleşme esasları ile Aile Hekimliği Uygulamaları için Sağlık Bakanlığı’nca görevlendirilen Uzman Hekim, Hekim ve Aile Sağlığı Elemanları’na yapılacak ödemelere ilişkin usûl ve esaslar belirtilmiştir.

Sözleşmeli olarak çalışan Aile Hekimleri’nin, 657 Sayılı Kanun’un 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde belirtilen şartları taşımaları ve 75 yaşından gün almamış olmaları gerekir. 65 yaşın üzerinde olanlar ile sözleşme imzalanabilmesi için, sağlık durumunun Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı görevini yapmasına engel teşkil etmeyeceğine ilişkin sağlık kurulu raporu alma şartı aranır.

Sözleşme usul ve esasları;

- (1) Sözleşmeli olarak çalıştırılan Aile Hekimleri’nin sözleşmelerini, Bakanlık adına imzalamaya ve sözleşmeleri sona erdirmeye vali yetkilidir. Vali, sözleşme yapma yetkisini, vali yardımcılarında birine veya İl Sağlık Müdürü’ne devredebilir.
- (2) Sözleşmenin süresi ve dönemi iki mali yıldır.
- (3) Sözleşme dönemi bitmeden başka bir Aile Hekimliği Birimi’ne yerleşen Aile Hekimi ile yeni sözleşme imzalanmaz. Yeni birimdeki görev mevcut sözleşme doğrultusunda yürütülür.
- (4) Sözleşmeli olarak çalıştırılan Aile Hekimleri, kendi görevleri dışında, bilimsel faaliyetler ve telif hakları hariç olmak üzere, mesleklerinin icrasından menfaat temin edemezler. Sanatsal ve sportif faaliyetler dışında, esnaf veya tacir sayılmayı

gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamazlar. Herhangi bir yerde hizmet akdi ile çalışamazlar.

(5) Aile Hekimleri'nin, Bakanlıkça öngörülen hizmet içi eğitimler için görevlendirilmeleri veya acil hâller ile doğal afet gibi olağanüstü durumlarda valilikçe başka yerde görevlendirilmeleri hâlinde, hizmetin devamı için Müdürlükçe gerekli tedbirler alınır. Hizmet içi eğitimler için görevlendirilme süresi, bir yılda en fazla 30 gündür.

(6) Sözleşmeli olarak çalıştırılan Aile Hekimi, izinli veya raporlu olduğu süre içinde, 5 inci maddede belirtilen şartları taşıyan hekim ile anlaşarak hizmetin görülmesini geçici olarak sağlar. Bu anlaşma, müdürlükçe uygun görülmesi hâlinde uygulanır

(7) Aile Hekimleri, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 29 uncu maddesi hükmü çerçevesinde, olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, 6 aylık aralarla denetlenir. Yapılan denetimler sonucunda ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırı fiillerin tespit edilmesi hâlinde, aykırılığın mahiyetine göre; Adli, İdari ve Kamu zararı oluşturan malî hususlar yönünden gerekli işlemler tesis edilir.

(8) Sözleşmeyle çalıştırılan Aile Hekimleri, askerlik, doğum, emeklilik ve sair sebeplerle 2 ay önceden bildirerek sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilirler.

(9) Ölüm hâlinde veya tâbi olduğu mevzuata göre zorunlu olarak emekli olması gerekenlerin sözleşmeleri, herhangi bir işleme gerek kalmaksızın sona erer.

(10) Sözleşmenin yetkili merci tarafından sona erdirilmesi şu şartlarda gerçekleşir.

- a) Aile Hekimi'ne kayıtlı kişi sayısının aralıksız 2 aydan fazla süreyle (aylık yapılan üçüncü bildirimde) 1000 kişinin altına düşmesi
- b) Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında, Yüksek Disiplin Kurulları'nca verilen devlet memurluğundan çıkarma cezası
- c) Çalışanın kadrosu veya pozisyonundan istifa etmesi
- d) Mücbir sebepler hariç, özürsüz ve kesintisiz olarak on gün görev başında bulunulmaması
- e) Sağlık sebebiyle bir sözleşme döneminde 180 günü aşan süreyle görevin ifa edilememesi
- f) Eczane veya medikal firmaları, beşerî ilaç firmaları veya özel sağlık kuruluşları gibi mesleği ile ilgili alanlarda faaliyet gösteren gerçek kişiler

veya özel hukuk tüzel kişilerinin temsilcileri ile etik dışı haksız çıkar ilişkisinde bulunulduğunun tespit edilmesi

g) Menfaat karşılığında gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlendiğinin tespit edilmesi (27801 Sayılı Resmi Gazete 2010:Md:1-15).

3.9.4. Aile Hekimlerinin Maddi Koşulları

Aile Hekimliği Birimine kayıtlı nüfus 1000 - 4000 arasında olmalıdır. Nüfusu 1000'in altına düşen Aile Hekimliği Birimi, kendisine verilen süre içinde bu sayıyı toparlayamazsa o birim kapatılır. 4000 nüfusun üzerine mümkün olduğu kadar çıkarılmamaya çalışılmaktadır. Yetersiz kadro nedeniyle zaman zaman bu sayının üzerine çıkılsa da Aile Hekimi 4000 nüfus üzerinde ayrıca bir ücret alamaz.

“ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ” ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde Aile Hekimi olarak çalıştırılan hekimlerin alacakları ücretler belirlenmiştir. Kendi birimlerine kayıtlı ilk 1000 kişi için Aile Hekimi Uzmanı'na 2.923,84 TL, hekimlere ise 2.145,69 TL ödenir.

1000 üstü nüfusu olan birimler için hasta başına 1,35 TL fazladan ücret ödenir. Bu tutar 4000 nüfus sonrasında son bulur. Ayrıca 657 Sayılı Kanun'un 152. Maddesine göre, kalkınmada öncelikli yöreler cetveli oranında sosyo-ekonomik gelişmişlik düzey ücretinin ödemesi yapılır.

Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan Aile Hekimleri ile Aile Sağlığı Elemanları, sözleşmeli olarak çalışmaktadırlar. Eğer sözleşmeye talep yoksa ihtiyaç halinde Sağlık Bakanlığı tarafından ihtiyaç duyulan yere personel atanmaktadır. Bu durumda atanan personelin kadrosunda herhangi bir kayıp olmadan, çalıştığı kurumda aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmakta ve ayrıca istediği zaman da eski görevine dönebilmektedir.

Aile Hekimleri'nin ücretlendirilmelerinde dikkate alınan faktörler şunlardır:

- Kayıtlı kişi sayısı
- Kayıtlı gebe izlemi
- Bebeklerin takibi (0-59 ay)
- 65 yaş üstü kişi sayısı

- Çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi
- Gezici Sağlık Hizmetleri'ni verip vermedikleri

Aile Hekimleri bununla birlikte, Aile Sağlığı Merkezi için belirli harcamalarda bulunurlar. Bunlar; Aile Sağlığı Merkezi'nin kira ücreti, Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan ek hemşire ile temizlik ve güvenlik görevlilerinin maaşları ve sigorta ücretleri, Aile Hekimliği Birimi'nde kullanılan tüm demirbaşlar, tıbbi teçhizat ve sarf malzemeleri, Aile Sağlığı Merkezi'nin elektrik, su, ısınma giderleri ile internet ücretleridir. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezi'ne ait yaptırılması gereken tüm oda ve birimlerin giderleri ile temizlik giderleri de Aile Hekimleri'nden karşılanmaktadır (Ağdemir, 2012:36-47).

3.9.5. Aile Hekimlerinde Performans Sistemi ve Gruplandırma

3.9.5.1. Performans Sistemi

Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı hasta sayısı, Aile Hekimliği Birimi'nin gruplandırma standardı, birime kayıtlı gebe sayısı, birime kayıtlı bebek ve 65 yaş üstü birey sayısı, aşılama oranları, Aile Hekimi'nin çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ve Gezici Sağlık Hizmeti'ni verip vermediği, Aile Hekimleri'nin performansa yönelik maaşlarının belirlenmesinde en etkili kriterlerdir. Örneğin;

Gebeler: 3 katsayısı

Cezaevi hükümlü hastalar: 2,25 katsayısı

0-60 ay bebekler: 1,6 katsayısı

65 yaş üstü bireyler: 1,6 katsayısı

Normal vatandaşlar için; 0,79 katsayısı geçerlidir (1237 Sayılı Resmi Gazete 2010:Md:16).

Ayrıca birime kayıtlı 1000 - 4000 arası bireyler için Aile Hekimleri'ne ödeme yapılmaktadır. 4000 üzeri bireylerden Aile Hekimlerine performans verilmemektedir. Performans kriterleri, Aile Hekimleri'nin maaşlarının, performans ücretleri kalemine etki etmektedir. Aile Hekimleri'nin nedenli veya nedensiz olarak bu görevlerden birini bile yerine getirmemeleri durumunda, Sağlık Müdürlüğü tarafından performans

kesintisi uygulanarak maaşları düşürülür. Daha sonrasında bu görevi yerine getirdiğini düşünen Aile Hekimi, Performans İtiraz Dilekçesi verir. İtiraz uygun görülürse maaşından kesinti yapılan miktar, Aile Hekimi'ne geri ödenir (Ağdemir, 2012:40).

Ayrıca yapmaları gereken görevlerde istemsiz ve gözden kaçan bir nokta olduğunda, ceza puanı ve maaşlarından kesinti yapıldığında da performans sisteminin negatif yönü ön plana çıkmaktadır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, Aile Hekimliği Birimi'nin bulunduğu il ve ilçeye göre değişmektedir.

Tablo 10 : Sosyo - Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ücreti

	Aile Hekimi (TL)	Aile Sağlığı Elemanı (TL)
İzmir-Aliaga	-	-
İzmir-Selçuk	-	-
Artvin-Hopa	-	-
İzmir-Tire	10,52	5,56
Manisa-Akhisar	31,83	15,91
İzmir-Kiraz	628,55	314,28
Van-Bahçesaray	1.383,96	555,6

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017

Bununla birlikte Aile Hekimleri'ne, Aile Sağlığı Merkezi Giderleri Ödeneği verilir. Sözleşme ile çalıştırılan Aile Hekimleri'ne, hizmet verdiği Aile Sağlığı Merkezi'nin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 23 üncü ve 24 üncü maddeleri ile belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için, Türkiye İstatistik Kurumu'nun belirlediği tavan ücretinin yüzdesi ödenir.

Bu yüzde;

- D grubu Aile Hekimliği Birimleri için tavan ücretin %10'u,
- C grubu Aile Hekimliği Birimleri için tavan ücretin %20'si,

- B grubu Aile Hekimliği Birimleri için tavan ücretin %35'i,
- A grubu Aile Hekimliği Birimleri için tavan ücretin %50'si kadardır.

Performans sisteminde, Aile Hekimleri için mevcut aldıkları maaşlara yansıyan negatif performans ücreti kesintisi ve ceza puanı sistemi de mevcuttur. Ücret kesintileri her yıl Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği oran ve tutarlarda yapılır. En çok yapılan ücret kesinti nedenleri;

- İkametgâh değişikliği (il içi/dışı/yurt dışı) nedeni ile Koruyucu Sağlık Hizmeti verilemediğinde,
- Gerçek doğum tarihi ile nüfusa kayıt edildiği tarihin farklı olması (gerçek doğum tarihinden önce veya geç kayıt edilmesi) durumunda,
- Tıbbi nedenlerle aşının / izlemin yapılamaması durumunda,
- Belirtilen performans aralığı dışında aşı / izlemin yapılması durumunda,
- Ailenin veya kişinin aşı / izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırması durumunda,
- Ailenin veya kişinin aşı / izlem yaptırmaması durumunda,
- Ölüm nedeni ile aşı ve/veya izlemin yapılamaması durumunda,
- Gebeliğin geç tespit edilmesi durumunda.

Kesilen ücretin yanında ayrıca puan kesintileri de yapılmaktadır. Aile Hekimleri ile yapılan sözleşmeler, en az 1 yılın üzerinde genelde 2 yıl olarak yapılır. Her sözleşme süresi döneminde, Aile Hekimi'ne 200 puan verilir (2016 yılına kadar 100 puan verilirken, 2016/8514 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı Eki ile bu oran 200'e çıkmıştır) ve bu 200 puanın sıfırlanması durumunda Aile Hekimi'nin sözleşmesi feshedilir (Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010:5709). Tablo 11'de Aile Hekimleri'ne uygulanan ihtarlar puanları ile birlikte verilmiştir.

Tablo 11 : Aile Hekimliği Uygulamasında Uygulanan İhtar Puan Cetveli

UYGULANACAK İHTARLAR	İHTAR PUANI
Çalışma saatleri planına uymamak	5
Afiş ve duyuruları usûlüne uygun şekilde asmamak	5
Yönlendirme tabelalarının usûlüne uygun olmaması	5
Mesai saatlerinde ilaç firma temsilcilerini kabul etmek	5
Mesleki beyaz önlük veya forma giymemek	10
İzinsiz işe gelmemek (işe gelmediği her gün için)	10
Görev kayıtlarını düzenli tutmamak THSK'na bildirmemek	10
Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını devretmemek	10
Tıbbi donanım eksikliğini 10 gün içinde gidermemek (malzeme için)	10
Verilen eğitimler için belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak	10
Miadı geçmiş ilaç bulundurmak	10
Yeşil ve kırmızı reçeteleri bulundurmamak	10
Yeşil ve kırmızı reçete ilaçlarını usulüne uygun muhafaza etmemek	10
Tüberküloz hastalarının doğrudan gözetim tedavisi yapmamak	10
Evde bakım hizmetlerinden görevi olan kısımları yapmamak	10
Gezici sağlık hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak	10
Mevzuatla verilen diğer görevleri yapmamak	10
Teknik donanımları 10 gün içinde uygun hale getirmemek	10
Miadı geçmiş aşı bulundurmak	10
Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	20
Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne uymamak	20
Denetimlerde işbirliği yapmamak, istenilen verileri ibraz etmemek	20
Mevzuatına göre mal bildiriminde bulunmamak	20

Soğuk zincir kurallarına uymamak	20
İlgili mevzuat hükümlerince hasta hak ve mahremiyetine uymamak	20
Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'ne uymamak	20
İş arkadaşları veya hizmet alanlara hakarete bulunmak, tehdit etmek	20
Mesai dışı hizmet veya nöbete mazeretsiz gelmemek	20
Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	50
Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek	50
Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek	50

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Mevzuat Kitabı 2018

3.9.5.2. Aile Hekimliği Birimi'nde Gruplandırma/Sınıflandırma

Aile Hekimliği Birimleri verdikleri hizmetin kalitesinden, hizmetlerin verilmiş şekline ve kapsamlarından dolayı gruplandırmaya tabi tutulmuşlardır. A,B,C ve D grubu olarak dört sınıfa ayrılmıştır. En düşüğü D sınıfı olan Aile Hekimliği Birimi, genelde yeni açılan birimler ile nüfus sayısı az olan birimler için geçerlidir. Aile Hekimleri, Sağlık Bakanlığınca belirtilen kriterleri yerine getirdikçe sınıflandırma önce C sonra B ve sonrasında A'ya kadar yükselebilir. Belirlenen kriterleri yerine getiren birimler, İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuruda bulunurlar. Başvuru sonucunda 30 gün içinde İl Sağlık Müdürlüğü personeli denetlemeye gelir. Denetleme sonucuna göre 10 gün içinde birime sonuç bildirilir. Sınıfların yükselmesinin Aile Hekimleri'nin maaşlarına etki oranı yüksektir.

D Sınıfı:

- Hasta müracaatları, elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.
- Bekleme alanının büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.

C Sınıfı:

- Aile Sağlığı Merkezi'nde en az 10 m²'lik müstakil bir "Aşılama ve Bebek/Çocuk İzlemleri Odası" oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil

olan her dört hekim için bir “Aşılama ve Bebek/Çocuk İzlemleri Odası” planlanır).

- Belgelendirmek kaydıyla Ebe, Hemşire, Acil Tıp Teknisyeni, Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı) veya Tıbbi Sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (Aile Hekimi başına haftalık 10 saat).

B Sınıfı:

- Aile Sağlığı Merkezleri’nde Gebe İzlemleri ve Üreme Sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m²’lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir “Gebe İzlem ve Üreme Sağlığı Odası” planlanır).
- Birden fazla Aile Hekimi’nin görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezleri’nde gruplandırılan her Aile Hekimliği Birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar Aile Hekimliği Birimi’nin bulunduğu Aile Sağlığı Merkezleri’nde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır. Ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise Aile Sağlığı Merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır).

A Sınıfı:

- Engelliler için düzenlenmiş tuvalet, işlevsel olarak bulunmaktadır.
- Aile Sağlığı Merkezi’nde gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir Müdahale Odası planlanmıştır.
- Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m²’lik bir Emzirme Odası veya Bölümü planlanmıştır (bu alan diğer Aile Hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme Alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010:Ek-3).

