

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

**AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Serpil ŞİŞMAN**

İSTANBUL, 2010

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

**AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Serpil ŞİŞMAN
Öğrenci No:
070746315

Danışman:
Doç. Dr. Sedat ALTIN

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum 'Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı' başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23 /09 /2010



Serpil ŞİŞMAN

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

23.9.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746315 numaralı *Serpil Şişman*'ın *Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*'nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 31.08.2010 tarih ve 2010/21 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (59) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red** veya **Düzeltilme** kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN
DOÇ.DR. SEDAT ALTIN



ÜYE
DOÇ.DR. METİN ATEŞ

ÜYE
YRD.DOÇ.DR. FERHAT S. AYIM



AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI

Tezi Hazırlayan: Serpil ŞİŞMAN

Özet

Bu tez çalışmasında sağlık çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması planlanan Aile Hekimliği sistemine olan bakış açıları, Aile Hekimliğinden nasıl etkilenecekleri anket yöntemi uygulanarak saptanmaya çalışılmıştır. Bunun için İstanbul merkezindeki bir sağlık grup başkanlığı ve sağlık grup başkanlığına bağlı 14 adet sağlık ocağı örneklem olarak seçilmiştir.

Araştırma ile sağlık çalışanlarının Aile Hekimliği sistemi hakkındaki bilgileri ve bireysel görüşleri elde edilip, istatistiksel yöntemlerle yorumlanmıştır. Araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarının Aile hekimliği sistemine geçme sürecinde kaygıları ön plana çıkmış, sistem hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Aile Hekimliği sistemini özelleştirme olarak gördükleri ortaya çıkmıştır.

Elde edilen verilerin yakın zamanda tüm Türkiye’de hayata geçirilmesi hedeflenen Aile Hekimliği sisteminin uygulanması ve düzenlenmesi aşamasında kaynak sağlaması, sistemin daha sağlıklı işleyişi yönünde bilimsel görüş bildirmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Çalışanları, Sağlık Sistemi, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.

SYSTEM OF FAMILY PRACTICE (MEDICINE) PERSPECTIVE TO HEALTH WORKERS

Presented by: Serpil ŞİŞMAN

Abstract

In this study, health workers in the framework of Health Transformation Program primary care the planned implementation in the health care system, the perspectives of Family Practice, Family Practice they will be affected by the survey methods were applied to identify. A health group in Istanbul for this presidency and presidency due to health group of 14 health centers were selected as sample.

Family Practice research and health workers and individual opinions of the system to obtain information about whether the statistical methods have been interpreted. According to the results of health workers in the process of passing concern to the family medicine system has come to the fore, did not have enough information about the system were observed. Family Practice customize what they see as the system has emerged.

The data obtained recently in Turkey to implement all the targeted implementation of Family Practice and editing systems to provide the source step, a more healthy functioning of the system is aimed in the direction of scientific opinion.

Key words: Family Practice (Medicine), Transformation in Health, Health Workers, Health System, The Primary Health Care System.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışması aşamalarında yanımda olan Sevgili eşim Zekeriya Demirtaş'a, sevgili annem Seyhan Şişman'a ve babam Ayhan Şişman'a bana olan destekleri ve güvenleri için teşekkür ederim.

Tez danışmanım sayın Doç. Dr. Sedat Altın'a tezimin oluşumundaki katkılarından dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no.
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. TEMEL KAVRAMLAR	4
2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı.....	4
2.2. Sağlık Sistemi.....	8
2.2.1. Sağlık Sisteminin Amaçları.....	8
2.2.1.1. Temel amaçlar.....	8
2.2.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi.....	8
2.2.1.3. Beklentilerin karşılanması.....	8
2.2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri.....	9
2.2.2.1. Üretim alt Sistemi.....	9
2.2.2.2. Varlık Koruma Alt Sistemi.....	9
2.2.2.3. Uyum Sağlama Alt Sistemi.....	9
2.2.2.4. Yönetim Alt Sistemi.....	10
2.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	10
2.3.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Tanımı.....	10
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	12
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	13
2.3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	14
2.3.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
2.3.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	15

3. TÜRKİYEDE SAĞLIK YAPILANMASI.....	16
3.1. Sağlık Bakanlığı.....	16
3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü.....	17
3.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü.....	18
3.2. Türkiye’de Sağlık Sektörü.....	20
4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEM VE POLİTİKALARIN GELİŞİMİ.....	22
4.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	22
4.2. 1923–1937 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	23
4.3. 1938–1960 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	24
4.4. 1961–1980 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	26
4.5. 1980–2000 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	27
4.6. 2000–2010 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	30
4.7. Genel Anlamda Sağlık Politikaları.....	32
5. TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ.....	34
5.1. Aile Hekimliği Kavramı.....	34
5.2. Türkiye’de Aile Hekimliği.....	35
5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği.....	36
5.3.1. Amaçlar ve Hedefler.....	37
5.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri.....	37
5.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	39
5.4. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve Aile Hekimliği.....	42
6. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELERDEN ÖRNEKLER.....	45
6.1. İngiltere’de Aile Hekimliği.....	47
6.2. Hollanda’da Aile Hekimliği.....	48
6.3. Polonya’da Aile Hekimliği.....	48
6.4. Almanya’da Aile Hekimliği.....	49

6.5. Küba’da Aile Hekimliği.....	49
6.6. İrlanda’da Aile Hekimliği.....	51
6.7. Portekiz’de Aile Hekimliği.....	52
6.8. Norveç’ de Aile Hekimliği.....	53
6.9. İspanya’da Aile Hekimliği.....	53
6.10. İtalya’ da Aile Hekimliği.....	54
6.11. ABD’de Aile Hekimliği.....	56
7. YÖNTEM.....	58
7.1. Araştırmanın Modeli.....	58
7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	58
7.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	58
7.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	58
7.4.1. Araştırma Alanı.....	58
7.4.2. Kişi Sayısı.....	58
7.4.3. Anket Soruları.....	59
7.5. Veri Toplama Araçları.....	59
7.6. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	59
7.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	63
7.8. Verilerin Analiz Yöntemleri.....	63
7.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	63
7.10. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	63
8. BULGULAR VE YORUMLAR.....	64
8.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	64
8.2. Ankete Katılanların Sistemle Bağlantılı Önermelerine Ait Bulgular..	69
8.3. Ankete Katılanların Bireysel Görüş Bildiren Önermelerine Ait Bulgular.....	73
9. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR.....	83

EKLER

Ek-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	90
Ek-2: Anket İzin Formu.....	97
Ek-3a: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemi ile bağlantılı önermelerle ilgili düşüncelerinin analiz tablosu.....	99
Ek-3b: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki bireysel düşüncelerinin analiz tablosu.....	101
Ek-3c: Sistemle bağlantılı önermelerin cinsiyetle ilgili analiz tablosu.....	103
Ek-3d: Bireysel görüş bildiren önermelerin cinsiyetle ilgili analiz tablosu.....	104
Ek-3e: Sistemle bağlantılı önermelerin yaş grubuyla ilgili analiz tablosu.....	105
Ek-3f: Bireysel görüş bildiren önermelerin yaş grubuyla ilgili analiz tablosu.....	106
Ek-3g: Sistemle bağlantılı önermelerin mesleklere ilişkin analiz tablosu.....	107
Ek-3h: Bireysel görüş bildiren önermelerin mesleklere ilişkin analiz tablosu.....	108
Ek-3i: Sistemle bağlantılı önermeler eğitim durumlarına ilişkin analiz tablosu....	109
Ek-3j: Bireysel görüş bildiren önermeler eğitim durumuna ilişkin analiz tablosu.....	110
Ek-3k: Sistemle bağlantılı önermelerin çalışma yıllarına ilişkin analiz tablosu....	111
Ek-3l: Bireysel görüş bildiren önermelerin çalışma yılına ilişkin analiz tablosu...	112
Ek-3m: Sistemle bağlantılı önermelerin çalışma yerindeki pozisyona göre analiz tablosu.....	113
Ek-3n: Bireysel görüş bildiren önermelerin çalışma yerindeki pozisyona göre analiz tablosu.....	114
Ek-4: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.....	115

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo.1. Güvenilirlik Analizi 1 için α - Düzeltilmiş α Katsayısı Tablosu.....	59
Tablo.2. Güvenilirlik Analizi 1 için Genel Ortalama ve Korelasyon Tablosu.....	59
Tablo.3. Güvenilirlik Analizi 1 için Her Bir Soru İle Bütün Arasındaki İstatistikler.....	59
Tablo.4. Güvenilirlik Analizi 2 için α - Düzeltilmiş α Katsayısı Tablosu.....	60
Tablo.5. Güvenilirlik Analizi 2 için Genel Ortalama ve Korelasyon Tablosu.....	60
Tablo.6. Güvenilirlik Analizi 2 için Her Bir Soru İle Bütün Arasındaki İstatistikler.....	61
Tablo.7. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Oransal Dağılım.....	63

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil.1. Sağlık Sistemi ve Sağlık.....	11
Şekil.2. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı.....	17
Şekil.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması.....	19
Şekil.4. Ankete Katılanların Yaşlarının Oransal Dağılımı.....	64
Şekil.5. Ankete Katılanların Cinsiyetlerinin Oransal Dağılımı.....	65
Şekil.6. Ankete Katılanların Mesleklerinin Oransal Dağılımı.....	65
Şekil.7. Ankete Katılanların Eğitim Durumlarının Oransal Dağılımı.....	67

KISALTMALAR

İHEB	:İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
AH	:Aile Hekimliği
WONCA	:Dünya Aile Hekimleri Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
NHS	: İspanya Ulusal Sağlık Hizmetleri
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde sağlık politikaları oluşturulurken sağlık çalışanlarının bu politikalardan nasıl etkileneceği çok fazla akıla getirilmemektedir, sadece sistemden hasta şikayeti gelmemesi ve belirli kriterlerin sağlanmış olması mutlu bir tablo çizer gibi görünse de aslında bu süreci tüm meslek hayatlarıyla içselleştiren sağlık çalışanlarıdır. Hayatlarının çok büyük bir kısmını sağlık hizmeti vererek geçiren insanlar için bu politikalar yaşamsal bir önem arz eder. Şöyle ki, mesleğini nasıl gördüğü kendini nasıl gördüğü ile doğru orantılıdır. Bir meslek üyesinin mesleğini sevmesinin, iş doyumunun, motivasyonunun mesleğe ve yapılan işin verimliliğine olan katkısı aşikârdır. Pişkin'e göre de [1]; Çalışanların iş yerinde mutlu ve verimli çalışması için yaptıkları işten doyum sağlamaları gerekir.

Uygulanmak istenen hangi sağlık politikası olursa olsun sağlık çalışanlarını göz ardı etmemelidir. İdeal bir sistem, hasta memnuniyetinin yanı sıra çalışan memnuniyetini de getirmelidir. Çünkü sağlık sistemi, sistem özelliğinden dolayı bir bütünsellik gerektirir. Bu yüzden sistem sadece hasta odaklı ya da hekim odaklı olamaz.

Sağlık sisteminde yapılan tüm reform çalışmaları birtakım matematiksel verileri tutturmaya yönelik olmuş, sağlık hizmetini veren kişilerin varlığı adeta unutulmuştur. Gerçektende bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi gelişmişliğin göstergesi verilerde başarı sağlanmış fakat bunları gerçekleştiren sağlık çalışanlarının haklarında, ücretlendirmelerinde, morallerini yükseltmeye yönelik çalışmalarda bulunulmamıştır hatta sözleşmeli istihdama ağırlık verilmiştir. Soyer ve Öztürk'e göre [2] ; iş güvencesini etkileyen temel etmen, sözleşmeli personel uygulamasına geçiştir. Sözleşmeler, güvencenin düzeyini oldukça olumsuz etkilemektedir.

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sisteminin uygulamasına geçiş için 2005 yılından itibaren çalışmalarını yürütmektedir. Düzce'de pilot olarak başlattığı bu uygulamayı kısa sürede birçok

İlde yürürlüğe koymuştur. Bu uygulamadan sağlık çalışanlarının nasıl etkilendiği hakkında çok fazla çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmayla ortaya konmak istenen ise, sağlık çalışanlarının Türkiye’de pilot illerde uygulamaya çalışılan ve kısa zaman içerisinde tüm Türkiye genelinde uygulanması planlanan aile hekimliği modelinden sağlık çalışanlarının nasıl etkilenebilecekleri, bu sisteme bakış açılarıdır.

Bu araştırma sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemine bakış açılarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma 9 bölümden oluşmaktadır. Bunlar; Giriş, temel kavramlar üzerinde literatür taraması, hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı ve birimleri, Türkiye’de sağlık sistem ve politikalarının gelişimi, aile hekimliğini uygulayan ülkelerden örnekler, Araştırmanın Yöntemi, Bulguları, yorumları, sonuç kısımlarıdır.

Araştırmanın temel kavramlar kısmında sağlık alanındaki temel kavramlar, literatür taranması yoluyla açıklanmaya çalışılmıştır. Sonraki kısım Türkiye’de sağlık yapılanmasıdır. Burada hizmet sunucu rolündeki Sağlık Bakanlığı ve birimleri açıklanmaya çalışılmış ve Türkiye sağlık sektörü hakkında genel bir tablo çizilmiştir. Ardından gelen bölümde Osmanlı döneminden başlayarak Türkiye’de sağlık sisteminin ve politikaları kronolojik sırayla gelişimine değinilmiştir.

Aile hekimliğini uygulayan ülkelerden örnekler kısmında, dünyada aile hekimliği modellerini geliştirmiş ülkeler örnek olması amacıyla çalışmaya dahil edilmiştir. Yöntem kısmında ise araştırmanın uygulanma aşaması ve bu aşamada kullanılan yöntemlere değinilmiştir. Elde edilen veriler bulgular bölümünde yorumlanmıştır.

Araştırma sonuçlarından örnekler verirsek sağlık çalışanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkında kaygıları olduğu, bu uygulamayı özelleştirme olarak gördükleri ve benimsemedikleri görülmüştür.

Bu konuda yapılan başka bir araştırmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Araştırma şöyledir [3] ; Aile hekimliği uygulamasına geçilmemiş bir ilde birinci

basamakta çalışan sağlık personelinin aile hekimliği uygulaması mevzuatında yer alan bazı konuları ne ölçüde benimsediklerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın başlığı ‘Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Mevzuatında Yer Alan Bazı Konuları Benimseme Durumu’dur. Araştırmadan çıkan sonuç ise; Çalışmada yer alan birinci basamakta sağlık hizmeti sunan personelin aile hekimliği uygulamasını destekleyen yanıtlardan aldıkları puan ortalamalarının düşük oluşu, bu uygulamaları tam olarak benimsemediklerini düşündürmektedir sonucu çıkmıştır.

2. TEMEL KAVRAMLAR

2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, "yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. [4]

Uluslararası Çalışma Örgütü Anayasası; başlangıçta sadece işçilerin genel ve mesleki hastalıklara ve iş kazalarına karşı korunması ilkesini getirirken, 1944 yılında Philadelphia Bildirgesi ile Anayasası'na eklediği şu ifadeyle, sağlık hakkının kapsamını genişletmiştir. "Korunmaya gereksinimi olan herkese en az gelir sağlamak üzere toplumsal güvenlik önlemleri ile sağlık bakımlarının genişletilmesi, bütün işlerde işçilerin sağlıklarının tam olarak korunması, çocuğun ve analığın korunması" [5]

05.01.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasa'sında da Dünya Sağlık Örgütüne paralel olarak sağlığın tanımı "Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp beden, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumudur." şeklinde yapılmıştır.

1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi; [6]

Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde Sağlık Hakkı'

na yer vermiştir. Burada görüldüğü üzere sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkı bir arada düzenlenmiştir.

1965'te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 11. maddede ve "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında:

"Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

- 1-Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;
- 2-Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;
- 3-Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler." şeklinde bir düzenleme getirmiştir.

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise 35. maddede ve "Sağlık Hizmetleri" başlığı altında: [6]

"Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır." şeklinde düzenlenmiştir.

Türk hukukunda sağlık hakkı anayasal düzeyde 1961 Anayasasına kadar kendisine yer bulamamıştır. 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde "devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla ödevlidir" şeklinde sağlık hakkına devlet açısından pozitif yükümlülük doğuracak şekilde yer verilmiştir.

Halen yürürlükte bulunan 1982 Anayasası tıpkı İnsan hakları Evrensel Bildirgesi'nde olduğu gibi "yaşam hakkı"nı temel alan bir düzenlemeyi 17. maddesinde yapmıştır.

"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz." Buna göre tüm yurttaşların yaşama hakları devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğü kapsamı içinde koruma altındadır.

Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hastalığa sebep olan nedenlerin ortadan kaldırılması, hastalandığında gerekli tüm iyileştirme olanaklarının sağlanması ve ölmesine izin verilmemesi en temel haklardandır. Sağlıklı yaşama hakkı yalnızca temel hak olmakla kalmayıp bireyin gelir getirici üretken faaliyetlerde bulunmasının da temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireyin üretimde kullanılmasını sağlamaktır.[7]

1982 Anayasası'nın 56. maddesinde "Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması" başlığı altında: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." denilmektedir.

Anayasa'nın 17. maddesi'nde söz edilen "Yaşama hakkı"ndaki "yaşamak" yalnızca "canlılık özelliklerine sahip olmak" demek değildir. Bunun yanında bazı özellikleri, hatta koşul ve olanakları içerir ki bu da "sağlıklı yaşama hakkı"nı ortaya koyar.

Dolayısıyla 17. madde, daha sonra gelen 56. maddeye göre daha önemli ve öncelikli olup, daha temel bir hakkı ortaya koymaktadır.

Herhangi bir hakla ilgili olarak o hakları koyan ve koruyan otoritenin, yani "devlet"in, her hakla ilgili üç temel görevi vardır.

Bunlardan ilki "dokunmama" görevidir. Burada temel haklar bağlamında insanların yaşamlarına ve yaşama haklarına devlet yukarıda da belirtildiği üzere "dokunamaz".

Devletin ikinci sorumluluğu üçüncü kişiler ya da her türlü dış etkenden gelecek olan müdahale ve saldırılara karşı bu haklara "dokundurtmama" görevidir. Dolayısıyla yine aynı maddede söz edilen "koruma" görevini de bu bağlamda anlamak gerekir.

Devletin "üçüncü görevi" de, bu haklardan yararlanılabilmesi için "bazı iş, görev ve eylemleri yapma, olanakları sağlama ve bazı hizmetleri yerine getirme sorumluluğu"dur. Bu bağlamda "sağlık hakkı"nın da en az iki bileşeni olduğu anlaşılmaktadır:

- Sağlıklı olma hakkı
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

Anayasadaki "hiç kimsenin rızası dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaması ve tıbbi deneylere tabi tutulamaması", kişilerin sağlıklı olma hakkı bir kamusal korumaya tabi olduklarını ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal haktır. Bu yönüyle kamuya yada Anayasada geçen biçimiyle devlete belli yükümlülükler öngörür. Devlet bu ödevleri altına imza attığı "Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi"nin de bir gereği olarak yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri almalı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak durumundadır.

Bu yaklaşımı başta Anayasal denetim organı olan Anayasa Mahkemesi kararları başta olmak üzere çeşitli başka mevzuatta' da ortaya konulmuştur. Anayasa Mahkemesi'nin çeşitli kararlarında sağlık hakkına değinmiştir.

Tüm bu neden ve gerekçelerle "yurttaşlık bağıyla" bu devlete bağlı olan herkesin, dahası İHEB gereği tüm insanların "insan olmaları sıfatıyla 'Sağlık Hakkı'na sahip oldukları" açıktır. [6]

2.2. Sağlık Sistemi

Sağlık sisteminin ne olduğu konusunda birçok tanımlama olmasına karşılık son dönemlerde en çok kullanılan tanımlama, DSÖ' nün tanımlaması olmaktadır. Buna göre sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanabilir.

2.2.1. Sağlık Sisteminin Amaçları

DSÖ 2000, sağlık sisteminin üç temel amacını ortaya koymuştur. Bunlar; sağlığın geliştirilmesi, hastaların meşru beklentilerinin karşılanması ve adil finansman olarak ortaya konulmuştur. Aşağıda bu amaçlar üzerinde kısaca durulmaktadır.

2.2.1.1. **Temel amaçlar:** Bu amaçlar bir sağlık sisteminin performansı ölçülürken göz önünde bulundurulması gerekli amaçlar olarak belirtilmektedir. Temel amaçlar kapsamında sağlığın geliştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılması, beklentilerin karşılanması ve adil finansmanın sağlanması yer almaktadır.

2.2.1.2. **Sağlığın Geliştirilmesi:** Bir sağlık sisteminin tanımlanmış amacı, nüfusun sağlığını yükseltmektir. Bir nüfusun sağlığı temelde o nüfusu oluşturan bireylerin yaşam boyu sağlığını, prematüre ölümleri ve ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını kapsayacak şekilde olmalıdır.[8]

2.2.1.3. **Beklentilerin karşılanması:** Beklentilerin karşılanması amacı, sağlığa ilişkin beklentiler dışındaki beklentileri kapsamaktadır. Bunlar; bireylere saygı ve müşteri odaklılıktır. [9]

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, hizmetin kapsamı, bireylerin sağlık konusunda eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikalarının belirlenmesi gibi konularda ülkede var olan organizasyon bütünü ifade etmektedir.

Bir başka tanımla, sağlık sistemi, konuyla ilgili personel ve kurumları; ekonomik kaynakları; araştırma çalışmalarını; devlet veya toplumun, hastalıkların, erken ölümlerin, sakatlıkların önlenmesine ve diğer sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çabalarını kapsayan bir deyimdir.[10]

2.2.2. Sağlık Sisteminin Alt Sistemleri

Sağlık sistemini incelerken öncelikle sınırlarını belirlememiz uygun olur. Çünkü sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı görev ve sorumlulukları bulunan, aynı zamanda birbiri ile karmaşık ilişkileri de olan kurum ve kişilerin bulunduğu görülmektedir. Bu karmaşık ilişkiler ise çok sayıdaki kişi ve kuruluşun belli bir düzenlilik çerçevesinde etkileşimde bulunmasıdır. Böylesi karmaşada sınırların belirlenmesi gerekir. Bu alt sistemler aşağıdaki gibidir.[11]

2.2.2.1. Üretim Alt Sistemi [12]

Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştiren kişi ve kurumları içermektedir.

2.2.2.2. Varlık Koruma Alt Sistemi

Bu sistemin temel amacı sağlık hizmetlerinin düzenli ve sürekli bir şekilde sürdürülmesini sağlamaktır.

2.2.2.3. Uyum Sağlama Alt Sistemi

Bu sistem, sağlık sisteminin yaşamını sürdürebilmesi için çevrede oluşan değişikliklere uyum sağlaması için gereken çalışmaları içermektedir. Yeni hastalıkların ortaya çıkması, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, teknolojik gelişmeler, toplumun beklentisindeki değişiklikler gibi durumlarda sağlık sistemi içerisinde de

değişiklikler yapılması gerekir. Bu alt sistem de üniversiteler, biyomedikal ve toplum sağlık sisteminden beklentiler ile ilgili bilgi toplayan araştırma merkezleri bu alt sistem içinde yer alır.

2.2.2.4. Yönetim Alt Sistemi

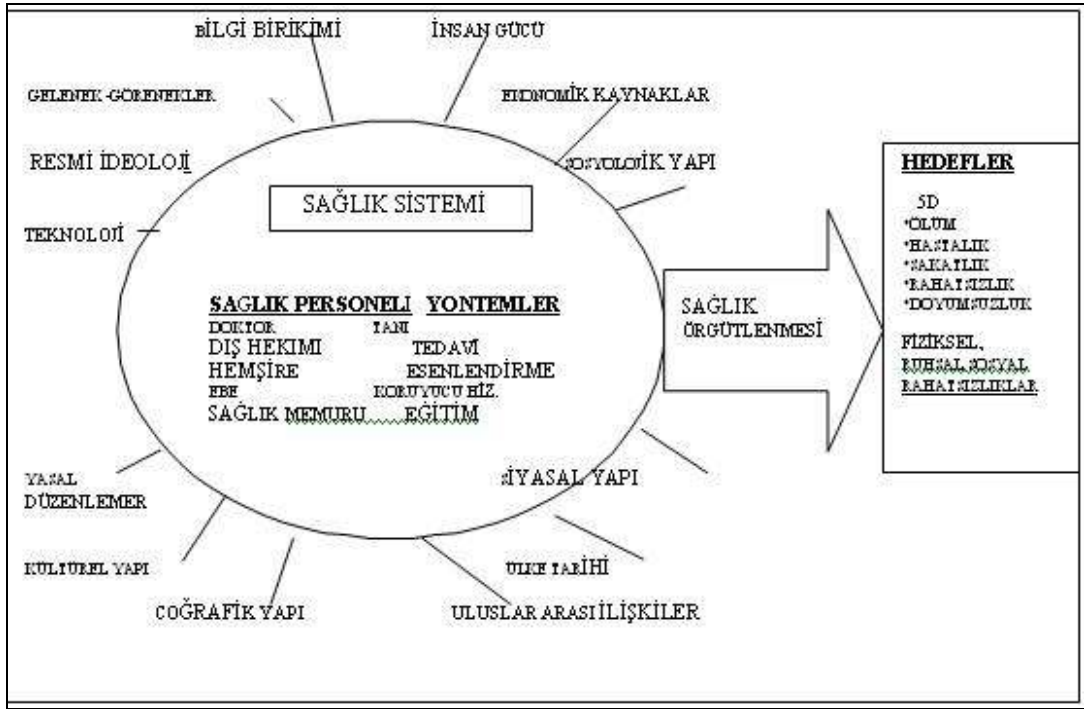
Bu sistem sağlık hizmetlerini yönlendirmekte ve işbirliğini sağlamaktadır. Merkezde Sağlık Bakanlığı ve illerde Sağlık Müdürlüğü bu alt sistem içerisinde yer almaktadır. Aslında alt sistem içinde yer alan kurumlar birden fazla alt sistemde görülmektedirler. Çünkü her kurumun görev ve sorumlulukları bazen çakışmakta ve birden fazla alt sistem içinde yer almaktadır.[12]

2.3. Sağlık Hizmetleri Kavramı

2.3.1. Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Tanımı

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

Sistemin hedefleri 5D ile tanımlanmış olup bunlar, ölüm (death), hastalık (disease), sakatlık (disability), rahatsızlık (discomfort) ve tatminsizlik (dissatisfaction)'dir. Sağlık hizmeti sistemi bir bakıma genelleştirilmiş girdileri, kaynakları ve yardımları emen ve onları 5 D'yi düzeltme amacıyla dışarı çıkartan sosyal bir mekanizmadır.[13]



Şekil 1: Sağlık Sistemi ve Sağlık

Kaynak: Kılıç, B., Bumin, Ç. "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Cilt No:8, Sayı:53, s.42, 1993.

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

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümü "sağlık hizmeti" olarak tanımlanır.[14]

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir. [15]

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özelliği: Sağlık hizmetleri sağlıklı doğrudan, dolaylı veya uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri, sistemleri, kurum ve kesimleri; temel, koruyucu, geliştirici tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini / ürünlerini kapsayan hizmetler arası, sektörler arası, sistemler arası, kurum ve kesimler arası bir bütündür.[16]

Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Olması: Sağlık hizmetleri tüm toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi için gerekli olduğundan tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Dolayısıyla sosyal bir devlet olmanın gereği sağlık hizmetleri serbest piyasa işleyişine bırakılmayıp devlet sorumluluğunda sunulan hizmetlerdir.[17]

Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği: Temel ihtiyaçlar insanlar için her zaman vazgeçilemez ve ertelenemez bir nitelik taşırlar. Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve bazen hayati ve zaruri bir ihtiyaç olmasına rağmen genel kategorik sınıflandırmada sağlık, temel ihtiyaçlardan birisi değildir. Ancak sağlık ihtiyacının temel ihtiyaç olmama özelliği hiçbir zaman onun önemsiz ve göz ardı edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, aksine, sağlık bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi: Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumunun ne zaman, nerede, nasıl ortaya çıkacağı belli olmaması sağlık hizmetleri talep ve tüketiminde belirsizliğe yol açmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi: Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması zorunlu ve ertelenemez bir ihtiyaç olduğundan fiyatlardaki değişikliklere karşı gösterilecek duyarlılık oldukça zayıf olmaktadır. Yani fiyatlardaki artış sağlık edilebilecek bir hizmet olduğu anlamına gelmez, aksine, sağlık bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği: Sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaçlar içerisinde yer almaması, ertelenebilme özelliğinin olması sağlık hizmetlerine büyük bir talep esnekliği sağlamaktadır. Sağlıklarını önemsemeyenler temel ihtiyaç olmama ve talep esnekliğinden yararlanarak sağlık hizmeti taleplerini acil bir durum oluncaya kadar erteleyebilirler. Sağlık Hizmetleri Talebinin hizmetlerine olan ihtiyacı dolayısıyla talebi azaltmadığı gibi fiyatlardaki düşüşte talepte artış meydana getirmez.

Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği: Sağlık hizmeti ihtiyacı çeşitli nedenlerle, farklı zamanlarda ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Hastalık her bireyde farklı şekillerde etki gösterebileceği için herhangi bir üründe olduğu gibi sağlık hizmetlerinde belirli bir standarttan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti bireye, hekime, sağlık kurumlarında teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliğine, şartlara vb. çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.

Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması: Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifi oluşturduğundan oldukça önemli bir özelliktir. Ancak herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir tür sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Hastanın kendisine önerilen bir tedavi yöntemini kabul etmeyip hastalığı kendi haline bırakması yada tedavi için yapılması şart olan bir ameliyat pahalı diye farklı bir tedavinin uygulanması gibi bir durum söz konusu değildir.[18]

Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması: İnsan sağlığına parasal bir değer biçilememesi sağlık hizmetlerinin kar amacından ziyade sosyal amaçlı sunulması gereğini doğurmuştur.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireyin yaşam standartlarını ve kalitesini iyileştirmeyi ve yükseltmeyi amaçlayan temel hizmetlerin başında yer almaktadır ve genel olarak hizmet kapsamlılığı bakımından koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitatif sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır.[14]

2.3.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri de denilen koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı insanlara onların hastalanmalarını önlemek, yani sağlığını korumak ve sağlığı geliştirmek için sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, kamu sağlığını ilgilendiren, bireylerin yararlanabilmek için kişisel başvurusunu gerektirmeyen türde hizmetlerdir. Bireylerin birbirlerine rakip olmaksızın yararlandıkları koruyucu hizmetler, hastalık bulaşma olasılığını azaltarak toplum için ortak bir fayda doğurduklarından kamusal hizmet görünümündedirler Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir.

- Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;

Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı dirençli ve güçlü kılmayı; hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir. Bağışıklık kazandırmak için aşılama yapma, bireylerin uygun beslenmesini sağlama, sağlık eğitimi, aile planlaması, okul sağlığı, erken teşhis ve bu amaçla yapılan periyodik muayene bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde değerlendirilmektedir.

- Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;

Çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek yada insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlıklarını koruyabilmeyi anlatan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, katı ve sıvı atıkların kontrolü, kanalizasyon hizmetleri, temiz hava ve su temini, gıda sağlığı, haşerelerle mücadele gibi hizmetleri kapsamaktadır.[19]

2.3.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık belirtisi ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere yada sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine

ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlere "tedavi edici sağlık hizmetleri yada tıbbi bakım hizmetleri" denilmektedir. Bu hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik, kişilerin yararının ön planda olması ve temelde hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla sağlanmasıdır.[20]

2.3.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır.[12]

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK YAPILANMASI

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Bu nedenle hizmet sunucusu rolündeki Sağlık Bakanlığı ve birimlerine değinmekte fayda vardır.

Türkiye sağlık sektöründe çok merkezli bir yönetim ve yapılanma görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu; koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç basamakta verilmektedir. Sağlık harcamalarının finansman kaynakları temel olarak; vergiler, fonlar, sigorta primleri ve doğrudan kişiler tarafından (cepten ödeme) yapılan ödemelerdir. [21]

Sektörde, çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş hizmet sunmanın yanı sıra, finansman kurumu olarak da işlev göstermektedir. Sektörde hizmet sunumu ve finansmanında ilk sırayı %80'lik payla Sağlık Bakanlığı almaktadır.

3.1. Sağlık Bakanlığı

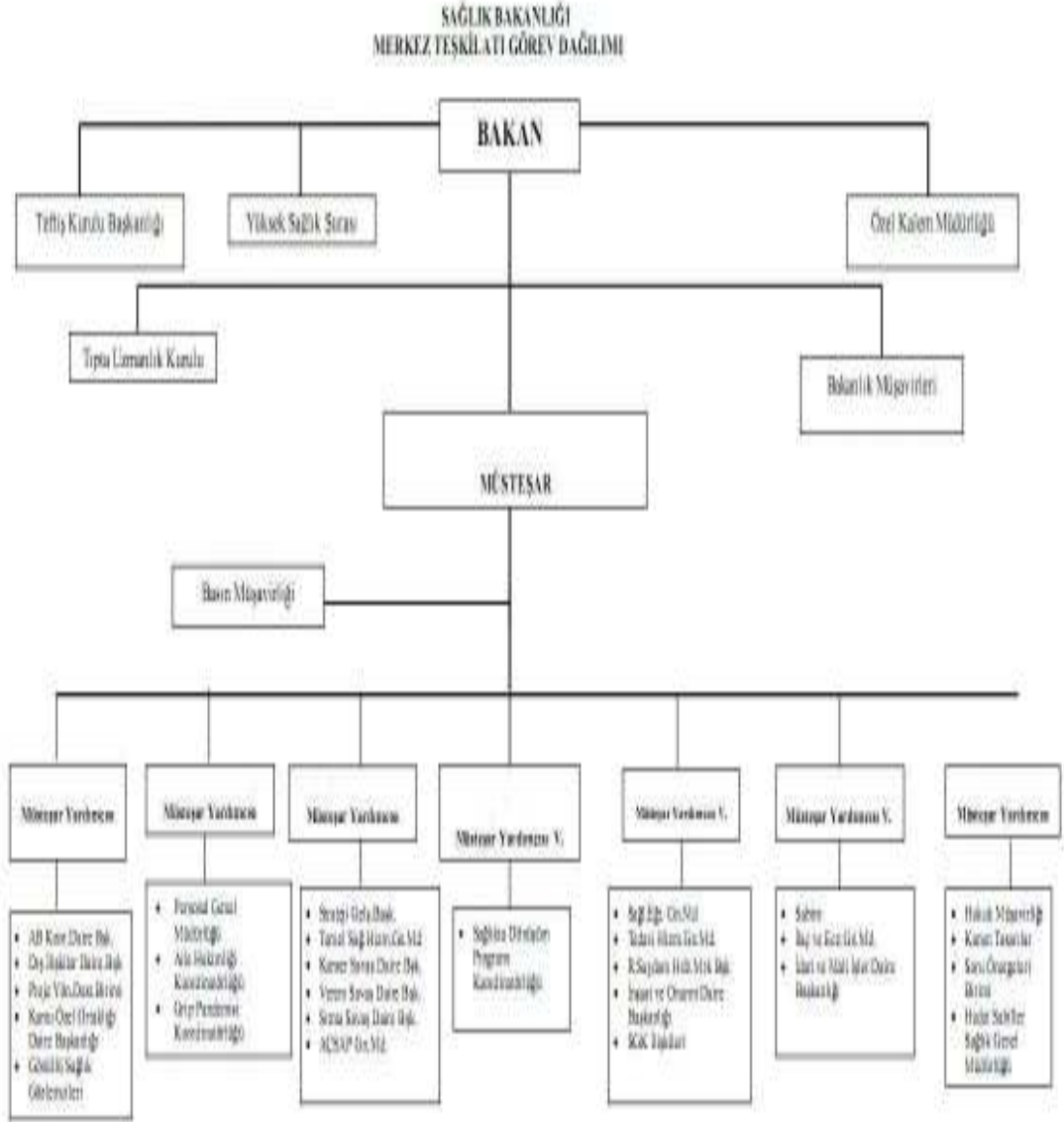
Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye göre [22];

Sağlık Bakanlığı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı, Türk sağlık sistemi içerisinde koruyucu hizmetlerde tek, birinci basamak ve hastane hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucusu durumundadır. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarından oluşmaktadır. [23]

3.1.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü

Merkez örgütünde Bakanlık makamı, Müsteşar ve üç Müsteşar yardımcısı yer alır. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye [24] göre, Ana Hizmet Birimleri ve görevleri şunlardır.



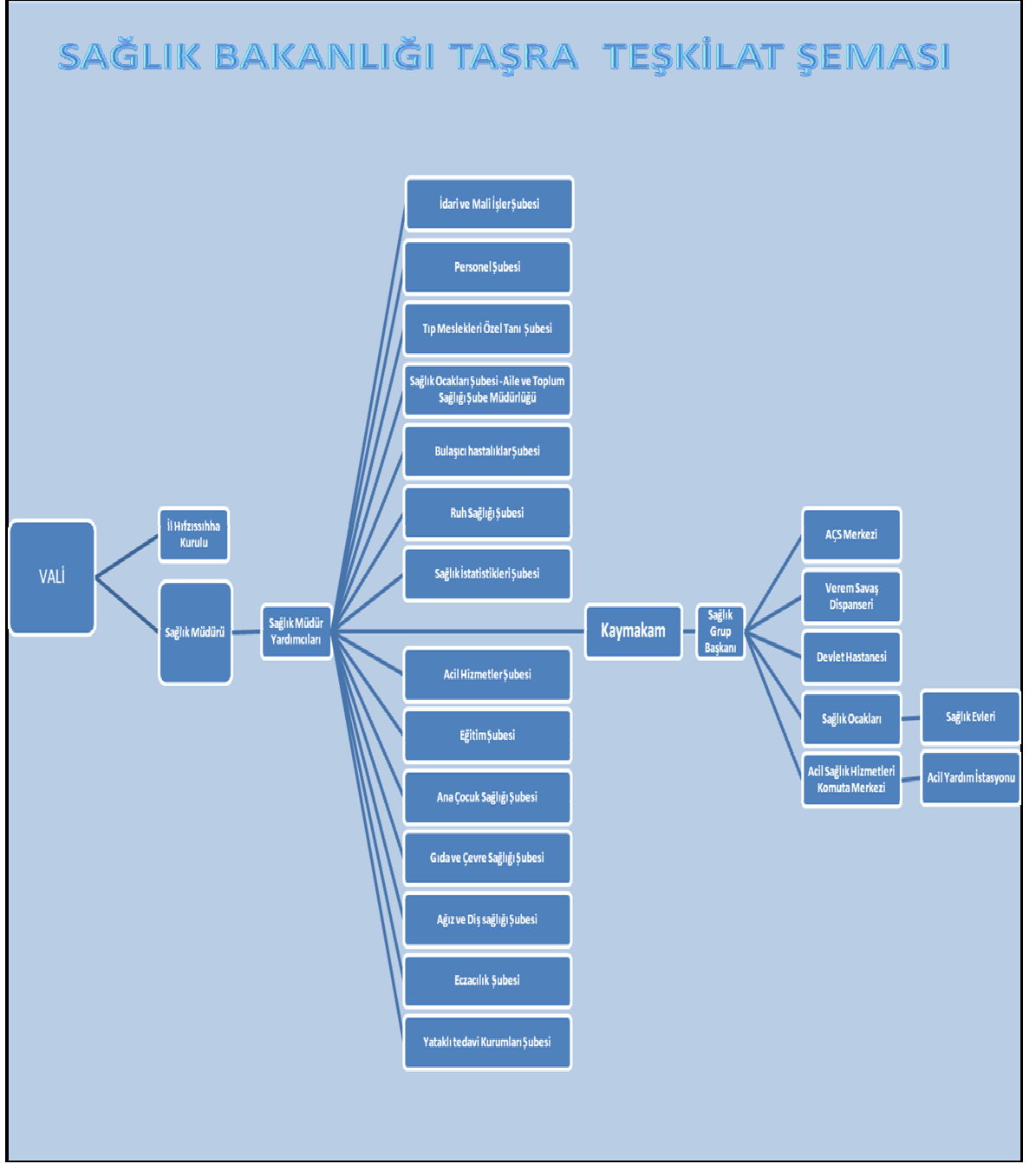
Şekil.2. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFFAAF6AA849816B2EFABACAB5D1FD5A312>' den alındı.

3.1.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Örgütü

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığı'na taşra teşkilatı kurma yetkisi de vermiştir (md.38). Taşra örgütü, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile düzenlenmiştir. Buna göre taşra örgütü, sağlık evleri, sağlık ocakları, bölge hastaneleri, sağlık grup başkanlıkları ve il sağlık müdürlüklerinden oluşmaktadır.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, dispanserler ve bazı laboratuvarlar örnek olarak gösterilebilmektedir. Bu kuruluşlar; yataklı tedavi kuruluşları yani hastanelerin önünde filtre görevi yapmaktadırlar. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta eğer uygun ve gerekli görülürse hastanelere gönderilmektedirler. Yapılan birçok araştırma birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık %90'nının buralarda yeterli bakım ve tedavi gördüğünü, %10'unun hastanelere yani ikinci basamağa gönderildiğini göstermiştir.[25]



Şekil.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Şeması

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2E FABACAB5D1FD5A312>' den alındı.

3.2. Türkiye’de Sağlık Sektörü

Soyer’e göre [26] ; Önce, sektörün fotoğrafını bilmek gerekir ki, daha ileri işlemler mümkün olsun. Soyer, sağlık sektöründeki yapıyı şu şekilde özetlemiştir:

1. Sağlık sektöründeki işgücü sayısı 2006’da 569 bin, 2008’de 594 bin olarak ifade edilmiştir. Toplam işgücünün 21,2 milyon olduğu ülkemizde, sağlık işgücünün toplamın yüzde 2,8’i kadar olduğunu söyleyebiliriz.

2. Sağlık sektöründe ağırlık, kadınlardadır. Toplam sağlık işgücünün yüzde 57’si kadındır. Ancak, 35 yaş altı sağlık işgücünde kadın oranı yüzde 66’yı bulmaktadır. Buna karşın, 45 yaş üzeri grupta kadın oranı yüzde 35’e gerilemektedir.

3. Sektör, aynı zamanda genç bir sektördür. Çalışanların yüzde 55’i 35 yaşın altındadır.

4. Sektörün en temel özelliği, ücretli çalışmanın yaygınlığıdır. İşgücünün yüzde 95’i ücretlidir. Yüzde 2,4 oranında işveren, yüzde 2,2 kadar da kendi hesabına çalışan mevcuttur. Ücretli çalışanların yüzde 58’i kadinken, işverenlerde kadın oranı yüzde 29’a düşmektedir. Kendi hesabına çalışan kadın oranı ise yüzde 69’dur.

5. Sağlık işgücünü meslek grupları açısından değerlendirdiğimizde, üç büyük öbek öne çıkmaktadır. En öne çıkan öbek, yardımcı profesyoneller denilen gruptur (yüzde 36). Onu profesyoneller (yüzde 23) izlemektedir. Son grup ise büro elemanları (yüzde 17) + hizmet elemanları (yüzde 9) + nitelik gerektirmeyen işler (yüzde 8) vardır. Bunların dışında yönetici-müdür-kanun yapıcı, sanatkar-operatör denilen iki küçük öbek mevcuttur. İşin ilginç yönetici grup, sanatkarlar, profesyoneller ve nitelik gerektirmeyen işlerde erkek ağırlığı söz konusuysen, yardımcı profesyoneller, büro elemanları, hizmet elemanlarında kadın ağırlığı vardır.

6. Çalışma süresi açısından da bir değerlendirme mevcuttur. Haftalık çalışma süresini 40 saat olarak kabul ettiğimizde, Çalışanların yüzde 48’i bu sürenin üzerinde çalışmaktadır. 60 saatin üzerinde çalışanların oranı, yüzde 13 civarındadır.

7. 50 ve daha fazla çalışanın olduğu işyerlerinde çalışanların oranı, yüzde 58'dir. Buna karşın 1–4 kişi olarak çalışılan işyerlerindeki oranı yüzde 12'dir.

8. Sağlık işgücünün bir bileşeni de işsizlerdir. 2008 için sağlık sektöründe tespit edilen işsiz sayısı, 41 bin kadardır. 6 bin kişinin işten çıkarıldığı, 2 bin kadarının işyerini kapattığı, 15 bininin işyerinden ayrıldığı, 5 bininin geçici işte çalıştığı, bin kadarının da emekli olduğu bir işsizler topluluğu.

9. Kadın-genç-ücretli ağırlığı olan sağlık sektörü, şimdiye kadar algılanan aksine bir meslekler birlikteliği değil, farklı çıkar-çalışma şartlarına sahip bir emekçiler topluluğu gibi görünmektedir. Profesyoneller-yardımcı profesyoneller-büro ve hizmet elemanları-nitelik gerektirmeyen işler şeklinde üç büyük emekçi öbeği ortadadır.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEM VE POLİTİKALARININ GELİŞİMİ

4.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Tüm diğer konularda olduğu gibi, sağlık alanında da 19. yy 'ın ikinci yarısından sonra Batı'ya yönelinmiştir. Böylece, devlet eliyle götürülen sağlık hizmetlerinde, saray ve ordu ile sınırlı olan kapsam genişletilerek, yaygın kitlelere de hizmet götürme anlayışının ilk adımları atılmıştır. Hekimbaşı kurumu 1849 yılında kaldırılarak yetkileri, 1850 yılında kurulan Tıbbiye Nezaretine devredilmiştir.

1862 yılında hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayınlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesi'nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir.

1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye adındaki, yaygın kitlelere götürülecek sağlık hizmetleri ile ilgili ilk merkezi birim kurulmuştur. 1871 yılında ise, İdarei Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne dönüştürülmüştür. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.[15]

19. yüzyıla gelene dek değil Osmanlı'da dünyanın hemen hiçbir yerinde devlet yönetimleri tarafından üstlenilmiş sistemli, planlı ve bilinçli bir sağlık hizmet politikasının varlığından söz etmek zaten imkansızdır. [27]

Sağlık hizmetlerinin birinci derece de bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi iledir. Milli Mücadele yıllarında kurulan ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinde, 2 Mayıs 1920’de Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, 3 Mayıs 1920’de sağlık hizmetlerini yürütme görevi bu bakanlığa verilmiştir.[28]

4.2. 1923–1937 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Bu dönem de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilerek koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuştur ve gelişmesinde büyük katkıda bulunulmuştur. Tedavi hizmetleri hiçbir zaman hükümetin görevi olarak ele alınmamış ve bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da numune hastaneleri kurulmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir.[28]

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Suabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Basta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. [15]

Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala, o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir.

Bu dönem de (Dr. Refik Saydam dönemi) yapılan çalışmalar

a. Devlet Sağlık Örgütünü Genişletmek

- b. Sağlık İnsan Gücü Yetiştirmek
- c. Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- d. Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- e. Sağlıkla ilgili kanunları yapmak
- f. Sağlık ve Sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- g. Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulunu kurmak şeklinde özetlenebilir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, bu dönemde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir. [15]

4.3. 1938–1960 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Bu dönemdeki ilk önemli girişim; (Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak) 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir.[15]

Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekti. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi kurulması planlanıyordu. Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin 12 genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu.

Geçmişte yalnızca bazı büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetlerinden kırsal bölgelerinde faydalanması hedeflenmiştir.[15]

Behçet Uz'dan sonra, bu plan gereğince uygulanmamış ve giderek her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüştürülmüştür. Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek küçük birer hastane olmaktan öteye gidememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, geçimini muayenehanesindeki çalışmalarıyla karşılamak zorunda kalan sağlık merkezi hekimleri koruyucu hizmetlerle ilgilenmedikleri gibi, merkezlerde ücretsiz poliklinik ve tedavi bile yapamaz duruma gelmişlerdir. Bu durum, hekimlerin sağlık merkezlerinden ayrılarak tamamen serbest çalışmalarını sonucunu doğurmuş ve giderek, bu merkezlerde çalışacak hekim ve sağlık personeli bulunamaz olmuştur.

Yine bu dönemde ikinci Dünya Savaşı sonrası oluşan Sıtma, Çiçek, Frengi ve Cüzzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmış hastalıklara özgü hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun başlangıcını oluşturan işçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır. Emekli Sandığı'nın oluşumu ile ilgili açılımlarla da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları da bu döneme rastlar. Bölge numune hastaneleri, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemin eserlerindedir.[29]

Sağlığın finansmanını sağlaması gereken Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık hizmeti sunmak için teşkilat kurmuş ve sağlık hizmeti sunmuştur. Kalkınma planlarında bu durum hep eleştirilmiştir.

1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirmiş ve tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Hastaneciliğin gelişimine büyük önem verilerek birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir.[28]

4.4. 1961–1980 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

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

Bu dönemin en önemli özelliği sosyal devlet kavramı temel alınarak sağlık hizmetleri sosyalleştirilmeye çalışılmıştır. 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan "insan haklarına dayalı devlet" tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" sekline dönüştürülmüştür. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir.[15]

1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir.[29]

"Kanuna göre birinci basamak sağlık hizmeti verecek sağlık ocaklarının nüfusu 5.000–10.000 kişi ile sınırlandırılmıştır. Sosyalleştirilen bölgelerde çalışanların serbest meslek icra edemeyecekleri hüküm altına alınmıştır. Etkili sevk zinciri kurulmaya çalışılmıştır. Ayrıca gerekli personel şartını taşımayan ve alt yapısı olmayan yerlerde sosyalleştirme planı yapılamayacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca bu kanunla sözleşmeli personel çalıştırılması da öngörülmüştür.

Kanun çıktıktan sonra on beş yıl içinde bu kanunun tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı öngörülmüş [30] ancak 1983 yılında yapılan değişiklikle sosyalleştirmenin bütün yurt sathına yayılması için öngörülen süre 1992 yılına kadar uzatılmıştır. [31] 1961 Anayasası ile "iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmanın plana bağlanmasıyla bu görev Devlet Planlama Teşkilatına verilmiş" ve planlı döneme geçilmiştir. Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan sonra gereken önem verilememiştir.[32]

5 yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. 1. Beş Yıllık Kalkınma

Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur. Yıllarca sözü edilecek olan Genel Sağlık Sigortası kavramı üzerindeki tartışmalar, bu yıllarda başlatılmıştır. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. [29]

1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilememiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir. Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemiştir.[29]

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşul olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansımaları uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika resmi politika haline gelmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" diyebileceğimiz döneme geçilmiş ve T.C. Anayasası bu yönde yeniden düzenlenmiştir.[15]

4.5. 1980–2000 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

Seksenli yıllarda 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi için çalışmalar yapılmıştır. 1982 anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 anayasasına paralel olarak düzenlenmiştir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde "Genel Sağlık Sigortası kurulabilir." ifadesiyle yer almıştır.

Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır.

Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler günümüze kadar hazırlanamamıştır.[29]

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

- 1982 yılında "Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun" ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.
- 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle Bağ-Kur kapsamına girenlere sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.
- 1986 yılında Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırılmıştır.
- 1987'de "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun"unu çıkartılmıştır. Bu kanun sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belgedir.
- 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan ikraz Anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganlarıyla sağlık reformlarına başlanmıştır.
- 1990 yılında çıkarılan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlığa daha fazla yer verilmiş ve temel ilke olarak; sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak belirlenmiştir.[20] "1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı sağlık projelerine dönüşmüştür"[29]

- 1991 yılında İkraz Anlaşması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları yapılmış ve faaliyete geçirilerek 1992 yılında "1. Ulusal Sağlık Kongresi" gerçekleştirilmiştir.
- 03.07.1992 tarihinde GSS hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir.[33]
- 1993 yılında hükümet tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.
- 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda ikinci Sağlık Projesi yürürlüğe konarak Türkiye genelinde kalkınması öncelikli illerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik 25 yataklı hastane ve sağlık ocağı ile sağlık evi yapımına başlanmıştır. [34]
- 1996 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Sağlık Reformları Projesi"ne yer verilmiştir. Sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ye sunulmuş, yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Ayrıca "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır.[20]
- 1997 yılında "Temel Sağlık Hizmetleri" projesi yapılmıştır. Eskişehir ve Bilecik pilot il seçilmiştir. Bu projenin amaçları;

- a) Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teŖvikler ve yeterli alt yapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini oluŖturmak,
- b) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri pilot sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek,
- c) Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliŖtirmek olarak belirlenmiŖ ve 31 Mayıs 2000'de bitirilmesi ngrlmŖtr.[34] Tasarı ve taslaklar incelendiğinde Dünya Sağlık rgt'nün önerdiği reform alıŖmaları ve Kalkınma Planlarında nerilen reform alıŖmalarının özüne uygun hazırlandığı görülmektedir.

- 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıŖtır.
- 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde artan hasta potansiyelini karŖılamak amacıyla "Vardiyalı alıŖma Sistemi"ne geilmiŖtir. Ayrıca niversite hastanelerinde uygulandığı üzere "Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hastanelerde zel Sağlık Hizmeti Verilmesine Dair Yönerge" yürürlüğe konmuŖtur.

4.6. 2000–2010 Dönemi Sağlık Sistemi ve Politikaları

- 2003 yılında 58. Hükümet Acil Eylem Planında ngrlen "Sağlıkta DnŖm Projesi" baŖlatılmıŖtır. Sağlık Bakanlığı ve SSK baŖkanlıđı arasında "Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı Protokolü" imzalanmıŖ devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri birleŖtirilerek ortak kullanıma aılmıŖtır. Aynı yıl "TeŖhis ve Tedavi Amacıyla zel Sağlık Kurum ve KuruluŖları Hasta Sevkine iliŖkin Usul ve Esasları Protokolü" yürürlüğe konarak devlet memurları ve emeklilerinin özel hastanelerden yararlanması sađlanmıŖtır. "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına iliŖkin Yönerge" yayınlanarak hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" ve "Hasta Hakları Kurulu" oluŖturulmuŖtur.
- 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'na ait tüm hastanelerde performans dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına geilmiŖtir.

- 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun" yayınlanarak ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce’de başlatılmıştır.
- 2005 yılında "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair 5283 sayılı Kanun" yürürlüğe girmiş ve Türkiye genelinde hizmet sunan kamuya ait toplam 660 sağlık tesisi ile 55 bini aşkın personel Sağlık Bakanlığı’na devredilerek sağlık hizmeti sunumu kamu adına tek çatı altında toplanmıştır.[35]
- 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" yayınlanmıştır.
- 09.09.2009 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Sosyal Güvenlik Kurumunun Resmi Gazetede yayımlanan Milletlerarası Andlaşma ilanı ile hayata geçmiştir.[36]
- 25 Mayıs 2010 tarihinde, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 27591 sayılı resmi gazete ile yürürlüğe girmiştir.[37]

Son yirmi yılın temel özelliği, sağlık sektörünü, özellikle de kamu sağlık örgütünü, benimsenen bu yeni resmi politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu gerekçe, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur.[15]

4.7. Genel Anlamda Sağlık Politikaları

[38] Çeşitli ülkelere bakıldığında, sağlık sektörünün çok farklı yapılandırılmış olduğu, hiçbirinin ötekine benzemediği görülür. Aynı ülkenin farklı yerlerinde bile sağlık hizmetlerinde farklı yapılanma özellikleri gözlemlenebilir. Bu görüntüler, çok çeşitli sağlık politikalarının varlığı izlenimini yaratsa da gerçekte, sanıldığı denli çok ve çeşitli sağlık politikası yoktur. Bu yapılanmalar ayrıntılı ve dikkatle incelendiğinde, sağlık politikalarının genelde, iki yarı felsefeden (ilkler, değerler, kavramlar bütünü) yola çıktığı ve dolayısı ile sağlık politikalarının iki ayrı sistem olarak netleştiği görülür ve anlaşılır.

Bu seçeneklerden biri; sağlığı ‘toplumsal olgu’ , sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ‘doğuştan kazanılmış temel bir insanlık hakkı’ sağlık hizmetlerini ise ‘toplumsal bir görev ve sorumluluk’ olarak gören politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık haklarının gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlık hizmetlerini ‘toplumsal dayanışmanın ve ulusal geliri yeniden dağıtmanın bir aracı’ olarak ele alınır ve ‘hizmetlerden yararlanmada eşitliği’ öngörür.

Öbür seçenek ise; ‘bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile sağlık haklarının gereklerinin yerine getirilmesini toplumsal bir görev olarak değil, ‘bireysel bir sorumluluk’ olarak tanımlayan ve bu hakkın yerine getirilmesini tümüyle piyasanın sunu ve istem (arz ve talep) kurallarına bırakarak, insanların bu haktan ‘fırsat oranında’ yararlanmasını ön gören, sağlık hizmetlerinde de ‘kar amacı’ olarak bakan politikadır.

İki seçenek sağlık politikasına temel oluşturan, bu iki ayrı felsefe; sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi maddi yapısını; tüm öbür alt politika ve uygulamalarını dolayısıyla sektörün yapılanmasını da belirler. Örneğin; birinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı ön plana çıkararak, sağlık hizmetlerini kamu eli ile (genel bütçe veya kamu sigortası) finanse ederken; hizmet sunumunda da kamu örgüt ve birimlerini benimser. İkinci seçenektan yola çıkan sağlık politikası ise; cepten ödeme

veya özel sigortacılığı finansman yolu olarak benimserken, hizmet sunumunda özel örgüt ve kuruluşları yeğler.[38]

Sosyal sigorta sistemlerinde gelirler, bordrolara dayandırılır. Hem işverenden hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler, üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Sosyal sigorta mantığında kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise gereksinime göre belirlenmeye çalışılmaktadır. Ancak yinede tam bir sosyal güvence şemsiyesi sağlanmamaktadır. [39]

Özel sigorta ise riske dayandırılır. Kişiler taşıdıkları sağlık riskleri ölçüsünde prim öderler. Yüksek risklilerden yüksek, düşük risklilerden düşük prim alınır. Böylece sosyal dayanışma özelliği en aza indirilip, ödemeler ve kullanım olarak oldukça bireyselleştirilmektedir. İnsanlar gereksinimlerine değil, parasal güçlerine göre sağlık hizmeti müşterisidirler. Hak sahibi değil, sağlık serbest piyasasında müşteridirler. [39]

5. TÜRKİYEDE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE AİLE HEKİMLİĞİ

5.1. Aile Hekimliği Kavramı

Yabancı kaynaklar incelendiğinde aile hekimliği ile ilgili iki ayrı İngilizce terim karşımıza çıkmaktadır: "family medicine" ve "family practice". Bu terimler arasında ne fark vardır? "Family practice" uzmanlığın ismi ise "family medicine"ne anlama gelmektedir? Uzmanlığın dayandığı entelektüel disiplinin ismi, "family medicine" olarak kullanılmaktadır. Carmichael gibi bazı yazarlar akademik disiplin (family medicine) ile profesyonel uzmanlık (family practice) arasında ayrım yapmışlardır. Aile hekimliği akademisyenleri, "family medicine" sağlık ve hastalığın aile fonksiyonları ile birlikte nasıl ilişki içinde olduğunu araştıran bir dal olarak tanımlamışlardır. [40]

Ransom ve Vandervoort'a göre aile hekimliği yaşam, sağlık, hastalık, sağlık bakımının birbirleriyle ilişkilerini araştıran yeni bir disiplindir; birey-aile, aile-çevre ilişkilerinin ekolojisine odaklanır. Bireye ve hastalığına odaklanıldığında çözülemeyen sağlık sorunlarının, yaşamı oluşturan ve tekrarlayan kişiler arası durumlar modeli ile anlaşılmasını ve değiştirilmesini amaçlar. Benzer şekilde, Ramsey de ailenin önemine değinmiştir. Aile hekimliği bilimi, aile sistemi ile beden 3 ana düzenleyici ağı (sinir, immün, endokrin sistemler) arasındaki etkileşimleri tanımlamaya çalışır. Aile sisteminin, sağlığı nasıl etkilediğini ve nasıl hastalık oluşturduğunu açıklayan bir teori geliştirmeye çalışır. Medalie'ye göre aile hekimliği, tıbbın ilgili alanlarına ait bilgi ve becerilerin, aile sağlığı ve fonksiyonları ile ilişkili olarak öğretildiği akademik bir disiplindir.

McWhinney'e göre ise akademik aile hekimliği (family medicine), aile hekimliği uzmanlığının (family practice) dayandığı bilgi kümesine verilen addır. Stephens'a göre akademik aile hekimliği, aile hekimliği uzmanlığının üzerine yerleşmiş bir akademik disiplin ve sağlık hizmetleri sunum yöntemidir. Saultz'a göre iki nedenden dolayı uzmanlığın ismi family practice olmalıdır:

1- Kökeninin genel pratisyenlik olduğunu vurgulamak için ve

2- Uzmanlığın amacının, toplumda çalışan ve topluma hizmet sunan hekimler yetiştirmek olduğunu vurgulamak için. General practice, uygulamada bir alana odaklanmayı kısıtlayan ya da uzmanlaşmanın olmadığı ve geniş klinik beceriler ile karakterize tıp alanının ismi olarak kullanılmıştır. Primary care ise toplum sağlığı açısından sağlık hizmetlerinin sunumunu ifade eder.[40]

Willard Raporu'na göre [41] aile hekimi;

Hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir. Hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder. Hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar. Hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder. Aile hekimi, bireysel bir doktordur, bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin, birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet verir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinin sağlık hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir.

Öztek'e göre ise Aile hekimliği kavramı sağlık ocaklarının esasıdır ve ülkemizde yıllardır uygulanmaya çalışılmaktadır. Öztek'e göre yapılan girişimler, kamu hizmeti olarak yürütülen bu hizmeti özelleştirmekten başka bir şey değildir. [42]

5.2. Türkiye'de Aile Hekimliği

Ülkemizde aile hekimliğinin tarihçesi oniki yıllık bir geçmişe dayanmaktadır. Ülkemizde aile hekimliği kavramı ilk defa 1980'li yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. 1983 aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde" yer aldı. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl; çocuk sağlığı ve

hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlendi. 1984 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde (Ankara) ilk aile hekimliği anabilim dalı kuruldu. 1985 aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve SSK' ya bağlı eğitim hastanelerinde başlandı. 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Ankara'da kuruldu.1992 Gülhane Askeri Tıp Akademisinde aile hekimliği anabilim dalı kuruldu. 1993 Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun buldu. 1994 İlk kez bir aile hekimi Osmangazi Üniversitesinde (Eskişehir) kendi alanında akademik kadroda görevlendirildi. 1995 Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar aldı. 1996 Avrupa topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkardı. İki aile hekimliği uzmanı Türkiye'nin ilk aile hekimliği doçentleri oldu. [43]

2006 itibari ile, Türkiye'de Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş olan tıp fakültelerinin sayısı 36 dır. Bunların birinde aile hekimliği profesörü; on üçünde aile hekimliği doçent ve yardımcı doçentleri ana bilim dalı başkanlığı görevini yürütmektedir. Diğerlerinde ise başka anabilim dallarının öğretim üyeleri asaleten veya vekaleten aile hekimliği anabilim dallarına başkanlık yapmaktadırlar. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalının kurulmuş olduğu tıp fakültelerinin sadece on beşinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir.

5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinde görülen aksaklıkları çözebilmek amacıyla “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ortaya konulmuştur. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı geçmişi silip atan radikal bir reform ve her şeyi yepyeni icat ettiğini iddia eden bir anlayış değildir. [44]

5.3.1. Amaçlar ve Hedefler

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları [45] sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde;

- Organize edilmesi,
- Finansmanının sağlanması ve
- Sunulması şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık reformlarının hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi genelde öncelikli amaç olarak gösterilen; fakat finansmanla ilgili kaygıların önüne geçemeyen başka amaçları da bulunmaktadır. [46]

Belek'e göre bunun nedeni ise, kapitalizmin içine girdiği kriz ortamında ilk çarelerden biri olarak sağlık sektörü için ayrılan kaynakların kısıtlanmasına başvurulmasıdır. [47]

Türkiye'de sağlık reformu çalışmaları 1990'lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır. Sağlık reformlarının en önemli bileşenlerinin finansman için Genel Sağlık Sigortası, birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için de hastanelerin özleştirilmesi/özelleştirilmesi olduğu görülmektedir.

5.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlık Bakanlığınca yayınlanan, Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri [45] şunlardır:

İnsan Merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

Sürekli kalite gelişimi: Sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerileri alınarak, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.

Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir.

5.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri [45]

- **Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı**

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı'nın, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve uygulamayı denetleyen, ülkenin, kamu veya özel sektörde sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere faaliyet göstermesi öngörülen bir yapıya büründürülmektedir.

Bu anlayışa bağlı olarak Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda Özel idare ve Belediyelere devredilmesi, hizmet sunumunun yerel yönetimlerce geliştirilerek yürütülmesi amaçlanmaktadır

- **Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası**

Sağlıkta Dönüşüm Programında, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden birisi ve Anayasa'nın 56. maddesinin yönlendirici hükmüne bağlı olarak, hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturmayı amaçlamaktadır.

Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi içinde tek çatıda birleştirilecektir.

Bunların yanında Türkiye'de sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak bir "Ulusal Sağlık Hesabı" sistemi kurularak sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığı yıllık bazda takip edilebilecektir.

- **Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi**

Ülkemiz Sağlık sistemi ülke gerçekleri ile birlikte düşünüldüğünde, herhangi bir ülkede uygulanan bir programı Türkiye'ye aktarabilmenin mümkün olmadığını görülebileceği gibi, ülkenin sosyoekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tek düze homojen bir sistemi bütün ülkeye yaymanın da mümkün olmadığı görülecektir.

Ülkemizde bir kaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine; kent nüfusunu asan ilçelerinden dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur.

Sağlıkta Dönüşüm programı çağdaş normlara uygun sağlık hizmeti sunmak için bu özelliklerin göz önünde bulundurulması gerektiği prensibiyle, sosyalizasyon politikasının sonucu olan mevcut sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler basta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağına yer almasını öngörmektedir.

- **Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Sistemi**

Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sisteminin anlayışı bulunmayışından hareketle temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumu, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulmasını önermektedir.

Programda, temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşılması, başarıyı arttıracak iki önemli faktör olarak görülmekte olup, bu doğrultuda bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar yani “aile hekimleri” tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır.

Programa göre koruyucu diş hekimliği uygulamaları da birinci basamakta yer almakta ayrıca bireylerin sağlık kayıtlarının; kontrol, takip ve risk analizlerinin

yapılabilmesi için birinci basamak bünyesinde aile hekimlerince tutulması öngörülmektedir.

- **Etkili, Kademeli Sevk Zinciri**

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da, yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır.

Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm programı hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” ile birinci basamakta hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının çözülüp, hastane polikliniklerinin yoğunluğunun önemli oranda azaltılmasını amaçlamaktadır.

Program sevk sistemi tek yönlü bir yol olarak görmeyip, tanı ve/veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Bu yapı içerisinde bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir. Ayrıca, sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hastanın katlanacağı ek maliyet ise cepten ödeme şeklinde kendilerince karşılanacaktır.

- **İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri**

Sağlıkta Dönüşüm programı uyarınca Ülkedeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir.

Hastaneler bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açılardan denetim altında tutulacak ve sağlık finansmanında kurumlar değil, bireyler desteklenecektir. Bu hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır.

5.4. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve Aile Hekimliği

25.05.2010 Tarihinde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin [37] yürürlüğe girmesi ile 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği üç kısımdan oluşmaktadır. Bunlar;

- Genel Hükümler
- Fiziki ve Teknik Şartlar, Kullanılacak Belgeler, Kayıtların Tutulması ve Denetim
- Çeşitli ve Son Hükümlerdir.

Genel Hükümler kısmı, yönetmeliğin aile hekimliği ile ilgili tanımlamalarını içerdiği ve çalışma usul ve esaslarını anlattığı için önemlidir. Diğer kısımlar teknik şartlardan bahsedildiği için ayrıntılı olarak incelenmeyecektir. Yönetmeliğin tam metni Ek-4’te yer almaktadır.

Genel Hükümler kısmının İlk bölümünde; Aile hekimi, aile hekimliği birimi, aile sağlığı elemanı, aile sağlığı merkezi, gezici sağlık hizmeti, toplum sağlığı merkezi, yerinde sağlık hizmeti ve diğer tanımlar yapılmıştır. Yönetmeliğe göre;

Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,

Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,

Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),

Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetini,

Toplum sağlığı merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu,

Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, ocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı ocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek yerinde vereceği sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır.

İkinci Bölümde; alışma Usul ve Esaslarda ise;

- Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları,
- Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları,
- Gezici ve yerinde hizmetlerin yürütülmesi,
- Bağışıklama hizmetleri,
- Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler,

- Meslek ilkeleri,
- Çalışma saatleri,
- İzinler,
- Göreve başlayış ve ayrılışı açıklanmıştır.

6. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİ UYGULAYAN ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliği (AH)'nin doğuşu da bir gereksinim sonucu olmuştur. AH'ne olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini savunan Peabody'nin bu görüşü, ilk yankısını yıllar sonra İngiltere'de göstermiş ve 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Bunu takiben, American Medikal Association (Amerikan Tıp Birliği)'in 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlaması sonrasında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan 'Aile Hekimliği' tanınmıştır. Dünyada esen bu uzmanlaşma rüzgarlarının Türkiye'deki yansıması 'Toplum Hekimliği' olmuş ve bütüncül yaklaşımın 224 sayılı yasa ile basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır. [21]

Bu gelişmelerle idari kabul aşamasını tamamlayan AH uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımının yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Burada birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak, AH'nin tanımı yapılmıştır.

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

Avrupa Konseyi, 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl AH eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Avrupa Konseyi 2001 direktiflerinde bu süre 3 yıla çıkarılmıştır.

1994 Yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) tarafından düzenlenen konferansta aşağıdaki önemli kararlar alınmıştır: [21]

- Sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişiklikler yapılması gereklidir. Bireye yönelik kaliteli bakım vermek ve toplum sağlığı ile birey sağlığını entegre etmek konusunda aile hekimi temel öneme sahiptir ve bu alanda çalışan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimi olması gereklidir (Öneri 1).
- Bu konudaki politikalar hızla uygulanmaya başlanmalıdır (Öneri 4).
- Birincil sağlık bakımı ve bunun içinde özgün eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzmanlar ile aile hekimi uzmanları arasında denge oluşturulmalıdır (Öneri 5).
- Diğer uzmanlık dallarının daha dikkatli kullanılabilmesi ancak önce birincil bakım veren bir hekime başvurmak yolu ile olabilir. Ancak bu hekimlerin sevk gereksinimi ve seçenekler konusunda sonuçlar, kalite ve maliyeti içeren bağımsız, iyi bir bilgiye sahip olmaları gerekir (Öneri 6).
- Her olanakta aile hekimi ilk başvuru hekimi olarak kullanılmalıdır. Bunun nedeni yalnızca aile hekimlerinin bu iş için uzmanlaşmış tek grup olmasından değil diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önlenmesidir (Öneri 10).
- Her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir. Bu kuruluşlar topluma, aile hekimlerinin

toplumun gereksinimlerine cevap verebileceği ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama peşinde oldukları konusunda güven vermelidir (Öneri 11).

Bu karar ve öneriler AH'nin tüm dünyada yaygınlaşması ve gelişmesine önemli katkıda bulunmuştur.

Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da, dünya ülkelerinin birçoğunda AH, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

6.1. İngiltere'de Aile Hekimliği

İngiltere'de temel sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği genel pratisyenlerdir. Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Genel pratisyenler tarafından kendilerine kayıtlı hastalara (bazen başka hekimlerin üzerine kayıtlı hastalara) verilen sağlık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. [48]

Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin % 30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır. Yılda yaklaşık 300 milyon doktor başvurusunun % 95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da % 90'ının tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir.

İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işle hizmet başı ödeme endekslidir.

İngiltere'deki tüm hastalık vakalarının % 85'i kendi kendine bakım ile iyileşmekte, geri kalanların % 90'ı aile hekimleri tarafından tedavi edilmekte sadece % 10'u hastane uzmanları tarafından görülmektedir. Yine de hastane giderleri tüketilen toplam kaynakların % 65'ini bulurken, birinci basamak harcamaları % 30'un altında kalmaktadır. Bu örnekte de açıkça görüldüğü üzere ikinci ve üçüncü basamakta sunulan hizmet tabiatı icabı pahalıdır.[48]

Aile hekimlerine temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde ilave ücret ödenerek performans arttırımı çalışmaları yapılmaktadır.[49]

6.2. Hollanda'da Aile Hekimliği

Acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hastalar dal uzmanı olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadırlar. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300 ve hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdürler.[50]

6.3. Polonya'da Aile Hekimliği

Polonya'da 1996 yılında uygulanmaya başlayan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. [49] Kişiler 6 yas altı, 6–59 yas arası ve 60 yas üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek de ödemeleri belirlenmektedir. [50]

Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların olurlarını istemektedir. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan

ücret talep edilmemektedir. Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermektedir.[50]

6.4. Almanya’da Aile Hekimliği

Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütülmektedir.

Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin 4 yasına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır.[50]

Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Gerekli görülen hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimleri kural olarak acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlüdür. Bu görevi aynı bölgedeki diğer aile hekimleri ile birlikte üstlenir.[48]

6.5. Küba’da Aile Hekimliği [51]

Sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. Üç hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır.

1. Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar dağıtır.

2. İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları vs.

3. Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar.

Ulusal sağlık sistemlerinin en üst seviyesinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu vardır. İl ve belde meclislerine bağlı olarak hastaneler olduğunu

gibi bazı hastaneler ve araştırma enstitüleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Poliklinikler ve aile doktorları belde meclislerine bağlıdır. [52]

Küba sağlık sistemi herkesi kapsar, ücretsiz ve erişilebilirdir. Gayri Safi Milli Hasıla'nın % 6,8'i sağlığa ayrılmaktadır.

1960'lardan itibaren tıp okullarındaki eğitimi halkın ve ülkenin ihtiyacına göre yeniden düzenlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini kuvvetlendirmek için o zamana kadar ülkede olmayan genel tıp uzmanlığı başlatılmıştır. Tıp fakültesi sonrası hekimlerin iki yıl daha hizmet vermeleri sağlanmaktadır. Her aile doktoru yaklaşık 1000 kişiden sorumludur.

Aile doktorunun, koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlığı teşvik (yaşam tarzı, beslenme eğitimi, egzersiz, tütün ve alkol kullanımının azaltılması) ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere 4 temel görevi vardır.

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için araştırma enstitüleri dışında aile doktorlarına, polikliniklere, hastanelere doğrudan başvurabilirler. Her polikliniğin bir bölgesi vardır. Bölge içinde aile hekimleri toplum ile içi içe ve sıcak bir ilişki içinde beraber çalıştıklarından, kişiler doğrudan diğer kurumlara başvurma yolunun açık olmasına rağmen başvurular daha çok aile hekimlerine yapılmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. Aile hekimlerinin, maaşları iyi düzeydedir. Son yıllarda hekimlerin eğitimi değiştirilerek, tüm hekimlerin Genel Tıp Uzmanı olmaları sağlanmıştır.

Kişinin aile hekimini seçme hakkı vardır. Ancak bölgelere atanan hekimlerin devamlı olarak halkla beraber olduğundan, bir bağ oluşmaktadır. Halkın genellikle böyle bir tercih kullanmadığı vurgulanmaktadır.

Polikliniğin 2,5 km çapında bir sorumluluk alanı vardır. Bu sorumluluk alanında 60'dan fazla aile doktoru hizmet vermektedir. Yakın olması nedeniyle aile doktorlarını tercih edilmektedir. Poliklinikte aile doktorları tarafından istenilen tetkiklerin yapılmaktadır. Uzman konsültasyonları ve çeşitli tedaviler yapılmaktadır.

Aynı zamanda hemşire ve sağlık teknisyeni eğitimlerinin de yapıldığını, uzman hekimlerin poliklinikte hizmet vermenin yanında aile doktorlarının ofislerine giderek ihtiyaca göre hastaları muayene ettiklerini bu sayede aile doktorlarının eğitiminin devamlılığının sağlanmaktadır. Hem de çalışmalarının denetlenebilmektedir. Merkez de 1 aile doktoru ve 1 hemşire çalışmaktadır.

Kadın doğum, çocuk, dahiliye uzmanları belirli günlerde aile doktorunun ofisine gelerek hasta muayene edebilmektedirler. Aile doktorunun ofisinde 1 bekleme salonu, 1 aile hekimi odası, 1 muayene odası, birde uzman hekime ayrılmış bir alan mevcuttur. Ofiste basit bir ecza dolabı, jinekolojik masa, tartı, dosya dolabı ve diğer basit malzemeler vardır. Aile hekiminin yaklaşık 500 kişilik listesi vardır. Gebelerin ve bebeklerin takibine özel önem verilmekte ve sık sık ev ziyaretleri yapılmaktadır. Hastaneye sevklerde hastalar ile beraber gerekirse hastaneye gidilmektedir. Hastaneden geri bildirimlerin düzenli şekilde yapılmaktadır. [52]

6.6. İrlanda'da Aile Hekimliği

Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta, ancak hizmet verilen topluluğun yaş, cinsiyet, dağılımı ve oturdukları yerler gibi faktörler göz önünde bulundurularak performans ilave ücretlerle arttırılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde hizmet başına ödeme yapılarak aile hekimleri teşvik edilmektedir. [49]

İrlanda'da halkın % 84'ünün sağlık güvencesi vardır. Sağlık sistemi kapsamına girebilmek için 2 kategori mevcuttur: Belli bir mali düzeyin altındaki grup kategori 1 olarak değerlendirilmekte ve bu grup hizmetin büyük bir bölümünden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. Bu grup toplumun %36'sını oluşturmaktadır. Toplumun geri kalan kesimi kategori 2'yi oluşturmaktadır. Kategori 2'deki insanlar özel sağlık sigortalarına başvurmaya meyillidirler. İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası Teşkilatı toplumun %35'inin sağlık güvencesini üstlenmiştir. [53]

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Sevk gerekliliği aile hekimleri tarafından belirlenir. Kategori 1'deki kişiler bölgelerindeki listeye dahil aile hekimlerinden istediklerini seçebilmektedirler. AH

hizmetleri, reçete edilen ilaçlar, tedaviler ve cihazlar kendilerine ücretsiz olarak temin edilmektedir. Kategori 2'deki kişiler aile hekimi veya uzmana başvuru konusunda serbesttirler, sevk zinciri dışında diğer dal uzmanlarına başvurabilirler.

Aile hekimlerinin büyük bir bölümü tek hekim ve ekibinden oluşan çekirdek ofislerde, bir bölümü ise grup muayenehanelerinde çalışmaktadırlar. Aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakta, ancak hizmet verilen topluluğun yaş, cinsiyet, morbidite dağılımı ve oturdukları yerler gibi faktörler ödemeyi etkilemektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde hizmet başına ödeme de yapılmaktadır.[53]

6.7. Portekiz'de Aile Hekimliği

Portekiz'de 60'lı ve 70'li yılların başında doktorlar büyük şehirlerde ve hastanelerde toplanmışlardı. 1975–1982 yılları arasında doktorlara bir yıllık zorunlu hizmet uygulandı. 1982'de AH uygulaması başladı ve 5500 doktor, herhangi bir eğitimden geçmeden aile hekimi olarak görev aldı. Daha sonra hizmet içi eğitim programları ile bilgileri ve becerileri geliştirildi. 1982'de Portekiz Tabipler Birliği AH uzmanları için yeterlilik sistemi kurdu. 1983'de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve 1987'de Lizbon Tıp Fakültesinde AH bölümü kuruldu. 1987'den sonra aile hekimi olmak isteyenler zorunlu eğitime alındılar. [53]

Portekiz'de 1979 yılından beri Ulusal Sağlık Sistemi yürürlüktedir. Doktorların çoğunluğu Ulusal Sağlık Sistemi'ne bağlıdır ve bu doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak da çalışabilmektedirler.

Nüfusun % 80'i aile hekimlerine kayıtlıdır. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır ve bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. Aile hekimleri maaş ile çalışırlar; özel sektörde çalışan doktorlar hizmet karşılığı ücret alırlar.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genelde sağlık merkezleri laboratuvar, tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir. Bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir.[53]

6.8. Norveç'te Aile Hekimliği

Norveç'te zorunlu ulusal sigorta sistemi tüm nüfusu kapsar. 1984 yılında "Yerel Yönetimler Sağlık Planı" uygulamaya konulduğundan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır. [53]

Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1500–2500 kişi bir aile hekimine kayıt olur. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına Yerel Sağlık Yönetimi karar verir. Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler, ancak hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır. Sağlık hizmetlerinde devlet fonu, Genel Sağlık Sigortası ve hizmet karşılığı ödemelerden oluşan karma finansman sistemi vardır. Aile hekimleri belediyelerle sözleşmeli çalışabilmek için belediye sağlık planına uymak durumundadırlar. Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile olur.[53]

6.9. İspanya'da Aile Hekimliği

İspanya anayasası, ulusal sağlık hizmetlerinin (NHS) bir halk modeli çerçevesinde uygulanmasını zorunlu kılar. Bu model birincil bakım ve ikincil bakım olarak düzenlenmiştir. Aile hekimliği olarak kabul edilebilen birincil bakım, topluma doğrudan ulaşılabilir ilk temas noktasıdır. İkincil bakım ise uzmanların bakımı üstlendiği ve ulaşılabilirliği çoğu kez birincil bakım tarafından düzenlenen ve kapı kontrol modelinden etkilenen bir basamaktır. Sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması üzere yapılan başvuruların %95'i bu basamağadır. NHS tüm hastalara hizmeti ücretsiz sunar. Birinci ve ikinci basamakta yapılan muayene masraflarının %7'si toplum tarafından ödenir ve hastane ilaçları hariç diğer masrafları ve ilaçlar ücretsizdir (emekliler, dullar, engelliler ve özel gruplar için her şey ücretsizdir). [54]

Çalışma saatleri normal olarak 08'den 15'e kadardır. Kırsal bölgelerde çoğunlukla 15-22 saatleri arasında da çalışılır. Sağlık hizmetleri 17 özerk bölgeden yönetilir. Zaman kısıtlılığı en çok sözü edilen sorunlar arasındadır. Bürokratik işler

(görüşme süresinin üçte birini oluşturur), hasta listesinin uzunluğu (aile hekimi başına ortalama 1500 hastanın bulunması) hekimleri zorlamaktadır. Zaman kısıtlılığı STE, topluma dayalı etkinliklerinin yürümesini ve araştırma çalışmalarını olumsuz etkilemektedir. İspanyol aile hekimlerinin görevleri ve etkinlikleri birincil bakımın hizmet portföyünde yer almaktadır.

Türkiye gibi benzer nüfus yoğunluğu sahip olan İspanya'nın (82 kişi/Km2, Avrupa Birliğinin en düşüklerinden biri) 1997 yılı itibariyle NSH' ninde 30.066 aile hekimi çalışmaktadır. Yüz bin kişiye 74 sağlık çalışanı düşmektedir. Bu gerçekte kabul edilebilir bir sayı gibi görünse de insan kaynaklarındaki gözlenen açık düşündürücüdür.

Aile hekimliği eğitimi mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimine dayanmaktadır. Özgün Aile Hekimliği Eğitim Programı 1995 yılından beri varlığını sürdürmektedir. İspanya'da 4 yıl olan ihtisas eğitimi (AB ülkelerinde bu süre 2 ila 5 yıl arasında değişmektedir.) tüm birincil bakımda çalışacak olan hekimlere şart koşulmuştur.

Toplum içerisinde yapılan anket çalışmaları 5,6 en yüksek hasta memnuniyetinin birincil bakım ve özellikle doktorlar için olduğu gözlenmiştir. Memnuniyeti ikincil bakımın eksikliği, tetkik ve cerrahi randevularının yakın zamanda veriliyor olması, ikincil bakım görüşmelerinin azlığı ve hastane yatakları azlığı olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliğinin etkinliğinin temelini İspanya'nın, eski AB 15 ülkelerinde olduğu gibi, hastane yatakları ve kabulleri daha az olması ve hasta için en ucuz maliyetlerde hizmet sunulması oluşturmaktadır ve bu hasta memnuniyetini üst düzeyde tutmaya yarayacak bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.[54]

6.10. İtalya'da Aile Hekimliği

İtalya'da 60 milyon nüfus bulunmakta ve ulusal sağlık sistemi ile yapılan sözleşme ile 47000 aile hekimi görev yapmaktadır. Ücretlendirme kapitasyon esasına dayanır ve kapitasyon¹ başına alınan ücret günümüzde yetersiz kalmakta ve ofis giderlerini içermektedir. Sağlık sigortaları işlev görmemektedir ve tatiller aile

¹ Kapitasyon: Kişi başına olan ödeme.

hekimleri tarafından karşılanmaktadır. Bu sorunları aşmak için hekimler greve gitmiş olsalar da hekimler artık yılgın ve tükenmiş durumdadır. [55]

Aile hekimliği eğitimi bazı üniversitelerde (Modena, Genova, Pavia, Udine, Bologna, Rome ve Milan) mezuniyet öncesi dönemleri de kapsamaktadır. Stajlar genelde 5. ve 6 sınıflarda gerçekleşmektedir. Birçok eğitmen üniversitelerin bulunduğu kentlere yakın yerlerde çalışmaktadır ve mezun olan hekimleri yapılandırılmış bir şema doğrultusunda değerlendirirler ve sıklıkla birinci basamağa özgü bazı yeterliklere sahip olmadıkları gözlenir, çünkü mezuniyet öncesi eğitimde aile hekimliği eğitimi bulunmamaktadır. Ancak akademik kurumlar bu konuda ikna olmuş değil, çünkü WONCA'nın ağlarının siyasi bir yaptırım gücü bulunmamaktadır

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi henüz gerçek anlamda bir uzmanlık eğitimi değildir. Üç yıl süren ve 1 yılı ofiste geçirilen bir kurstur. Bu program sadece İtalya'nın bazı bölgelerinde uygulanır. Başka yerlerde bu 2 yıldır ve bazılarında hiç yoktur. Bu durum yöreler arasında eşitsizlik yaratmaktadır. Yeni gelişmeler ulusal yapılandırılmış bir uzmanlık programının geliştirilmesi ve bakanlığın bu disiplini bir uzmanlık olarak kabul etmesi yönündedir.

Sürekli tıp eğitimi, ulusal sağlık sistemi ile sözleşme imzalayan aile hekimleri için zorunludur. Beş yıllık süre içerisinde 150 kredi toplamak durumunda olan hekimler akredite olan bilimsel etkinliklere katılırlar. Ancak sürekli tıp eğitimi sistemi henüz tatmin edici değil ve geliştirilmelidir. Kongrelere daha etkin katılım ve uzaktan eğitim yanı sıra müfredatların akreditasyonu şarttır.

Ulusal sağlık sistemi İtalya'da zor dönemlerini yaşamaktadır. Birçok hizmet ve ödemede kesintiye gidiyor, davalar açılıyor ve çatışmalar yaşanıyor. Hekimler de bu süreçten etkileniyor ve yıllardır tükenmişliğin eşiğinde yaşamaktadır. Buna bir örnek olarak, geçen sene Floransa'da düzenlenen WONCA kongresi'dir. Sağlık sistemindeki gelişmeler ışığında, kongre sponsorluklarına izin verilmemiştir ve firmalar caydırılmıştır ve aile hekimliği 2. plana atılmıştır, ancak vergi denetiminde ilk sıralarda yer almaktadır.