3.9.6. Aile Hekimlerinde Çalışma Zaman Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti

Zamanın yerine konulması, yenilenebilmesi, depolanabilmesi, satın alınabilmesi mümkün değildir. Yapılacak her iş için, zaman ihtiyacı vardır ve zaman herkes için günlük 24 saat yani sabittir. Ancak her ne kadar zaman sabit olsa da benzer koşullar içinde çalışanların üretim ve çıktıları farklılık gösterebilir. Aile Hekimleri günde ortalama 60-65 poliklinik yapmaktadırlar ve bu sayı sekiz saatlik çalışma dilimine bölündüğünde bir hastaya ayrılan süre 6-8 dakika arasındadır. Sağlık Merkezleri'nde Aile Hekimleri'nin idari, mali, eğitim, izlem, aşılama, nöbet, ev ve kırsal bölge ziyaretlerini de saydığımızda bu oran daha da düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran, hasta başına 15-20 dakikadır (Demirkıran, 2012:43-44).

Hasta Memnuniyeti: Kılıç ve Topuz'a (2016) göre, hastalar sağlık hizmeti satın alan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sunumunu, verilen kalite ve hastaların beklentileri belirlemektedir. Bir hizmetin kaliteli sayılabilmesi için hastaların istek ve beklentilerini karşılaması ve hastaların tatmin edilmesi gerekmektedir. Kızılnal (2017) yılında yaptığı araştırmada da % 69,4 oranında Aile Hekimlerinin hastaları ile iletişim konusunda sorun yaşadıkları görülmektedir.

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten, bu hizmetin sunumundan, hizmet verenlerin ilgisinden, hizmet sunulan ortamdan memnun olması ve beklentilerine cevap almasıdır. Sağlık kurumlarının kalitesi, hizmet alanların memnuniyet durumuyla değerlendirilmektedir. Hizmet alanların memnuniyet oranının artışı kurumların başarısının artışı ve uzun ömürlü olmasını sağlamaktadır.

Hasta Memnuniyetinin Önemi: Sağlık işletmelerinin varlıklarını devam ettirebilmeleri, hasta memnuniyetinin üst sınırlarda olması ile mümkündür. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulan bireylerin sağlık ekibine güveni artmakta, sağlığı ile ilgili tavsiyelere uymakta özen göstermekte ve tekrar aynı durumda memnun kaldığı sağlık kurumunu tercih etmektedir. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti önem taşımaktadır. Aile Hekimliği Birimi'nde, hastaların memnuniyetsizlikten dolayı hekimlerini değiştirmesi o birimin hasta sayısını düşürecek belki de bu oran 1000 hastanın altına düşecek ve o birim kapatılacaktır. Hasta memnuniyetini etkileyen bir

diğer faktör ise hastaların ASM'ye gittikleri zaman oradaki bekleme süreleridir. Bunun en önemli nedeni, ülkemizde Aile Hekimleri'nin günlük poliklinik sayılarının yüksek olmasıdır. Yağız'a (2015) göre, bu sayının en az 40 olduğu görülmektedir. Haute'ye göre ise Fransa'da bu sayı 25-30 civarındadır (akt.Çeçem vd, 2015:156).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler;

Hekim ile İlgili Faktörler

- Hekimin Hastanın Beklentilerini Anlaması, Karşılması ve Önceliklerini Paylaşması.
- Gelişmiş İletişim Becerileri
- Yeterli ve Nitelikli Zaman Ayırmak:
- Meslekî Beceri

Sağlık Sistemi ile ilgili Faktörler

- Sağlık Ekibinin Tutum ve Yaklaşımının Uyumlu Olması
- Sağlıklı Kayıt Tutmak
- Konsültasyon ve Sevk Süreci
- Bakımda Süreklilik.
- Sisteme Ulaşabilmek ve Harcanan Süre (Dinç vd, 2009:95).

Baysal vd. (2014) göre 2014 yılında yapılan hekimler üzerine memnuniyet araştırmasında sağlık personelinin ve aile hekimlerinin aile hekimliği modelinden memnun olmadıkları görülmüştür

3.9.7. Aile Hekimlerinde İş Doyumu

İş doyumu, bireyin işi ve işyeri hakkındaki genel duygu ve düşünce kalıpları hakkında fikir verebilecek önemli bir değişkendir. Diğer bir ifade ile iş doyumu, bireyin işyerine yönelik beklentilerini ve işine yönelik tutumunu ifade etmektedir (Aşık, 2010:33).

Sağlık Hizmetinin istenen standart ve kalitede verilebilmesi için çalışanın işle ilgili neler hissettiğinin bir göstergesi olan iş doyumu, önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışanın işine dayanan mutlu ve olumlu ruh halini, işine karşı tutumunu ifade eden iş doyumunun yüksek olması; çalışanların işe güdülenmesini ve verdikleri hizmetin kalitesini arttıracaktır. Düşük iş doyumu ise

Çalışanların işi yavaşlatmasına, işi disiplini ile ilgili problemlere ve hata yapma ihtimalinin artmasına neden olabilecektir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin yoğun emek ve insan odaklı olması ve sonuçları telafi edilemeyen yapısı göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının işi doyum düzeylerinin belirlenmesi önem arz etmektedir (Turgut vd, 2018:10).

Turgut vd. (2018) göre, Aile Hekimleri'nin işi doyumlarını pozitif olarak etkileyen nedenler arasında; sabit bir işi olanağının olması, hastalar için bir şeyler yapabilme imkanına sahip olma, kişileri yönlendirme imkanına sahip olma, toplumda saygın bir kişilik olma, kendi bilgi deneyim ve tecrübelerini gösterebilme şansının olması gelirken negatif ynden ise; terfi sisteminin çalışmaması, yönetimin karar vermedeki eksiklikleri, yapılan işe oranla maaşlarının düşük olması, çalışma şartlarının ağır olması gelmektedir. Aile Hekimleri'nin yaşlarının artttıka işi doyumlarının da artttığı görülmüştür.

Turgut vd. (2018) göre, ASM'deki işi doyum düzeyleri incelendiğinde; çalışanların yaşına, kurumda çalışma sürelerine, şiddete maruz kalma ve çalışılan kurumdaki ilişkilere göre farklılık göstermektedir. Ancak cinsiyet, medeni durum, çalışanların meslekteki çalışma süreleri, mesleği seçme nedenleri, elde edilen gelir, günlük hizmet verilen kişi sayısı ve çalışılan kurumdan ayrılmayı düşünmeye durumu göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir.

3.9.8. Aile Hekimlerinde Ekip alışması ve Zorluğu

Aile Hekimleri, Aile Sağlığı Merkezi içerisinde aralarından seçecekleri bir hekimi bir yıllık süre içerisinde “Sorumlu Hekim” olarak Aile Sağlığı Merkezinin tüm yönetim işlerinde sorumlu kılarlar. Sorumlu Hekim, ASM'yi ve ASM'de görev yapan tüm personeli temsil eder, resmi yazılarda tam sorumludur.

ASM'de çalışanların sık sık değişmesi, bir anlamda ekip anlayışının oluşması için gerekli devamlılığın olmaması, çalışma koşullarıyla birlikte sağlık ekibi yeleri arasında iletişimin bozulmasına zaman zaman neden olmakta, ekip içinde ister istemez çatışmalara ve adaptasyon sorunlarına yol açmaktadır. Diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği de önemlidir. Aile Hekimleri beraber çalışacakları hemşire ve ebeleri kendileri seçer, seçemedikleri ya da bulamadıkları durumda

Sağlık Müdürlüğü'nden yardım isterler. Kendi çalışacakları profesyonel kadroları kendilerinin oluşturmaları bir bakıma avantaj sağlamaktadır (Akbaş,2011:29)

ASM içerisinde görev yapan diğer Aile Hekimleri, normal şartlarda en az bir yıllığına görev yapmak için o birimi seçerler. En az bir yıl görev yaptıktan sonra tekrar seçimlere katılabilirler. Bu durumda devamlı personel değişimi ister istemez, oluşan olumlu havayı etkilemektedir. Aile Hekimleri arasında da kendilerine ait nüfusun ücrete etki etmesi nedeniyle, aynı ASM'de dahi kendi aralarında çekişmeler olabilmektedir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇERÇEVESİNDE AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARINA DAİR ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Aile Hekimleri'nin çalışma koşullarını ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda, birçok dünya ülkesinde çok uzun süredir uygulanmakta olan Aile Hekimliği'nin ülkemizdeki on dört yıllık geçmişiyle beraber, hekimlerin Aile Hekimliği'ni seçme nedenleri, seçtikten sonraki memnuniyetleri, karşılaştıkları sorunları, pozitif ve negatif yönleri saptanmaya çalışılmıştır.

Yapılan literatür incelemesi sonucunda, Aile Hekimleri'nin memnuniyet oranlarından, hastaların Aile Hekimleri'nden ve ASM'lerden memnuniyet oranlarına kadar birçok çalışmanın olduğu gözlenmiştir.

Ancak, Aile Hekimleri'nin çalışma koşullarını ortaya koyup, sistem hakkındaki düşüncelerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada da çalışmanın önemi ön plana çıkmaktadır.

Bu kapsamda araştırmanın odak noktasında, Aile Hekimleri yer almaktadır. Bu kapsam ve amaç ışığında, aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- Aile Hekimliği'ni seçme neden(ler)iniz nedir?
- Aile Hekimliği uygulamasında yer almaktan ve çalışma koşullarından memnun musunuz?
- Günde, ortalama baktığınız hasta sayısı kaçtır?
- Aile Hekimliği Birimi'nize kayıtlı birey sayısının Avrupa S
- tandartlarından fazla olması, çalışmanızı olumsuz etkiliyor mu?
- Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden hangisinin sunumuna en çok katkı sağladığını düşünüyorsunuz?
- Hastalara karşı sunuş performansınız açısından değerlendirdiğinizde, etkin olarak yaptığınız ilk üç hizmet nelerdir?
- Aile Hekimi olarak görev yaparken karşılaşılan en büyük sorun sizce nedir?

- Performans sisteminde en çok hangi alan(lar)da sorunlarla karşılaşıyorsunuz?
- Performans sisteminin Aile Hekimliğine uygun olduğunu düşünüyor musunuz? Aile Hekimleri arasında rekabet oluşturmakta mıdır?
- ASM Nöbeti, Adli Nöbet vb. hizmetler Aile Hekimliği Birimi'nde yoğunluk ya da aksamaya neden oluyor mu?
- Mesleğinizde istediğiniz gelişme ve ilerleme için gerekli destek, TSM (İlçe Sağlık Müdürlüğü) ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmekte midir?
- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitimin geliştirilerek yaygınlaştırılması için gerekli akademik kadroların tahsis edildiğini düşünüyor musunuz?
- Sağlık sistemi içinde Aile Hekimlerinin yerinin net bir şekilde ortaya konulduğunu düşünüyor musunuz?
- Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası Aile Hekimlerinin beklentilerine duyarlı, güçlü yönlerine odaklanan, çalışmalarını takdir edip ödüllendiren bir yönetim geliştirildiğini düşünüyor musunuz?
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Hizmetleri alanının ticarileştirilmekte olduğunu düşünüyor musunuz?
- Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmesiyle Birinci Basamakta daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunulduğunu düşünüyor musunuz?

4.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın en önemli sınırlılığı, örnekleme ulaşma zorluğudur. Gün içerisinde dünya standartlarının üzerinde hasta baktıkları için, Aile Hekimlerinin iş yükü çok fazladır. Bu nedenle mülakat için randevu alınması noktasında sıkıntılar yaşanmıştır. Ortak bir randevunun mümkün olmaması ve mesai saatlerinde hastalara bakmak zorunda oldukları için, öğle arasında ya da mesai sonrasında görüşmeler yapılmıştır.

Özellikle soruların genel tutulup daha sonrasında derinlemesine bilgi istenmesi, hekimlerin görüşmeyi kabul edip cevaplamalarına yardımcı olmuştur. Bu nedenlerden dolayı çalışma, üç ayrı ilde yirmi iki kişi ile sınırlı tutulmuştur. Önemle belirtilmesi gereken bir diğer nokta da, çalışmanın sonuçlarını Türkiye'deki tüm Aile Hekimlerine genellemenin mümkün olmayacağı olsa da elde edilen bulguların,

örnekleme dâhilinde görüşme yapılan katılımcıların öznel deneyimleri ile sınırlı olup diğer çalışmaları tamamlayıcı ve destekleyici nitelikte olduğudur.

4.3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Aile Hekimlerinin çalışma koşullarını belirlemeye yönelik olan bu araştırma, nitel araştırma yaklaşımına dayalı yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle soruların Aile Hekimlerine yöneltilmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Yıldırım ve Şimşek'e (2008) göre, nitel araştırmalar “gözlem, görüşmeler ve nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların, görüşlerin, bulguların gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik araştırmalardır”.

Çalışma, teorik ve saha çalışması olmak üzere iki ana bölümden oluşmakta olup teori kısmında çalışmanın amacı doğrultusunda literatür taranmış, saha çalışması kısmında ise bu konu ile bağlantılı olabilecek alan çalışmalarının sonuçları değerlendirilmiştir.

Derinlemesine mülakat tekniği, “soruların görüşmecilere açık uçlu yöneltilerek, sondaj soruları ile birlikte araştırmanın derinleştirildiği bir tekniktir. Derinlemesine görüşmeler, günlük konuşmalardan farklı olarak araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilir. Derinlemesine görüşme, araştırma konusunun bütün yönlerini içeren, görüşmecilere genellikle açık uçlu soruların yöneltildiği, ayrıntılı cevaplara ulaşılmasını sağlayan, yüz yüze görüşerek bilgilerin toplandığı bir veri toplama tekniğidir. Görüşülen kişilerin duygu, bilgi, deneyim ve gözlemlerine ulaşma yöntemidir. Bu teknikte, görüşme sürecini ya da görüşmenin sonucunu belirlemek zordur. Süreç içerisinde sorulan sorular, yeni soruların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu görüşmeler, objektif ve genel bir gerçekliği ortaya çıkarmak ya da bir hipotezi test etmek amacıyla gerçekleştirilmez. Sadece görüşülen kişinin deneyimlerini anlamlandırarak çıkarım yapılmasına olanak sağlar” (Tekin ve Tekin, 2006:101-116)

Derinlemesine görüşmede görüşmecilere esnek bir alanın sağlanması, pozitif yönlerinden biri olmakla beraber toplanan verilerin zenginleşmesine de imkan sağlar. Negatif yönü ise, çok zaman ve çaba gerektirmesidir. Çok geniş çalışmalar

yapılamamasının sebebi budur. Bu nedenden dolayı da, görüşmelere eleştiriler yapılmaktadır. Diğer bir eleştiri nedeni ise, katılımcıların hepsinin tam anlamıyla objektif olmalarının neredeyse imkânsız oluşudur. Katılımcıların pozisyonları, değerleri, düşünce ve inançları, objektif olmalarını etkilemektedir. Bu sebeple bu tür çalışmalarda hangi yöntem ve teknik kullanılırsa kullanılsın, tamamen objektif olunması beklenmemektedir.

Bu çalışmada, nitel araştırma ile yarı yapılandırılmış derinlemesine mülakat tekniğinin kullanılmasının nedeni, katılımcıların içinde bulundukları pozisyondan dolayı çok rahat olamamalarıdır. Derinlemesine mülakat tekniği kullanarak katılımcıların kendi öznel cümlelerine ve değerlendirmelerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Nitel araştırma yapılmasının diğer bir nedeni de, nicel tekniklere dayalı pozitivist bir yaklaşımla konunun derinlerine inmenin mümkün olmayacağıdır. Bu nedenle evrenin büyüklüğü göz önünde bulundurulduğu zaman derinlemesine mülakat ile belirtilmiş olan öznel deneyimlerin yorumlanması ve betimlenmesi ile çalışmanın temel çıkış noktası oluşmuştur.

Araştırmada ilk olarak hedef kitle seçilmiş, kendileri ile çalışma yapma isteği Aile Hekimlerine bildirilmiştir. Kabul eden katılımcılar arasından İzmir ve Aydın illerinde görev yapan Aile Hekimleri ile randevu alınarak yüz yüze yaklaşık 45-60 dakikalık periyotlarda görüşme sağlanmış, İstanbul'daki katılımcılarla da telefon ile görüşüp kendilerine bilgi verilmiş, daha sonra e-posta yoluyla araştırmaya katılmaları sağlanmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Örneklem oluşturma sürecinde kullanılacak yöntemin seçilmesinde çalışmanın nitel olması belirleyici olmuştur. Nicel araştırmalardaki özellikle genelleme yapmanın öncelikli amaç olması, evren ve örneklem konusunu daha önemli hale getirmektedir. Nitel araştırmalarda ise genellemeleri elde etme, öncelikli hedef olmadığı için evrenin temsili konusu, nicel araştırmalarda olduğu gibi önemsizdir. Örneklem ise nicel araştırmalarda olduğu gibi nitel araştırmalarda da önemlidir. Çünkü örneklem, araştırmanın ne üzerinde yapıldığını belirleyen ve hangi şartlarda geçerli olduğu konusunda önemli bir sınırlayıcıdır (Kıncal, 2010:52-90).