Floransa’da düzenlenen WONCA kongresi İtalya’da aile hekimliğini Avrupa düzeyine çıkararak bir etkinlik olmuş ve eğitim veren ve araştırma yapan bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlamıştır. Çalışma koşullarının zorluğu ve kalite ve ödemelerinin kısıtlanması; medyanın hekimlere saldırısı ve hekimlerin sağlık hizmetlerinin kötü gidişatından sorumlu tutulmaları aile hekimlerinin çalışma şevkini kırmaktadır. Birçok hekim emekli olmayı yeğlemektedir ve genç hekimler aile hekimliğini ilk seçenek olarak görmemektedirler.[55]

6.11. ABD’de Aile Hekimliği

1930’larda ilk özel sigortalar (Mavi Kalkan, Mavi Haç), sağlık hizmetlerinde uygulamaya başlanmış, 1965’te ise yoksul yaşlıların masraflarını devlet üstlenmiştir. Şu an, zorunlu sağlık sigortası olmayıp, yalnız hizmet başına ücret ödemesinin yapıldığı özel sigorta bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini sunumunu ise yerel hükümetler üstlenmiştir. [56]

OECD ülkeleri içinde sağlığa, GSMH’ dan en çok (%13,5) harcama yapmasına karşın sağlık göstergeleri daha kötüdür. Basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve sevk zinciri bulunmayan ABD’de sağlık sigortası yaptırabilenler diledikleri kuruma başvurabilmektedirler. Sistem, hastaları üçüncü basamağa yönlendiricidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sigorta sistemiyle sağlanmaktadır. Nüfusun %55’inin primi işverenleri tarafından yatırılmakta, %3’ü özel ve % 27’si hükümet tarafından sigortalanmaktadır. %15’inin hiçbir sağlık güvencesi olmayıp özel sigortacılık sisteminin çok güçlü olduğu ülkede, geri ödemelere şirketler karar vermektedir. Risk gruplarının primleri de çok yüksek olup, sağlık sigorta sisteminin %60’ı geçmişteki hastalıkları kapsamamaktadır (ör: kronik hst.) [56]

ABD Sağlık sisteminde düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışında birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler tarafından ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci basamak olarak adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında başvurdukları özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır. [20]

Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet basına almaktadır. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebileceği gibi kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimlerle sınırlıdır.

ABD’de Sağlık hizmeti finansmanını sağlayan 4 temel grup vardır. Bunlar;

- Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri
- Blue Cross ve Blue Shield (Maviler)
- Bağımsız Sigorta Planları
- Kamu Sigortaları (Medicare/ Medicaid) [20]

ABD’de hekim açığı bulunmaktadır ve özellikle birinci basamak hekimlerinde görülmektedir. Tıp mezunlarının %32’si aile hekimliği uzmanlık eğitimini seçmektedirler ve bu oran giderek düşmektedir. Nedenleri arasında düşük maaşlar, geri ödenmesi gereken borçlar, düşük kariyer düzeyi ve ağır çalışma koşulları sıralanabilir. ABD sağlık sistemi dengeden çıkmış ve 46 milyon ABD vatandaşının sağlık güvencesi eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerine kısıtlı erişimleri bulunmaktadır.[57]

Genel olarak ülkelerdeki Aile Hekimliği Modelleri incelendiğinde; Bazı ülkelerde oldukça başarıyla uygulandığı (Küba örneği), bazı ülkelerde tam anlamıyla bir başarı elde edemediği görülmektedir (İtalya Örneği). Bunun birçok nedeni bulunmaktadır. Her ülkenin toplumsal, siyasal ve sağlık yapılanması farklıdır bu nedenle aile hekimliğinde uygulanabilecek bir şablon şeklinde bir yapı bulunmamaktadır. Her ülke kendi aile hekimliği modelini oluşturmuştur. Türkiye’de bunu yapma yolunda ilerlemektedir.

7. YÖNTEM

7.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemine bakış açılarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

7.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul il merkezinde bulunan 1 sağlık grup başkanlığı ve sağlık grup başkanlığına bağlı 14 sağlık ocağında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak ocak- şubat 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür.

7.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, İstanbul il merkezinde bulunan 1 sağlık grup başkanlığı ve sağlık grup başkanlığına bağlı 14 tane sağlık ocağındaki 38 doktor, 26 hemşire, 23 ebe, 4 sağlık memuru ve 9 diğer sağlık çalışanlarıdır. Araştırmaya katılanların % 80 kadrolu,%20 ise sözleşmeli pozisyondaki sağlık çalışanı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

7.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

7.4.1. Araştırma Alanı

Örneklem seçiminde seçilen ilçenin dışına çıkılamamış olması araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Zaman yetersizliği, ulaşım güçlüğü, maliyet açısından araştırma, bir ilçenin 1. basamak sağlık hizmetleri veren kurumlarında yapılmak zorunda kalmıştır.

7.4.2. Kişi Sayısı

Araştırmaya katılan kişi sayısı, araştırma alanındaki kısıtlılığa bağlı olarak 100 kişi üzerine çıkamamıştır.

7.4.3. Anket Soruları

Araştırmanın başlangıcında çok sayıda bilgi ve düşünce ölçmesi amacıyla anket soruları fazla sayıda hazırlanmıştır. Fakat çok sayıda sorudan oluşması anketin yanıtlanma süresini uzatmıştır. Bu araştırmaya katılanlarda yanıtlanma isteksizliği yada hatalı yanıtların işaretlenmesine neden olmuş olabilir. Araştırmaya katılanların anket soruları hakkındaki bilgi düzeyleri de araştırmanın kısıtlılıklarından biridir.

7.5. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket, aile hekimliğini, sistem olarak ele alan 30 önerme ve sistemle ilgili sağlık çalışanlarının iç görüşlerini saptamaya çalışan 25 önermeden oluşmaktadır.

7.6. Veri Toplama Araçlarının Geçerliliği ve Güvenilirliği

Araştırma İçin Kullanılan Ölçeğin Güvenilirlik Analizi 1

Sağlık çalışanlarının aile hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerini saptamaya yönelik 30 sorunun (sistemle bağlantılı önermeler) güvenilirlik analizi

Tablo.1. Güvenilirlik Analizi 1 için α - Düzeltilmiş α Katsayısı Tablosu

α katsayısı	Düzeltilmiş α katsayısı	N
0,779	0,780	30

Güvenilirlik analizine göre α katsayısı 0,780 bulunmuştur.

Tablo.2. Güvenilirlik Analizi 1 için Genel Ortalama ve Korelasyon Tablosu

	Ortalama	Minimum	Maksimum	Ranj	Maksimum / Minimum	Varyans	N (soru sayısı)
Genel ortalama	3,264	1,855	4,236	2,382	2,284	0,471	30
Sorular arasındaki ort. korelasyon	0,106	-0,691	0,831	1,522	-1,203	0,127	30

Yukarıdaki tabloda soruların genel ortalaması 3,264 sorular arasındaki ortalama korelasyon 0,106 olarak bulunmuştur.

Tablo.3. Güvenilirlik Analizi 1 için Her Bir Soru İle Bütün Arasındaki İstatistikler

	İlgili soru silindiğinde ölçeğin ortalaması	İlgili soru silindiğinde ölçeğin varyansı	Her bir sorunun korelasyonu	Her bir sorunun bütün arasındaki korelasyonu	İlgili soru silindiğinde ölçeğin güvenilirlik katsayısı
SORU1	95.4909	136.995	.421	.857	.766
SORU2	95.4545	138.845	.447	.828	.765
SORU3	95.3636	143.236	.321	.686	.772
SORU4	96.0727	145.513	.245	.819	.775
SORU5	95.2545	138.749	.413	.930	.767
SORU 6	95.1091	138.432	.387	.879	.768
SORU 7	93.8364	157.584	-.269	.681	.796
SORU8	95.3273	138.706	.404	.882	.767
SORU9	95.3455	139.453	.402	.850	.767
SORU10	95.4727	140.624	.377	.739	.769
SORU 11	94.6727	145.928	.185	.575	.778
SORU 12	94.2364	149.110	.040	.723	.786
SORU 13	94.3818	146.129	.179	.690	.778
SORU 14	95.0182	140.092	.316	.797	.772
SORU 15	93.9273	147.402	.132	.705	.780
SORU 16	93.9636	143.888	.272	.835	.774
SORU17	94.7636	151.443	-.035	.721	.790
SORU18	94.8545	140.645	.333	.745	.771
SORU19	95.6000	144.356	.214	.728	.777
SORU20	94.0000	146.296	.220	.770	.776
SORU21	93.6909	144.032	.267	.580	.774
SORU22	93.7091	142.210	.439	.846	.768

SORU23	94.1818	140.337	.385	.914	.768
SORU24	94.3636	140.088	.365	.802	.769
SORU25	93.9455	143.312	.336	.907	.771
SORU26	94.0182	144.166	.285	.870	.773
SORU27	93.7818	143.840	.349	.757	.771
SORU28	94.2364	138.962	.370	.882	.769
SORU29	95.1455	138.349	.430	.811	.766
SORU30	94.6727	141.521	.383	.622	.769

Sonuç: Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde sorular ile bütün arasındaki korelasyonun pozitif olduğunu görmekteyiz. Bu demek oluyor ki soru ile bütün arasında içsel tutarlılık vardır.

Araştırma İçin Kullanılan Ölçeğin Güvenilirlik Analizi 2

Sağlık çalışanlarının aile hekimliği hakkındaki bilgi düzeylerini saptamaya yönelik 25 sorunun (bireysel görüş bildiren) güvenilirlik analizi

Tablo.4. Güvenilirlik Analizi 2 için α - Düzeltilmiş α Katsayısı Tablosu

α katsayısı	Düzeltilmiş α katsayısı	N
0,792	0,797	25

Güvenilirlik analizine göre α katsayısı 0,797 bulunmuştur.

Tablo.5. Güvenilirlik Analizi 2 için Genel Ortalama ve Korelasyon Tablosu

	Ortalama	Minimum	Maksimum	Ranj	Maksimum / Minimum	Varyans	N (soru sayısı)
Genel ortalama	3,164	2	4,345	2,345	2,173	0,665	25
Sorular arasındaki ort. korelasyon	0,136	-0,485	0,866	1,352	-1,785	0,098	25

Yukarıdaki tabloda soruların genel ortalaması 3,164 sorular arasındaki ortalama korelasyon 0,136 olarak bulunmuştur.

Tablo.6. Güvenilirlik Analizi 2 için Her Bir Soru İle Bütün Arasındaki İstatistikler

	İlgili soru silindiğinde ölçeğin ortalaması	İlgili soru silindiğinde ölçeğin varyansı	Her bir sorunun korelasyonu	Her bir sorunun bütün arasındaki korelasyonu	İlgili soru silindiğinde ölçeğin güvenilirlik katsayısı
SORU1	74.7636	123.184	-.010	.508	.797
SORU2	76.4000	113.170	.393	.669	.781
SORU3	75.1455	115.904	.326	.763	.785
SORU4	75.6182	119.166	.152	.627	.793
SORU5	75.0545	112.793	.412	.860	.780
SORU 6	75.0727	113.365	.398	.870	.781
SORU 7	76.3273	113.928	.282	.543	.788
SORU8	76.6000	112.467	.313	.670	.786
SORU9	75.5091	109.403	.535	.573	.773
SORU10	76.8000	116.570	.219	.618	.791
SORU 11	76.7091	114.729	.361	.829	.783
SORU 12	75.0182	114.685	.343	.563	.784
SORU 13	76.8364	115.251	.303	.706	.786
SORU 14	76.7455	115.675	.268	.726	.788
SORU 15	75.2000	114.793	.294	.675	.787
SORU 16	77.1091	117.840	.277	.750	.787
SORU17	76.5273	109.735	.538	.795	.773
SORU18	76.8545	116.201	.302	.773	.786
SORU19	76.5091	111.292	.478	.842	.777
SORU20	76.6182	111.352	.482	.826	.777
SORU21	76.7273	114.202	.335	.766	.784
SORU22	74.9091	113.380	.471	.707	.779
SORU23	74.8909	113.729	.501	.702	.778
SORU24	74.9455	117.423	.239	.744	.789
SORU25	75.7273	121.758	-.005	.552	.806

Sonuç: Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde sorular ile bütün arasındaki korelasyonun pozitif olduğunu görmekteyiz. Bu demek oluyor ki soru ile bütün arasında içsel tutarlılık vardır.

7.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra anket formları verilerek doldurmaları istenmiştir. Anketin yanıtlama süresi ortalama 15–20 dakikadır.

7.8. Verilerin Analiz Yöntemleri

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "Statistical Package for Social Sciences for Windows 17.0" (SPSS17inc) programı kullanıldı.

7.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan (Ortalama, Standart sapma, frekans %) yararlanıldı. Niceliksel verilerin ortalama karşılaştırılmasında normal dağılım gösterip göstermediğine kolmogorov-smirnow testi ile karar verildi.

7.10. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Normal dağılmadığı için 2 grubun karşılaştırılmasında mann whitney u test 2 den fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal wallis test kullanıldı.

Nitel veriler için gruplar arası farklılık için ki-kare testi kullanıldı. Nitel veriler ki-kare testi yardımı ile analiz edildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

8. BULGULAR VE YORUMLAR

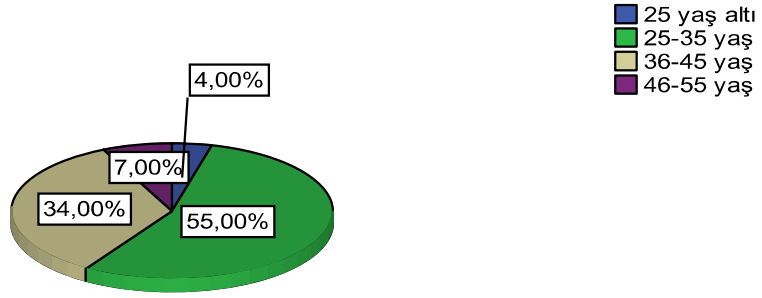
8.1. Ankete Katılanların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo.7. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgilerine İlişkin Oransal dağılım (N =100)

Demografik Özellikler		n	%
Yaş	25 yaş altı	4	4
	25-34 yaş	55	55
	35-44 yaş	34	34
	45-54 yaş	7	7
	55 yaş ve üzeri	0	0
Cinsiyet	Kadın	69	69
	Erkek	31	31
Eğitim durumu	Lise	4	4
	Önlisans (açık öğretim)	22	22
	Önlisans (örgün)	7	7
	Lisans	50	50
	Yüksek lisans	17	17
	Doktora	0	0
Meslek	Doktor	38	38
	Ebe	23	23
	Hemşire	26	26
	Sağlık memuru	4	4
	Diğer (Sağlık teknikeri, tıbbi sekreter)	9	9
Soru 5	0-5 yıl	36	36
	6-10 yıl	15	15
	11-15 yıl	15	15
	16-20 yıl	34	34
Soru 6	Kadrolu çalışıyorum	80	80
	Sözleşmeli çalışıyorum	20	20
Soru 7	Evet	26	26
	Hayır	74	74
TOPLAM		100	100

Araştırmaya (N=100) sağlık çalışanı katılmıştır.

Yaşların Oransal Dağılımı



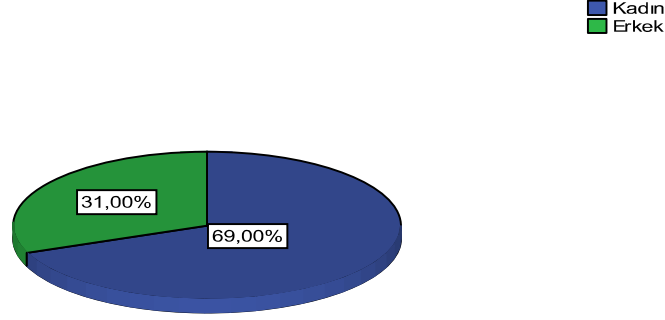
Şekil.4. Ankete Katılanların Yaşlarının Oransal Dağılımı

Katılımcıların yaş dağılımı (n=4) %4'ü 25 yaşın altında, (n=55) %55'i 25–34 yaş aralığında, (n=34)%34'ü 35–44 yaş aralığında ve (n=7) % 7'si (45 – 54) aralığındadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu 25–34 yaş aralığındaki genç nüfus oluşturmaktadır. Sağlık sektörünün genelinde de genç nüfus en fazla orana sahiptir.

Sistemle bağlantılı önermeler yaş grubuna göre farklılık göstermektedir.($p < 0,05$). Bireysel görüş bildiren önermeler yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir.($p > 0,05$)

Aile hekimliği konusunda toplum ve çalışanların yeterince bilgilendirilmediği konusunda yaş grupları anlamlı farklılık göstermektedir.($p < 0,05$) 25 yaş ve altı kararsızken diğer yaş grupları bu konuda katıldıklarını belirtmiştir.

Cinsiyetin Oransal Dağılımı



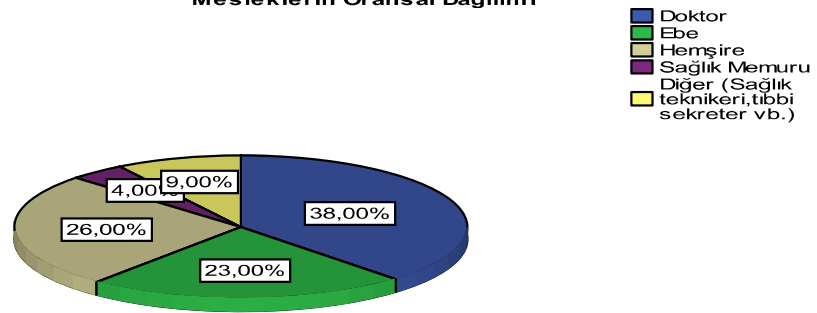
Şekil.5. Ankete Katılanların Cinsiyetlerinin Oransal Dağılımı

Katılımcıların (n=69) %69'unu kadın ve (n=31) %31'ini erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe de kadın sayısı erkeklerden daha fazladır.

Sistemle bağlantılı önermeler cinsiyete göre farklılık göstermektedir.(p<0,05) Bireysel görüş bildiren önermeler cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.(p>0,05)

Pilot illerde yürütülen aile hekimliği sistemi olumlu sonuç verdiğine kadınlar katılırken, erkekler kararsız kalmaktadır.

Mesleklerin Oransal Dağılımı



Şekil.6. Ankete Katılanların Mesleklerinin Oransal Dağılımı

Katılımcıların meslek dağılımı; (n=38) %38'i doktor, (n=23) %23'ü ebe, (n=26) %26'sı hemşire, (n=4) %4'ü sağlık memuru ve (n=9) %9'u diğer meslek sahibi kişilerdir. Tek başına en büyük paya sahip meslek grubu doktorlar olarak görülse de, ülkemizde birbirlerinin işlerini yapabilen meslekler olduğu için ebe ve hemşire grubunu birlikte düşünürsek en fazla orana sahip meslek grubu ebe, hemşirelerdir.

Aile hekimliğinin Türkiye'de sağlık sistemini özelleştirmek anlamına geldiğini en fazla katılım ebelerden gelmektedir. Diğer meslek grupları bu düşüncede kararsız kalmaktadır.

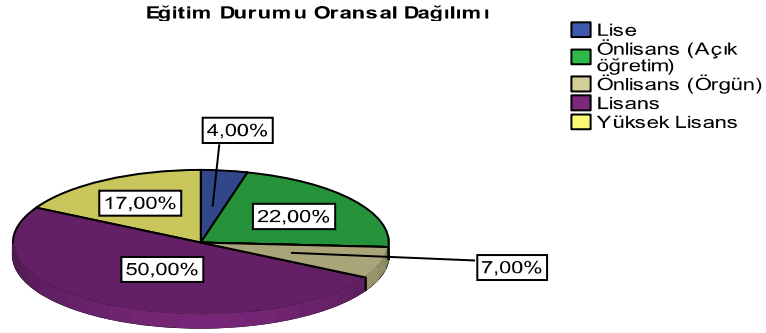
Sistemle bağlantılı önermeler mesleklere göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bireysel görüş bildiren önermeler mesleklere göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Aile hekimliği patron-işçi temeline dayandığına (diğer) meslek grupları katılırken, diğer meslekler kararsız kaldıkları görülmektedir.

Aile hekimliği sisteminde çalışanların kendini geliştirmesi için uygun olanak olmadığını ebeler fazlaca katılırken diğer meslek grupları az katılmaktadır.

Aile hekimliği sisteminin alınan eğitimle örtüşmediğine hemşire ve ebeler katılırken, sağlık memurları kararsız kalmıştır.

Aile hekimliğinde işi kaybetmemek için her denileni yapmak zorunda olduğunu sağlık memurları katılmaktadır. Diğer sağlık gruplarında olanların bu düşünceye katıldıkları görülmektedir.



Şekil.7. Ankete Katılanların Eğitim Durumlarının Oransal Dağılımı

Katılımcıların eğitim durumu (n=4) %4'ü lise mezunu, (n=22) %22'si önlisans (açık öğretim), (n=7) %7'si önlisans (örgün), (n=50) %50'si lisans ve (n=17) %17'si yüksek lisans mezunudur. Araştırmaya katılanlar içerisinde en büyük orana sahip olanlar lisans mezunlarıdır.

Sisteme bağlantılı önermeler eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bireysel görüş bildiren önermeler eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Aile hekimliğinde bireylerin yetenekleri ortaya koyması düşüncesine yüksek lisans mezunları katılmazken önlisans mezunları katılmaktadır.

Katılımcıların (n=36) %36'sı 0-5 yıl, (n=15) %15'i 6-10 yıl, (n=15) %15'i 11-15 yıl ve (n=34) %34'ü 16-20 yıldır mesleklerini yapmaktadır. Araştırmaya katılanlar içerisinde en fazla orana sahip olanları 0-5 yıldır mesleklerini yapanlar yani mesleklerinde yeni olarak tabir edebileceğimiz kısım oluşturmaktadır.

Sistemle bağlantılı önermeler çalışma yıllarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). 11-15 yıl sağlık personeli olarak çalışanlar aile hekimliğinde ekip çalışmasının daha iyi olacağına katılmazken, 16-20 yıldır çalışanlar bu önermeye kararsız kalmaktadır. Bireysel görüş bildiren önermeler çalışma yılına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

(n=80) %80'i kadrolu iken, (n=20) %20'si sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Araştırmaya katılanlar içerisinde dikkat çekici oranda kadrolular daha fazladır.

Sisteme bağlantılı önermeler çalışma yerindeki pozisyona göre farklılık göstermemektedir.($p>0,05$)Bireysel görüş bildiren önermeler çalışma yerindeki pozisyona göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

(n=26) %26'sı sendikaya üye iken, (n=74)%74'ü herhangi bir sendikaya üyeliği bulunmamaktadır. Araştırmaya katılanlar içerisinde herhangi bir sendika üyeliği bulunmayanlar dikkat çekici oranda fazladır.

8.2. Ankete Katılanların Sistemle Bağlantılı Önermelerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan 100 sağlık çalışanının aile hekimliği sistemi ile bağlantılı önermelerle ilgili düşünceleri şu şekildedir:

Analiz tablolarından çıkan en fazla oranlar alınarak yorumlanmıştır.

Soru 1: Aile hekimliğinin (n=35) %35'i Türkiye'de uygulanması gereken bir sistem olmadığını düşünmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı Aile hekimliğinin Türkiye'de uygulanması gereken bir sistem olarak görmemektedir.

Soru 2: Aile hekimliği sisteminin (n=30) %30'u dünyada başarı ile uygulanan bir sistem olup olmadığı konusunda kararsız olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanlar büyük kısmı Aile hekimliğinin dünyada başarı ile uygulandığı konusunda kararsız kalmışlardır.

Soru 3: Pilot illerde yürütülen hekimliği sisteminin (n=38) %38'i olumlu sonuç verip vermediği konusunda kararsız kalmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı pilot illerde yürütülen Aile hekimliği sisteminin sonuçları hakkında fikirleri yoktur.

Soru 4: Türkiye'nin aile hekimliği sistemine (n=44) %44'ü kesinlikle geçmek için hazır olmadığını düşünmektedir. Yani araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı bu sisteme geçiş için yapılan hazırlıkları yeterli görmemektedir.

Soru 5: Aile hekimliğinin sağlık hizmetlerine ulaşmayı (n=32) %32'si kolaylaştırmadığını düşünmektedir. Sağlık alışanlarının en büyük kısmı, bu sistemin hizmete ulaşmayı kolaylaştırdığını düşünmemektedir.

Soru 6: Aile hekimliğinin (n=27) %27'si sağlık hizmetlerine ulaşmada hastalara zaman esnekliği sağlamadığını düşünmektedir. Sağlık alışanlarının büyük kısmı, bu sistemin hastalara hizmete ulaşmakta zaman esnekliği sağlayacağını düşünmemektedir.

Soru 7: Aile hekimliğinin (n=43) %43'ü Türkiye'de sağlık sistemini özelleştirmek anlamına geldiğini kesinlikle düşünmektedir. Yani sağlık çalışanlarının büyük kısmı, aile hekimliği sisteminin kesinlikle sağlık sistemini özelleştirmek olduğunu düşünmektedir.

Soru 8: Aile hekimliğinin (n=27) %27'si şimdiki sisteme oranla daha iyi sağlık hizmeti sunacağına katılıyor. Araştırmaya katılan sağlık alışanları Aile hekimliğinde verilecek sağlık hizmetinin daha iyi hizmet olacağını düşünmektedir.

Soru 9: Aile hekimliği sisteminin (n=34) %34'ü Türkiye 'de 1.basamak sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlayacağını düşünmemektedir. Sağlık alışanları, bu sistemin her yerde eşit uygulanamayacağını düşünmektedir.

Soru 10: Aile hekimliği sisteminde çalışanların ücretlendirilmesinin daha iyi olacağını (n=27) %27'si kesinlikle dşünezken (n=27) %27'si kararsız olduğunu belirtmiştir.

Soru 11: Aile hekimliği sisteminin (n=41) %41'i toplumla değil bireyle ilgilendiğini düşünmektedir. Yani sağlık alışanları Aile hekimliğinin birey odaklı olduğunu düşünmektedirler.

Soru 12: Aile hekimliğinin (n=35) %35'i kesinlikle patron – işçi temeline dayandığını kabul etmektedir. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, kesinlikle bu sistemde çalışanların patron- işçi ilişkisi içinde olduğunu düşünmektedirler.

Soru 13: (n=60) %60'i Aile hekimliği sisteminin çok karmaşık ve uygulanması zor bir sistem olduğunu kesinlikle düşünmektedir. Sağlık çalışanları için Aile hekimliği sistemi kesinlikle zor ve karmaşık bir sistemdir.

Soru 14: (n=27) %27'si Aile hekimliği sisteminde ekip çalışmasının daha iyi uygulanacağını düşünmektedir. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, bu sistemde ekip çalışmasının daha iyi uygulanacağını düşünmektedir.

Soru 15: Aile hekimliğinin bir çeşit işletme olduğunu (n=52) %52'si kabul etmektedir. Sağlık çalışanları için Aile hekimliği sistemini bir işletme biçimi olarak görmektedirler.

Soru 16: Aile hekimliği sisteminde (n=49) %49'u sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerinin yanı sıra bir de gelir ve gider yönetimi yapması gerektiğini düşünmektedir. Sağlık çalışanları bir işletme olarak gördükleri Aile hekimliği sisteminin muhasebesinden de sorumlu olacaklarını düşünmektedirler.

Soru 17: Aile hekimliği sisteminin (n=33) %33'ü koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kaldıracığı anlamına gelmediğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı, Aile hekimliği sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerinin devam edeceğini düşünmektedir.

Soru 18: Aile hekimliği sisteminde (n=41) %41'i hasta –sağlık personeli ilişkisini daha güçlü kılacağını düşünmektedir. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, bu sistemde hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin daha kuvvetli olacağını düşünmektedir.

Soru 19: Aile hekimliği sistemi (n=39) %39'u çalışanların kendini geliştirmesi için uygun olanak sağlar düşüncesine katılmamaktadır. Sağlık çalışanlarının büyük kısmı, bu sistemde kendilerini geliştirme olanaklarının olacağını düşünmemektedirler.

Soru 20: Aile hekimliği sistemine geçmek için yasal düzenlemelerin yeterli olmadığına (n=43) %43' katılmaktadır. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, Aile hekimliği ile ilgili yasal düzenlemelerin yeterli olduğunu dşunmemektedirler.

Soru 21: Aile hekimliği ile toplum ve çalışanların yeterince bilgilendirilmediğine (n=53) %53' kesinlikle katılmaktadır. Yani sağlık çalışanları, toplumun ve sağlık alışanlarının Aile hekimliği sistemi konusunda yeterince bilgilendirilmediğini dşunmektedir.

Soru 22: Aile hekimliğinin (n=43) %43' az sağlık personeli ile çok iş yapılmak istendiğine kesinlikle katılmaktadır. Yani sağlık çalışanları kesinlikle, Aile hekimliği sisteminde az sağlık personeline çok iş düşeceği görüşündedirler.

Soru 23: Aile hekimliğinde yıllık izin kullandırmak işverenin elindedir dşuncesine (n=32) %32'si kesinlikle katılmaktadır. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, yıllık izin kullanmak istediklerinde işverenin inisiyatifine kaldıklarını dşunmektedirler.

Soru 24: Aile hekiminin (n=31) %31'i istediği zaman aile sağlığı elemanının görevine son verebileceğine kesinlikle katılmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmı, Aile hekimi istediğinde görevlerini kaybedebileceklerini kesinlikle dşunmektedirler.

Soru 25: Aile sağlığı elemanı, işini kaybetmekten yoğun bir kaygı duyacağına (n=39) %39'u katılmaktadır. Sağlık alışanlarının büyük kısmı, aile sağlığı elemanlarının bu sistemde işten çıkarılma korkusu yaşayacağını dşunmektedirler.

Soru 26: (n=35) %35'i Aile hekimliği sisteminde kesinlikle kariyer imkanı olmadığını dşunmektedir. Sağlık alışanlarının büyük kısmı kesinlikle, aile hekimliği sisteminde kariyer ve yükselme olanakları olmadığını dşunmektedirler.

Soru 27: Aile hekimliği sisteminde (n=46) %46'sı özlük haklarının açık olarak belirtilmediğini dşunmaktadır. Sağlık alışanları, Aile hekimliği sisteminde hakları konusunda netlik olmadığını dşunmaktadır.

Soru 28: (n=34) %34'ü Aile hekimliğinde doktorun, personele ek iş verebileceğini kesinlikle düşünmektedir. Araştırmaya katılanların büyük kısmı kesinlikle, Aile hekiminin, aile sağlığı elemanına yapması gerekenlerin dışında ek işler verebileceği fikrindedirler. Aile hekimliği birimi, aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşacağı için eğer aile hekimi ek bir ücret ödeyerek veri giriş elemanı veya tıbbi sekreter ve hizmetli çalıştırmazsa bu işler yapılmak zorunda olduğundan ve yapacak personel olmadığından aile sağlığı elemanından istenebileceğini düşünmüş olabilirler. Ya da işlerini kaybetme kaygısında oldukları işveren tarafından bilindiği için keyfi isteklere maruz kalabileceklerinden de endişe etmiş olabilirler.(Örneğin çay- kahve servisi, fatura yatırma gibi.)

Soru 29: Aile hekimliği sisteminde (n=33) %33'ü çalışanların işlerini ve hastalarını daha çok benimseyeceği düşüncesine katılmamaktadır. Araştırmaya katılanların büyük kısmı, Aile hekimliği sisteminde çalışanların işlerini ve hastaları daha çok benimseyeceğini düşünmemektedirler.

Soru 30: Aile hekimliği sistemi ile (n=42) %42'si yapılan işlerin ve personelin denetlenmesinin zor olacağı düşüncesinde kararsız kalmıştır. Sağlık çalışanları, işlerin ve personelin denetlenmesinin nasıl olacağı hakkında bir fikirleri yoktur.

8.3. Ankete Katılanların Bireysel Görüş Bildiren Önermelerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan 100 sağlık çalışanının aile hekimliği sistemi hakkındaki bireysel görüşleri şu şekildedir:

Analiz tablolarından çıkan en fazla oranlar alınarak yorumlanmıştır.

Soru 1: (n=50) %50'si Aile hekimliği sistemine geçmek için fikirlerinin alınmasını istediklerini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları büyük oranda, bu sisteme geçiş için kendi fikirlerinin de alınmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Soru 2: (n=33) %33'ü Aile hekimliği sisteminin aldığı eğitimle örtüştüğü düşünmesine kararsız kalmıştır. Sağlık alışanları, aile hekimliğinde aldıkları eğitimle örtüşen işler yapıp yapmayacakları konusunda kararsızdırlar.

Soru 3: (n=55) %55'i Aile hekimliği ile ilgili duyduğum belirsizlik geleceğimi planlamama izin vermez düşünmesine katılmaktadır. Sağlık alışanları, Aile hekimliği ile ilgili gelecekleri hakkında plan yapamayacak kadar belirsizlik yaşamaktadırlar.

Soru 4: (n=42) %42'si Aile hekimliğinde bireylerin yeteneklerini ortaya çıkarmasının zor olacağını düşünmektedir. Sağlık alışanları, bu sistemde yeteneklerini göstermenin zor olacağını düşünmektedirler.

Soru 5: (n=43) %43'ü yıllık yapılacak olan sözleşmelerin işleri ile ilgili kaygı duymasına sebep olacağını kesinlikle düşünmektedir. Sağlık alışanları, yıllık yapılacak olan sözleşmelerin işleri kaybetme kaygısına neden olacağını kesinlikle düşünmektedirler. Bunun nedeni senenin sonunda sözleşmelerin yenileceğine dair bir garanti olmaması olabilir.

Soru 6: (n=41) %41'i Aile hekimliği ile ilgili kaygıların iş verimini düşüreceğine katılmakta ,(n=41) %41'i kesinlikle katılmaktadır. Sağlık alışanları, Aile hekimliği ile ilgili kaygı duymaktadır ve bunun iş verimini düşürebileceğini düşünmektedir.

Soru 7: (n=29) %29'u Aile hekimliğine geçilmesi durumunda gelirinin azalmasından endişe duymaktadır. Sağlık alışanları, Aile hekimliği sistemine geçildiğinde maaşlarında azalma endişesi yaşamaktadırlar.

Soru 8: (n=35) %35'i Aile hekimliği sistemi ile sağlık personelinin özlük haklarının elinden alınacağına kesinlikle katılmaktadır. Sağlık alışanları kesinlikle, aile hekimliğine geçildiğinde özlük haklarının ellerinden alınacağını düşünmektedirler. Bunun nedeni sözleşmeli pozisyonda alıştırılacakları için olabilir.

Soru 9: (n=47) %47'si Aile sağlığı personelinin kendini tamamen aile hekimine bağımlı hissedeceğini düşünmemektedir. Sağlık alışanlarının büyük kısmı, aile

sağlığı elemanının aile hekimine kendini bağımlı hissedebileceğini düşünmemektedir.

Soru 10: (n=37) %37'si Aile hekimliğine geçildiğinde iş yükünün artacağını düşünmektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliğinde yapacakları işlerin artacağını düşünmektedirler.

Soru 11: (n=35) %35'i Aile hekimliği ile iş doyumunun artacağı konusunda kararsız kalmıştır. Sağlık çalışanları, aile hekimliği sisteminde iş doyumunu yaşayıp yaşamayacakları konusunda kararsız kalmışlardır.

Soru 12: (n=42) %42'si Aile hekimliği konusunda yöneticilerinde kesin ve net bilgisi olmadığına kesinlikle katılmaktadır. Sağlık çalışanları kesinlikle, aile hekimliği konusunda yöneticilerin net bilgilere sahip olduğunu düşünmemektedirler.

Soru 13: (n=35) %35'i bu sistemin halen uygulanmakta olan sistemden daha iyi sonuçlar getireceğini kesinlikle düşünmemektedir. Sağlık çalışanları kesinlikle, Aile hekimliği sisteminin, sağlık ocakları sisteminden daha iyi sonuçlar getireceğini düşünmemektedirler.

Soru 14: (n=32) %32'si Aile hekimliği sisteminde performansın daha etkin bir şekilde değerlendirileceğini düşünmemektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliği sisteminde performanslarının daha iyi değerlendirileceğini düşünmemektedirler.

Soru 15: (n=38) %38'ini özlük haklarının olmayışı olumsuz etkilerken (n=38) %38'ini kesinlikle olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları, özlük haklarının olmayışından olumsuz etkilenmektedirler.

Soru 16: (n=49) %49'u Aile hekimliğinin görevde yükselme imkanı sağlamadığını düşünmektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliği sisteminde görevlerinde yükselme olanakları olmayacağını düşünmektedirler.

Soru 17: (n=27) %27'si Aile hekimliğinin kurum içi iletişimi artırdığını düşünmektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliği sisteminde çalışanlar arasında daha iyi iletişim kurulacağını düşünmektedirler.

Soru 18: (n=35) %35'i Aile hekimliğinin işe bağlılığı artıracağını düşünmemektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliği sisteminin işlerine bağlılığı arttıracığını düşünmemektedirler.

Soru 19: (n=27) %27'si Aile hekimliğinin hizmet kalitesinde artış sağlamayacağını düşünmektedir. Sağlık çalışanları, Aile hekimliği sisteminin verilen hizmetin kalitesini arttıracığını düşünmemektedir.

Soru 20: (n=29) %29'u Aile hekimliğinin sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik sağlayacağı konusunda kararsızdır. Sağlık çalışanlarının büyük kısmı, Aile hekimliği sisteminde sağlık hizmeti sunumunda daha çok verim alınıp alınmayacağı konusunda kararsız kalmışlardır.

Soru 21: (n=33) %33'ü Aile hekimliğinin sunulan hizmetin maliyetini düşürmeyeceğine kesinlikle katılmaktadır. Sağlık çalışanları kesinlikle, Aile hekimliği sisteminin maliyetleri düşürüp, daha ekonomik sonuçlar getireceğini düşünmemektedirler.

Soru 22: (n=45) %45'i Aile hekimliği sisteminde yıllık izin, hastalık izni, süt izni gibi konularda ne yapacağını kesinlikle bilmiyor. Sağlık çalışanları kesinlikle, yıllık izin, hastalık izni, süt izni gibi konularda belirsizlikler yaşamakta ve ne yapacakları konusunda net bir bilgiye sahip değildirler.

Soru 23: (n=43) %43'ü bu sistem hakkında belirlenmiş prosedürlerin olmadığı ve kimsenin ne yapacağını bilmediğine kesinlikle katılmaktadır. Sağlık çalışanları kesinlikle, Aile hekimliği sistemi hakkında belirlenmiş prosedürlerin olmadığını ve çalışanların belirsizlik yaşadığını düşünmektedirler.

Soru 24: (n=48) %48'i Aile hekimliğinde ebe/hemşire/sağlık memuru sıfatlarına yerine aile sağlığı elemanı sıfatının kullanılmasını kesinlikle doğru bulmuyor. Sağlık

Çalışanları kesinlikle, yönetmeliklerde geçen aile sağlığı elemanı sıfatını, kendi meslek isimlerinin yerine kullanılmasını doğru bulmamaktadır. Bunun nedeni hemşire, ebe, sağlık memuru meslek adlarını belirli okulları okuyarak elde etmeleri, diplomalarında bunların yazması ve toplumun aile sağlığı elemanı yerine hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu mesleklerini benimsemesi olabilir. Ayrıca rneğin; bir hemşire, hemşirelik okulunu okumuş aile sağlığı elemanı okulunu okumamıştır. Kazandığı hemşire ünvanını kaybedebileceği hissini yaşamış olabilir.

Soru 25: (n=31) %31'i Aile hekimliğinde işini kaybetmemek için işi olmasa dahi denileni yapmak zorunda olduğuna kesinlikle katılmaktadır. Sağlık alışanları kesinlikle, görev ve sorumluluklarının içerisinde olmayan görevleri de yapmak zorunda kalacağını düşünmektedirler.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri anlamına da geldiğinden toplumsal faydaları göz ardı edilemez. Dünyada da koruyucu sağlık hizmetlerine, tedavi edici hizmetlerden daha çok önem verilmesi eğilimi vardır. Çünkü hastalanmayı önlemek, hastalığı iyileştirmekten hem maliyet etkin hem de personel ve kaynak etkin bir yöntemdir. Cumhuriyetten bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri başta sağlık ocakları olmak üzere kırsal alanlarda sağlık evleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri ile yürütülmüştür. Yakın zamanda ise Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde Aile hekimliği uygulaması ile devam edecektir. Fakat Aile hekimliği sisteminden sağlık çalışanlarının nasıl etkilenebileceği düşünülmemiş ve bu konuda çok fazla araştırma yapılmamıştır.

Bu kapsamda yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının Aile hekimliğinden nasıl etkilenecekleri ve bakış açıları saptanmaya çalışılmış ve birçok veri elde edilmiştir. Araştırma sonuçlarını toparlayacak olursak;

Araştırmadan elde edilen olumsuz sonuçlar şu şekildedir:

Araştırma sonucuna göre sağlık çalışanları, Aile hekimliğinin Türkiye’de uygulanması gereken bir sistem olarak görmemektedir ve dünyada da başarı ile uygulandığı konusunda da kararsızdırlar.

Pilot illerde yürütülen Aile hekimliği sisteminin sonuçları hakkında fikirleri yoktur ve sisteme geçiş için yapılan hazırlıkları yeterli görmemektedirler.

Araştırmaya katılanlar, bu sistemin hizmete ulaşmayı kolaylaştırmayacağını ve hastalara sağlık hizmetine ulaşma konusunda zaman esnekliği sağlamayacağını düşünmektedirler.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliği sisteminin kesinlikle zor ve karmaşık olduğunu ve sağlık sistemini özelleştirmek olduğunu düşünmektedirler.

Arařtırmaya katılanlar, aile hekimlięinde verilecek saęlık hizmetinin daha iyi olacaęını dūřunmaktadır fakat verilen hizmetin kalitesini arttıracaaęını dūřunmemektedir. Aile hekimlięi sisteminin 1. basamak saęlık hizmetlerine eřitlik getireceęini de dūřunmemektedirler.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliği ile ilgili yasal dūzenlemelerin yeterli olmadığını, toplumunda, sağlık çalışanlarının da aile hekimliği hakkında yeterince bilgilendirilmediğini dūřunmaktadır.

Arařtırmaya katılanlar, Aile hekimlięi sistemini bir iřletme biçimi olarak görmektedir ve bu iřletmenin muhasebesinden de sorumlu olacaklarını dūřunmaktadırlar. Aile hekimlięi sisteminin maliyetleri dūřurp, daha ekonomik sonuçlar getireceęini ise dūřunmemektedirler.

Aile sağlığı elemanlarının bu sistemde işten çıkarılma korkusu yaşayacağını ve aile hekimi isterse görevlerini kaybedebileceklerini dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, görev ve sorumluluklarının içerisinde olmayan görevleri de yapmak zorunda kalacaklarını ve yapacakları işlerin artacağını dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekiminin, aile sağlığı elemanına yapması gerekenlerin dışında ek işler verebileceği fikrindedirler ve çalışanların bu sistemde patron- iřçi ilişkisi içinde olduğunu dūřunmaktadırlar

Araştırmaya katılanlar, görevlerinde yükselme ve kendilerini geliştirme olanaklarının olmayacağını dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliğine geçildiğinde özlük haklarının ellerinden alınacağını, özlük haklarının olmayışından olumsuz etkileneceklerini dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, çalışanların işlerini ve hastaları daha çok benimseyeceğini ve işlerine bağlılığı arttıracığını düşünmemektedirler. İş doyumu yaşayıp yaşamayacakları konusunda ise kararsız kalmışlardır.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliği sisteminin, sağlık ocakları sisteminden daha iyi sonuçlar getireceğini düşünmemektedirler. Sağlık hizmeti sunumunda daha çok verim alınıp alınmayacağı konusunda ise kararsız kalmışlardır.

Araştırmaya katılanlar, yıllık izin, hastalık izni, süt izni gibi konularda belirsizlikler yaşamakta ve ne yapacakları konusunda net bir bilgiye sahip değildirlir. Hakları konusunda da netlik olmadığını düşünmektedirler.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliği sisteminde yeteneklerini göstermenin zor olacağını düşünmektedirler. Aldıkları eğitimle örtüşen işler yapıp yapmayacakları konusunda ise kararsız kalmışlardır.

Araştırmaya katılanlar, yıllık yapılacak olan sözleşmelerin işlerini kaybetme kaygısına neden olacağını düşünmektedirler. Aile hekimliği ile ilgili kaygılarının iş verimini de düşürebileceğini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliğinin toplum odaklı değil, birey odaklı olduğunu düşünmektedirler. İşlerin ve personelin denetlenmesinin nasıl olacağı hakkında ise bir fikirleri yoktur.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliği sistemi hakkında belirlenmiş prosedürlerin olmadığını ve çalışanların belirsizlik yaşadığını düşünmektedirler ve aile hekimliği konusunda yöneticilerin de net bilgilere sahip olmadığını düşünmektedirler. Aile hekimliği ile ilgili duydukları belirsizlik ise gelecek planları yapmalarına engeldir.

Araştırmaya katılanlar, bu sisteme geçiş için kendi fikirlerinin de alınmasını istediklerini belirtmişlerdir ve yönetmeliklerde geçen aile sağlığı elemanı sıfatını, hemşire/ebe/sağlık memuru meslek isimlerinin yerine kullanılmasını doğru bulmamaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliği sisteminde performanslarının daha iyi değerlendirileceğini dūřunmemektedirler ve yıllık izin kullanmak istediklerinde işvereninin inisiyatifine kaldıklarını dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanların %27'si çalışanların ücretlendirilmesinin daha iyi olacağını kesinlikle dūřunmezken %27'si ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanlar, Aile hekimliği sistemine geçildiğinde de maaşlarında azalma olacağı endişesi yaşamaktadırlar.

Araştırmadan elde edilen olumlu sonuçlar ise şu şekildedir:

Arařtırmaya katılanlar, aile hekimlięi sisteminde koruyucu saęlık hizmetlerinin devam edeceęini dūřunmaktadır.

Araştırmaya katılanlar, aile sağlığı elemanının kendini aile hekimine bağımlı hissetmeyeceğini dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliği sisteminde çalışanlar arasında daha iyi iletişim kurulacağını dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliği sisteminde hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin daha kuvvetli olacağını dūřunmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlar, aile hekimliği sisteminde ekip çalışmasının daha iyi uygulanacağını dūřunmaktadırlar.

Elde edilen veriler doęrultusunda, ařaęıdaki önerilerin Aile hekimlięi sisteminin uygulanmasında faydalı olacaęı dūřünölmektedir.

Öneriler:

1. Sağlık alışanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmesi ve bilgi yetersizliğinden doğacak kaygı ve belirsizliğin önüne geçilmesi sağlanmalıdır.

2. Sağlık çalışanlarının, aile hekimliği uygulamasındaki görev, yetki ve sınırlarının kesin olarak belirlenmesi ve görev, yetki, sorumlulukları dışındaki keyfiyete dayanan ek işler verilmesini önleyici tedbirler alınması yasal düzenlemelerle sağlanmalıdır.
3. Aile hekimliği sisteminde, çalışanların moral ve motivasyonunu arttıracak yasal düzenlemeler geliştirilmelidir.
4. Aile hekimliği sisteminde, sağlık çalışanları için görevde yükselme ve kendilerini geliştirme amaçlı yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
5. Aile hekimliği sisteminde, sağlık çalışanlarının özlük haklarını iyileştirecek şekilde yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
6. Yıllık izin, süt izni, doğum izni, mazeret izni gibi durumlar yönetmelikte açıkça belirtilmeli, sağlık çalışanlarının izne çıkması durumunda yerine bakacak personel ve bu durumdan kaynaklanacak ücret sıkıntısı yaşamamaları için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
7. Aile hekimliği sisteminde, sağlık çalışanlarının işten çıkarılma ve sözleşme feshedilmesi kaygılarının önüne geçecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
8. Aile hekimliği sisteminde, hekimler dışındaki sağlık çalışanlarının aile sağlığı elemanı sıfatı yerine, kendi unvanlarını kullanmaları sağlanmalıdır.
9. Aile hekimliği sisteminde, sağlık çalışanlarının performans değerlendirilmelerinin objektif kriterlere göre yapılması sağlanmalıdır.
10. Aile hekimliği sisteminde, koruyucu sağlık hizmetlerinin devamı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- [1] Pişkin, A., Malatya Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Sağlık, İdari, Teknik ve yardımcı Hizmetler Sınıfındaki Personelin İş Doyumu, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, 2001.
- [2] Soyer, A., Öztürk, A., Doğu Avrupa’da Sağlık Reformları ve Sağlık Çalışanlarının Çalışma-Yaşam Koşulları, <http://www.evrensel.net/04/10/21/gundem.html>, Erişim Tarihi:26.08.2010
- [3] Sevensan, F., Boztaş, G., Temel, F., Akbay, M., Üner, S., “Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Mevzuatında Yer Alan Bazı Konuları Benimseme Durumu” , Erciyes Tıp Dergisi Online, Cilt 32, Sayı:2, s.103–110, 2010.
- [4] WHO, Definitions, Health, <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/> , Erişim tarihi: 11.01.2010
- [5] Oktay, M., Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Yasal Düzenlemelerin Özel Sigorta Şirketlerine Etkileri ve Uygulama Modeli, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, 2007. [Aktarılan: Talas, C., Toplumsal Politikaya Giriş, S Yayınları, Sevinç Matbaası, s.106–107, Ankara , 1981.]
- [6] Atalay, C., Karan, U., Sağlık Hakkı Nedir? (Uluslararası Belgelerde Sağlık Hakkı),[http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Hakk%C4%B1_Nedir_s_\(UluslararasıC4%B1_Belgelerde_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Hakk%C4%B1\)_i1485.htm](http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Hakk%C4%B1_Nedir_s_(UluslararasıC4%B1_Belgelerde_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Hakk%C4%B1)_i1485.htm), Erişim tarihi: 11.01.2010
- [7] Tapan, B., Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliliği, Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi, 2008. [Aktarılan: Batırel, Ö. Faruk, Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası, MÜİİBFD, cilt 3, sayı 3, 1986, s:171–180.]

- [8] Murray C.J.L. and Frenk J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization. 78 (6): 717–731.
- [9] World Health Organization (2000), The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, WHO Geneva.
- [10] Dağlı, H. Gamze, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, 2006. [Aktarılan: M, Field, Success and Crisis in National Health Systems, Routledge, NewYork and London, 1989, s. 29–30.]
- [11] Görgün, H., Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2009.
- [12] Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara , s.27-29;45 , 2006.
- [13] Kılıç, B., Bumin, Ç. "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Cilt No:8, Sayı:53 s.41-47, 1993.
- [14] Akça Ay, F. (Ed) , Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. , s.111, 2007.
- [15] Akdur, R., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara , 2000.
- [16] Sargutan, E., Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Sendikası Yayınları, s.13, Ankara,1993.
- [17] Turan N., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, s.8, Anadolu Üniversitesi İİBF Yayın No. 1555/182, Eskişehir, 2004.

- [18] Tokat, M., Sağlık Ekonomisi , Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.3, Eskişehir, 1996.
- [19] Ertekin, Ş., 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansmanı Sorunu, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2000.
- [20] Serin, İ., Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, s.11;46–49;128–130, Kazancı Kitapevi, İstanbul, 2004.
- [21] Günaydın, A., Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2007.
- [22] Resmi Gazete: 14/12/1983 Tarih, 18251 Mükerrer , Karar Sayısı: KHK/181, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/10009.html> , Erişim Tarihi:27.08.2010
- [23] Dağlı, H. Gamze, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, s.61, 2006.
- [24] Resmi Gazete: 14 Aralık 1983 tarih, 18251 sayı (Mükerrer), Genel Kadro Ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararname , <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=4.5.190&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> , Erişim Tarihi: 15.07.2010
- [25] Özsek, Z., "Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt.31, s.73, 2000.
- [26] Soyer, A., Türkiye’de Sağlık İşgücü, <http://bianet.org/bianet/bianet/122636-turkiyede-saglik-igucu> , Erişim Tarihi: 20.08.2010

- [27] Aydın, E., “19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, Sayı.15, s. 187, 2004.
- [28] Karadağ, Z., Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2007. [Aktarılan : Fişek, N., Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985. s.158-159; 162–163.]
- [29] Karadağ, Z., Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2007. [Aktarılan: T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, 2003 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Ankara, 2003, s.9–10.]
- [30] Karadağ, Z., Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri / Hasta Memnuniyetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, 2007. [Aktarılan: Üner R., Fişek N. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, No: 256, Ankara, 1961, 109–118.]
- [31] Güler, M., Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat, Türk Tabipleri Birliği yayını, 3.baskı, s.43, Ankara, 2001.
- [32] Fişek, N.,Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html, Erişim Tarihi:19.08.2010
- [33] Alper,Y., Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, s.45, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 1999.
- [34] Resmi Gazete: 17.12.1997 Tarih, 23203 Sayı, Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında ikraz Anlaşması, (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi) ikraz No:4201, <http://www.basarmevzuat.com/dustur/kanun/5/0244/97-10322ibrd.htm> , Erişim Tarihi: 28.06.2010

- [35] Günaydın, A., Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2007. [Aktarılan: Akdağ, R., Sağlık Bakanlığı 2006 Bütçesi ve Hedefleri, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2005, s.41.]
- [36] Resmi Gazetede Yayımlanan Anlaşma İlanı; Milletlerarası Andlaşma, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Karar Sayısı : 2009/15359, <http://www.pydb.saglik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 29.06.2010
- [37] Resmi gazete: 25 Mayıs 2010 Tarih, 27591 Sayı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251E61725D0FA5CC3A2> , Erişim Tarihi: 29.06.2010
Resmi Gazete: 25.05.2010 Tarih, 27591 Sayı, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
- [38] Akdur,R., Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu (genişletilmiş ve güncellenmiş ikinci baskı), ATAUM Araştırma Dizisi no:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006.
- [39] Sur, H., “Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı:3, s.10–15, 2007.
- [40] Saatçi, E., Bozdemir, N., Akpınar, E., “Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği (Family Practice In The United States Of America), Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice, Vol.10, Number 2, pp.79-86, 2006.
- [41] Aktürk, Z., Dağdeviren, N.(ed.), Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, No:15, Anadolu Ofset, İstanbul, 2004.
- [42] Öztekin, Z., “Girişimlere İtirazım var”, SB Diyalog (T.C Sağlık Bakanlığı Yayın Organı), Sayı. 9, s. 17, 2005.

- [43] Ergin, A., Türkiye’de Aile Hekimliği,
<http://www.ailehekimince.com/ailehektarihce.htm>, Erişim Tarihi: 24.08.2010
- [44] Kılıç, S., Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Projesi, Kocaeli Üniversitesi, 2006. [Aktarılan: Aydın, S., “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı toplantısında sunulan bildiri, Abant/Bolu: 16–19 Ocak 2004, s. 15.]
- [45] T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık 2003, s. 24–35,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E19ABF9BBCF4C02FA1>, Erişim Tarihi: 21.01.2010
- [46] Orhan, Ö., Küreselleşme Süreci Ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, s.143, 2006.
- [47] Belek, İ., “Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma”, Toplum ve Hekim, Cilt: 16, Sayı: 6, s.431-434;445, Kasım-Aralık 2001.
- [48] Kılıç, S., Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Projesi, Kocaeli Üniversitesi, 2006 [Aktarılan: Saatçi, E.,Sezer, H., “Temel kavramlar”, Çağlayaner, H. (Ed.), Aile Hekimliği II, s. 51–54, İletişim Yayınları,1996.]
- [49] Kılıç, S., Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Projesi, Kocaeli Üniversitesi, 2006. [Aktarılan: Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Dairesi Çalışma grubu notları, 2003.]
- [50] Korukluoglu, S., “Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları”, SB Diyalog (T.C Sağlık Bakanlığı Yayın Organı), Sayı. 9, s.16, 2005.
- [51] Pekcan, H., Uğurluoğlu, Ö., “Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği”, Yeni Türkiye, Yıl 7, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, s. 817-844, 2001.

- [52] Kasım,İ., Üstü, Y., Doğusan, A.Reşat, Küba'da Aile Hekimliği Uygulaması , http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba_da_Aile_Hekimligi_Uygulaması, Erişim tarihi:15.08.2010.
- [53] T.C Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları (1. Basım), Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, Ankara, 2004.
- [54] Lopez-Abuin JM, Garcia-Iglesias MC, Yaman H., İspanyada'da Aile Hekimliği, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=746&t=iSPANYA_DA_AiLE_HEKiMLiGi, Erişim Tarihi :24.08.2010
- [55] Carelli, F., Yaman, H., İtalya'da Aile Hekimliği, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=741&t=İtalya_da_Aile_Hekimligi, Erişim Tarihi :25.08.2010
- [56] Terzi, C., “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 22, Sayı 1–2, 2007.
- [57] Beasley, John W., Gjerde, C., Yaman, H., Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği, http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika_Birlesik_Devletleri_nde_Aile_Hekimligi , Erişim Tarihi :25.08.2010

Ek-1:Araştırmada Kullanılan Anket Formu



Bu araştırma, Sağlık çalışanlarının Aile Hekimliğine bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yüksek lisans tezine kaynak olması amacıyla yapılmaktadır. Türkiye’de bazı şehirlerde uygulanan ve Türkiye genelinde de uygulanması planlanan Aile Hekimliği sisteminin sağlık çalışanlarını nasıl etkileyebileceği, sağlık çalışanlarının Aile Hekimliği hakkındaki bilgi düzeyleri ve Türkiye’de uygulanabilirliği, fayda-zarar oranı üzerinde görüş saptama, Aile hekimliğinin iş motivasyonu, iş doyumunu, performansı ve işi sahiplenme, işsiz kalma korkusu, Aile Hekimliğinde maddi kazanç ve Aile hekimliği ve işletmecilik arasındaki görüşleri saptanmaya çalışılacaktır. Elde edilen verilerin, Türkiye Sağlık politikalarına yol göstermesi planlanmıştır. Elde edilen veriler tamamen akademik amaçlı kullanılacak olup, göstereceğiniz hassasiyet çalışmamızın tamamlanması, geçerliliği ve güvenilirliği için büyük önem taşımaktadır. Sorulara vereceğiniz içten cevaplara ve yakın ilginize şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Serpil ŞİŞMAN

Yüksek Lisans Öğrencisi

E-posta xseraus@yahoo.com

GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyet

- Kadın
- Erkek

2. Yaşınız:

- 25 yaş altı
- 25-35 yaş
- 35-45 yaş
- 45-55 yaş
- 55 yaş üzeri

3. Mesleğiniz:

- Doktor
- Ebe
- Hemşire
- Sağlık memuru
- Diğer (Sağlık teknikeri, tıbbi sekreter v.b)

4. Eğitim Durumunuzu belirten seçeneği belirtiniz?

- Lise
- Önlisans (Açıköğretim)
- Önlisans (Örgün)
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Doktora

5. Kaç yıldır sağlık personeli olarak çalışıyorsunuz?

- 0-5
 6-10
 11-15
 15-20

6. Çalıştığınız yerdeki pozisyonunuz nedir?

- Kadrolu çalışıyorum
 Sözleşmeli çalışıyorum

7. Herhangi bir sendikaya üye misiniz?

- Evet
 Hayır

AŞAĞIDAKİ ÖNERMELERE KATILMA DÜZEYİNİZ 1-5 ARASINDAKİ RAKAMLARLA DEĞERLENDİRİLECEKTİR.