Nitel ile nicel araştırmanın bir diğer farkı da, nicel araştırmada örneklemin nicelik olarak evreni temsil gücünün çok önemli olmasıdır. Nitel araştırmada ise evreni temsil edicilik özelliğinden daha çok, örneklemin orijinalliği olmazsa olmaz önceliğidir. Nicel araştırmada daha fazla kişiden bilgi alıp genelleme arzusu varken, nitel araştırmada her bir kişi, olay ya da durumu başlı başına inceleme isteği vardır. Buradan yola çıkarak nitel araştırmalarda nicel araştırmaya oranla, olasılık temelli örnekleme yöntemi yerine amacı olan ve kontrollü örnekleme teknikleri daha çok uygulanmaktadır.

Tüm bu tartışmalar ışığında çalışmanın evrenini Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan Aile Hekimleri, Aile Hekimliği Asistanları ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi hekimler oluşturmaktadır.

Örneklem için, İzmir, Aydın ve İstanbul'da görev yapan Aile Hekimleri seçilmiştir. Toplam yirmi iki katılımcı ile yarı yapılandırılmış, derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir. Örneklem yirmi iki katılımcı ile yapılmasının nedeni, sınırlı zaman ve imkânlar dâhilinde derinlemesine bilgiye ulaşılmak istenmesidir. Yirmi iki katılımcının on üçü İzmir ilinde, altısı Aydın ilinde, üçü de İstanbul'da görev yapmaktadır.

Belirlenen örneklem dâhilinde, Sağlıkta Dönüşüm Programının öncesi ve sonrası ile Aile Hekimlerinin çalışma koşulları araştırılacaktır.

4.5. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamında yirmi iki Aile Hekimine ulaşılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerinin oranı Tablo 12'de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların 7'si kadın, 15'i erkektir.

Tablo 12: Katılımcıların Demografik Özellikleri

CİNSİYET	Erkek	15
	Kadın	7
KATILIMCILARIN STATÜLERİ	Hekim	16
	Uzman Hekim	4
	Asistan Hekim	1
	Öğretim Üyesi	1
KATILIMCILARIN HEKİMLİK YAPTIĞI YIL SAYISI	1-5	5
	6-10	3
	11-15	4
	16-20	5
	21 Yıl ve Üstü	5
KATILIMCILARIN AİLE HEKİMLİĞİ YAPTIĞI YIL SAYISI	1-5	8
	6-10	10
	11 Yıl ve Üstü	4

Diğer bir yönden görüşme yapılan Aile Hekimlerinin statüleri incelendiğinde; Hekim 16 kişi, Aile Hekimliği Uzmanı 4 kişi, Aile Hekimliği Asistanı 1 kişi ve Öğretim Üyesi 1 kişi olduğu görülmektedir.

Tablo 12’de araştırmaya katılan katılımcıların, kaç yıldır hekimlik yaptıkları verilmiştir. İlk mezuniyet ile beş yıla kadar olan hekim sayısı 5, 6-10 yıl arası görev yapan hekim sayısı 3, 11-15 yıl arası görev yapan hekim sayısı 4, 16-20 yıl arası görev yapan hekim sayısı 5, 21 ve üstü yıl görev yapan hekim sayısı 5’tir. Görüldüğü gibi ilk on yıllık hekim sayısı 8 iken on yıl ve üstü tecrübesi olan hekim 14 dür.

Tablo 12’de ayrıca araştırmaya katılan katılımcıların Aile Hekimliği yaptıkları süreler, yıllar oranında verilmiştir. Aile Hekimliği Uygulamasının ilk defa

2005 yılında başlatıldığı düşünüldüğünde, üzerinden 14 yıllık süre geçmiştir. Araştırmamıza katılan 8 Aile Hekimi, bu görevi 1-5 yılları arasında, 10 Aile Hekimi 6-10 yılları arasında, 4 Aile Hekimi ise en az 11 yıldır yapmaktadırlar.

4.5.2. Katılımcılara Yöneltilen Sorular

İlk dört soru, katılımcıları tanımak ve demografik özelliklerini öğrenmek adına cinsiyetleri, statüleri, hekimlik ve aile hekimlik süreleri üzerine sorulmuştur.

4.5.2.1. Aile Hekimliğini Seçme Nedenleri

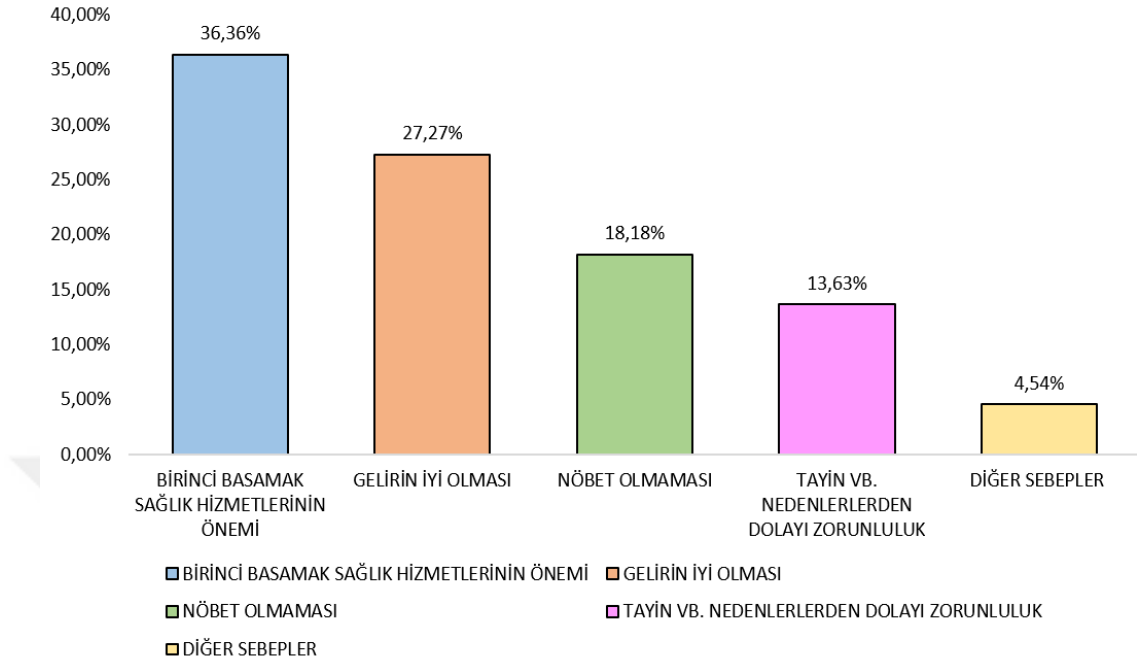
Hekimlik mesleği, Temel Tıp Bilimleri'nden 11 branş, Cerrahi Tıp Bilimleri'nden 13 branş ve Dahili Tıp Bilimleri'nden de 20 branş olmak üzere toplam 44 branştan oluşan çok kapsamlı ve geniş yapıya sahip bir meslektir. Katılımcılara bu kadar branş varken neden Aile Hekimi olmak istedikleri sorulduğunda, verdikleri cevaplar;

“7 yıl Pratisyen Hekimlik yaptıktan sonra TUS'a girdim. İlk girişimde aldığım puan ile Aile Hekimliğini kazandım. Her zaman Birinci Basamak Yaklaşımı benim doktorluk anlayışıma uygun olmuştu. Birinci Basamak Hekimliğini severek yapıyordum. Daha fazla, sınav için uğraşmadan devam ettim.” (Katılımcı-11)

“Ekonomik şartlar ve periferden merkeze gelebilmek için bir şanstı” (Katılımcı-18)

“Sistematik ve programlı bir çalışma düzenine sahip olmak isteme” (Katılımcı-20)

Şekil 6: Aile Hekimliğini Seçme Nedenlerinin Alt Temaları ve Oranları (%)



Katılımcılar ile yapılan görüşmede Aile Hekimliğini seçme nedenleri arasında; ilk sırada, 8 katılımcıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemi gelmektedir. 6 katılımcı, Aile Hekimliğini, gelirinin iyi olmasından dolayı seçtiklerini belirtmişlerdir. 4 katılımcı, Aile Hekimliğinde nöbetin olmamasını (il il değişebilmekle beraber, bazı illerde nöbet yokken ihtiyaca binaen bazı illerde mevcut) sebep göstermişlerdir. Katılımcılardan 3'ü, tayin vb. nedenlerden dolayı Aile Hekimliğini zorunlu olarak seçmişlerdir. Sebepler arasında çok az da olsa, başka birimlerin kötü çalışma koşulları, Aile Hekimliği sevgisi ve sistematik oluşuyla birlikte kariyer imkanı nedeniyle Aile Hekimliğini seçmeleri yer almaktadır.

4.5.2.2. Aile Hekimliğinden Memnuniyet

Katılımcıların bu tema altında, görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmalarındaki memnuniyet oranları toplanmıştır. Hekimler, ya Aile Hekimliği asistanlığı sonrası Aile Hekimi Uzmanı olarak ya da Hekim iken tercih edip seçimlere katılmaları sonucu Aile Hekimi olabiliyorlar. Bu soru sorulurken, Aile

Hekimi olduktan sonra bu görevdeki çalışma koşullarını nasıl buldukları ve memnuniyet oranlarının bulunması hedeflenmiştir.

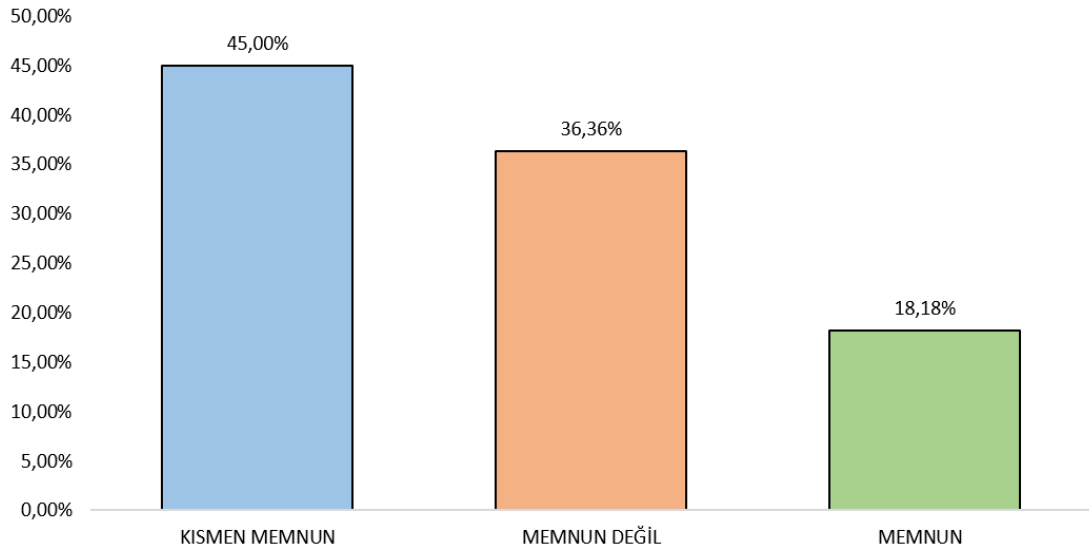
“Hayır, günümüzde Aile Hekimliği Sistemi hasta merkezli olup hasta memnuniyeti ön plandadır” (Katılımcı-1)

“Aile Hekimliği güzel ancak ne yazık ki kuralları hala net değil, hala efektif kullanılamıyor ve eski Sağlık Ocaklarının bir tık üstünde gibi ve öyle gitmesi için de sanki çaba sarfediliyor, gelişmesine izin verilmiyor” (Katılımcı-2)

“Bu uygulamada yer almaktan evet, çalışma koşullarından hayır. Ben bir üniversite hastanesinde öğretim üyesi olarak çalışıyorum. Ama 4 yıldır asistan hekimlerin eğitimi için açılan, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri’nde (EASM) asistanlar ile de çalışıyorum. Çalışma şartları tüm hekimler için zor olmakla beraber Birinci Basamak nöbeti olmaması açısından daha rahat ama çalışma şartları daha zor.” (Katılımcı-11)

“Kısmen memnunum, iş yükü fazla olmasına rağmen maddi açıdan avantajlı” (Katılımcı-19)

Şekil 7: Aile Hekimliği Memnuniyet Alt Temaları ve Oranları (%)



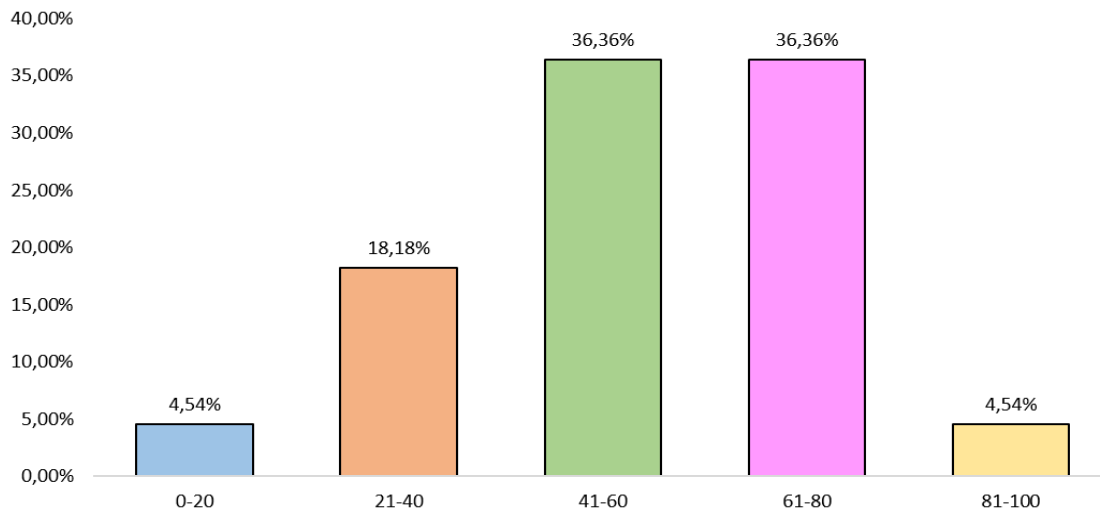
Yöneltilen bu soru ile katılımcıların 8’i, çalışma koşullarından ve bu sistem içerisinde olmaktan kesinlikle memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenler arasında; iş yükünün çok olması, çalışma koşullarının ağır olması, sistemin hasta

merkezli olması ve hekimlerden çok özveri beklendiği gelmektedir. 4 katılımcı, çalışma koşullarından ve sistem içinde yer almaktan memnun olduğunu belirtirken, bu sebepler arasında; maddi yönün memnuniyet verici olduğu, nöbet olmaması, mesai saatlerinin belli olması ve sistematik olması gelmektedir.. Diğer 10 katılımcı ise bazı nedenleri göstererek kısmen memnun olduklarını dile getirmişlerdir. Bu katılımcıların memnun olmamalarının nedenleri arasında; sistemin kuralsızlığı, efektif olmaması ve tıkanmışlığı gelmektedir. Burada en dikkat çeken gösterge, memnuniyetsizliğin en çok iş yükünden kaynaklandığıdır. Kısmen memnun olan katılımcıların bazıları da, sistemin başlangıçta daha iyi olduğunu ancak gün geçtikçe daha iyi hale geleceği yerde daha kötüye gittiğini bildirmişlerdir.

4.5.2.3. Günde Ortalama Bakılan Hasta Sayısı

Katılımcıların çalışma koşulları arasında en çok problem yaşadıkları konu, iş yükü olmaktadır. Bu nedenle, katılımcılara günde ortalama muayene sayıları sorularak kıyaslama yapma imkanı bulunmuştur.

Şekil 8: Günde Ortalama Bakılan Hasta Sayısı Alt Temaları ve Oranları (%)



Birçok Avrupa ülkesinde, Aile Hekimlerinin nüfusu 2000 kişiden az olup, günlük bakılan hasta sayısı da 20 ile 40 arasında değişmekle birlikte ortalama 30'dur. Ülkemizde Aile Hekimlerine bağlı nüfus sayısı yaklaşık olarak 4000'dir. Durum

böyle olunca günlük hasta muayene sayısı da fazla olmaktadır. Şekil 8’de de görüldüğü üzere, katılımcılardan sadece 1’inin günlük hasta muayene sayısı 0 ile 20 arasındadır. Bunun nedeni sorulduğunda Aile Hekiminin bağlı olduğu ASM’nin yeni açıldığı ve nüfus sayısının 1200 olduğu belirtilmiştir. Günlük 21-40 hasta muayene eden hekim sayısı 4 iken, oranının da % 18 olduğu görülmektedir. Günlük hasta muayene sayısı 41-60 olan 8 aile hekimi olup oranının %36 olduğu, yine aynı şekilde günlük hasta sayısı 61-80 olan 8 aile hekimi olup onun da oranının %36’ya denk geldiği görülmektedir. Burada günlük ortalama 70 hastaya bakan bir Aile Hekiminin hasta başına ayıracağı süre 6.8 dakika olup, bu değerin dünya standartlarının çok altında olduğu görülmektedir. Ayrıca bir Aile Hekimi de, günde 81-100 arası hasta baktığını belirtmiştir.

4.5.2.4. Aile Hekimliği Nüfus Sayısının Avrupa Standartlarından Fazla Olmasının Etkisi

Katılımcıların yoğun mesai saatleri, muayene edilen günlük hasta sayılarının Avrupa standartlarından çok yüksek olmasının, çalışmalarını nasıl etkilediği konusundaki düşüncelerine ulaşılmak istenmiştir.

“ Tabi ki, bir hekimin normalde günde 20-25 hastaya bakması gerekirken bizim sistemde bu sayı 50’lere ulaşıyor ve zaman zaman da geçiyor. Bu durum ister istemez verim kaybı ile memnuniyetsizlik oluşturuyor.” (Katılımcı-2)

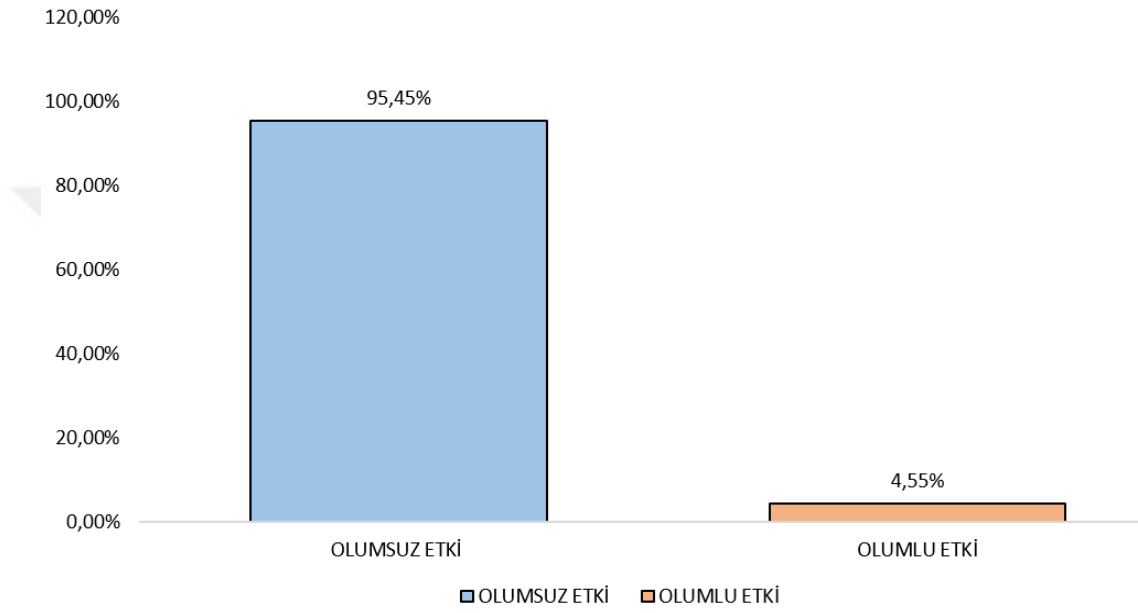
“Şu an kayıtlı nüfus sayım düşük, yüksek olsaydı etkilerdi. Kayıtlı hasta sayısının fazla olması günlük muayene sayısını yükseltir. Hastalara ayrılan zaman kısalmır. Hizmet kalitesi düşer.” (Katılımcı-7)

“Evet. Günlük poliklinik sayısı nedeniyle her hasta ile yeteri kadar ilgilenemiyorum. Ayrıca bize bağlı olan nüfusun yaklaşık üçte birini gelmedikleri için göremiyoruz. Bu kesime koruyucu sağlık hizmetleri ulaşmamış oluyor. Üstelik arayıp sormaya zaman yok. Aradığımızda da ya iletişim bilgileri yanlış verilmiş oluyor ya da birey gelmek istemiyor” (Katılımcı-11)

“Hastaya yeterli vakit ayıramamanın psikolojik ve mesleki tatmin açısından sıkıntıları oluyor. Tahammül azalıyor.” (Katılımcı-18)

“Tabi ki. Hastalarım daha az zaman ayırmak zorunda kalıyorum. Gerçek amacı, Koruyucu Hekimlik olan Aile Hekimliğinde Koruyucu Hekimliğe çok daha az zaman kalıyor” (Katılımcı-21)

Şekil 9: Kayıtlı Nüfus Sayısının Avrupa Standartlarından Fazla Olmasının Etkisi Alt Temaları ve Oranları (%)

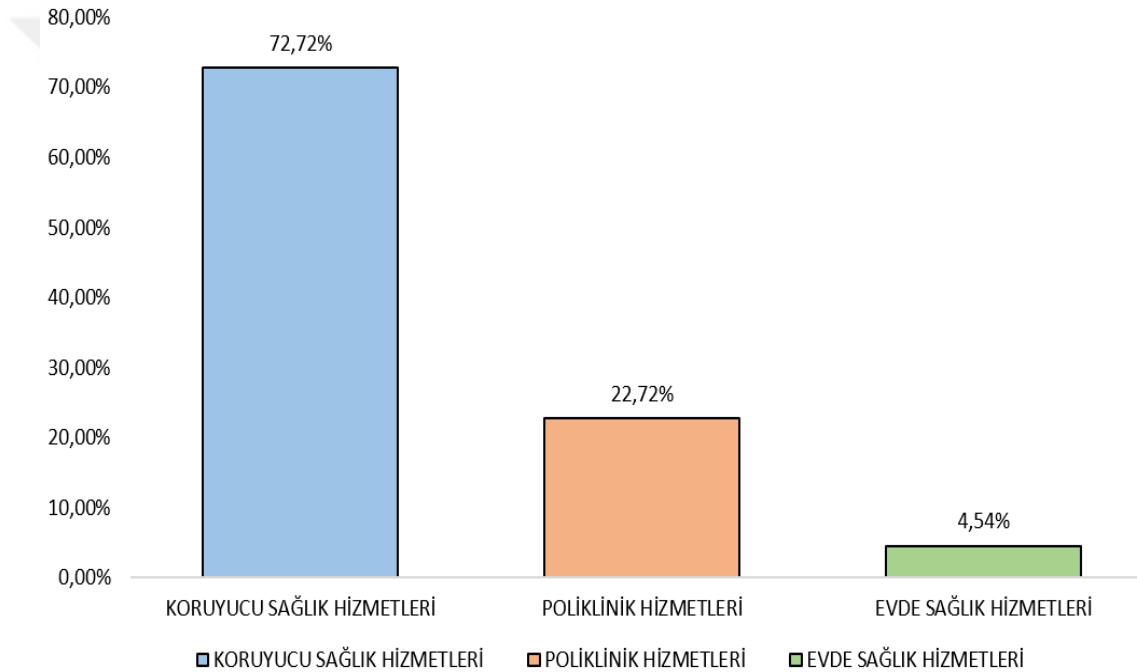


Katılımcılardan 1'i hariç (kayıtlı nüfus sayısının çok düşük olması) neredeyse hepsi, kayıtlı nüfus sayısının Avrupa Standartlarının üstünde olmasının, çalışmalarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Buna bağlı olarak da hastalarına ayırdıkları süre kısıtlı olduğundan, hem hasta memnuniyeti düşmekte, hem de hekimlerin mesleki tatmini azalmaktadır. Bunların haricinde, Aile Hekimlerinde bir süre sonra oluşan yorgunluk ve tahammülsüzlük ister istemez kendilerini etkilemekte olup esas görevlerinden biri olan Koruyucu Sağlık Hizmetleri için yeterli performans gösterememektedirler. Standart hasta sayılarına ulaşmadan hizmet kalitesinin, disiplinin ve hasta takibinin istenilen ölçütlere çıkarılması zor gibi görünmektedir.

4.5.2.5. Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Katkısı

Aile Hekimliğinin, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin giriş kapısı ve en önemli mihenk taşı olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Aile Hekimlerine, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine en çok hangi alanda katkı sağladıkları sorulmuştur.

Şekil 10: Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumuna Katkısının Alt Temaları ve Oranları (%)

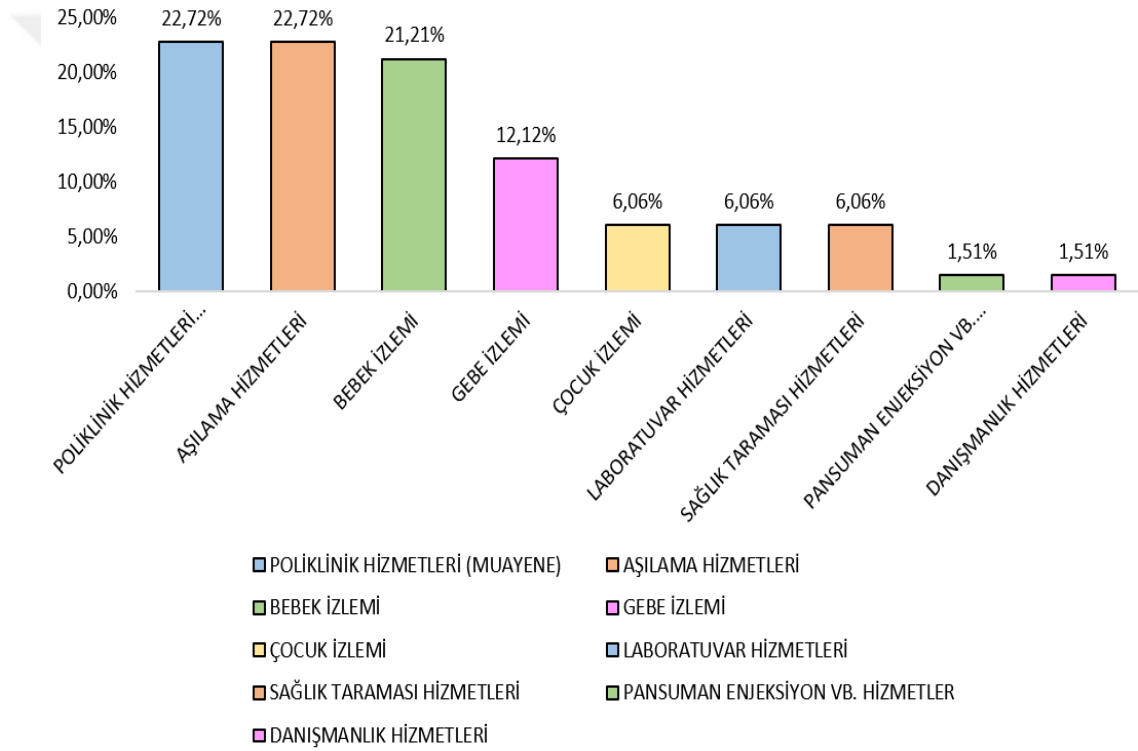


Katılımcılarla yapılan görüşme sonucu, 22 katılımcıdan 16'sının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumuna en çok Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile katkıda bulundukları ve % 73 ile en yüksek oranda olduğu anlaşılmıştır. Poliklinik Hizmetleri, % 23 oranında 5 katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Son olarak, Evde Sağlık Hizmetleri de 1 katılımcı tarafından belirtilmiştir. Oranlar nazarında da görüldüğü gibi Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine en çok katkı sağladıkları alan “Koruyucu Sağlık Hizmetleri”dir.

4.5.2.6. Aile Hekimlerinin Sunuş Performansları Yönünden Etkin Olarak Yaptıkları Hizmetler

Katılımcıların Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunarken gösterdikleri performansa göre en etkin ve verimli oldukları hizmetleri öğrenmek adına kendilerine bu soru yöneltilmiştir.

Şekil 11: Aile Hekimlerinin Sunuş Performansları Yönünden Etkin Olarak Yaptıkları Hizmetlerin Alt Temaları ve Oranları (%)



Katılımcıların Aile Hekimliği görevlerini yerine getirirken verdikleri en etkili hizmet, Şekil 11’de de görüldüğü gibi ASM’ye gelen hastalara verdikleri poliklinik hizmetleri ile aşılama hizmetleridir. Sonrasında sırasıyla Bebek, Gebe ve Çocuk İzlemleri gelmektedir. Laboratuvar (kan, idrar tahlilleri) Hizmetleri, Sağlık Taramaları, pansuman, enjeksiyon ve Danışmanlık Hizmetleri son sıralarda yer almaktadır.

4.5.2.7. Aile Hekimlerinin Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar

Günümüz sağlık sisteminde birçok sorun olduğu gibi, Aile Hekimlerinin de gerek sistemin yeni olması gerekse de yanlış politikalar nedeniyle bu sorunu yaşayanlar arasında en büyük orana sahip oldukları görülmektedir. Aile Hekimlerinin sorunları sorulduğunda;

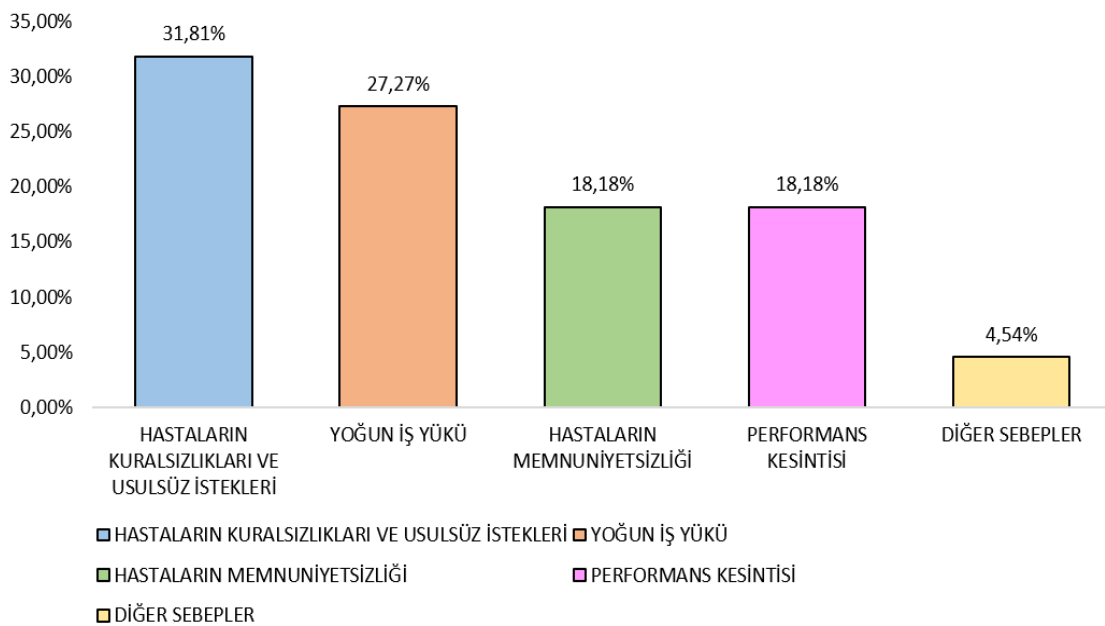
“Giderlerin çok artması ancak gelirlerin bunu karşılamaması” (Katılımcı-7)

“Sağlıkta çözümsüz olan her konunun çözümünün, Aile Hekimi olarak gösterilmesi. Halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması ve kişiye, kendinin ve ailesinin sağlığının korunmasında sorumluluk verilmemesi, yapılacak sağlık taramaları, aşılar vb. durumlar için sadece Aile Hekiminin sorumlu tutulması, vatandaşın hiçbir sorumluluğunun olmaması ama zorunlu taramalar, izlemler ve aşılar yapılmadığında cezanın Aile Hekimlerine kesilmesi” (Katılımcı-11)

“Kişilere ulaşmada yaşanan sorunlar, telefon vb. iletişim bilgilerinin sık sık değişmesi, göç vb. durumların getirdiği gereksiz iş yükü” (Katılımcı-15)

“Halkımızın Aile Hekimliği Sistemini tam olarak idrak edememiş olması” (Katılımcı-20)

Şekil 12: Aile Hekimlerinin Uygulamada Karşılaştıkları Sorunların Alt Temaları ve Oranları (%)



Görüşme sonucuna göre Aile Hekimlerinin görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları en büyük sorun, hastaların uygunsuz davranışları, usulsüz istekleri, kuralsızlıklar ve raporlardır. Daha sonra sırasıyla yoğun iş yükü, hasta memnuniyetsizlikleri ve performans kesintileri gelmektedir. Son sıralarda ise sistemin devamlı değişmesi, gereksiz denetimler ve giderlerin çok olması yer almaktadır. Aile Hekimlerinin iş yükü fazlalığının yanında, hastaların uygunsuz davranışları, usulsüz istekleri ve kuralsızlıkları gibi sorunlarla karşılaşmaları dikkat çekicidir.

4.5.2.8. Performans Sisteminin Aile Hekimliği'ne Uygunluğu

Performans sisteminin Aile Hekimlerinin çalışma koşullarına etkisi ve hekimler arasında rekabet oluşturma ihtimali araştırılmıştır.