AŞAĞIDAKİ ÖNERMELER SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİ SAPTAMAYA YÖNELİKTİR.-----SİSTEMLE BAĞLANTILI ÖNERMELER

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Aile Hekimliği Türkiye’de uygulanması gereken bir sistemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aile Hekimliği sistemi Dünyada da başarıyla uygulanan bir sistemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pilot illerde yürütülen aile hekimliği sistemi olumlu sonuçlar vermiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Türkiye Aile Hekimliği sistemine geçmek için hazırdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aile Hekimliği Sağlık hizmetine ulaşmayı kolaylaştırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aile Hekimliği sağlık hizmetlerine ulaşmada hastalara zaman esnekliği sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
7. Aile Hekimliği sistemi Türkiye’de sağlık sistemini özelleştirmek anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aile Hekimliği sistemi şimdiki sisteme oranla daha iyi sağlık hizmeti sunmayı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aile Hekimliği sistemi Türkiye de 1. basamak sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aile Hekimliği sisteminde çalışanların ücretlendirilmesi daha iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aile Hekimliği toplumla değil bireyle ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aile Hekimliği patron-işçi temeline dayanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aile Hekimliği sistemi çok karmaşık ve uygulanması zor bir sistemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aile Hekimliği sisteminde ekip çalışması daha iyi uygulanabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Aile hekimliği bir çeşit işletmedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aile hekimliği sisteminde sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerinin yanı sıra birde gelir gider yönetimi yapması gerekecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
17. Aile Hekimliği sistemi, koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kalkması anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aile Hekimliği sisteminde hasta-sağlık personeli ilişkisi daha güçlü olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Aile Hekimliği sisteminde çalışanların kendini geliştirmesi için uygun olanaklar vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aile Hekimliğine geçmek için yasal düzenlemeler yeterli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Aile Hekimliği ile ilgili toplum ve çalışanlar yeterince bilgilendirilmemiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Aile Hekimliğinde az sağlık personeliyle çok iş yapılması planlanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Aile Hekimliğinde yıllık izin kullandırmak işverenin elindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Aile hekimi istediği zaman aile sağlığı elemanının görevine son verebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Aile sağlığı personeli, işini kaybetmekten yoğun bir kaygı duyabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Aile Hekimliği sisteminde kariyer imkanı yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
27. Aile Hekimliği sisteminde özlük hakları açık olarak belirtilmemiştir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Aile Hekimliği sisteminde doktor, personele ek işler verebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Aile Hekimliği sisteminde çalışanlar işlerini ve hastalarını daha çok benimserler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Aile Hekimliğinde yapılan işleri ve personeli denetlemek zor olacaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AŞAĞIDAKİ ÖNERMELER SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AİLE HEKİMLİĞİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİNİ SAPTAMAYA YÖNELİKTİR.-----BİREYSEL GÖRÜŞ BİLDİREN ÖNERMELER

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Aile Hekimliği sistemine geçmek için fikrimin alınmasını isterdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aile Hekimliği sistemi aldığım eğitimle örtüşmektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aile Hekimliği ile ilgili duyduğum belirsizlik geleceğimi planlamama izin vermez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aile Hekimliğinde bireylerin yetenekleri ortaya çıkarması daha zordur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yıllık yapılacak sözleşmeler işimle ilgili kaygı duymama neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aile Hekimliği ile ilgili kaygılarım benim iş verimimi düşürebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
7. Aile hekimliği sistemine geçilmesi durumunda gelirim azalmasından endişe duymuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aile Hekimliğinde sağlık personelinin özlük hakları elinden alındığını düşünmüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aile sağlığı personelinin kendini tamamen aile hekime bağımlı hissedebileceğini düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aile hekimliğine geçildiğinde iş yükümün artacağını düşünmüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aile hekimliğinin iş doyumumun arttıracağını düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Aile hekimliği ile ilgili yöneticilerin de kesin ve net bilgilerinin olmadığını düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bu sistemin halen uygulanmakta olan sistemden daha iyi sonuçlar getireceğini düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aile hekimliğinde performansımın daha etkin şekilde değerlendirileceğini düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Özlük haklarımın olmayacağı düşüncesi beni olumsuz etkiliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aile hekimliği bana görevimde yükselme imkanı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Aile hekimliği kurum içindeki iletişimi arttırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aile hekimliğinin işe bağlılığımı arttıracağını düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
19. Aile hekimliği hizmet kalitesinde artış sağlayacaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aile hekimliğinin sağlık hizmeti sunumunda verimlilik sağlayacağı inancındayım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Aile hekimliği sunulan hizmetin maliyetini düşürecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bu sistemde yıllık izin, hastalık izni, süt izni gibi konularda ne yapacağımı bilmiyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bu sistemde belirlenmiş prosedürler yok, kimse ne yapacağını bilmiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Aile Hekimliğinde Ebe/Hemşire/Sağlık memuru sıfatları yerine Aile Sağlığı Elemanı sıfatının kullanılmasını doğru bulmuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Aile hekimliğinde işimi kaybetmemek için bu benim işim olmasa dahi her denileni yapmak zorundayım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VARSA SİZİN BELİRTMEK İSTEDİĞİNİZ HUSUSLAR:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Ek-2: Anket İzin Formu



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :SG.B104[SM.4344743/493
KONU :Anket İzni hk

C.S. 02/2010

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi **Serpil ŞİŞMAN**'ın "**Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı**" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumumuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Protokol Örneği

Gereği İçin:
Şişli Sağlık Grup Başkanlığı

Bilgi İçin:
Beykent Üni.
Sosyal Bil.Ens.

İstanbul Sağlık Müdürlüğü-Strateji Geliştirme Birimi
Tel: 212 453 08 74 / 212 453 39 24 Faks: 212 453 39 89
E-posta: istanbul.sstrateji@gmail.com / strateji.gelistirme@sm34.gov.tr

GELEN KAYIT

PROTOKOL

1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Beykent Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Şişli Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Sağlık Ocakları

Çalışmanın adı: "Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarına Bakış Açısı"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Serpil ŞİŞMAN, Dr.

Konusu:

Maddeler:

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma bizzatın kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula başlatmak amacı ile düzenlenmiştir.

b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında İken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d) Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinin de yararlanacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında ayrıntı:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğü'nün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 29.01.2010, Bitiş 29.04.2010.

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözümlenecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yaygın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlaması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c) Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yaygın/proje/tez ... vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet onuru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f) Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet onuru da alınacaktır.

g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal varisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

26.01.2010

Adı-Soyadı
Serpil ŞİŞMAN

OLUR

.....2010

Vali a.

Doç. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü y

.....2010
Uz. Dr. İbrahim TOPCU
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek-3a: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemi ile bağlantılı önermelerle ilgili düşüncelerinin analiz tablosu

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
SORU1	n	35	25	15	18	7
	%	35	25	15	18	7
SORU2	n	25	27	30	15	3
	%	25	27	30	15	3
SORU3	n	18	30	38	12	2
	%	18	30	38	12	2
SORU4	n	44	36	14	4	2
	%	44	36	14	4	2
SORU5	n	19	32	23	19	7
	%	19	32	23	19	7
SORU6	n	19	27	25	17	12
	%	19	27	25	17	12
SORU7	n	0	11	11	35	43
	%	0	11	11	35	43
SORU8	n	25	26	18	27	4
	%	25	26	18	27	4
SORU9	n	22	34	12	30	2
	%	22	34	12	30	2
SORU10	n	27	25	27	19	2
	%	27	25	27	19	2
SORU11	n	8	18	26	41	7
	%	8	18	26	41	7
SORU12	n	6	15	15	29	35
	%	6	15	15	29	35
SORU13	n	4	14	22	40	60
	%	4	14	22	40	60
SORU14	n	19	24	16	27	14
	%	19	24	16	27	14
SORU15	n	6	4	6	52	32
	%	6	4	6	52	32
SORU16	n	6	5	7	49	33
	%	6	5	7	49	33

SORU17	n	6	33	19	23	19
	%	6	33	19	23	19
SORU18	n	19	11	23	41	6
	%	19	11	23	41	6
SORU19	n	29	39	9	19	4
	%	29	39	9	19	4
SORU20	n	2	3	22	43	30
	%	2	3	22	43	30
SORU21	n	4	7	2	34	53
	%	4	7	2	34	53
SORU22	n	2	1	12	42	43
	%	2	1	12	42	43
SORU23	n	4	11	26	27	32
	%	4	11	26	27	32
SORU24	n	4	18	25	22	31
	%	4	18	25	22	31
SORU25	n	2	5	19	39	35
	%	2	5	19	39	35
SORU26	n	2	5	25	33	35
	%	2	5	25	33	35
SORU27	n	2	3	10	46	39
	%	2	3	10	46	39
SORU28	n	10	11	16	29	34
	%	10	11	16	29	34
SORU29	n	16	33	21	23	7
	%	16	33	21	23	7
SORU30	n	6	14	42	27	11
	%	6	14	42	27	11

Ek-3b:Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki bireysel düşüncelerinin analiz tablosu

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
SORU1	n	0	3	5	42	50
	%	0	3	5	42	50
SORU2	n	16	25	33	22	4
	%	16	25	33	22	4
SORU3	n	2	11	4	55	28
	%	2	11	4	55	28
SORU4	n	2	16	24	42	16
	%	2	16	24	42	16
SORU5	n	4	8	8	37	43
	%	4	8	8	37	43
SORU6	n	4	8	6	41	41
	%	4	8	6	41	41
SORU7	n	20	29	24	12	15
	%	20	29	24	12	15
SORU8	n	35	22	16	17	10
	%	35	22	16	17	10
SORU9	n	8	10	14	47	21
	%	8	10	14	47	21
SORU10	n	30	37	11	18	4
	%	30	37	11	18	4
SORU11	n	25	27	35	13	0
	%	25	27	35	13	0
SORU12	n	4	6	8	40	42
	%	4	6	8	40	42
SORU13	n	35	21	32	10	2
	%	35	21	32	10	2
SORU14	n	28	32	22	15	3
	%	28	32	22	15	3
SORU15	n	6	11	7	38	38
	%	6	11	7	38	38
SORU16	n	30	49	17	2	2

	%	30	49	17	2	2
SORU17	n	24	25	24	27	0
	%	24	25	24	27	0
SORU18	n	28	35	25	12	0
	%	28	35	25	12	0
SORU19	n	22	27	25	26	0
	%	22	27	25	26	0
SORU20	n	24	26	29	21	0
	%	24	26	29	21	0
SORU21	n	33	20	29	18	0
	%	33	20	29	18	0
SORU22	n	2	5	6	42	45
	%	2	5	6	42	45
SORU23	n	2	1	12	42	43
	%	2	1	12	42	43
SORU24	n	2	7	8	35	48
	%	2	7	8	35	48
SORU25	n	13	17	16	23	31
	%	13	17	16	23	31

Ek-3c: Sistemle bağlantılı önermelerin cinsiyetle ilgili analiz tablosu

	cinsiyetler		Z	P
	Kadın(n=69)	Erkek(n=31)		
	X ± SS	X ± SS		
SORU1	2,17±1,19	2,80±1,47	-2,030	0,097
SORU2	2,26±0,97	2,83±1,29	-2,120	0,970
SORU3	2,36±0,89	2,80±1,13	-1,781	0,075
SORU4	1,68±0,81	2,19±1,13	-2,235	0,025**
SORU5	2,42±0,94	3,09±1,53	-2,140	0,769
SORU6	2,57±1,12	3,16±1,50	-1,941	0,052
SORU7	4,24±0,91	3,77±1,80	-2,091	0,987
SORU8	2,40±1,12	3±1,39	-2,078	0,655
SORU9	2,44±1,13	2,80±1,30	-1,273	0,203
SORU10	2,26±1,05	2,83±1,24	-2,204	0,921
SORU11	3,33±0,90	2,93±1,36	-1,522	0,128
SORU12	4±1,11	3,09±1,35	-3,180	0,332
SORU13	3,76±0,92	3,16±1,29	-2,096	0,853
SORU14	2,85±1,35	3,09±1,37	-0,825	0,410
SORU15	4,21±0,92	3,51±1,15	-3,509	0,876
SORU16	3,97±1,07	4±1,09	-0,247	0,805
SORU17	3,23±1,25	3±1,23	-0,873	0,382
SORU18	3,11±1,16	2,87±1,38	-0,707	0,480
SORU19	2,14±1,17	2,64±1,17	-2,060	0,076
SORU20	4,14±0,75	3,54±1,09	-2,677	0,121
SORU21	4,49±0,83	3,70±1,32	-3,049	0,123
SORU22	4,34±0,74	3,96±1,01	-1,861	0,063
SORU23	3,82±1,16	3,48±1,09	-1,520	0,129
SORU24	3,66±1,22	3,38±1,20	-1,058	0,290
SORU25	4,14±0,87	3,67±1,07	-2,073	0,988
SORU26	4,21±0,82	3,32±1,07	-3,920	0,765
SORU27	4,33±0,77	3,80±0,98	-2,915	0,532
SORU28	3,68±1,39	3,61±1,14	-0,707	0,479
SORU29	2,75±1,19	2,64±1,19	-0,396	0,692
SORU30	3,34±0,90	2,96±1,22	-1,617	0,106

**mann whitney u test

Ek-3d: Bireysel görüş bildiren önermelerin cinsiyetle ilgili analiz tablosu

	cinsiyetler		z	P
	Kadın(n=69)	Erkek(n=31)		
	X ± SS	X ± SS		
SORU1	4,40±0,77	4,35±0,60	-0,833	0,403
SORU2	2,82±1,08	2,51±1,12	-1,118	0,263
SORU3	4,17±0,80	3,48±1,15	-3,084	0,321
SORU4	3,73±0,93	3,09±1,04	-2,853	0,876
SORU5	4,36±0,8	3,41±1,36	-3,514	0,767
SORU6	4,27±0,88	3,61±1,30	-2,646	0,567
SORU7	2,79±1,37	2,58±1,20	-0,494	0,622
SORU8	2,53±1,44	2,25±1,23	-0,870	0,384
SORU9	3,71±1,20	3,45±1,05	-1,575	0,115
SORU10	2,31±1,24	2,22±1,08	-0,164	0,870
SORU11	2,27±0,93	2,54±1,12	-1,255	0,209
SORU12	4,24±0,97	3,77±1,14	-2,257	0,876
SORU13	2,24±1,12	2,19±1,04	-0,136	0,891
SORU14	2,24±1,12	2,51±1,12	-1,212	0,225
SORU15	4,18±1,01	3,29±1,34	-3,384	0,223
SORU16	1,82±0,82	2,29±0,86	-2,833	0,567
SORU17	2,56±1,13	2,48±1,15	-0,331	0,741
SORU18	2,11±0,94	2,41±1,05	-1,252	0,210
SORU19	2,55±1,10	2,54±1,12	-0,023	0,982
SORU20	2,36±1,01	2,70±1,18	-1,480	0,139
SORU21	2,15±1,03	2,67±1,22	-2,087	0,069
SORU22	4,39±0,75	3,87±1,14	-2,301	0,855
SORU23	4,44±0,67	3,74±0,99	-3,771	0,232
SORU24	4,43±0,79	3,67±1,19	-3,383	0,787
SORU25	3,56±1,40	3,09±1,39	-1,620	0,105

****mann whitney u test**

Ek-3e: Sistemle bağlantılı önermelerin yaş grubuyla ilgili analiz tablosu

	Yaşlar ($\bar{X} \pm SS$)					X^2	p
	25 yaş altı	25-35	36-45	46-55	55yaşüei		
SORU1	1,33±0,57	2,27± 1,36	2,61 ±1,19	3,40 ±1,51	0	5,495	0,139
SORU2	1,66 ±1,15	2,31 ±1,10	2,77 ±1	2,8 ±1,48	0	4,060	0,255
SORU3	2,33 ±1,52	2,37± 1,01	2,88 ±0,83	2,60± 1,14	0	3,644	0,303
SORU4	1,33± 0,57	1,75 ±1,02	2,11 ±0,83	1,8 ±0,83	0	4,183	0,242
SORU5	2 ±1	2,44 ±1,27	3 ±0,90	3,20 ±1,64	0	4,470	0,215
SORU6	2 ±1	2,58 ±1,32	3,22± 0,94	3,20 ±2,04	0	4,576	0,206
SORU7	4,66± 0,57	4,35 ±0,80	3,66± 1,13	4 ±1,22	0	4,921	0,178
SORU8	1,33± 0,57	2,58± 1,35	2,77 ±1	2,80± 1,30	0	4,006	0,261
SORU9	2 ±1	2,51 ±1,29	2,83 ±0,92	2,4 ±1,34	0	2,066	0,559
SORU10	1,66 ±1,15	2,37 ±1,23	2,83 ±0,85	2 ±1	0	4,633	0,201
SORU11	3 ±1,73	3,20 ±1,04	3,61 ±0,91	2,40± 1,14	0	4,989	0,173
SORU12	3,33 ±2,08	3,86 ±1,18	3,61 ±1,14	3,20 ±1,64	0	1,257	0,739
SORU13	3 ±1,73	3,79 ±0,94	3,27 ±1,12	3,40 ±1,14	0	3,20	0,362
SORU14	1,33 ±0,57	2,72 ±1,33	3,38 ±1,14	3,20 ±1,64	0	7,316	0,062
SORU15	3,66± 2,30	4,27 ±0,70	3,72 ±1,12	3,60 ±1,51	0	3,545	0,315
SORU16	3± 2	4,06 ±0,96	3,83 ±1,09	4,40 ±0,54	0	2,279	0,517
SORU17	2,66±1,52	3,94 ±1,31	3 ±1,08	3 ±1,22	0	1,254	0,740
SORU18	2± 1	3 ±1,33	3,38± 0,97	3 ±1,41	0	3,506	0,320
SORU19	2 ±1,73	2,06± 1,13	2,83 ±1,15	2,20± 1,09	0	5,858	0,119
SORU20	3± 1,73	4,13 ±0,74	3,61 ±0,95	4,40 ±0,54	0	6,292	0,098
SORU21	3,33± 2,08	4,51 ±0,94	3,88 ±1,02	4,40 ±0,54	0	8,119	0,044**
SORU22	3,33 ±2,08	4,44 ±0,63	3,94 ±0,87	4,40 ±0,54	0	4,735	0,192
SORU23	3,33± 2,08	3,79 ±1,17	3,55 ±0,98	4,40 ±0,54	0	2,759	0,430
SORU24	3,33± 2,08	3,62 ±1,29	3,38 ±1,03	4 ±0,70	0	1,223	0,747
SORU25	3,33±2,08	4,03 ±0,98	3,88 ±0,75	4,40± 0,54	0	1,653	0,647
SORU26	3,33± 2,08	4 0,96	3,72 ±0,89	4,40 ±0,54	0	2,304	0,512
SORU27	3± 1,73	4,27 0,79	4,05 ±0,80	4,40 ±0,54	0	3,760	0,289
SORU28	3,33 ±2,08	3,72 1,36	3,5 ±1,20	4,40 ±0,54	0	2,130	0,546
SORU29	2,33 ±1,52	2,68 1,16	2,94 ±1,05	3 ±1,87	0	1,113	0,774
SORU30	3± 1,73	3,24 0,98	3,16 ±0,92	3,80± 1,30	0	1,369	0,713

****Kruskal wallis test**

Ek-3f: Bireysel görüş bildiren önermelerin yaş grubuyla ilgili analiz tablosu

	Yaşlar ($\bar{X} \pm SS$)					X ²	p
	25 yaş altı	25-35	36-45	46-55	55yaşüzer		
SORU1	4,66±0,57	4,44±0,78	4,11±0,75	4,40±0,54	0	3,881	0,275
SORU2	1,66±1,15	2,65±1	2,83±1,04	3,20±1,64	0	3,441	0,329
SORU3	3,33±2,08	4,10±0,90	3,72±0,89	4,40±0,54	0	3,811	0,283
SORU4	2,33±1,52	3,02±0,90	3,44±0,92	3,60±1,51	0	2,765	0,429
SORU5	3,23±2,08	4,41±0,77	3,61±1,19	4±1,22	0	6,645	0,084
SORU6	3±1,73	4,34±0,85	3,72±1,12	4±1,22	0	6,869	0,076
SORU7	2,33±1,52	2,63±1,39	3,16±1,20	2,6±1,14	0	2,739	0,434
SORU8	2±1	2,37±1,49	2,66±1,32	3±1,22	0	1,821	0,610
SORU9	2,66±1,52	3,62±1,26	3,61±0,91	4±1	0	2,348	0,563
SORU10	1,66±1,15	2,03±1,14	2,66±1,08	3±1,41	0	6,497	0,090
SORU11	2±1,73	2,24±0,98	2,55±0,85	3±1,22	0	3,427	0,330
SORU12	3,33±2,08	4,27±0,99	4±0,97	3,80±1,09	0	2,689	0,442
SORU13	2±1,73	2,20±1,11	2,33±1,08	2,60±0,89	0	1,125	0,771
SORU14	2±1,73	2,10±1,01	2,72±1,12	2,80±1,48	0	4,076	0,253
SORU15	3,33±2,08	4,24±0,91	3,33±1,32	4,40±0,54	0	6,958	0,073
SORU16	2±1	2±0,92	2,05±0,72	1,80±0,83	0	0,436	0,933
SORU17	2,66±1,52	2,41±1,08	2,77±1,11	2,80±1,30	0	1,450	0,694
SORU18	1,66±0,57	2,13±0,99	2,33±0,90	3±1,22	0	4,165	0,244
SORU19	2,33±1,52	2,48±1,08	2,77±1,06	2,80±1,30	0	1,115	0,773
SORU20	1,33±0,57	2,34±1,04	2,83±1,04	2,80±1,30	0	6,064	0,109
SORU21	2,33±1,52	2,17±1,07	2,61±1,03	2,80±1,64	0	2,413	0,491
SORU22	3,33±3,08	4,34±0,85	4,11±0,83	4,20±0,83	0	2,040	0,564
SORU23	3,33±2,08	4,37±0,72	4,05±0,80	4,40±0,54	0	2,626	0,453
SORU24	3±2	4,37±0,86	3,94±0,99	4,40±0,54	0	4,472	0,215
SORU25	3±1,73	3,48±1,47	3,5±1,15	2,60±1,81	0	1,800	0,615

****Kruskal wallis test**

Ek-3g: Sistemle bağlantılı önermelerin mesleklere ilişkin analiz tablosu

	Meslek ($\bar{X} \pm SS$)					χ^2	p
	Doktor	Ebe	Hemşire	Sağlık memuru	Diğer		
SORU1	2,80±1,47	2,15±1,14	2,14±1,23	3,5±0,70	2±1,41	4,668	0,323
SORU2	2,71±1,30	2±0,81	2,42±1,01	3,5±0,70	2,41±1,14	4,885	0,299
SORU3	2,52±1,12	2,38±0,96	2,64±0,84	3,5±0,70	2,60±1,14	2,871	0,580
SORU4	2±1,09	1,46±0,66	2±0,78	3±1,41	1,40±0,54	6,977	0,137
SORU5	2,95±1,59	2,53±0,66	2,5±0,94	3,5±0,70	2±1	3,528	0,474
SORU6	2,95±1,59	2,84±1,21	2,78±0,97	3,5±0,70	2±1	2,794	0,593
SORU7	3,95±1,07	4,53±0,51	3,78±1,12	3±0	4,80±0,44	9,731	0,045**
SORU8	2,95±1,35	2,23±1,09	2,57±1,01	3±1,41	2±1,41	4,234	0,375
SORU9	2,71±1,30	2,23±1,09	2,71±0,91	3±1,41	2,40±1,51	2,076	0,722
SORU10	2,76±1,17	2,30±1,10	2,42±1,08	2,5±0,70	1,60±0,89	4,615	0,329
SORU11	3,28±1,18	3,61±0,65	3,07±1,07	3,5±0,70	2,60±1,51	2,814	0,589
SORU12	3,09±1,33	4,35±1,14	3,97±1,07	3±0	4,60±0,54	10,582	0,032**
SORU13	3,23±1,17	3,46±0,96	3,85±0,86	3±1,41	4±0,89	6,428	0,169
SORU14	3,04±1,39	3±1,35	2,85±1,29	3±0	2,20±1,64	1,739	0,784
SORU15	3,76±1,26	4,29±0,83	4±1,03	3,5±0,70	4,60±0,54	4,571	0,334
SORU16	4±1,09	3,92±0,86	3,71±1,26	4,5±0,70	4,40±0,89	2,656	0,617
SORU17	3±1,34	3,07±0,95	3±1,30	3,5±0,70	4,40±0,89	5,926	0,205
SORU18	2,95±1,39	3,30±0,75	3,42±1,15	3,5±0,70	1,80±1,30	5,529	0,237
SORU19	2,52±1,20	1,60±1,050	2,85±1,35	3±1,41	1,60±0,89	10,026	0,040**
SORU20	3,76±0,99	4±0,91	4,07±0,73	3±0	4,40±0,89	5,332	0,255
SORU21	3,95±1,31	4,46±0,87	4,65±0,49	3±1,41	4,64±0,54	7,514	0,111
SORU22	4±1	4,30±0,85	4,28±0,72	4±0	4,80±0,44	4,863	0,302
SORU23	3,57±1,07	4,07±1,11	3,57±1,15	3±0	4,40±1,34	6,620	0,187
SORU24	3,57±1,20	3,53±1,19	3,57±1,22	3±0	3,80±1,64	0,877	0,928
SORU25	3,76±1,09	4,07±1,03	4±0,78	4±0	4,60±0,54	3,370	0,498
SORU26	3,61±1,11	4,15±1,06	4,14±0,66	3,5±0,70	4±1	3,539	0,472
SORU27	4,09±0,94	4,23±0,92	4,14±0,86	3,5±0,70	4,40±0,54	2,424	0,658
SORU28	3,52±1,20	3,46±1,56	3,92±1,26	4±0	4,20±1,30	2,564	0,633
SORU29	2,66±1,23	2,76±1,09	3,14±1,23	3,5±0,70	2±1,22	4,729	0,316
SORU30	3,09±1,17	3,23±0,83	3,35±1,08	3,5±0,70	3,60±0,89	1,512	0,824

**Kruskal wallis test

Ek-3h: Bireysel görüş bildiren önermelerin mesleklere ilişkin analiz tablosu

	Meslek ($\bar{X} \pm SS$)					X ²	p
	Doktor	Ebe	Hemşire	Sağlık memuru	Diğer		
SORU1	4,47±0,60	4,46±0,96	4,28±0,46	4±0	3,80±1,30	4,470	0,346
SORU2	2,71±1,05	3±1,15	2,92±0,99	3±0	1,20±0,44	10,349	0,035
SORU3	3,57±1,12	4,30±0,85	4±0,78	4±0	4,60±0,54	8,423	0,077
SORU4	3±1,04	3,61±0,96	3,78±0,89	4±0	4,20±0,83	8,621	0,071
SORU5	3,71±1,34	4,38±0,96	4,21±0,80	3±0	4,60±0,54	7,114	0,130
SORU6	3,71±1,34	4,15±1,06	4,28±0,67	3,5±0,70	4,60±0,54	4,186	0,381
SORU7	2,96±1,26	2,38±1,19	3,35±1,27	4±1,41	1,80±1,30	8,446	0,077
SORU8	2,52±1,47	2,61±1,44	2,15±1,28	3±0	2±1,73	1,551	0,818
SORU9	3,19±1,20	4,15±0,89	3,57±1,15	3,5±0,70	4±1,22	7,409	0,116
SORU10	2,38±1,24	2±1	2,78±1,31	2,5±0,70	1,40±0,54	6,350	0,176
SORU11	2,52±1,12	2,30±0,75	2,42±1,01	3,5±0,70	1,60±0,89	5,798	0,215
SORU12	3,90±1,26	4,38±0,86	4,07±1,07	3,5±0,70	4,40±0,50	3,008	0,557
SORU13	2,28±1,18	2,15±0,89	2,42±1,22	2,5±0,70	2±1,22	0,742	0,946
SORU14	2,33±1,27	2,23±1,01	2,57±1,15	3,5±0,70	1,80±0,83	3,931	0,415
SORU15	3,61±1,32	4,30±1,10	3,78±1,12	3,5±0,70	4,60±0,54	6,819	0,146
SORU16	2,04±0,86	1,84±0,68	2,14±1,02	3,5±0,70	1,60±0,54	2,814	0,589
SORU17	2,57±1,20	2,76±0,92	2,57±1,08	3,5±0,70	1,80±1,30	4,20	0,403
SORU18	2,33±1,15	2,23±0,72	2,14±0,94	3,5±0,70	1,80±0,83	4,182	0,382
SORU19	2,61±1,24	2,53±0,96	2,71±0,99	3,5±0,70	2±1,22	3,28	0,553
SORU20	2,66±1,23	2,30±0,75	2,42±1,01	3,5±0,70	2±1,22	3,796	0,334
SORU21	2,61±1,28	1,92±0,86	2,5±1,01	3,5±0,70	1,80±1,09	6,463	0,167
SORU22	3,95±1,02	4,30±1,10	4,42±0,51	4±1,41	4,40±0,89	3,297	0,509
SORU23	3,95±0,97	4,46±0,87	4,5±0,51	3,5±0,70	4,20±0,83	7,150	0,128
SORU24	3,80±1,20	4,46±0,96	4,28±0,72	4±0	4,60±0,54	5,305	0,257
SORU25	3,19±1,47	2,84±1,34	3,78±1,31	2,5±0,70	4,80±1,44	10,053	0,040 **