“Performans iyi hoş ama hizmet verilen bölge ve popülasyon farklılığı nedeniyle daha objektif bir performans sistemi olmalı.” (Katılımcı-4)

“Uygun değildir. Sabit ücret ödemesi olması gerekir. Ücret kesintisi olmamalı.” (Katılımcı-7)

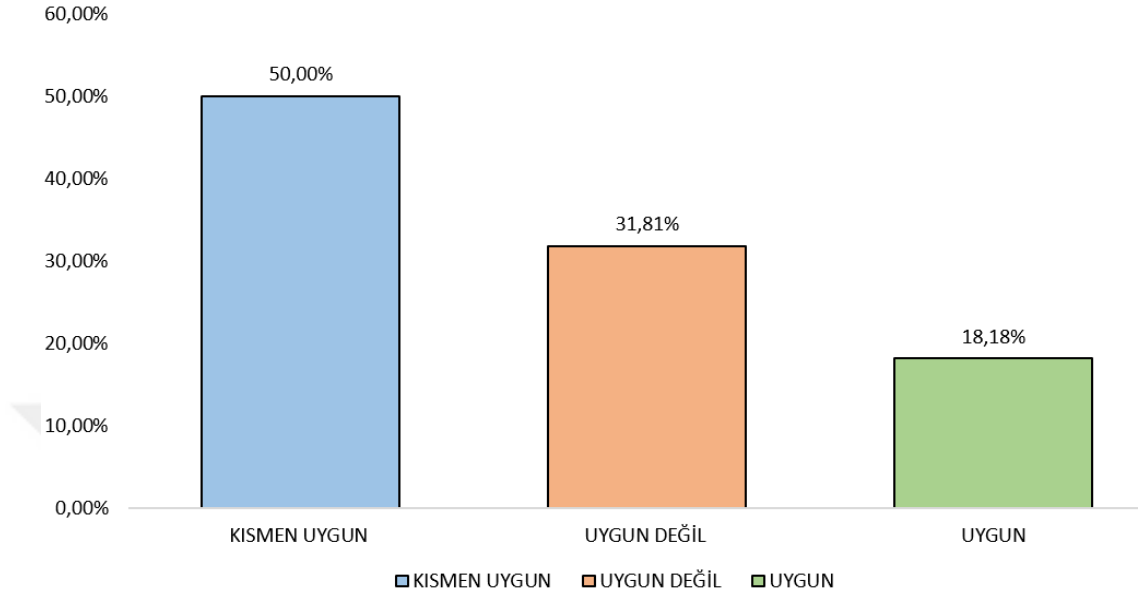
“Evet, rekabet oluşturuyor. Hastalara para gözüyle bakılıyor” (Katılımcı-9)

“Hayır, Sağlık Hizmeti güvene dayalı bir hizmet, Negatif performans uygulandığı için rekabeti gerektirmemektedir” (Katılımcı-12)

“Performansın hiçbir meslekte uygun olduğunu düşünmüyorum ancak para kesintisi korkusu dışında insanoğlunu motive edecek bir şey bulmak gerekiyor” (Katılımcı-18)

“Uygun değil, Aile Hekimleri arasında rekabet oluşturmaktadır. Çünkü performansa dahil olan hastaların kaydı öncelikle yapılmaktadır.” (Katılımcı-22)

Şekil 13: Performans Sisteminin Aile Hekimliği'ne Uygunluğunun Alt Temaları ve Oranları (%)



Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, performans sisteminin gerekliliğinden ancak pozitif ve objektif performans sisteminin uygulanmasından yanadırlar. Çünkü şu anki performans sisteminden memnun olmadıklarını belirtmektedirler. Performans sistemini hiç uygun bulmayan katılımcılar sabit ücretin olmasını, kalitenin düştüğünü ve mevzuata çok uygun olmadığını belirtmektedirler. Performans sistemini savunan katılımcılar, negatif performans olduğundan dolayı hekimler arasında rekabet oluşturmadığını, hasta takibi için performans sisteminin uygulanması gerektiğini ifade etmektedirler. Rekabet konusunda performans sisteminden daha çok, kişi başı ödeme sisteminin olmasının rekabete yol açtığı şeklinde açıklama yapmaktadırlar.

4.5.2.9. Performans Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar

Aile Hekimliği Sistemi, performans sistemine dayanmaktadır. Katılımcılara, performans sisteminde karşılaştıkları sorunlar sorulduğunda verilen cevaplar;

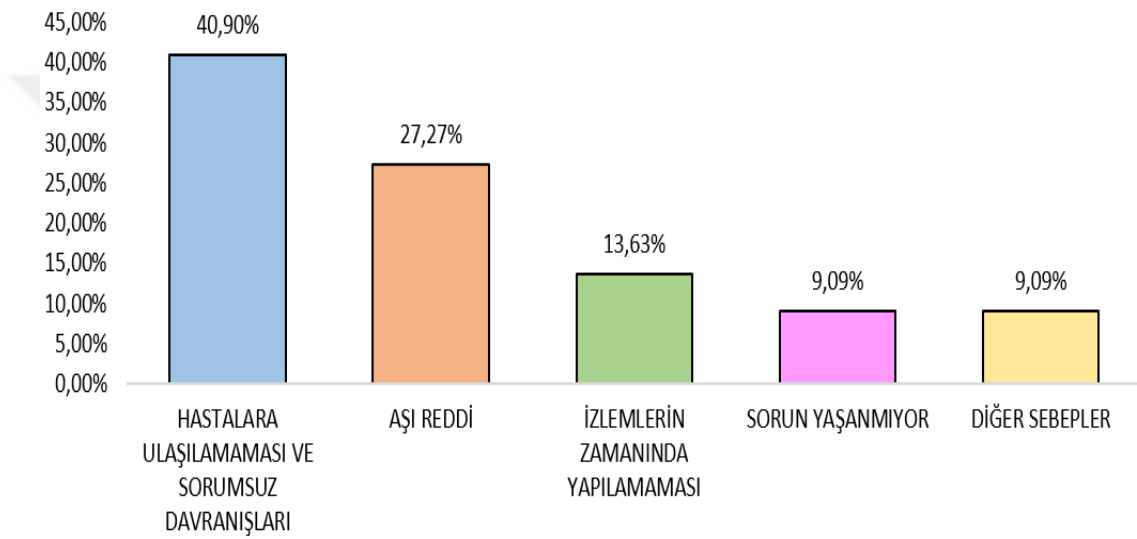
“Vatandaşa sorumluluk yüklemiyor. Gebe, takibe gelmezse sorumlusu biz oluyoruz.” (Katılımcı-1)

“Hastaya ulaşamama,sorumluluğun tek tarafı olarak Aile Hekimine verilmesi ve bu nedenle de hem puan kesintisi hem ceza uygulanması” (Katılımcı-2)

“Sürekli şehir değiştirerek gezen aileler, hastalara ulaşamaması, haksız performans kesintileri”. (Katılımcı-7)

“Bireylere sorumluluk verilmemesi, kişilerin peşinden koşmak ve kanser taraması” (Katılımcı-16)

Şekil 14: Performans Sisteminde Karşılaşılan Sorunların Alt Temaları ve Oranları



Performans sistemi konusunda Aile Hekimlerinin yaşadıkları problemler arasında ilk sırada, hastaların sorumsuz davranışları ve gerektiğinde hastalara ulaşamama yer almaktadır. Çünkü bebek ve gebe izlemlerinin günü gününe yapılması gerekirken, hastaların ASM’ye gelmedikleri zaman arandıklarında ulaşılamamaları ve geleceğini bildirdikleri halde gelmemeleri, Aile Hekimlerinin performans kesintisi yaşamalarına sebebiyet vermektedirler. Diğer bir sorun da, kişilerin yapılması gereken aşıları reddetmeleri nedeniyle Aile Hekimlerinin zorluk yaşamasıdır. Diğer sorunlar arasında, belirli sürelerle yapılması gereken izlemlerin zamanında yapılamaması, bürokrasi işleri, kanser taramaları ve etik dışı performans kesintileri gelmektedir. 2 katılımcı ise “Performans sisteminde sıkıntı yaşamıyorum ve memnunum” demiştir.

4.5.2.10. Nöbet Uygulamalarının Aile Hekimliğine Etkisi

Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan Aile Hekimleri, gerek gün içerisinde veya akşam saatlerinde, gerekse hafta sonları nöbet tutabilmektedirler. Her ilde ihtiyaca göre nöbetler değişebilmekle birlikte, bazı illerde hiç nöbet tutulmamaktadır. Aile Hekimlerine nöbet tutmalarının, ASM'deki görevlerini yerine getirirken yarattığı zorluklar konusunda düşünceleri değerlendirilmiştir.

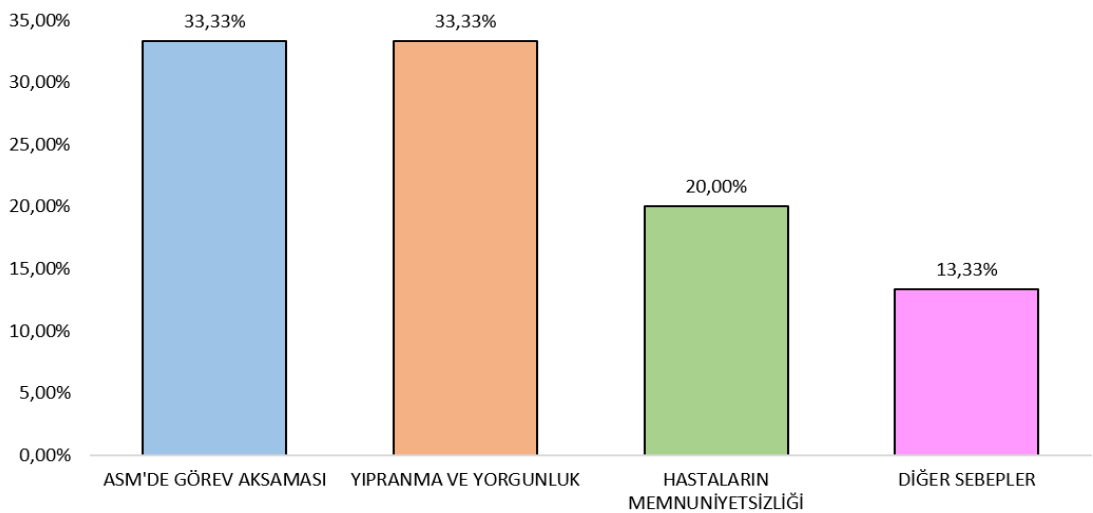
“Evet, nöbet sonrası çalışmak hekimleri yıpratmakta, izin kullandığı zamanda hasta memnuniyetini düşürmektedir” (Katılımcı-1)

“Bunların hepsi gönüllü ve ücretli olmalı, aksama önemli değil, önemli olan kanunda ve uluslararası bilim dalının uygulama alanlarında bu görevlerin olmaması, her ülkede olduğu gibi gönüllü ve ücretli olmalı” (Katılımcı-2)

“İzin olmadığı için ertesi gün çalışmaya devam edilmesi, hem planlamayı hem de hastaya ayrılan süreyi, en önemlisi hekim konsantrasyonunu olumsuz etkiliyor” (Katılımcı-14)

“Bulduğum bölgede isteğe bağlı nöbet var. O yüzden aksamaya neden olduğunu düşünmüyorum” (Katılımcı-18)

Şekil 15: Nöbet Uygulamalarının Aile Hekimliğine Etkisinin Alt Temaları ve Oranları (%)



Not:7 Aile Hekimi nöbet tutmadığından araştırma 15 Aile Hekimi üzerinden yapılmıştır.

Katılımcıların 15'inin (%69) bulunduğu bölgede nöbet olduğu, 7'sinin de bulunduğu bölgede nöbet olmadığı ya da isteğe bağlı nöbet olduğu belirtilmiştir. Nöbet tutan katılımcıların en büyük problemleri arasında yıpranma, yorgunluk ve ASM'deki görevlerin aksamaya neden olması gelmektedir. Nöbet sonrasında hekimlerin izin kullanması hasta memnuniyetsizliğine ya da hastaya ayrılan sürelerin azalmasına neden olmaktadır. 2 katılımcı, Aile Hekimlerinin nöbet tutmasının kanuni olmadığını ve diğer ülkelerde Aile Hekimlerinin nöbet tutmadığını belirtmiş olup, 1 katılımcı da gece adli nöbete gitmenin risklerinden bahsetmektedir.

4.5.2.11. Aile Hekimlerinin Mesleki Gelişiminde TSM ve Sağlık Müdürlüğünün Etkisi

Hekimlik mesleği, sürekli hizmet içi kurslar ve yeni teknolojilerin takip edilmesi ile insan hayatında en iyi yöntemlerin kullanılarak hastalıkların bir an önce teşhis ve tedavilerin gerçekleştirilmesini gerektiren durumlar bütünüdür. Bu nedenle Aile Hekimlerinin de, bu süreç içerisinde devamlı kendilerini yenilemeleri gerekmektedir. Bu konuyla ilgili olarak, Toplum Sağlığı Merkezi yerine gelen İlçe Sağlık Müdürlükleri ile İl Sağlık Müdürlükleri'nin Aile Hekimlerine yeterli desteği sağlayıp sağlamadığı katılımcılara sorulmuştur.

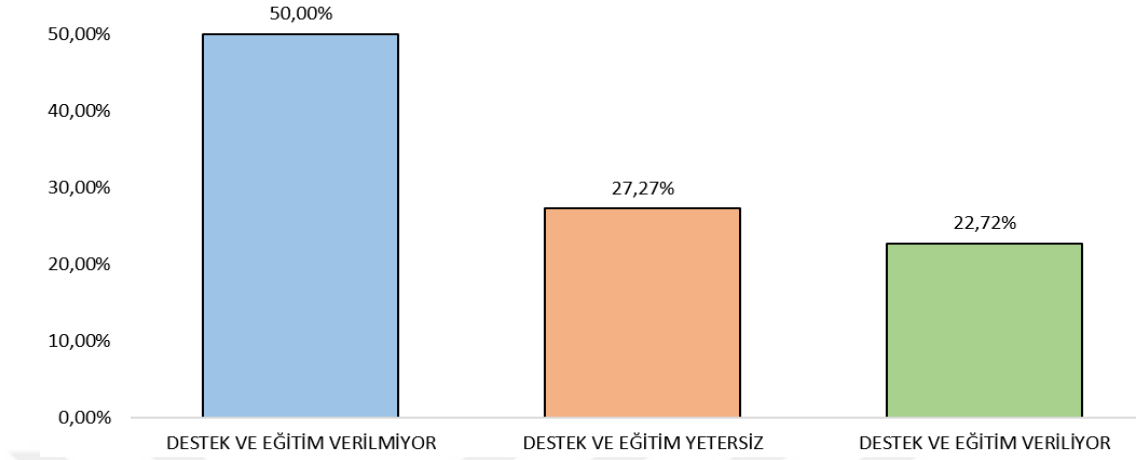
“Yetersiz, bu şartlarda mesleki gelişme ve ilerleme ancak Aile Hekiminin kişisel çabası ile olmaktadır” (Katılımcı-2)

“Pratisyen Hekimler açısından faydalı oluyor mu bilmiyorum ama verilen eğitimler Uzman Hekimler açısından zaman kaybı bence” (Katılımcı-11)

“Hayır, gelişim ve ilerleme için Sağlık Müdürlükleri yetersiz kalıyor, Sağlık Bakanlığı devreye girmeli” (Katılımcı-17)

“Yılda 2 kez sıkıcı toplantılar yapılıyor. Erişkinler için uygun değil. Katılım ve verim çok düşük” (Katılımcı-18)

Şekil 16: Aile Hekimlerinin Mesleki Gelişiminde TSM ve Sağlık Müdürlüğü’nün Etkisinin Alt Temaları ve Oranları (%)



Katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde, %50’si hiç destek ve eğitim verilmediğini, %27,27’si verilen desteğin çok yetersiz olduğunu belirtmektedirler. % 22,72’lik bir oranda katılımcı ise gerekli destek ve eğitimlerin verildiğini ifade etmişlerdir. Bu oranlar dahilinde katılımcılar arasında, destek verilse de iş yükünden dolayı katılamıyoruz diye ifade eden, verilen eğitimleri çok gereksiz ve zaman kaybı olarak düşünen, gelişme ve ilerlemenin sadece kişisel çaba ile olduğunu belirten ve bu soruna mutlaka Sağlık Bakanlığı’nın çözüm bulmasını isteyen katılımcıların cevapları dikkat çekici olmuştur.

4.5.2.12. Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Akademik Kadro ve Eğitim Durumu

Aile Hekimliği Sisteminin ülkemizde yeni olması ve Uzman Hekimlerin yetersiz olması nedeniyle, Hekimler gerekli kurs ve eğitimleri alarak Aile Hekimliği kadrosunda görevlendirilmektedirler. Aile Hekimliği Uzmanlığı için üniversitelerin açtıkları kadro ve verdikleri eğitimler katılımcılara sorulduğunda;

“Hayır, hem akademik yapı hem bakanlık umursamıyor ve görmezden geliyor” (Katılımcı-2)

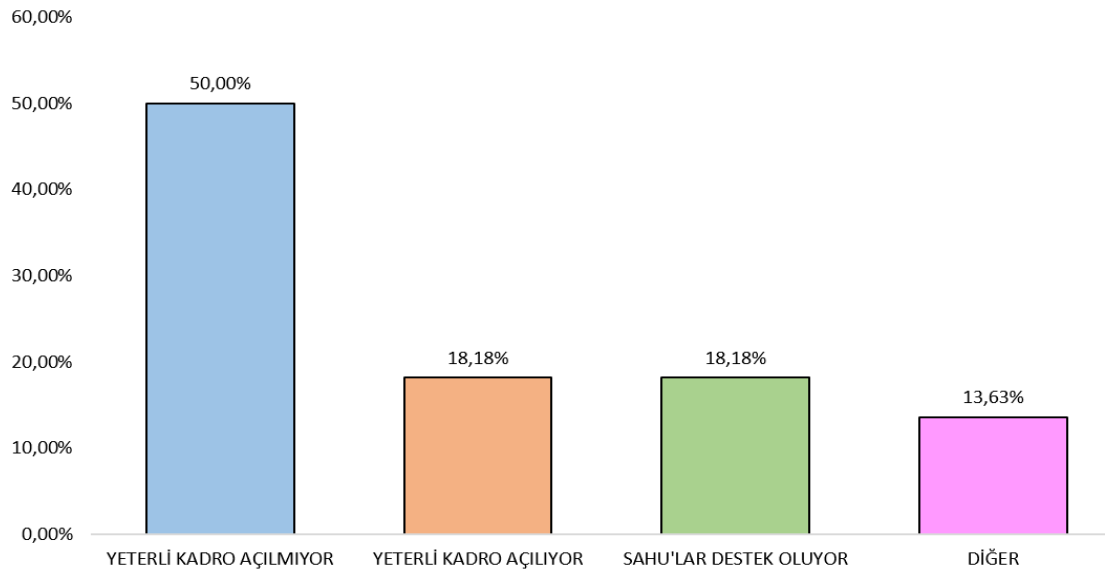
“Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı sahadan kopmuş, uygulama ve pratikten uzaktır, kendilerince gerekçelerle eğitime destek değil köstek olmaktadır” (Katılımcı-4)

“Kadrolar çok az, ayrıca oralarda da gerekli eğitimlerin verildiğini düşünmüyorum” (Katılımcı-5)

“Evet, son yıllarda yeterince Aile Hekimi Uzmanının yetiştiğini düşünüyorum” (Katılımcı-11)

“Liyakat ve çözüm üreten kadroların olduğunu düşünmüyorum” (Katılımcı-14)

Şekil 17: Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Akademik Kadro ve Eğitim Durumunun Alt Temaları ve Oranları (%)



Katılımcılara akademik kadrolar hakkındaki düşünceleri sorulduğunda; 22 katılımcıdan 11'i yeterli kadroların açılmadığını belirtirken, 4'ü yeterli kadroların açıldığını, 4 katılımcı da bu sürecin SAHU (Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı) ile yapılandırılmasını olumlu bulduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca 2 katılımcı bu konuda çok bilgisi olmadığını dile getirirken, 1 katılımcı ise Sağlık Bakanlığı'nın ve akademi dünyasının bu konu ile ilgilenmediğini belirtmişlerdir.

4.5.2.13. Sağlık Sistemi İçinde Aile Hekimlerinin Yeri

Aile Hekimliğinin ülkemizde yeni olması sebebiyle sağlık sistemi içerisindeki yerinin tam olarak anlaşılıp, ortaya konulup konulmadığı katılımcılara sorulmuştur.

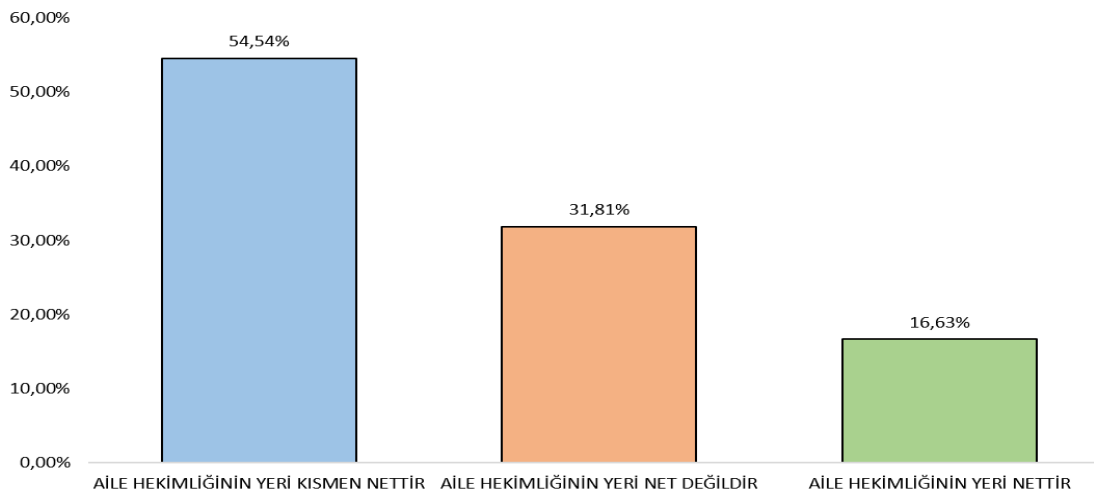
“Hayır, tabi ki Koruyucu Hekimlik yok, hastanecilik ve tedavi hizmeti var, milyarlarca lira tedaviye harcanmayabilir” (Katılımcı-2)

“Hayır, Aile Hekimliği Sisteminde dengesiz ve usulsüz uygulamalar çok fazla, hekimler arası rekabet engellemeli, sabit ödeme sistemi olmalı, yazılımlar uygunsuz eylemlere izin vermeyecek şekilde geliştirilmeli. Mesela sistem, firma bilgileri ve NACE kodu girmeden işe giriş raporu vermeye izin vermemeli. Sporcu lisans raporları için her hastada ikinci basamağa sevk çıkmalı”. (Katılımcı-7)

“Hayır, diğer Uzman Hekimlerin içinde bile çok sayıda hekimin Birinci Basmakta ne yapılıp yapılmadığının farkında olmadığını düşünüyorum. Aile Hekimi başına düşen nüfus sayısı fazla olduğundan Aile Hekimliği de olması gerektiği gibi uygulanamıyor. Bu durum sağlansa sağlık sistemine daha çok katkısı olacaktır”. (Katılımcı-11)

“Hayır; Aile Hekimliğinin bir disiplin olduğu Sağlık Bakanlığı tarafından görmezlikten gelinmekte, joker hekimlik gibi görünmekte(kimsenin yapmadığı ya da yapmak için ücret talep edilecek hizmetlerin Aile Hekimine yıkılması ve ücretsiz olarak yaptırılması)” (Katılımcı-14)

Şekil 18: Sağlık Sistemi İçinde Aile Hekimlerinin Yerinin Alt Temaları ve Oranları



Sistem içerisinde Aile Hekimlerinin yeri ve önemi katılımcılara sorulduğunda, katılımcıların yarısından çoğu, sistemin eksiklerine ve çok yeni olmasına rağmen, bu kadar kabul edilmesinin bile güzel bir belirti olduğunu söylemektedir. Ancak 7 katılımcı, sistem içerisinde Aile Hekimlerin hiçbir değerinin olmadığını, sistemin hasta merkezli olduğunu ifade etmişlerdir. Aile Hekimlerinin asli görevlerinden biri olan Koruyucu Hekimliğe değer verilmediğini ve sistemin hala belirsiz noktalarının olduğunu belirtilmişlerdir. 3 katılımcı ise sistem içerisinde Aile Hekimlerinin yerini beğendiklerini ve olması gereken noktada olduklarını söylemişlerdir.

4.5.2.14. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Aile Hekimlerinin Mesleki Tatmin Durumu

SDP ile birlikte 2005 yılında ülkemizde başlamış olan Aile Hekimliği Sisteminin, Aile Hekimlerinin isteklerine ne kadar cevap verebildiği, Aile Hekimlerinin çalışma koşullarını ne kadar iyileştirebildiği ve takdir edilip edilmedikleri yönünde sorulan soruya;

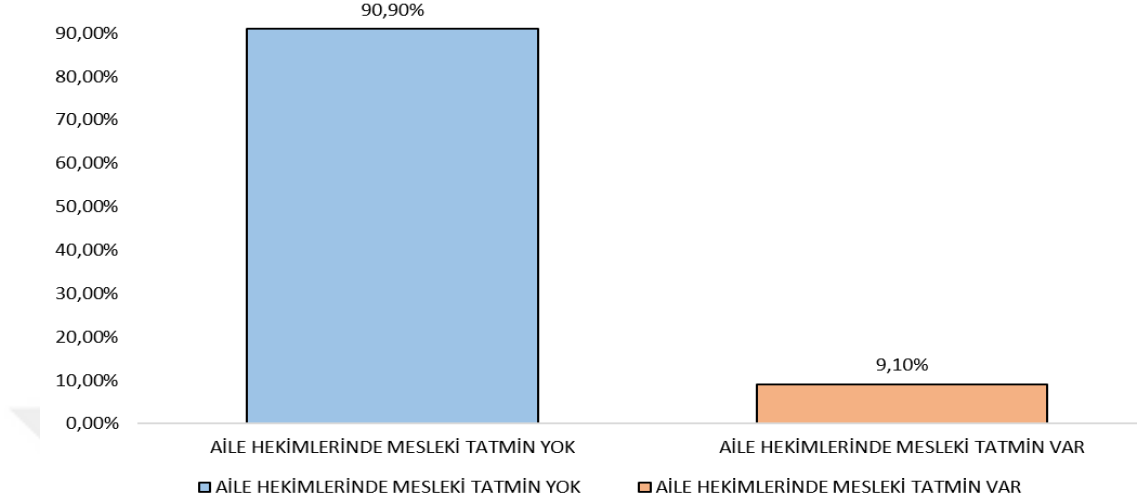
“Hayır, SDP sonrası hasta memnuniyeti ön plana çıkmış olup, Aile Hekimlerinden özverili çalışmaları bekleniyor ancak takdir ve ödül sistemi çalışmıyor” (Katılımcı-1)

“Hayır, çünkü sistem Aile Hekimlerinin hatalarını ve açıklarını bulmaya yönelik hazırlanmış” (Katılımcı-13)

“Hayır, Aile Hekimliği sistemine geçtikten sonra her yönetmelikte önceki haklarımıza göre kayıplar olmuştur” (Katılımcı-15)

“Başlangıçta ekonomik beklentileri karşıladı. Beklentiler ve verimli çalışmalar kimin umurunda” (Katılımcı-18)

Şekil 19: Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Aile Hekimlerinin Mesleki Tatmin Durumunun Alt Temaları ve Oranları (%)



Aile Hekimlerinin sistemden beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı hususuna bakıldığında, katılımcıların büyük bir kısmı sistemin ceza üzerine kurulu olduğunu ifade edip devamlı ceza aldıklarını belirttiler. Bir diğer konu da beklentilerin ve özverilerin devamlı Aile Hekimlerinden talep edildiği, sistemde Aile Hekimleri yerine hastaların ön planda tutulduğudur. Yönetimin takdir-ödül sistemini çalıştırmadığı, her yeni yönetmelik çıktığında Aile Hekimlerinin aleyhine kararlar olduğu, sistemin günden güne kötüye gittiği belirtilmiştir. Mesleki tatminin olduğunu düşünen çok az sayıda katılımcı da Aile Hekimliğinin prestijli ve günümüz koşullarında gelirin iyi olduğunu belirtmişlerdir

4.5.2.15. Sağlık Hizmetlerinin Ticarileştirilmesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği seviyelere ulaşmak için SDP'nin gerekliliği bir gerçektir. Sağlık Hizmetlerinin ticarileştirilmesi konusu Aile Hekimlerince değerlendirildiğinde;

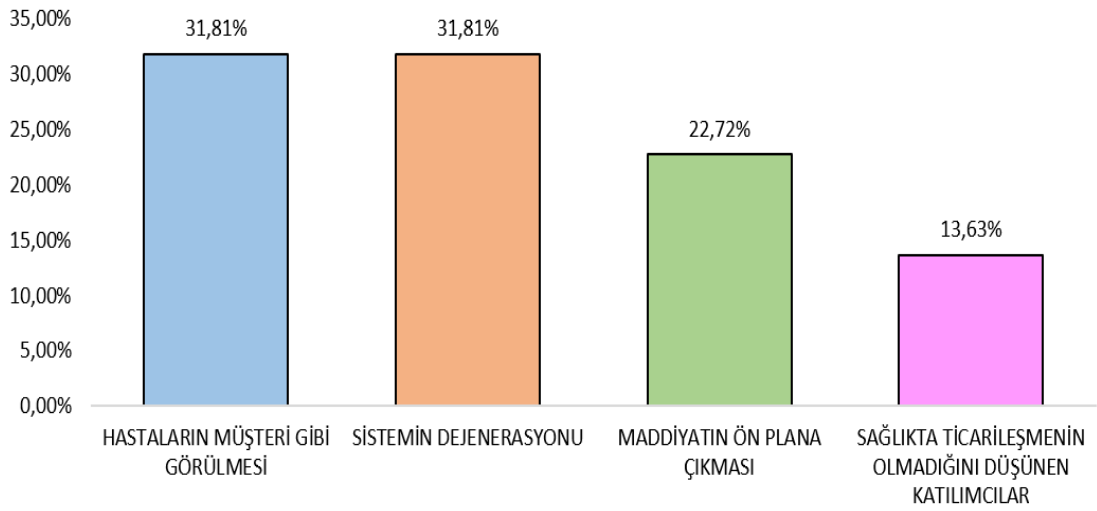
“Evet, SDP sonrası sağlık sistemi dejenerasyona uğramış ve maddiyat ön plana çıkarılmıştır” (Katılımcı-1)

“Hayır, düşünmüyorum klasik sol söylemin eksikleri var, hatalar sistem kurgusu içinde var ama bu da ticarileşme değil. Dünyanın hangi ülkesinde ücretsiz bu kadar kaliteli hizmet alımı olduğunu gösterebilir önce” (Katılımcı-2)

“Aile Hekimliği kısmı tamamen ücretsiz ama İkinci Basamak kısmında sürekli katkı payı, muayene ücreti, fark ücreti gibi ek ücretler istenmekte ve şehir hastanelerinin sistemde yükü ağırdır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası da bunun alt yapısıdır. İkinci Basamakta planlanan tamamen özelleşme (Sağlıkta Dönüşüm) Planlarına bakıldığında bu görülebilir” (Katılımcı-14)

“Bir emek sarf edilmiş ise karşılığını istemek gayet normaldir. Önemli olan her şeyin bilimsel gereklilik çerçevesinde olması” (Katılımcı-20)

Şekil 20: Sağlık Hizmetlerinin Ticarileştirilmesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkisinin Alt Temaları ve Oranları (%)



Sistemin ticarileştirilmekte olması ile ilgili katılımcılara sorulan sorularda, ticarileşmenin en büyük nedeni olarak hastaların müşteri olarak görülmesi, sistemin dejenerasyona uğraması ile sistemin rakamlara ve paraya dayalı olması gelmektedir. Ticarileşmenin olduğunu söyleyen diğer katılımcıların ifadeleri arasında, hastaların hekimlerin çok kazandığını düşünmesi, maddiyatın ön plana çıkması ve özellikle hastaların memnuniyeti için ticarileşmenin yapıldığı yer almaktadır. Sistemin ticarileşmediğini düşünen katılımcılar ise ticarileşmenin her ülkede var olduğunu ve buna ticarileşme denilmemesi gerektiğini, performans sisteminin ticarileşmeye engel

olduğunu ve emeğin karşılığının ticarileşme olarak adlandırılmaması gerektiğini ifade etmişlerdir.