**Kruskal wallis test

Ek-3i: Sistemle bağlantılı önermeler eğitim durumlarına ilişkin analiz tablosu

	Eğitim durumu (X ± SS)						X ²	p
	Lise	Önlisans (açıköğretim)	Önlisans (örgün)	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
SORU1	2±1	1,90±1,04	2,25±1,50	2,57±1,34	2,88±1,61	0	3,069	0,546
SORU2	2±1	2,27±1,10	2,5±1,29	2,53±1,17	2,66±1,11	0	1,145	0,887
SORU3	2,66±1,52	2,36±0,92	2,75±1,29	2,64±0,86	2,44±1,33	0	1,470	0,832
SORU4	2±1	1,81±0,98	1,50±0,57	1,89±0,87	1,88±1,26	0	0,908	0,923
SORU5	2±1	2,54±0,82	2,75±0,50	2,71±0,31	2,88±1,53	0	1,145	0,887
SORU6	2,66±1,52	2,90±1,13	3,25±1,25	2,71±1,32	2,88±1,53	0	0,733	0,947
SORU7	4±1	4,18±0,98	4,75±0,50	3,96±1,10	4,11±0,78	0	2,488	0,647
SORU8	2±1	2,63±0,92	2,25±1,50	2,60±1,28	2,88±1,45	0	1,435	0,838
SORU9	2±1	2,54±1,12	2,75±1,50	2,60±1,13	2,66±1,41	0	0,822	0,935
SORU10	2±1	2,36±1,02	1,75±0,95	2,57±1,13	2,66±1,32	0	2,696	0,610
SORU11	3±1,73	3,27±0,90	3,75±0,50	3,32±1,15	2,88±1,15	0	2,082	0,721
SORU12	4±1	4,18±0,75	4,5±0,57	3,60±1,34	2,88±1,36	0	6,192	0,185
SORU13	3,33±1,52	3,36±1,52	4,25±0,95	3,78±0,91	2,77±0,91	0	7,856	0,097
SORU14	2±1	3,09±1,51	2,75±0,50	2,75±1,20	3,55±1,50	0	4,076	0,396
SORU15	4,33±0,57	3,90±1,13	4,75±0,50	4,07±0,89	3,44±1,50	0	4,790	0,310
SORU16	3,66±1,52	3,81±1,47	3,75±0,95	4,14±0,70	3,77±1,39	0	0,920	0,922
SORU17	3,66±1,52	3,36±1,02	3,5±1,29	3,17±1,24	2,55±3,33	0	3,140	0,535
SORU18	3±1,73	3,63±1,02	2,75±1,50	2,89±1,16	3,11±1,45	0	3,303	0,508
SORU19	2,33±1,52	2,90±1,37	1,75±0,95	2,10±1,06	2,55±1,23	0	4,483	0,345
SORU20	3,33±1,52	4±0,77	4,25±0,95	4,07±0,76	3,44±1,33	0	3,889	0,421
SORU21	4±1,73	4,36±0,92	4,50±0,57	4,32±0,98	3,77±1,39	0	1,696	0,793
SORU22	3,66±1,52	4,27±0,64	4,75±0,50	4,35±0,67	3,66±1,22	0	5,311	0,257
SORU23	3,66±1,52	3,90±1,04	4,25±1,50	3,75±1,10	3,33±1,11	0	2,752	0,600
SORU24	3,33±1,52	3,90±0,94	3,50±1,73	3,57±1,16	3,22±1,39	0	1,507	0,825
SORU25	3,33±1,52	4,36±0,67	4,50±0,57	3,96±0,92	3,55±1,13	0	5,299	0,258
SORU26	3,33±1,52	4,18±0,87	4,25±0,95	3,92±0,94	3,55±1,13	0	2,752	0,600
SORU27	4±1,73	4,09±1,04	4,50±0,57	4,25±0,58	3,77±1,20	0	1,787	0,775
SORU28	4±1,73	3,81±1,47	3±1,82	3,78±1,16	3,44±1,23	0	2,134	0,711
SORU29	2,33±1,57	3,18±1,32	2,50±1	2,64±,12	3±1,32	0	2,589	0,629
SORU30	3,33±1,52	3,63±1,02	3,25±0,50	3,17±0,94	3±1,32	0	2,462	0,651

****Kruskal wallis test**

Ek-3j: Bireysel görüş bildiren önermeler eğitim durumuna ilişkin analiz tablosu

	Eğitim durumu (X ± SS)						X ²	p
	Lise	Önlisans (açıköğretim)	Önlisans (örgün)	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
SORU1	3,66±1,52	4,27±0,64	3,75±1,50	4,50±1,50	4,44±0,72	0	2,424	0,658
SORU2	2±1	3,45±1,03	1,75±0,95	2,75±1,10	2,33±0,70	0	9,801	0,097
SORU3	3,66±1,52	4,36±0,50	4,25±0,50	3,92±0,94	3,55±1,33	0	2,794	0,593
SORU4	3,33±1,52	4±0,77	4,25±0,50	3,50±0,96	2,55±0,88	0	12,356	0,015**
SORU5	4±1,73	4,09±0,94	4,50±0,57	4,17±0,98	3,44±1,50	0	2,879	0,578
SORU6	4±1,73	4,27±0,64	4,50±0,57	4,07±1,01	3,44±1,50	0	2,714	0,607
SORU7	2±1	2,63±1,12	2,25±1,25	2,85±1,43	3,22±1,30	0	2,996	0,558
SORU8	2±1	2,54±1,36	3,25±2,06	2,42±1,34	2,55±1,50	0	1,151	0,886
SORU9	3,33±1,52	4,09±0,83	3,75±1,25	3,53±1,13	3,22±1,39	0	3,338	0,503
SORU10	2±1	2,36±1,36	1,75±0,50	2,46±1,20	2,11±1,26	0	1,630	0,803
SORU11	2±1	2,81±0,87	2±0,81	2,35±1,09	2,33±1	0	3,206	0,524
SORU12	4±1,73	4,18±0,60	4,50±0,57	4,21±1,06	3,44±1,33	0	4,276	0,370
SORU13	2±1	2,45±1,21	2±1,41	2,21±1,03	2,44±1,23	0	0,931	0,920
SORU14	2±1	2,63±1,12	1,75±0,95	2,39±1,22	2,33±1,11	0	2,017	0,733
SORU15	3,33±1,52	3,72±1,27	4,50±0,57	4,07±0,11	3,55±1,33	0	3,370	0,498
SORU16	2±1	1,63±0,67	1,50±0,57	2,21±0,91	2±0,70	0	5,411	0,248
SORU17	2±1	2,63±1,28	2,75±1,50	2,67±1,05	2,33±1,11	0	1,627	0,804
SORU18	2±1	2,45±1,03	2,25±0,95	2,21±0,95	2,22±1,20	0	0,688	0,953
SORU19	2±1	2,72±1,10	2,75±1,50	2,60±1,06	2,55±1,23	0	1,153	0,886
SORU20	2±1	2,36±0,92	2,50±1,29	2,57±1,13	2,55±1,23	0	0,964	0,915
SORU21	2±1	2,09±1,04	2±1,15	2,53±1,20	2,55±1,13	0	2,245	0,691
SORU22	4±1,73	4,09±0,94	4,25±0,95	4,39±0,73	3,77±1,20	0	2,922	0,571
SORU23	4±1,73	4,45±0,52	4,50±0,57	4,21±0,73	3,88±1,26	0	1,530	0,821
SORU24	4±1,73	4,45±0,52	4,50±0,57	4,14±1,04	3,77±1,20	0	2,176	0,703
SORU25	3,33±1,52	3,54±1,36	4,25±0,95	3,32±1,44	3±1,58	0	2,236	0,693

****Kruskal wallis test**

Ek-3k: Sistemle bağlantılı önermelerin çalışma yıllarına ilişkin analiz tablosu

	Sağlık personeli ($\bar{X} \pm SS$)				X ²	p
	0-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl		
SORU1	2,45±1,35	2,75±1,38	1,37±0,74	2,73±1,32	7,382	0,061
SORU2	2,35±1,18	2,62±1,30	1,87±0,83	2,78±1,03	4,091	0,252
SORU3	2,35±1,08	2,87±0,99	2,12±0,83	2,84±0,89	4,798	0,187
SORU4	1,70±0,86	2,25±1,28	1,50±0,75	2±0,88	3,571	0,312
SORU5	2,35±1,30	3±1,51	2,25±0,70	3,05±1,02	5,008	0,171
SORU6	2,30±1,17	3,25±1,48	2,75±1,28	3,21±1,22	5,925	0,115
SORU7	4,35±0,81	3,87±0,99	4,50±0,75	3,73±1,14	5,123	0,163
SORU8	2,75±1,40	2,62±1,30	1,87±0,99	2,73±1,04	3,453	0,327
SORU9	2,65±1,26	2,50±1,30	2,25±1,28	2,68±1	1,054	0,788
SORU10	2,55±1,19	2,75±1,28	1,62±0,91	2,57±0,96	5,215	0,157
SORU11	3,30±1,08	3,25±1,28	3,12±1,12	3,26±1,04	0,097	0,992
SORU12	3,65±1,38	3,37±1,30	4,25±0,88	3,63±1,21	2,192	0,533
SORU13	3,55±1,05	3,75±0,70	3,75±1,28	3,36±1,16	1,090	0,780
SORU14	2,85±1,38	3,25±1,28	1,75±0,70	3,31±1,29	8,314	0,040**
SORU15	4,20±1,10	4±0	4,50±0,53	3,57±1,26	6,951	0,073
SORU16	3,80±1,28	4,12±0,35	4,25±0,70	3,94±1,12	0,496	0,920
SORU17	3,25±1,37	3,37±1,06	3,25±1,38	2,94±1,12	0,943	0,815
SORU18	2,95±1,39	3±1,30	2,75±1,28	3,36±1,01	1,639	0,651
SORU19	2,20±1,32	2,25±0,88	1,87±0,99	2,68±1,20	3,608	0,307
SORU20	3,90±0,96	3,62±0,91	4,37±0,74	3,89±0,87	3,184	0,364
SORU21	4,35±1,22	4±1,06	4,62±0,51	4,05±1,02	3,926	0,270
SORU22	4,30±1,03	4,12±0,64	4,50±0,53	4,05±0,84	2,954	0,399
SORU23	3,70±1,26	4±0,75	3,62±1,50	3,73±0,99	0,269	0,966
SORU24	3,45±1,31	3,62±1,18	3,50±1,51	3,68±1	0,259	0,968
SORU25	3,85±1,13	3,75±0,88	4,37±0,91	4,05±0,77	2,611	0,456
SORU26	3,70±1,17	3,87±0,64	4,37±0,91	3,94±0,91	2,671	0,445
SORU27	4±1,07	3,87±0,35	4,75±0,46	4,15±0,83	7,634	0,054
SORU28	3,65±1,30	4±0,75	3,37±1,84	3,73±1,84	0,175	0,981
SORU29	2,65±1,22	2,75±1,16	2,62±1,06	3±1,29	1,010	0,799
SORU30	3,40±1,04	3,25±0,46	2,75±1,16	3,31±1,10	3,072	0,381

**Kruskal wallis test

Ek-3İ: Bireysel görüş bildiren önermelerin çalışma yılına ilişkin analiz tablosu

	Sağlık personeli ($\bar{X} \pm SS$)				X ²	p
	0-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl		
SORU1	4,55±0,82	4,12±0,64	4,37±0,74	4,21±0,71	5,337	0,146
SORU2	2,60±1,14	2,37±1,06	2,37±1,06	3,10±1,04	3,601	0,308
SORU3	3,90±1,07	3,62±1,18	4,50±0,53	3,94±0,84	3,738	0,291
SORU4	3,30±1,03	3,25±0,70	4,25±0,88	3,47±1,07	5,546	0,130
SORU5	4,05±1,05	4,37±0,74	4,75±0,46	3,63±1,30	6,578	0,087
SORU6	3,95±1,09	4,25±0,70	4,75±0,46	3,73±1,24	6,128	0,106
SORU7	2,50±1,35	27,5±1,28	3,12±1,45	2,94±1,26	1,982	0,576
SORU8	2,45±1,50	2,87±1,45	2±1,41	2,63±1,25	2,132	0,546
SORU9	3,40±1,31	4±0,75	3,50±1,41	3,68±1	0,953	0,813
SORU10	1,95±0,99	2,25±1,28	2,37±1,50	2,68±1,15	3,991	0,262
SORU11	2,25±1,06	2,37±1,06	2±0,92	2,73±0,93	3,737	0,291
SORU12	4,20±1,10	4,12±0,64	4,25±1,38	3,89±1,04	2,630	0,452
SORU13	2,35±1,30	2,50±1,06	2±1,19	2,21±0,85	0,905	0,824
SORU14	2,10±1,1	2,62±1,06	1,75±0,88	2,78±1,18	6,302	0,098
SORU15	4±1,16	3,75±1,28	4,50±0,75	3,63±1,25	3,760	0,289
SORU16	1,85±0,67	2,12±0,64	2,12±1,45	2,05±0,77	1,082	0,781
SORU17	2,60±1,14	2,12±0,83	2,37±1,30	2,84±1,11	2,705	0,439
SORU18	2,15±0,8	2,37±0,91	1,87±0,83	2,47±0,96	2,538	0,468
SORU19	2,55±1,19	2,50±0,92	2,37±1,30	2,78±1,03	0,954	0,812
SORU20	2,20±1,19	2,50±0,92	2,37±1,06	2,84±1,01	3,445	0,328
SORU21	2,20±1,05	2,37±1,06	2,25±1,38	2,63±1,16	1,563	0,668
SORU22	4,10±1,07	4,37±0,74	4,37±1,06	4,15±0,83	1,274	0,735
SORU23	4,15±0,98	3,87±0,83	4,75±0,46	4,21±0,75	5,798	0,122
SORU24	4,15±1,13	4,25±0,88	4,50±0,75	4±1	1,783	0,619
SORU25	3,25±1,61	3,37±1,18	4,25±0,88	3,15±1,38	3,639	0,303

****Kruskal wallis test**

Ek-3m: Sistemle bağlantılı önermelerin çalışma yerindeki pozisyona göre analiz tablosu

	Pozisyon		Z	P
	Kadro	Sözleşmeli		
	X ± SS	X ± SS		
SORU1	2,37±1,36	2,66±1,23	-0,779	0,436
SORU2	2,44±1,16	2,58±0,99	-0,527	0,598
SORU3	2,44±1,03	3±0,73	-1,792	0,073
SORU4	1,90±0,99	1,66±0,65	-0,514	0,607
SORU5	2,67±1,30	2,66±0,77	-0,12	0,900
SORU6	2,83±1,41	2,75±0,75	-0,083	0,933
SORU7	4±1,06	4,41±0,51	-0,903	0,366
SORU8	2,60±1,23	2,58±1,24	-0,021	0,983
SORU9	2,33±1,22	2,75±0,96	-0,668	0,504
SORU10	2,44±1,14	2,50±1,08	-0,232	0,817
SORU11	3,16±1,15	3,58±0,66	-1,129	0,259
SORU12	3,58±1,25	4,08±1,16	-1,269	0,204
SORU13	3,51±1,16	3,66±0,65	-0,139	0,890
SORU14	2,90±1,39	2,91±1,16	-0,042	0,967
SORU15	3,93±1,09	4,25±0,86	-0,949	0,343
SORU16	3,97±1,14	3,91±0,66	-1,002	0,316
SORU17	3,09±1,28	3,41±0,99	-0,884	0,377
SORU18	3,09±1,30	3±0,95	-0,623	0,533
SORU19	2,44±1,24	1,91±0,90	-1,220	0,223
SORU20	3,93±0,96	3,91±0,66	-0,338	0,736
SORU21	4,13±1,14	4,58±0,51	-0,945	0,345
SORU22	4,13±0,91	4,50±0,52	-1,132	0,258
SORU23	3,67±1,12	4±1,12	-0,953	0,341
SORU24	3,62±1,19	3,33±1,23	-0,820	0,412
SORU25	3,97±1,01	4±0,73	-0,260	0,795
SORU26	3,86±1,03	4,08±0,79	-0,524	0,600
SORU27	4,13±0,94	4,16±0,57	-0,391	0,696
SORU28	3,60±1,36	4±0,95	-0,678	0,498
SORU29	2,72±1,24	3±1,04	-0,726	0,468
SORU30	3,18±1,11	3,50±0,52	-1,027	0,304

Ek-3n: Bireysel görüş bildiren önermelerin çalışma yerindeki pozisyona göre analiz tablosu

	Pozisyon		Z	P
	Kadrolu	Sözleşmeli		
	X ± SS	X ± SS		
SORU1	4,34±0,68	4,33±0,98	-0,441	0,659
SORU2	2,79±1,08	2,41±1,16	-1,002	0,317
SORU3	3,86±1,03	4,33±0,49	-1,276	0,202
SORU4	3,46±1,05	3,58±0,90	-0,353	0,724
SORU5	3,97±1,18	4,33±0,65	-0,557	0,578
SORU6	4,02±1,14	4,08±0,79	-0,351	0,725
SORU7	2,83±1,30	2,58±1,37	-0,638	0,524
SORU8	2,48±1,38	2,58±1,44	-0,241	0,809
SORU9	3,55±1,20	3,75±0,96	-0,388	0,698
SORU10	2,39±1,25	2±0,85	-0,776	0,438
SORU11	2,44±1,03	2,25±0,96	-0,583	0,560
SORU12	4±1,15	4,41±0,51	-0,757	0,449
SORU13	2,20±1,10	2,50±1,08	-0,893	0,372
SORU14	2,34±1,17	2,41±1,08	-0,316	0,752
SORU15	3,81±1,23	4,25±0,86	-0,974	0,330
SORU16	1,97±0,91	2,08±0,79	-0,766	0,444
SORU17	2,55±1,18	2,66±0,88	-0,253	0,801
SORU18	2,30±1,03	2,08±0,79	-0,532	0,595
SORU19	2,60±1,13	2,58±0,99	-0,074	0,941
SORU20	2,55±1,11	2,25±0,96	-0,874	0,382
SORU21	2,37±1,19	2,41±0,90	-0,137	0,891
SORU22	4,13±0,98	4,41±0,66	-0,699	0,485
SORU23	4,13±0,91	4,50±0,52	-1,132	0,258
SORU24	4,09±1,04	4,41±0,79	-0,935	0,350
SORU25	3,44±1,38	3,16±1,52	-0,565	0,572

YÖNETMELİK

Sağlık Bakanlığından:

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ KISIM

Genel Hükümler

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları belirlemektir.

Dayanak

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8 inci maddesinin birinci fıkrası ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,
- b) Aile hekimliği birimi: Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıyı,
- c) Aile sağlığı elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),
- ç) Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,
- d) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- e) Geçici aile hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan veya boş aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılmıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile hekimini,
- f) Geçici aile sağlığı elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine

bakan veya boş aile sağlığı elemanı pozisyonuna yerleştirme yapılıncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile sağlığı elemanını,

g) Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetini,

ğ) Hizmet bölgesi, hizmet grubu ve hizmet puanı: 8/6/2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlıkđı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanlarını,

h) Kanun: 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu,

ı) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,

i) Toplum sağlığı merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu,

j) Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk islahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve Esasları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 4 – (1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,

e) Periyodik sağlık muayenesi yapar,

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,

g) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 5 – (1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanı Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütür,

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlar,

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olur, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlar,

e) Gereken tetkikler için numune alır, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapar veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlar,

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur,

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirir,

h) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi

MADDE 6 – (1) Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşam alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Bakanlıkça onaylanır. Aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra yapılmak istenen değişiklikler ilgili aile hekimlerinin de görüşleri alınarak her yıl Aralık ayının başında müdürlükçe belirlenerek Bakanlığın onayına sunulur.

(2) Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir. Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yükümlüdür. Bu yerlerde her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve çocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır.

(3) Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.

(4) Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar, toplum sağlığı merkezine bildirir ve bunu sözleşme döneminin sonuna kadar uygular. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz.

Bağışıklama hizmetleri

MADDE 7 – (1) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür. Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlıkça yürütülen kampanyalar doğrultusunda ihtiyaç duyulan aşilar, bölgesindeki toplum sağlığı merkezi tarafından aile hekimlerine ulaştırılır. Aile hekimleri aile sağlığı merkezinde soğuk zincir şartlarının sürdürülmesi için gerekli tedbirleri alır. Birden çok aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerinin müştereken muhafaza ettikleri aşilar için üçer aylık aralıklarla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı soğuk zincir sorumlusu olarak belirlenir. Aile sağlığı merkezinde yalnızca bir aile hekimliği biriminin bulunması halinde sorumluluk bu birimdeki aile hekimi ile aile sağlığı elemanına aittir.

Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler

MADDE 8 – (1) Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimlerine kayıtları yapılır. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı

talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.

(2) Aile hekimliği uygulamasının olduğu İl'e ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri bir aile hekimine kayıt yaptırırlar. Kayıt yaptırmamış olanlar, müdürlük tarafından yakın konumdaki kayıtlı kişi sayısı en az olan aile hekiminden başlanarak kayıt edilirler.

(3) Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, müdürlük tarafından öncelikle ikamet ettiği yere yakın ve en az kişi kaydı olan aile hekiminin listesine eklenir.

(4) Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.

(5) Sürekli ikamet ettiği bölgeden uzakta kalacak kişi veya geçici süre ile Türkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir olarak sağlık hizmeti alır. Ancak 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olan ilçeler misafir uygulaması bakımından tek bölge kabul edilir. Aile hekimi misafir kişiler için herhangi bir ücret talep edemez.

Meslek ilkeleri

MADDE 9 – (1) Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi esnasında 13/1/1960 tarihli ve 4/12578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve bağlı bulunan ilgili mevzuat hükümlerine ve hasta haklarına uymakla yükümlüdür.

Çalışma saatleri

MADDE 10 – (1) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar.

(2) Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Çalışma saatleri içerisinde poliklinik gün ve saatleri ayrıca belirtilir. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalmaksızın çalıştırılabilirler.

(4) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esastır.

(5) Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde otopsi mesai saatleri içerisinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yapılır. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile yerinde otopsi hizmeti dışındaki adli tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.

a) Hastane bulunmayan ilçe merkezlerindeki adli tıbbi hizmetler ile acil sağlık hizmetleri mesai saatleri dışında ilçedeki toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerince icap veya aktif nöbet şeklinde yürütülür. İlçe merkezindeki toplam hekim sayısı altı veya daha az ise icap, altıdan fazla ise aktif nöbet şeklinde yürütülür.

b) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde toplam hekim sayısı altı ve altıdan az ise mesai saatleri dışındaki adli tıbbi hizmetler ve acil sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezde çalışan hekimler ve aile hekimleri tarafından münavebeli olarak icap nöbeti şeklinde, toplam hekim sayısı altıdan fazla ise münavebeli olarak aktif nöbet şeklinde yürütülür.

c) Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde aile hekimi sayısı birden fazla ise aile hekimleri hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini mřdřrlřđđn onayı ile gşne yaparak dşenlenler.

İzinler

MADDE 11 – (1) Sşzleşme ile çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları; yıllık, mazeret ve hastalık izinlerini 27/6/2005 tarihli ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yřrřrlřđđ konulan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sşzleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde kullanılır.

(2) Sşzleşmeli olmayan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları aile hekimliği hizmeti verdikleri müddetçe izinler bakımından aslı statülerine ilişkin mevzuata tâbidir.

Göreve başlayış ve ayrılış

MADDE 12 – (1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sşzleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati aranır. Sşzleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişikleri devam eder.

(2) Sşzleşmeli personel statüsünde görev yapmaktayken aile hekimliği veya aile sağlığı elemanı sşzleşmesi imzalayanlar aile hekimliği hizmetinden ayrılmaları halinde, genel hükümlere ve Bakanlık mevzuatına göre eski görev yerlerinde bir pozisyona dönerler.

(3) Bakanlık, ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sşzleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olan personel, sşzleşmesinin herhangi bir suretle sona ermesi halinde kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri döner. Ancak kadrosunun bulunduğu birimin aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde bu birimin aktarıldığı toplum sağlığı merkezine atanır ve bunların memuriyet görevine başlamasından itibaren 30 gün içinde kendisinin talep etmesi ve mřdřrlřđđn de uygun görmesi ile bir defaya mahsus olmak üzere aynı il içinde personel dağılım cetvelinde açık olan ve doluluk oranlarına göre ihtiyaç duyulan kadrolardan birine yer değiştirme suretiyle ataması yapılabilir.

(4) Sşzleşmeli olarak aile hekimliği hizmetinin sürdürşlmesi Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeye veya farklı görevler için başvurmaya engel değildir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Performans ve Hizmet Kalite Standartları

Performans değerlendirmesi

MADDE 13 – (1) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.

(2) Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sşzleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.

Hizmet kalite standartlarının oluşturulması ve geliştirilmesi

MADDE 14 – (1) Aile sağlığı merkezinin fiziki yapısı, donanımı, fonksiyonelliği, personel durumu ve hizmetin niteliği gibi hizmet sunumunu doğrudan etkileyen unsurlar hizmet kalite standartlarını oluşturur.

(2) Hizmet kalite standartlarının yükseltilmesinin sağlanması için aile hekimi ve aile sağlığı elemanı; Bakanlıkça belirlenen birinci ve ikinci aşama eğitimleri ile aile hekimliğine yönelik diğer eğitimlerin en az % 80 ine devam etmekle yükümlüdür.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Atamalarda/Görevlendirmelerde Öncelik Sıralaması/Ölçütleri ve

Nakillere İlişkin Esaslar

Öncelik sıralaması

MADDE 15 – (1) Aile hekimliği uygulamasında çalışacak personelin öncelik sıralamasına ilişkin usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin ek-1 inde yer alan Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakillerle İlgili Usul ve Esaslara göre düzenlenir.

Aile hekimi/aile sağlığı elemanı pozisyonlarının tespiti

MADDE 16 – (1) Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen ilin genelinde aile hekimi pozisyonu her bölge için tespit edilerek Valiliğin teklifi, Bakanlığın onayı ile belirlenir.

(2) Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. Aile hekimliği uygulanan ve uygulanacak olan illerde ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilir. İdari, coğrafi ve nüfus özellikleri ile yerel şartları farklılık gösteren yerleşim yerlerindeki pozisyonlarda aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı değişiklik gösterebilir. Bu nüfus değişiklikleri gerekçeleri ile birlikte Bakanlık onayına sunulur. Bakanlık onayı alındıktan sonra pozisyonlar ilan edilir.

(3) Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerin bulunduğu ilçe merkezlerindeki bütün aile hekimliği birimleri bu merkezlerin bünyesinde açılır.

(4) Bölgedeki nüfus hareketleri ve hizmet ihtiyacındaki değişiklikler göz önüne alınarak Valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile yeni aile hekimliği birimleri açılabilir veya kapatılabilir.

(5) Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler, hizmet yönünden o bölgenin bağlandığı aile hekimine/hekimlerine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(6) Aile sağlığı elemanları, bu Yönetmeliğin ek –1 inde yer alan Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakillerle İlgili Usul ve Esaslara göre aile hekimlerince belirlenir ve zorunlu sebepler hariç, sözleşme imzalanmadan en az bir ay önce müdürlüğe bildirilir.

Eğitim

MADDE 17 – (1) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Bakanlıkça belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. İkinci aşama eğitimi ise uzaktan eğitim tarzında yapılacak şekilde planlanarak birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlar ve süresi en az on iki aydır. Bu eğitimlerde Bakanlığın belirlediği kriterlere göre başarılı olmak esastır.

(2) Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Bakanlıkça belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu madde kapsamında alınması öngörülen her eğitim süresinin en az % 80 ine devam etmek zorundadırlar.

İKİNCİ KISIM

Fiziki ve Teknik Şartlar, Kullanılacak Belgeler, Kayıtların Tutulması ve Denetim

BİRİNCİ BÖLÜM

Fiziki ve Teknik Şartlar

Aile sağlığı merkezi

MADDE 18 – (1) Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.

(2) Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.

(3) Bakanlıkça uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

(4) Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekretarya vb. hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.

Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları

MADDE 19 – (1) Aile sağlığı merkezlerinde aşağıda belirtilen asgari fiziki şartlar aranır:

a) Bina: Kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanı tek aile hekimi için 60 metrekare olmalıdır. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

b) Bekleme ve kayıt bölümü bulunmalıdır.

c) Muayene odası, her aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır.

ç) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

d) Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunmalıdır.

e) Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, verilerin toplanması ve istatistikî değerlendirmeler ile resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların güvenli bir şekilde yapılabileceği bir büro veya bölme bulunmalıdır.

f) Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

g) Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.

Muayene odası dışında yukarıda sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı

MADDE 20 – (1) Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemenin faal olarak bulundurulması zorunludur:

a) Steteskop,

b) Tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy),

- c) Otoskop,
- ç) Oftalmoskop,
- d) Termometre,
- e) Işık kaynağı,
- f) Küçük cerrahi seti (asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı),
- g) Paravan, perde v.b,
- ğ) Muayene masası,
- h) Refleks çekici,
- ı) Mezura,
- i) Fetal el doppleri,
- j) Aşı nakil kabı,
- k) Snellen eşeli,
- l) Diapozon seti
- m) Tartı aleti (bebek, erişkin boy),
- n) Boy ölçer (bebek, erişkin boy),
- o) Pansuman seti,
- ö) Dil basacağı, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri,
- p) Keskin atık kabı,
- r) Acil solunum yolu müdahale araçları (S –tüp, laringoskop, pediatrik ve erişkin entübasyon tüpü),
- s) Ambu cihazı (erişkin ve çocuk için),
- ş) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir),
- t) Seyyar lamba,
- u) Buzdolabı,
- ü) Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti,
- v) İlaç ve malzeme dolabı,
- y) Sterilizatör,
- z) EKG cihazı,
- aa) Tromel,

ab) Negatoskop,

ac) Tekerlekli sandalye,

aç) Pulse oksimetre,

ad) Jeneratör,

ae) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşilar ve antiserumlar,

af) 15/2/2008 tarih ve 26788 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelikte bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar, aşilar ve antiserumlar.

(2) Birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, yukarıdaki tıbbi cihaz ve malzemelerden (a)’dan (k) bendine kadar (k bendi dahil) olanlar her aile hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.

(3) Bakanlıkça özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri ile ilgili asgari şartlara uyulur.

(4) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak aile hekimleri tarafından temin edilir.