4.5.2.16. Aile Hekimliği Uygulamasının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Birinci Basamak Sağlık Sisteminde 1967 yılından beri halka hizmet veren Sağlık Ocaklarının yerini alan Aile Hekimliklerinin, Sağlık Ocaklarına nazaran verimlilikleri katılımcılara sorulmuştur;

“Evet, Sağlık Ocakları atıl durumda sadece ilaç yazım merkeziydi ve işlevsizleşmişti. Aile Hekimliği ile yeni bir rüzgar geldi ancak ne yazık ki bu fırsat da tepiliyor, Aile Hekimliği de giderek Sağlık Ocağı gibi işlevsiz hale getirilmek isteniyor” (Katılımcı-2)

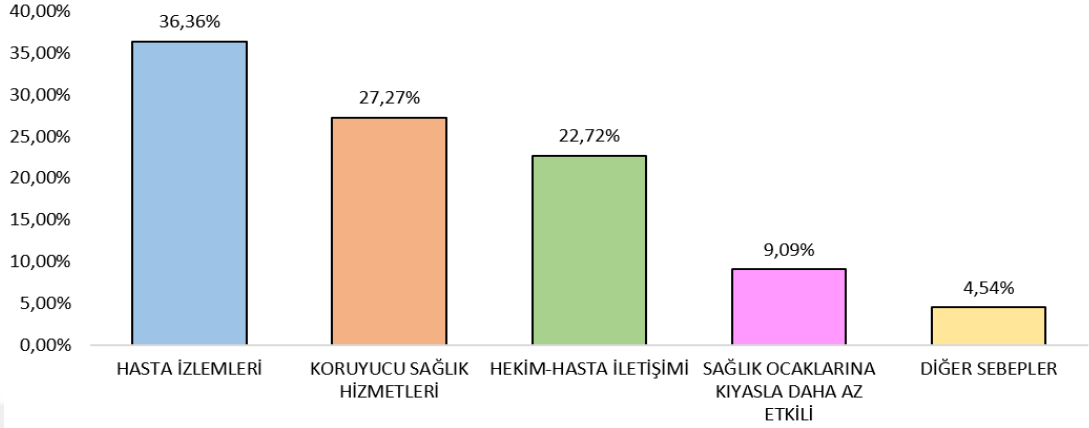
“Hayır. Ben Sağlık Ocağı sistemi gibi, Aile Hekimlerinin sadece hekimlik yaptığı bir sistemin günümüze uyarlanması gerektiğini düşünüyorum. Aile Hekimleri mevcut sistemde hekimlik dışı her türlü işle uğraşmak zorunda bırakılıyor. Ben çalıştığım kurumu bırakıp, sanayide jeneratör ustası veya buzdolabı tamircisi aramak zorunda bırakılmamalıyım. Ayrıca, hekimlerin kayıtlı hasta sayısına göre ücret alması, maalesef ki bazı meslektaşlarımızın usulsüz uygulamalara tenezzül etmelerini de beraberinde getiriyor” (Katılımcı-7)

“Kısmen, nüfus çok fazla. Bu konu çözülsün de ki nüfuslar düşürülmeye çalışılıyor, sahadaki hekimlerin de bunun farkında olup gerekli donanımını sağlaması ve kendini güncellemesi gerekir” (Katılımcı-11)

“İstatistikler bana olumlu cevap verdiriyor. Aşılama oranı ve toplam ilaç maliyeti konulu istatistiksel tablolar. 2005-2018 karşılaştırmalı tablolar” (Katılımcı-20)

“Evet, kesinlikle daha verimli hizmet veriliyor. Özellikle gebe-bebek takiplerinde neredeyse her gebeye ve bebeğe ulaşıldığı için çok sağlıklı bir neslin geleceğini söyleyebilirim. Bir de şu aşı reddi bu kadar popüler olmasa ve ailelerin kararına bırakılmasa çok daha verimli olur, gerçek amacına ulaşılır” (Katılımcı-21)

Şekil 21: Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisinin Alt Temaları ve Oranları (%)



Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin geçmişi ve şu anki durumunun kıyaslaması yapıldığında, katılımcılar tarafından Sağlık Ocaklarına nazaran Aile Hekimliklerinin en önemli özelliği olan hasta izlemleri (gebe, çocuk, bebek vb.) ile Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin eskiye nazaran kıyaslanamayacak kadar artmış olduğu ifade edilmektedir. Aynı şekilde yeni sistemde hastaların hekimlerini, hekimlerin hastalarını birebir tanıması bu sistemin avantajları arasında görülmektedir. Yeni sistemin verimli olduğunu belirten katılımcılar arasında, sistemin yeni olmasından dolayı eksiklerinin olduğunu ve sistemin bu şekilde devam ederse Sağlık Ocaklarını aratacak duruma gelebileceğini söyleyen katılımcılar mevcuttur. Eski sistemi daha iyi bulan katılımcılar, Sağlık Ocaklarında hekimlerin değerinin daha fazla olduğunu ve işlerin daha hızlı ilerlediğini bildirmişlerdir.

4.6. TARTIŞMA

21. yüzyılda ekonomik, politik ve sosyolojik bir olgu olarak algılanmaya başlanan sağlık, bütün ülkelerde çözülmesi öncelik kazanmış bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Mutlupoyraz, 2010:75).

Ustu vd. (2011)'ne göre, Sağlık Sistemleri; Temel Sağlık Hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, planlama ve politika geliştirmek için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi, sistemin başarısını sağlayacaktır. Gelişmiş ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sistemi Reformları'nın köşe taşlarından birisidir ve güçlü bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir.

Aile Hekimlerinin iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunmada önemli rolleri bulunmaktadır (Ergüder vd. 2014:3). Bu roller ile birlikte Temel ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde etkin ve kaliteli bir şekilde hizmet sunulur. Her geçen gün değişmekte olan yaşam koşulları ve sağlık politikaları sayesinde, Aile Hekimliğine de gereken önemin verilmesi konusunda önemli adımlar atılmaya başlanmış, Aile Hekimliği hem akademik yönden hem de uygulamalar yönünden, ülkemizde uygulanmaya başlandığı 2005 yılından beri devamlı gelişme göstermiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan Aile Hekimlerinin, topluma ve bireylere karşı, önemi kıyaslanamayacak kadar büyük sorumluluk taşıdıkları bir gerçektir. Disiplin olarak da incelendiğinde, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temasa geçtikleri ve hiçbir ayırım yapılmaksızın her bireye kapsamlı ve bütüncül bir hizmet sunulduğu görülmektedir.

Bu çalışma, hekimlerin neden Aile Hekimliği Sistemine dâhil olduklarını, Aile Hekimlerinin çalışma koşullarını, sistemin negatif yönlerini ve sorunlarını, Aile Hekimliğinde kullanılan performans sisteminin özelliklerini, sistemde eğitime, gelişmeye verilen desteği, nöbet sistemini ve SDP'nin sisteme kazandırdıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin 15'i (% 68) erkek, 7'si (% 32) kadındır. Katılımcıların statüleri incelendiğinde; 16'sı (% 73) hekim, 4'ü (% 19) uzman hekim, 1'i (% 4) asistan hekim ve 1'i de (% 4) öğretim üyesidir. Sağlık Bakanlığı'na (2012) göre Portekiz, Almanya, Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde Hekimler Aile Hekimliği yapamamaktadırlar. En az üç yıl Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi almış olmaları gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu (2018) gereğince, ülkemizde de Aile Hekimliği Uzmanlığı asistanlık süresi üç yıldır. Ancak ülkemizde Aile Hekimi Uzmanı sayılarının az olması nedeni ile şu anda sadece 7-14 gün Aile Hekimliği Kursu alan Hekimler de Aile Hekimi olarak görevlendirilmektedirler.

Aile Hekimliğinden memnuniyet temasında Aile Hekimleri, %36,36'lık bir oranla sistem içerisinde olmaktan ve çalışma koşullarından kesinlikle memnun olmadıklarını dile getirmişlerdir. %45'lik bir kısım kısmen memnun olduklarını, %18,18'lik oranda 4 katılımcı ise memnun olduğunu dile getirmiştir. En büyük memnuniyetsizlik, iş yükünün fazla olması, çalışma koşullarının ağır olması ve sistemin hasta merkezli olmasından kaynaklanmaktadır. Baysal vd. (2014), Aile Hekimlerinin sistem içerisindeki memnuniyet durumlarını araştırmışlardır. Aile Hekimlerinin %53,2 oranında memnun, %46,8 oranında da memnun olmadığı görülmüştür. Yaptıkları araştırmada memnuniyetsizliğin nedenleri arasında, sağlık elemanlarının sayısının yetersizliği, iş yükü, görev dışı işlerin çokluğu ve ekip çalışmasının olmayışı gelmektedir.

Metsemakers'e (2014) göre Avrupa standartları ele alındığında Aile Hekimine kayıtlı nüfus Danimarka'da 1600, Hollanda'da 2250 iken ülkemizde Aile Hekimliği nüfusları Sağlık Bakanlığı verilerine göre ortalama 3645 civarındadır. Günde ortalama bakılan hasta sayısı temasında, Aile Hekimlerinin günlük baktıkları hasta sayıları verilmiş ve %36 ile 61-80, yine %36 ile 41-60 çıkmıştır. Yağız'ın (2015) yapmış olduğu araştırmada, Aile Hekimlerinin poliklinik sayılarının en az 40 olduğu görülmüş olup, bu çalışma ile benzer bulgular elde edilmiştir. Yine Avrupa ülkesi olan Fransa'da bu oran Haute'ye göre 25-30 dur (akt.Çeçem vd, 2015:156). Bu oranlara göre Aile Hekimliği nüfus sayısının Avrupa standartlarından fazla olmasının etkisi temasında, 1 Aile Hekimi haricinde hepsinin olumsuz cevap verdiği, %95,45 oran ile hastalarına ayırdıkları sürenin azaldığı ve bu nedenle de hasta memnuniyetinin azaldığı görülmüştür.

Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumuna katkısı temasında, Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumunda performans yönünden en başarılı oldukları hizmetler içerisinde 16 katılımcı (% 72,72) ile Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 5 katılımcı (% 22,72) ile poliklinik ve muayene hizmetleri, 1 katılımcı (% 4,54) ile de Evde Sağlık Hizmetleri gelmektedir. Buradan da anlaşıldığı gibi Aile Hekimleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin asıl görevi olan Koruyucu Hekimliği en iyi şekilde yapmaktadırlar.

Aile Hekimlerinin sunuş performansları yönünden etkin olarak yaptıkları hizmetler temasında Aile Hekimlerinin hastalara sundukları hizmetlerin etkinliği açısından poliklinik hizmetleri (% 22,72) ve aşılama hizmetleri (% 22,72) ilk iki sırada gelmektedir. Sonrasında % 21,21 ile bebek izlemi gelmektedir. Burada Aile Hekimlerinin kaliteli bir poliklinik hizmeti vermeleri, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin yoğunluğunun düşmesine, onların da daha kaliteli hizmet sunmalarına imkan vermektedir.

Aile Hekimlerinin uygulamada karşılaştıkları sorunlar temasında, Aile Hekimlerinin çalışma şartları içerisinde karşılaştıkları en büyük sorunlar; % 31,81 oranında hastaların kuralırlılıkları ve usulsüz istekleri ile %18,18 oranında hasta memnuniyetsizliği olarak ifade edilmiştir. Yani genel bir iletişim problemi olduğu görülmektedir. Bu bulgular, Kızılnal'ın (2017) yaptığı araştırmada bulmuş olduğu % 69,4 oranında Aile Hekimlerinin hastaları ile iletişim konusunda sorun yaşadıklarını gösteren bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Performans sisteminde karşılaşılan sorunlar temasında, performans yönünden Aile Hekimlerinin yaşadıkları sorunlar arasında % 40,90 ile ilk başta hastaların sorumsuz davranışları ve kendilerine ASM'ler tarafından ulaşılamaması gelmektedir. Kızılnal (2017), hekimlerin hastalara ulaşamama nedenleri arasında zaman kısıtlılığını %22,4 ile, ağır iş yükünü 15,3 ile, sosyokültürel düzeyi ise 56,5 ile açıklamıştır.

Nöbet Uygulamalarının Aile Hekimliğine Etkisi temasında nöbetlerin hekimler yönünden sorun oluşturup oluşturmadığı araştırılmış, ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması (2014) gereğince ihtiyaca göre en az 8 saat en çok 30 saate kadar nöbet tutulabileceği bildirilmiştir. Şişli'ye (2014) göre birçok Avrupa

ülkesinde nöbetin olmadığı, olduğu yerlerde de isteğe bağlı nöbetler olduğu vurgulanmıştır. İlgün'e (2014) göre de yapılan araştırmada, nöbetlerin Aile Hekimlerini olumsuz etkileme oranının %81 olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcılardan 15'inin (%69) nöbet tuttuğu anlaşılmış ve nöbetlerde yaşadıkları en büyük sorunun % 33,33 ile yıpranma, yorgunluk ve ASM'deki görevlerin aksaması olduğu bildirilmiştir. Yine Şişli'ye (2014) göre; Türkiye'de Aile Hekimlerine getirilen nöbet düzenlemelerinin, görev tanımları ve ücretler göz önüne alınmaksızın, çalışma süresi ile sınırlı ele alındığında, uluslararası ve ulusal hukuk kurallarının çalışanlar açısından öngördüğü haftalık en fazla 48 saatin fazlası ile aşılması sebebiyle, dinlenme hakkının ihlaline yol açacağı sonucuna varılmaktadır.

Aile Hekimlerine, “gerekli eğitimlerin verilmesi ve yeterli sayıda akademik kadroların açılıp açılmadığı” sorulduğunda, Mutlupoyraz (2010) tarafından yapılan araştırmada kongreye gidenlerin oranının % 40, kurs alanların oranının % 46, hizmet içi eğitim alanların oranının da % 78 olduğu görülmüştür. Aile Hekimlerinin mesleki gelişiminde TSM ve Sağlık Müdürlüğünün etkisi teması ile Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda akademik kadro ve eğitim durumu teması incelendiğinde; Aile Hekimleri %50 oranında destek ve eğitimin hiç verilmediğini, % 22,72 oranında ise kendilerine gerekli eğitimlerin verildiğini bildirmişlerdir. Akademik yönden incelendiğinde; Aile Hekimlerinin %50'lik kısmı akademik kadroların açılmadığını dile getirmişlerdir. %18,18'lik kısmı yeterli kadroların açıldığını, yine % 18,18'lik kısmı da bu konuda SAHU'ların destek olduğunu söylemişlerdir.

Sağlık sistemi içinde Aile Hekimlerinin yeri temasında, katılımcılar % 54,54 oranında sistemin yeni olmasına ve eksiklerine rağmen Aile Hekimlerinin yerinin kısmen ortaya konduğunu belirtmişlerdir. Sistem içerisinde Aile Hekimlerinin yerinin net bir şekilde ortaya konduğunu belirten katılımcıların oranı ise % 16,63'tür. Aynı şekilde İlgün (2014), yaptığı araştırmada %57,6 oranında sistem içerisinde Aile Hekimlerinin yerinin görev tanımlarıyla beraber belirlendiğini bildirmiştir.

Sağlık Hizmetlerinin ticarileştirilmesinde Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisi temasında, katılımcıların % 86,37'lik bir oranla sağlıkta ticarileşmenin olduğunu bildirdiği ve bunun nedenleri arasında hastaların müşteri olarak görülmesi, sistemin dejenerasyona uğratılması ile sistemin rakam ve paralara dayalı olduğu belirlenmiştir. Sönmez (2011), bu durumu “Sağlıkta Sağlıksızlık” olarak

adlandırmakta ve sağlık alanındaki mevcut uygulamalara ve gidişata dikkatli bakıldığında ise bu sürecin Aile Hekimlerini de içine alacak bir biçimde genişleyeceğinin görüldüğünü ifade etmektedir. İlgün (2014) de, zelleştirme yönüyle yaptığı araştırmada sağlıkta ticarileşme oranının %75 olduğunu belirtmiştir.

Aile Hekimliği Uygulamasının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine etkisi teması ile “Aile Hekimliği Sisteminin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için daha etkin olup olmadığı” araştırıldığında, hasta izlemleri(%36,36), Koruyucu Sağlık Hizmetleri (%27,27) ve hekim-hasta iletişimi (%22,72) olmak üzere toplamda % 90 gibi yüksek oranda Aile Hekimliğinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine olan katkısı görülmektedir. İlgün (2014) araştırmasında, Aile Hekimliğiyle sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşmasını %78 oranında, Birinci Basamakta Aile Hekimliğinin tedavi sürecine katkısını %67, Koruyucu Sağlık Hizmetlerine katkısını %76 olarak bulmuştur.

SONUÇ

SDP sonrası Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin giriş kapısı olan Sağlık Ocakları yerine yeni bakış açısı ve uygulaması getiren Aile Hekimliği Sistemi, ilk olarak 2005 yılında pilot il olarak Düzce’de başlamış, 2010 yılı sonunda da tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Bu süre zarfında devamlı değişmekte olan yaşam koşulları ve sağlık politikaları Aile Hekimliğinin önemini göstermiştir.

Aile Hekimliği bir disiplin olarak da, insanların Sağlık Hizmetleri ile ilk temaslarının olduğu, herhangi bir ayırım yapılmaksızın her bireyin sağlık problemlerinin çözüldüğü, bütüncül ve insan merkezli bir hizmet sunar.

Aile Hekimliğinde özellikle memnuniyet anketleri yapılmış olmakla birlikte Aile Hekimlerinin çalışma koşulları ile ilgili çalışmanın eksik olduğu görülmüş ve bu yönde çalışmaya yön verilerek araştırma yapılmıştır. Araştırmaya 22 Aile Hekimi katılmış, kendileriyle nitel araştırma teknikleri çerçevesinde yarı yapılandırılmış derinlemesine mülakat yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde; demografik özelliklere göre araştırmaya katılan hekimlerin 14’ünün, en az 10 yıldır hekimlik yaptıkları ve mesleki tecrübelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Şu an sistemin henüz çok yeni olmasından dolayı Aile Hekimliği görevini, Aile Hekimliği Uzmanlarından daha çok, kurs alan hekimlerin sürdürmekte olduğu, ileride akademik kadroların artmasıyla ve sürenin biraz daha geçmesiyle beraber Avrupa ülkelerinde olduğu gibi tamamıyla Aile Hekimliği Uzmanlarının yapacakları görülmektedir. Hekimlerin Aile Hekimliğini seçmesi konusunda görev yaptıkları yıl sayısı değerlendirildiğinde, aynı şekilde bir ilişki bulunamamıştır.

Hekimlerin, Aile Hekimliğini seçmelerinin en büyük nedeninin; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sevmeleri ve aldıkları maaşların tatmin edici oranda olduğu sonucuna varılmıştır. Bir diğer yönden Hekimler, hastane Acil Servisi Nöbet Birimleri ile İlçe Sağlık Müdürlüğü’nde görevlendirilmektedirler. Bu şekilde çalışmayı tercih etmeyen Hekimler, özellikle Aile Hekimliğini seçmektedirler.

Aile Hekimlerinin hasta memnuniyetleri yönünden en verimli ve etkili şekilde sunduğu hizmet araştırıldığında, Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile Poliklinik Hizmetlerinin geldiği tespit edilmiş, bunların içerisinde de muayenelerin, aşılama

hizmetlerinin, bebek ve gebe izlemlerinin ön sırada olduğu görülmüş, böylelikle Aile Hekimlerinin asli görevi olan Koruyucu Hekimliğin önemini ön plana çıkarmıştır.

Aile Hekimliğinin çalışma mantığı, performans sistemine dayanmaktadır. Bu durumun çalışma koşulları yönünden etkisi sorulduğunda, Aile Hekimlerinin büyük bir çoğunluğunun Performans Sisteminin gerekliliğinden yana oldukları, ancak sistemin sadece negatif yönde işletilmesinden dolayı sıkıntılarının olduğu ve Performans Sisteminin objektif olarak işletilmesini istedikleri görülmüştür. Aile Hekimlerinin mesailerı dâhilinde mustarip oldukları bir diğer konu da, sistem içerisinde nöbetlerin olmasıdır. Nöbetler, 8 saat ile isteğe bağlı olarak 30 saat arasında değişmektedir. Ancak nöbetler her gün sabah 8'den akşam 5'e kadar onlarca hasta bakan hekimler için dinlenme haklarının ihlallerine neden olmakla beraber, hekimler için yıpranmaya sebep olup, hastalar için de memnuniyetsizlik yaratmaktadır.

Aile Hekimlerinin büyük bir kısmının, Hekimlerden oluştuğu çalışma içerisinde belirtilmiştir. Uzmanlık için akademik kadrolardan yeterli derecede faydalanamadıkları belirlenmiştir. Aynı şekilde mesleki gelişimleri açısından hizmet içi eğitimlerin yeterli olmadığı gibi, Sağlık Müdürlüklerinden de gerekli desteği görmedikleri tespit edilmiştir.

Aile Hekimlerinin sistem içerisindeki yerlerinin net olup olmaması ve memnuniyetleri konusu araştırıldığında; birçoğunun sistemden memnun olmadığı ve mecbur kaldıkları için Aile Hekimliği yaptıkları ve onların da kısmen memnun oldukları saptanmıştır. Sadece % 18 oranında, hekimlerin Aile Hekimliğinden memnun oldukları belirtilmiştir. Memnuniyetsizliğin en büyük nedeni olarak, iş yükü ve çalışma koşullarının ağır olması gelmektedir. Hekimlerin istemedikleri, memnun olmadıkları yerlerde çalışmak zorunda kalmaları, doğal olarak kendilerine zor gelmektedir. Diğer bir sorun da; Avrupa Ülkeleri ile karşılaştırıldığında, ülkemizde Aile Hekimlerine kayıtlı nüfusun çok fazla olmasıdır. Bu durum, hem hekimlerinin yoğun çalışmalarına, hem iş yüklerinin fazla olmasına ve hastalara yeterli zaman ayıramamasına, hem de hasta memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Plan çerçevesinde, ülkemizde Aile Hekimlerinin nüfuslarının 2500'e indirilmesi çalışmaları yer almakta, ama şu anki kadro sıkıntısı nedeniyle bu mümkün olamamaktadır. Ancak bir an önce sayıların normal standartlara indirilmesi

gerekmektedir. Yoksa bu iş yükü ve ağır çalışma temposu, Aile Hekimlerinin mesleki doyumlarını iyice düşürecek ve sistemde bir yerden sonra problem yaşanmasına sebebiyet verecektir. Diğer yünden Aile Hekimlerinin gerek görev yaparken gerekse de performans sistemi yönünden karşılaştığı sorunlar arasında; hastaların sorumsuz davranışları, usulsüz rapor istekleri, kuralsızlıklar, gerektiğinde hastalara ulaşamama ve ASM'lerin giderlerinin günden güne artması yer almaktadır.

Sonuç olarak; Aile Hekimliği Sisteminin, çok yeni olmasına rağmen ülkemizin ihtiyacı olan bir sağlık sistemi olduğu belirlenmiş ve sistemin eksikliklerinin giderilerek sürekli yenilenmesi gerektiği anlaşılmıştır. Sistemin rakamlara ve paraya dayalı olmasının engellenmesi gerekir. Yoksa hastaların müşteri olarak görülmesi durumunda, sistemin ticarileşmeye gideceği engellenemez bir gerçektir. Aile Hekimlerinin üzerindeki yükün azaltılması, hasta sayısının düşürülmesi, nöbet sisteminin komple iptal edilmesi, pozitif performans sisteminin adil bir şekilde uygulanarak maaş sisteminin güncellenip, iş doyumlarının artırılması için bir an önce sağlık politikaları üretilmelidir.

KAYNAKÇA

Adak, Nurşen Özçelik, (2002). Sağlık Sosyolojisi Kadın Ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul

Ağdemir, Hasan. (2012). *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların Ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı

Akbaş, Gözde (2011). *Hemşirelerin Çalışma Koşullarında Ortaya Çıkan Olumsuzlukların Giderilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. İstanbul.

Akdur, Recep, (2003); Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin. Birliğe Uyum

Akdur, Recep. (2008). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık*. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Ankara; Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi. Sayfa:45.

Akdağ, Recep (Ed). (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770. Ankara

Akdağ, Recep. Aydın, S, Demirel, H. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, *İlerleme Raporu*, T.C.Sağlık Bakanlığı,Devlet Planlama Teşkilatı , 2.Baskı Yayın No:749, Ankara.

Aksakoğlu, Gazanfer. Kılıç, Bülent ve Uçku,Reyhan. (2003). Aile Hekimliği Modeli / Sistemi Türkiye İçin Uygun Değildir. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2003; 18: 251-7

Aksu, Bike. Metin Çelik, Ayten Egemen, Çağatay Güler, Güler Karna, Cihangir Özcan, Zafer Öztekin, Gürbüz Turhan, *Sağlık Bilgisi Lise I*, 3. baskı, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1986

Ataay, Faruk. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*. Sayı/No.41-3.Eylül 2008 ,syf:170. Ankara.

Aydın, Seval Temiz ve Metin,Bekir. (1997). *Dünya Sağlık Örgütü Ve Türkiye İle İlişkileri*. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Ankara.

Aydın, Erdem. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*. Sayı: 15:187.

Aşık, Nuran Akşit (2010). Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Ve Örgütsel Faktörler İle Sonuçlarına İlişkin Kavramsal Bir Değerlendirme. *Türk İdare Dergisi*. Sayı: 467

Büyükses, Yasemin. (2012). *1980 Sonrası Türkiye’deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Bodur, Said. Aile Sağlığı Eğitim Serisi, Başbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu Yayınları,Yayın No:13, Seri:2 1991, Ankara

Başol, Emel ve Işık, Abdülkadir (2015). *Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler*. International Anatolia Academic Online Journal. 2015,2(2),7-8

Baysal Hasret, Hacıalıoğlu Nazlı, Yıldız Esra, Öztürk Sibel (2014) Birinci Basamakta Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Modelinden Memnuniyet Durumları Ve Bu Konudaki Görüşleri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* Cilt2 Sayı1

Bostan, Sedat, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Doktora Tezi), Trabzon, 2009.

Dalton, Hugh, (1947). Principles of Public Finance, George Routledge and Sons Ltd, 6th. Ed., London

Dayı, Yavuz Selim. (2007). *Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği Ve Doktorlar Elazığ Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı

Demirkıran, Serpil. (2012). *Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Dinç, Demet vd. (2009). Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı. Hekim. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2009; 13(2): 93-98

Dirican, Rahmi (Derleyen); Prof.Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi; Ankara; Türk Tabipleri Birliği; 1997.

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, 1946.

Emanuel, Ezeikel J ve Emanuel, Linda L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. Journal of The Amerikan Medikal Association. JAMA, London Vol. 267, No: 16, April, s.2221-2226.

Ertan, İzzet Mert. (2012). *Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunda Sağlık Hakkı ve Etkinleştirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı

Eke Erdal, Ünal Betül (2018). *Politika Transferi Süreci Açısından Türk Sağlık Sisteminde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Cilt 9 Sayı 25

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Madde 12/I

Er, Ünal. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ergüder T. Esin S. Kutlu L. Kanyılmaz D. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik. Erişim: www.todaie.gov.tr/OZETSY/874.doc. Erişim tarihi: 10.05.2017

Family Physicians' Satisfaction with Current Practice: What Is the Role of Their Interactions with Specialists? Amardeep Thind, MD, PhD, Tom Freeman, MD, MCLSC, Cathy Thorpe, MA, Andrea Burt, MA, and Moira Stewart, PhD. Health Policy. 2009 Feb; V4(3): e145–e158. PMID: 19377349

Feyzibeyoğlu, İhsan. Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, <http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.pdf>. (10.11. 2012).

Hasan Hüseyin Tekin ve Hasan Tekin, “Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme”, *Sosyoloji Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 13, 2006, ss. 101-116, s.101-103.

İlgün, Gülnur (2014). *Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş Ve Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.

İnce, Tuğrul. (2012). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi Ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, madde 25/I

Kaya, Aygül. (2011). *Türkiye İle Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı

Kaya Emin, (2018). Sağlık Hizmetleri Yönetimi Dersi Final Notları. (<http://dersnotlari.eminkaya.net/admin/dosyalar/saglik-hizmetleri-yonetimi-dersi-final-notlari.pdf>) (Erişim:26.05.2019)

Kaygın, Nesrin. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti Ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı

Kılıç Taşkın, Topuz Rasime 2016. *Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması*. Sağ. Perf. Kal. Derg., 2015 (9): 78-95

Kıncal, Remzi, 2010. Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Ankara, Nobel Yayıncılık, p. 52-190.

Kızılcıkel, Sezgin. (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi, Saray Kitabevi, İzmir

Kızılnal, Pelin (2017) *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul

Kıymet Fettah ve Bayram Şahin, “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2009, c. 2, S.2, s. 180.

Kifayet Baran Çeçem, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu (2015). Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. *Ankara Med J*, 2015, 15(3):153-160

Mackean Peter ve Gutkin Cal (2003). *Fewer medical students selecting family medicine. Can family practice survive?*. Canadian Family Physician April 2003, 49 (4) 408-409.

Marshall,A. (1988). Principles Of Economics, An Introductory Volume 8 Th.Ed., London, Macmillan Press, 1988., Book Iv, Chapter Xiii Conclusion. Correlation Of The Tendencies To Increasing And To Diminishing Return, <http://www.econlib.org/library/marshall/marP27.html#Bk.IV,Ch.XIII> (Erişim: 22/04/2018)

Mutlupoyraz, Fatih (2010). *Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin*

İş Doyumunun Saptanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Nalbant, Şükrü. (2006). *Türkiye’de Sağlık Sektöründe Çalışma Koşulları Ve Sendikal Örgütlenme Hakkı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Nazan Yardım ve Diğerleri (Ed.). (2007). *21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, s. 146-147;

Odabaşı Orhan, Güler Mustafa (2010). Zorunlu Hizmet, Sürekli Tıp Eğitimi Sted Günce Cilt:19 Sayı:3 Kocaeli

Öngören, Bülent. (2004). *Doktor Hasta İlişkisinde Güç ve Çıkar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Muğla: Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı

Özgan Ayşegül, Anbaryapan Hülya, Tunay Mesut, Daldal Süleyman, Çağlar Yağmur (2018). İzleme Ve Değerlendirme Eğitimi Rehberi. T.C Sağlık Bakanlığı. Ankara

Özkan, Döndü Sönmez. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Özdoğan, Süheyla. (2010). *Türkiye’de İllere Göre Sağlık Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilimdalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı

Orhaner, Emine. (2006).“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, S.1,

Pala, Kayhan. (2003). *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları 1920-1960 Yılları*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Doktora Tezi, Bursa

Resmi Gazete 2010. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Sayı:1237 :Md:16

Resmi Gazete 2015. Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Sayı:29258 Md:46 Ankara

Resmi Gazete 2017. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Sayı:30278 Md:10,11 Ankara

Resmi Gazete 2019. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği. Sayı:30894 Md:5,6,7. Ankara

Roter, Debra J. and McNeilis, Kelly S. (2003). “The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits”. (Ed. Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne) Handbook of Health Communication. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 121-140.

Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman ve Michael R. Reich. (2009), Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784, Onur Matbaacılık, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu. (2018) Tıpta Uzmanlık Karar Tutanağı, Karar No:1087. Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta dönüşüm, (2004) <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> (Erişim: 28/05/2019)

Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara

Sargutan,A. Erdal. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Kavram, Metot ve Uygulamalar Sağlık Sektörlerinin Genel sistem ve Mali Yapıları Sağlık sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve*

Mali Yapıları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

SGK, Sağlık Uygulama Tebliği 2007. Ankara

Soyer,Ata. (2009). Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2(4),179-182 İzmir

Sönmez, Mustafa (2011) Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi. Yordam Kitap, İstanbul

Sülkü, Seher Nur,. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Başkanlığı Yayın No:2011/414, Ankara,2011. Hermes Matbaacılık

Şişli, Zeynep (2014). Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Dinlenme Hakkı Bağlamında Aile Hekimliğinde Nöbet Uygulaması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014;18(3):162-168

Taneli Baha ve Şahin Hatice. (2012). Cumhuriyetten Önce Ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri Ve Tıp Eğitimi. Ege Tıp. Sayı:118

Tatar, Mehtap. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Sayı: 2011:1.

T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2016, 2017, 2018 Ankara

T.C Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği. No:2010/1237 Md.14 Ankara (Ek: 8/2/2016-2016/8514 K.)

Turgut Meryem ve Diğerleri (2018). Aile Hekimliği Çalışanlarının İş Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara Batıkent Örneği. 1.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi. Şanlıurfa

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konsey (2008). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

Türk Tabipleri Birliği (2008). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1954). Kanun Numarası:6023 Kabul Tarihi:23/1/1953

Turgu Sezgin, Öztora Serdar, Çaylan Ayşe, Dağdeviren Hamdi,2018. Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti Ve Hekim İş Doyumu İle İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018;22(2):78-91

Uğurlu, M. Cemil. (1997). Hipokrat. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 50, Sayı 2. Ankara

Ustu Y, Uğurlu M, Ornek M, Sanisoğlu SY. (2011). 2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Balkan Med J* 2011;28:55-61.

Uygur Atiye, (2009). *Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı

Ünlüoğlu İlhami, Paycı Sevgi (2004). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları Sağlık Bakanlığı. Ankara

Wagner, Rachel N. (12-2015). The Role of Autonomy in the Physician-Patient Relationship, East Tennessee State University

WHO. (2008), World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever, Switzerland.

Yağız, Fulya (2015). *Ankara’da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimliği Uzmanlarının Aile Hekimliği Asistanlarına Eğitim Vermek İle İlgili Görüşleri* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya

Yıldırım, Ali, Şimşek, Hasan.(2004). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş., Ankara

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8 inci maddesi (24/11/2004 tarihli)

Metsemakers, Job FM. (2014) 5. Uluslararası Aile Hekimliği Yıllık Kongresi, Antalya

Web Adresleri:

<https://www.ankahed.org.tr/manset-haber/1509/dunya-da-aile-hekimligi-uygulamalarikisa-ozet> (Erişim: 04/08/2019)

<http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-16734/h/gtekniksartnameekigorevtanimlari.doc> (Erişim: 04/03/2019)

http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_tarih.htm (Erişim: 09/12/2018)

http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_pol.htm (Erişim: 09/12/2018)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71241/h/kitap-hsm.pdf>, (Erişim: 17/11/2018)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/h/faaliyetraporu2012.pdf>. (Erişim: 02/08/2018)

http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html (Erişim: 14/03/2019)

<http://www.diyarbakirsoz.com/makale-4709-Tip-Fakultesi-Sayisi-olarak-Dunya'da-5-Siradayiz.html> (Erişim: 30/07/2019)