(5) Aile hekimleri, aile sağlığı merkezinde yangına karşı alınması gereken tedbirleri alır, tıbbi atıklar ve çöpler için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirleri alır.

(6) Aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimleri, fiziki şartlar ve donanım açısından ek-3 deki gibi gruplandırılır.

Aile sağlığı merkezinin oluşturulması

MADDE 21 – (1) Aile hekimleri, öncelikle bu Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, Bakanlığa ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.

(2) Merkezin, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun olması, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetini sağlaması, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen asgari şartları sağlaması ve hizmetten yararlanacakların kolayca ulaşabilecekleri yerde olması esastır.

(3) Aile hekimi birden fazla yerleşim yerinde gezici sağlık hizmeti vermek zorunda ise aile sağlığı merkezi müdürlükçe uygun görülen merkezi konumdaki yerde kurulur. Bu yerin seçiminde ve gezici sağlık hizmeti verilecek yerleşim yerlerinin tespitinde güzergâh, yakınlık, coğrafi özellikler ve vatandaşın kullanım alışkanlıkları gibi özellikler göz önünde bulundurulur.

(4) Aile hekimleri çalışma bölgesi içinde olmak kaydıyla yukarıdaki hususlara bağlı kalınarak müdürlüğün uygun görüşü ve Valiliğin onayı ile hizmet için verilen mekânı değiştirebilirler.

(5) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerinin talebi, müdürlüğün uygun görüşü ve Bakanlığın onayı ile bir veya daha fazla aile sağlığı merkezi eğitim, araştırma ve hizmet amacıyla kullanılabilir.

(6) Bina ve müştemilatında eczane bulunan yerlerde aile sağlığı merkezi açılmaz.

Aile sağlığı merkezinin işletilmesi

MADDE 22 – (1) Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi

aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini müdürlüğe bildirirler. Yönetici seçimi zorunlu haller dışında yılda bir kez yapılır. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir.

Tetkik ve tahlil işlemleri

MADDE 23 – (1) Tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere müdürlüğün uygun gördüğü bir laboratuvarda yaptırılır. Bu laboratuvarların seçiminde iç ve dış kalite kontrol programlarının uygulanıyor olması dikkate alınır.

İKİNCİ BÖLÜM

Kullanılacak Belgeler

Sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesi

MADDE 24 – (1) Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.

(2) Bakanlığın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Bakanlıkça oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.

(3) Gebe ve bebek tespiti ile izlemleri, doğum ve bildirim zorunlu hastalıklar gibi durumlar ilgili aile hekimine iletmek üzere hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu tarafından müdürlüğe en geç beş iş günü içerisinde bildirilir. Bu bildirim yapmayanlar hakkında yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilir.

(4) Birinci basamakta resmi reçete yazılması ve kişilerin sağlık durumuyla ilgili rapor tanziminde aile hekimi yetkilidir. Ancak olağanüstü durumlar, acil durumlar ile toplum sağlığını tehdit eden ve koruyucu amaçlı ilaç kullanımını (kemoproflaksi) gerektiren bulaşıcı ve salgın hastalık hallerinde özel durum belirtilmek suretiyle toplum sağlığı merkezi hekimleri de resmi reçete düzenleyebilirler. Bu durumda ilgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir.

(5) Ölü muayenesi yapılan ve defin ruhsatı verilen kişilerin kayıtları defin ruhsatını veren makam tarafından müdürlüğe bildirilir. İlgili aile hekimi en kısa sürede bilgilendirilir. Mevzuatına göre ölü muayenesi ve defin ruhsatı cenazenin bulunduğu yerdeki belediye tabibi tarafından, belediye tabibi bulunmayan yerlerde toplum sağlığı hekimi, toplum sağlığı hekiminin bulunmadığı yerlerde aile hekimleri de ölü muayenesi yaparak gecikmeksizin defin ruhsatı verirler. Hekim bulunmayan yerlerde defin ruhsatı ilgili mevzuata göre gömme izin belgesi görevlisince veya yetkilendirilen diğer şahıslarla verilir.

(6) Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.

(7) Hasta sevk evrakı, reçete, rapor, bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili formlar ve diğer kullanılacak belge örnekleri Bakanlıkça belirlenir. Aile hekimince düzenlenen bu belgeler kişinin yazılı veya elektronik dosyasına kaydedilir.

Yetkilendirilmiş aile hekimleri

MADDE 25 – (1) Bakanlık dışında birinci basamak sağlık hizmeti veren; üniversiteler, askeri birlikler, hastaneler, kurum ve işyerlerinde yetkilendirilmiş aile hekimliği hizmeti verilebilir. Bu kurumlarda Bakanlığın öngördüğü eğitimleri almaları şartı ile herhangi bir suretle istihdam edilen hekimlerin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine Valilik onayı ile kendi görev ve sorumluluk alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, aile hekimliği yetkisi verilir. Kurumlar bu Yönetmelikteki fiziki şartları ve teknik donanımı sağlamakla yükümlüdür. Yetkilendirilmiş aile hekimleri Bakanlıkça belirlenen hizmete özel sözleşmeyle göreve başlatılırlar. Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekiminin yaptığı

iş ve işlemleri yapmakla yükümlüdür.

(2) Yetkilendirilmiş aile hekimi, aile hekimliği görevi dışında kalan hususlarda kendi mevzuat hükümlerine tabidir.

(3) Üniversitelerin aile hekimliği anabilim dallarına ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri aile hekimliği klinik şefliklerine kendilerinin talebi ve kurumlarının teklifi üzerine yetkilendirilmiş aile hekimliği yetkisi verilir. Bu birimlerde görev yapan öğretim elemanları kendi görev ve sorumluluk alanları dışında da kişi kaydı yapabilirler.

(4) Yetkilendirilmiş aile hekiminden hizmet alanların aile hekimi seçme hakkı saklıdır.

(5) Aile hekimliği yetkisi verilmemiş olanlar, kurum ve işyerlerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli ilk müdahaleyi yapar ve gerekirse hastane acil servisine sevk ederek en kısa süre içerisinde aile hekimini bilgilendirir. Sevk, reçete ve rapor gerektiren acil hallerde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile birlikte aile hekimine gönderir. Bu kişilerin aile hekimlerince takip edilmesi zorunludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kayıtların Tutulması ve Denetim

Tutulacak kayıtlar

MADDE 26 – (1) Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak niteliğindedir.

(2) Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, kodları ile birlikte konulan teşhisler, reçete içeriği, aşılama, gebe ve lohusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Bakanlık tarafından belirlenen benzeri veriler evrak kayıt kriterlerine göre belirli aralıklarla düzenli olarak basılı veya elektronik ortamda Bakanlığa bildirilir.

(3) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kendileri ile ilgili kayıtları müdürlükte tutulur.

Kayıtların tutulma şekli ve muhafazası

MADDE 27 – (1) Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Kayıtların güvenliği ve mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır.

(2) Denetim sırasında talep edilmesi halinde, aile hekimi hasta haklarına riayet etmek suretiyle kendisine kayıtlı kişilerin dosyalarını göstermek zorundadır.

(3) Kişi, kendisi ile ilgili tutulan kayıtların bir nüshasını aile hekiminden talep edebilir.

(4) Aile hekimlerinin, lisans hakları Bakanlığa ait olan veya Bakanlıkça belirlenip ilan edilen, standartlara haiz bir aile hekimliği bilgi sistemi yazılımı kullanmaları şarttır.

(5) Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür.

(6) Herhangi bir vatandaşa ait kişisel veriler ile kişisel sağlık verileri, müdürlük ya da Bakanlık haricindeki herhangi bir kayıt ortamında (bilgisayar, harddisk, cd, dvd, yazılı doküman gibi) yüklenici firma tarafından kaydedilemez. Bu durumun tespiti halinde bu yazılımın kullanımı iptal edilir.

(7) Aile hekimliği bilgi sistemi ekranlarında hiçbir surette kişi, ürün ya da hizmet reklamına yer verilemez, hiçbir ürün ya da hizmetin satışı ve satışını teşvik edici yönlendirmeler yapılamaz.

Kayıtların devri

MADDE 28 – (1) Bulunduğu bölgeden ayrılacak olan aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin verilerini sorumlu olacak aile hekimine devreder. Devir teslim yapılamadığı durumlarda ayrılacak olan aile hekimi bu verileri bölgesindeki toplum sağlığı merkezine teslim eder. Ayrılan aile hekiminin hiçbir şekilde verileri devredemediği hallerde toplum sağlığı merkezi gerekli verileri temin ederek sorumlu olacak aile hekimine verir ve devir teslimi yapmayan aile hekimi ile ilgili tutanak tutarak müdürlüğe bildirir.

Denetim

MADDE 29 – (1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Denetim yapmaya yetkili amir, ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere incelemeci veya soruşturmacı da görevlendirebilir. Bu denetimler Bakanlıkça belirlenen denetleme formları ile gerçekleştirilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.

ÜÇÜNCÜ KISIM

Çeşitli ve Son Hükümler

Düzenleyici işlemler

MADDE 30 – (1) Bakanlık, bu Yönetmeliğin uygulanmasını sağlamak üzere her türlü alt düzenlemeyi yapmaya yetkilidir. Bu düzenlemeler, Bakanlığın resmi internet sayfasında ilan edilir ve ilan tarihinde aile hekimlerine ve ilgililerine tebliğ edilmiş sayılır.

Yürürlükten kaldırılan yönetmelik

MADDE 31 – (1) 6/7/2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Eğitim puanları

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce tamamlanmış birinci aşama uyum eğitimleri için eğitimcilerle eğitimin yapıldığı tarihte yürürlükte olan mevzuat doğrultusunda ek puan verilir.

Açılmış aile sağlığı merkezlerinin durumu

GEÇİCİ MADDE 2 – (1) 31 inci maddenin birinci fıkrası ile yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılan aile sağlığı merkezleri bina şartları ve fizik mekânları bakımından 1/1/2011 tarihine kadar bu Yönetmelik ile getirilen asgari fiziki şartlara uymak zorundadır.

Yürürlük

MADDE 32 – (1) Bu Yönetmelik yayımlandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 33 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakillerle İlgili Usul ve Esaslar

Çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması

MADDE 1- (1) Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aşağıdaki düzenlemelere göre yerleştirme yapılır.

Sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri

MADDE 2- (1) Sözleşme ile çalıştırılacak aile hekimleri aşağıdaki usullere göre yerleştirilir.

(2) İlin ilk yerleştirmesi;

a) Kamu görevlisi olan tabip ve uzman tabiplerin yerleştirilmeleri:

Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak şartı ile o ilin kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar. Başvuru yapan aile hekimliği uzmanları birinci grup, tabipler ve diğer uzman tabipler ise ikinci grup olacak şekilde hizmet puanına göre sıralanırlar.

Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışıp, aile hekimliği eğitimi alarak sertifika sahibi olan ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre seçilerek birinci aşama uyum eğitiminde eğitici olarak yer aldığı belgeleyenler eğitici olarak katıldıkları her bir eğitim için bu Yönetmeliğin ekinde yer alan ek-2 deki tabloya göre, ek puanlamaya tâbi tutulurlar. Eğitimden kazanılan ek puanlar ülke genelinde sadece bir defaya mahsus olmak üzere kişinin kadrosunun bulunduğu ilin aile hekimliği ilk yerleştirmesinde kullanılmak üzere hizmet puanına eklenir.

Yerleştirmeler önce birinci grup olmak üzere en yüksek hizmet puanından başlanarak yapılır.

Birinci grubun yerleştirilmesi: Aile hekimliği uzmanları, grup çalışmasının sağlanması, uzmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kişilerin hizmet unsurlarından dengeli bir şekilde yararlanabilmeleri için her aile sağlığı merkezinden bir pozisyonu tercih ederek yerleşme hakları vardır. Bununla birlikte dört (dahil) - altı (dahil) birim planlanmış aile sağlığı merkezlerinde ikinci bir aile hekimliği uzmanı, altının üzerinde birim bulunan aile sağlığı merkezlerinde ise her üç birim için bir aile hekimliği uzmanı daha o pozisyonlardan birini tercih ederek yerleşebilir. Aile hekimliği uzmanı, aile hekimliği uzmanı kontenjanı dolan bir aile sağlığı merkezine ancak bir alt gruptan hizmet puanları sıralamasına göre yerleşebilir.

İkinci grubun yerleştirilmesi: Birinci grubun yerleştirilmesinde tercih hakkını kullanmayan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabipler en yüksek hizmet puanından başlamak üzere tercihlerine göre boş kalan aile hekimliği pozisyonlarına yerleşirler.

İlk yerleştirmeye müracaat edip, yerleştirme işlemine katıldığı halde yerleştirme sırası kendisine gelmeden bütün pozisyonların dolması nedeniyle yerleştirilemeyenler yedek listeye kaydedilir. Yedek listeye ilk yerleştirmeden sonra ilave yapılmaz.

Pilot ilde İl Sağlık Müdürü, Müdür Yardımcısı ve Şube Müdürü olarak görev yapan tabip ve uzman tabipler aile hekimliğine başvurmaları halinde, yukarıdaki düzenlemelere göre sıralamaya tâbi tutulurlar. Bunlardan hizmet puanına göre yerleştirilme hakkı elde etmesine rağmen idari görevlerinden ayrılmaları Bakanlıkça uygun görülmeyenler ilde pozisyon boşalması veya yeni pozisyon açılması halinde başvurularına göre bu maddenin dördüncü fıkrasının (c) bendine göre yerleştirilirler.

Sağlık hizmetlerinin aksamaması ve devamlılığı açısından; pilot ilde aile hekimliği pozisyonuna yerleşme hakkı elde etmekle birlikte görevlerinden hemen ayrılması Bakanlıkça uygun görülmeyen hekimlerin seçtikleri pozisyon kendilerine tahsis edilerek ilin uygulamaya geçtiği tarihten itibaren azami 6 aya kadar sözleşme imzalamaları tehir edilebilir. Bu süre zarfında seçtikleri pozisyonadaki aile hekimliği hizmetleri görevlendirme usulü ile yerine getirilir.

b) Kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin yerleştirilmeleri:

Pilot ilde aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde Valilik kamu görevlisi olmayan tabip ve uzman tabiplerden aile hekimi olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan sayıyı belirleyerek Bakanlıktan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanununun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları taşıyıp kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin başvuruları alınır ve prim ödenmek suretiyle kamu sektörü dışında çalıştıkları süreler de dahil edilerek hizmet puanları hesaplanır. Bu hizmet puanı sadece aile hekimliği ilk yerleştirme ve nakillerinde geçerlidir. Kamu görevlisi olmayan uzman tabip ve tabiplerin yerleştirilmeleri yukarıdaki (a) bendindeki usule göre yapılır.

c) Pilot il dışından yerleştirme:

Pilot ilde sözleşmeli aile hekimliği pozisyonlarının doldurulamaması halinde Bakanlık diğer illerden sözleşmeli aile hekimi istihdam edebilir. Bu amaçla belirlenen boş aile hekimliği pozisyonları Bakanlığın internet sayfasından duyurulur. Müracaat eden ve görev yaptığı kadrodan ücretsiz izinli sayılmasına Bakanlık veya kurumunca muvafakat verilen memurlar ile sözleşmeli statüden ayrılacak olanların yerleştirilmeleri yukarıdaki (a) bendindeki usule göre yapılır.

Bu personel devlet memuru ise kadrosu geldiği ilde kalarak ücretsiz izinli sayılır. Sözleşmeli statüde ise aile hekimliği mevzuatı ile sözleşmeli personele tanınan haklar saklı tutulur. Bu durumdaki devlet memuru uzman tabip ve tabipler talepleri halinde ilgili mevzuatına göre kurum içi naklen atanarak, kadroları yeni atandıkları ilde kalmak suretiyle veya başka kamu kurumuna atanmaları halinde ise yeni kurumlarından ücretsiz izine ayrılma belgesini atama tarihinden itibaren 10 gün içinde ibraz ederek, aynı pozisyonda sözleşmeli aile hekimliği görevine devam ederler.

(3) İlk yerleştirme işlemi bu maddenin ikinci fıkrasının bentlerindeki sıralamaya göre yapılır. Boş kalan pozisyonlar için yeni talep olması halinde bir bentteki yerleştirme usulüne geçilmeden önce en az beş gün süreyle Bakanlığın internet sayfası üzerinden duyuru yapmak suretiyle aynı bent hükümlerine göre ikinci veya üçüncü defa ek yerleştirme yapılabilir.

(4) Pilot ilde pozisyon boşalması veya yeni pozisyon açılması;

Pilot ilde herhangi bir nedenle aile hekimliği pozisyonlarının boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda, en geç bir ay içinde aşağıdaki sıralamaya göre nakil veya yerleştirme işlemi yapılır:

a) Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan aile hekimleri.

Bu grupta bulunan aile hekimlerinde öncelik sıralaması askerlik veya doğum sonrası kamu görevine başlama tarihidir. Kamu görevlisi olmayan hekimler için ise müdürlüğe başvuru tarihidir.

b) Yerleştirme sırasında aile sağlığı merkezinde bu maddenin ikinci fıkrasının (a) bendindeki birinci grubun yerleştirilmesinde belirtilen uzman aile hekimliği kontenjanı var ise o pozisyonu önce aile hekimliği yapan aile hekimliği uzmanları daha sonra ise kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olan aile hekimliği uzmanları.

c) 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununa tabi olarak pilot ilde sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar, aile hekimi olma hakkını kazanmakla beraber idari görevlerinden ayrılmaları uygun görülmeyen il sağlık müdürü, müdür yardımcıları veya şube müdürleri ile pilot ilde aile hekimi iken askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkını kullanmayan aile hekimleri.

ç) Varsa yedek liste.

İlk yerleştirme esnasında yedek listeye giren hekimler müteakip yerleştirmede sıra kendilerine gelmesine rağmen yerleşmezler ise yedek listeden çıkarılırlar.

d) Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olan tabip/uzman tabipler.

Yerleştirme yapılırken, Bakanlığın internet sayfası üzerinden en az beş gün süreyle boş pozisyonun ilanı yapılır ve il içinde yer değiştirme talebi olan personelin belirlenen yer, gün ve saatte yerleştirme toplantısında hazır

bulunmaları duyurulur. Halen sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapan personelin boş pozisyonları tercih etmesi halinde bu personelin boşalttığı pozisyonlar ile birlikte tüm yerleştirme işlemleri tek oturumda tamamlanır. Bu işlemler ilanda duyurulan gün ve saatte elektronik ortamda da yapılabilir. (a) bendi hariç olmak üzere diğer bentlerde personel kendi içinde hizmet puanına göre sıralanır ve en yüksek hizmet puanı olan personelden başlamak üzere tercihlerine göre yerleştirme yapılır.

(5) Pilot ilde boş pozisyonlar yukarıdaki dördüncü fıkradaki sıralamaya göre doldurulamaz ise bu maddenin ikinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri uygulanmak suretiyle yerleştirme yapılabilir.

(6) Aile hekimliği pozisyonunda göreve başlayan sözleşmeli aile hekimi, bu pozisyonda fiilen bir yıl çalışmadan aynı ilde başka bir aile hekimliği pozisyonuna nakil talebinde bulunamaz. Bir yıllık fiilen çalışma süresinin hesaplanmasında, hafta sonu ve resmi tatil günleri fiili çalışmadan sayılır. Ancak yıllık, mazeret ve hastalık izni geçiren günler ise fiili çalışmadan sayılmaz. Bu kısıtlama uygulamaya geçilen pilot ilde ilk bir yıllık dönemde uygulanmaz.

Sözleşmeli aile sağlığı elemanları

MADDE 3- (1) Sözleşmeli aile sağlığı elemanları aşağıdaki usul ve esaslara göre yerleştirilir.

(2) Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) kendilerinin talebi ve Bakanlık veya kurumlarının muvafakati ile aşağıdaki öncelik ve şartlar gözetilmek suretiyle sözleşmeli aile sağlığı elemanı olarak istihdam edilirler.

a) Kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak şartıyla o ilin kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve aile hekimince talep edilen ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı), aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalayabilirler. Bakanlık bünyesinde sözleşmeli olarak çalışan ve aile hekimlerince talep edilen ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) ise istihdam edilme gerekçelerine uygun olarak ancak kendi ilçe sınırları içinde aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalayabilirler.

b) Kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire veya sağlık memurlarının (toplum sağlığı) yerleştirilmesi;

Pilot ilde aile sağlığı elemanı pozisyonlarının doldurulamaması halinde Valilik aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılmak üzere ihtiyaç duyulan yerleri ve sayıyı belirleyerek Bakanlıktan talepte bulunur. Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü ile pozisyon adedi belirlenir. Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci fıkrasındaki şartları taşıyıp pozisyona yerleşme tarihi itibarı ile altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire veya sağlık memurlarından (toplum sağlığı) aile hekimi ile anlaşanlar anlaşmış oldukları pozisyon için aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalarlar.

c) Bakanlık kadro ve pozisyonlarında 657 sayılı “Devlet Memurları Kanun”un 4 üncü maddesi (a) bendi kapsamında çalışan ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlardan “A” hizmet grubu illerde görev yapanlar aile hekimi ile anlaşmaları durumunda anlaşmış oldukları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar. Diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadro ve pozisyonlarında ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı) unvanında çalışanlar ise aile hekimi ile anlaşmaları durumunda kurumlarının muvafakati sonrası anlaşmış oldukları pozisyonlar için aile sağlığı elemanı olarak sözleşme imzalarlar. Bu bende göre istihdam edilen sözleşmeli aile sağlığı elemanlarına, yukarıdaki 2 inci maddenin ikinci fıkrasının (c) bendinin ikinci paragrafındaki hükümler uygulanır.

(3) Aile sağlığı elemanı sözleşme imzaladığı aile hekiminin görevinden ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda sözleşme döneminin bitimine kadar o pozisyonda görevine devam edebilir. Bu durumda sözleşmesini feshetmek isterse bir yıl beklemeden yeni sözleşme imzalayabilir.

(4) Üç ay içinde aile hekimi sözleşme imzalayacak bir aile sağlığı elemanı bulamaz ise aile hekiminin talebi üzerine Valilik, sözleşme imzalamak isteyen ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ile o pozisyon için sözleşme imzalayabilir.

Görevlendirme

MADDE 4- (1) Pilot ilde boş aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonları görevlendirme suretiyle doldurulur. Farklı ilçeden görevlendirme yapılması halinde, görevlendirme süresi, personelin rızası olmadıkça altı ayı geçemez.

Geçiş dönemi sonrasında atama ve yer değiştirme

MADDE 5- (1) **Geçiş dönemi sonrasında atama ve yer değiştirmeye ilişkin esaslar şunlardır:**

a) Aile hekimleri:

Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimleri ile yeniden veya ilk defa işe başlamak isteyen uzman tabip ve tabipler aşağıdaki gruplar halinde hizmet puanına göre, hizmet puanı bulunmayanlar ise müracaat tarihine göre sıralanır:

- 1) Naklen atanma talebinde bulunan aile hekimliği uzmanı tabipler,
- 2) Aile hekimleri,
- 3) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabip/diğer uzman tabipler,
- 4) Diğer tabip ve uzman tabipler.

Boşalan veya yeni açılan aile hekimliği pozisyonuna, birinci alt grubun hizmet puanı en yüksek olan personelden başlamak üzere kabul eden uzman tabip veya tabibin naklen, yeniden veya ilk defa atanması gerçekleştirilir. Açıkta atama yapılabilmesi için bütçe imkânlarının uygun olması, Bakanlığın önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü şarttır.

b) Aile sağlığı elemanları:

Aile hekiminin tercih ettiği, kendisi kabul eden ve çalıştığı kamu kurum ve kuruluşunca muvafakat verilen ebe, hemşire veya sağlık memuru (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı olarak yerleştirilir. Bu olmaz ise;

- 1) Naklen atama talebinde bulunan aile sağlığı elemanlarının,
- 2) Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ebe, hemşire veya sağlık memurları (toplum sağlığı), sıralamasına göre birinci grubun hizmet puanı en yüksek personelden başlamak üzere kabul eden ebe, hemşire veya sağlık memurunun (toplum sağlığı), naklen ataması gerçekleştirilir.

Boş aile hekimliği ve aile sağlığı pozisyonlarının duyurulması, müracaat gibi işlemler Bakanlıkça internet üzerinden yapılır.

Boşalan pozisyona müracaatı kabul edilen aile hekimi veya aile sağlığı elemanı onbeş gün içinde görevine başlamak zorundadır.

Çeşitli hükümler

MADDE 6- (1) Aile hekimi veya aile sağlığı elemanın bu Yönetmelikte düzenlenen hükümler dışında özür durumu gibi farklı nedenlerle naklen ataması yapılamaz. Bu konumdaki personel memur olarak görev yaparken sözleşmeli statüye geçmiş ise, memuriyete tekrar dönmeden tayin talebinde bulunabilir veya bu Yönetmelikteki düzenlemeye göre sıralamaya girebilir.

(2) Sözleşmeli aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının kadroları ile ilişkisi devam ettirilerek her yıl düzenli olarak kadro – derece ilerlemeleri ile intibakları yapılarak kayıtlara işlenir.

(3) Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde bu bölümdeki özel düzenlemeler dışında 8/6/2004 tarihli ve

25486 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasına devam edilir.

Ek-2

TABLO I

EĞİTİM SAYISI	EĞİTİM PUANI (İL İÇİ)	EĞİTİM PUANI (İL DIŞI)
1	100	150
2	100	150
3	150	200
4	150	200
5	200	250
6	200	250
7	200	250
8	150	200
9	150	200
10	150	200
11	100	150
12	100	150
13	100	150
14	50	100
15	25	75
16	25	75

15 inci eğitimden itibaren sabit puan uygulanır.

Ek-3

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ GİDERİ OLARAK YAPILACAK KATKILARIN TESPİTİNDE
KULLANILMAK ÜZERE AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ GRUPLANDIRMASI**

STANDART	D Grubu	C Grubu	B Grubu	A Grubu	
Muayene odasında lavabo bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.			+	+	
Muayene odası asgari 14 m ² dir.				+	

Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş panoda asılıdır. Panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olmalıdır.	+	+	+	+	
Hasta ve hasta yakınlarının şikâyet ve önerilerinin kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak şikâyet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	
Bekleme alanı; yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve gerekli malzemeye sahiptir.	+	+	+	+	
Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.	+	+	+	+	
Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).	+	+	+	+	
Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşilar ve antiserumlar için kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Aşı dolabının sıcaklık takipleri günde en az iki defa olmak üzere hafızalı termometre ile yapılarak takip edilmekte ve kayıtları tutulmaktadır.	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).		+	+	+	
Aşilar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmaktadır.	+	+	+	+	
Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m ² 'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her üç hekim için bir "gebe izlem ve aile planlaması odası" planlanır).			+	+	*
Aile sağlığı merkezinde aile planlaması için rahim içi araç uygulaması ve takibi yapılmakta ve kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır.			+	+	

Eğitim alındığının belgelenmesi kaydıyla gebe izlemleri ultrasonografi eşliğinde yapılmalı ve elektronik ortamda kayıtları tutulmalıdır.				+	
Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, mahremiyet kurallarının uygulandığı "bebek bakım ve emzirme alanı/odası" planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir).	+	+	+	+	
Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² '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.				+	
İlaçları ve miktarlarını gösteren güncel liste bulunmaktadır. Miat ve stokları takip edilen, ilaç ve aşuların listeleri güncel olarak elektronik ortamda takip edilmektedir.	+	+	+	+	
Acil seti bulunmaktadır.	+	+	+	+	
Defibrilatör (manuel veya otomatik eksternal defibrilatör) bulunmaktadır.			+	+	
Aile sağlığı merkezinde her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası planlanmıştır.				+	
Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.	+	+	+	+	
Temel ve basit laboratuvar tetkikleri ile kan alma işlemlerinin yapıldığı müstakil bir oda planlanmıştır. Bu oda diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir.			+	+	
Aile sağlığı merkezinde bir yataklı müşahede odası bulundurulur. Odada manometreli oksijen tüpü, serum askısı ve diğer malzemeler bulundurulmalıdır (bu oda diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir).				+	
Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).		+	+	+	

Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için ilave bir ebe, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalışmaktadır.					+	
Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde haftada asgari 14 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmaktadır.				+	+	*
Aile sağlığı merkezine ait aktif internet sayfası bulunmaktadır.					+	
Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 °C arasında tutulmaktadır. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanmaktadır.	+	+	+	+	+	
Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezi ile yerleşkesinde çevre düzenlenmesi ve temizliği yapılmaktadır (bu alanların tadilat ve bakımı ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).			+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tamdır (dış cephe boyası ve tamirati ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmiştir).	+	+	+	+	+	
Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte yapılmıştır.	+	+	+	+	+	
Sağlık hizmetinin verildiği yerlerde ve bekleme alanında sağlık personeli ve hastalar için yeterli düzeyde el antiseptiği bulundurulmaktadır.	+	+	+	+	+	
Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalıdır.	+	+	+	+	+	
Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmıştır.	+	+	+	+	+	
Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.					+	
Müşahede odası ve tuvaletlerde çalışır durumda acil çağrı butonu bulundurulmaktadır.				+	+	

(*)Tek hekimin çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde istenmez.

ÖZGEÇMİŞ

06.02.1981, Sinop doğumluyum. İlk, Orta ve Lise öğrenimimi İstanbul'da tamamladım. 1999 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulunu kazandım. İkinci sınıfın sonunda İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okuluna yatay geçiş yaparak 2003 yılında Lisans eğitimimi tamamladım. 2008 yılında, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında Yüksek Lisans eğitimime başladım. 2004 yılında başladığım hemşirelik mesleğime halen Şişli Perpa Sağlık Ocağında devam etmekteyim.