

**T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AİLE HEKİMLİĞİ YERİ VE ÖNEMİ İLE
HİZMETTEN YARARLANANLARIN VE HİZMET SUNANLARIN
MEMNUNİYET DURUMU KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**

**TEZİ YAZAN
HASAN AĞDEMİR**

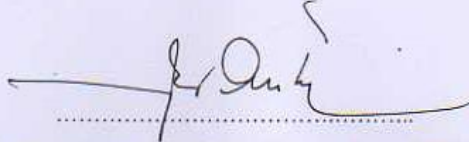
**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ESAT ARSLAN**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

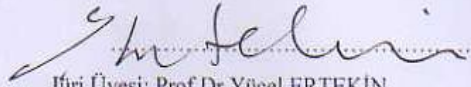
MERSİN / KASIM – 2012

T.C
ÇAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

“SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AİLE HEKİMLİĞİ YERİ VE ÖNEMİ İLE
HİZMETTEN YARARLANANLARIN VE HİZMET SUNANLARIN
MEMNUNİYET DURUMU KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA” başlıklı bu çalışma
jürilerimiz tarafından **oy birliği** ile İşletme Yönetimi Anabilim Dalında **YÜKSEK
LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



Tez Danışmanı - Jüri Başkanı: Prof. Dr. Esat ARSLAN



Jüri Üyesi: Prof. Dr. Yücel ERTEKİN



Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Köksal HAZIR

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.


19 / 11 / 2012
Doç. Dr. Haluk KORKMAZYÜREK
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ÖNSÖZ

”Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma” başlıklı tezin amacı, dünya sağlık sektörü ve özellikle Türkiye sağlık sektöründe uygulanan aile hekimliği sisteminin uygulanma biçimi , hasta ve sağlık ekibi açısından yararları, ülke ekonomisine katkısı, aile hekimliği hizmetinde hasta memnuniyet durumu ve aile hekimliği uygulamasına yönelik sorunlar ve bunlara çözüm önerilerinin getirilmesidir.

Tez çalışmam boyunca yardımları ve değerli önerileri ile çalışmalarına ışık tutan tez danışman hocam Prof. Dr. Esat ARSLAN’a ve yüksek lisans öğrenimim boyunca gösterdiği fedakarlık ve emekleri için eşim Hatice AĞDEMİR’e teşekkür ederim.

14 Kasım 2012

HASAN AĞDEMİR

ÖZET

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AİLE HEKİMLİĞİ YERİ VE ÖNEMİ İLE HİZMETTEN YARARLANANLARIN VE HİZMET SUNANLARIN MEMNUNİYET DURUMU KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

HASAN AĞDEMİR

Yüksek Lisans Tezi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Esat Arslan
Kasım 2012, 144 Sayfa

Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır. Sağlık sektöründeki çalışmaların temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir. Bu amaçlara ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi, yaygınlaştırılması ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda ‘‘Herkes İçin Sağlık’’ hedefleri arasında saymaktadır.¹ Ülkemizde de bu hedefleri gerçekleştirmek amacıyla aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerini, görevleri net tanımlanmış ve gerekli eğitim ve beceri ile donanmış ekipler eliyle, entegre bir şekilde sunulması çalışmaları başlatılmıştır. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelere dir. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünü azaltmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

Bu çalışmanın amacı, Aile hekimliği uygulamasının ülkemizdeki uygulanma yöntemi, yeri, önemi, ülkemiz sağlık sektörüne getirdiği değişiklikler ve ekonomik olarak

¹ Nusret Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara, 1983,s:38.

sağladıklarının tespit edilmesidir. Ülkemizde bulunan Sağlık Ocağı ve Sağlık Evlerinde Aile Hekimliği uygulaması, Aile Hekimliği uygulamasıyla bu kurumlarda verilen sağlık hizmetlerindeki değişim, kurum ve çalışanlar açısından avantaj ve dezavantajları. Toplumun Aile Hekimliği uygulamasına olan ilgisi, talepleri ve halkın memnuniyet durumu, aile hekimliğinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kurumlarına sağladığı kolaylıklar, aile hekimliği uygulamasının etkin ve başarılı bir şekilde uygulanması için alınması gereken önlemlerin saptanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık, Sağlık Evi, Sağlık Ocağı.

ABSTRACT

PLACE AND THE IMPORTANCE OF THE FAMILY PRACTICE IN THE HEALTHCARE / CARE SECTOR AND ONE CASE STUDY ABOUT THE SATISFACTION LEVEL OF THOSE BENEFITING FROM THESE SERVICES

Hasan AĞDEMİR

Master's Thesis, Department of Business Administration

Thesis Advisor: Prof. Dr. Esat ARSLAN

November 2012, 144 Page

Among the modern health care system's outstanding aims is to provide access to healthcare services, make people benefit from these services with their needs and so to increase the quality of life and standard of services. Main purpose of the works in health care sector is to be organized, financed and provided the services effectively, efficiently and fairly. In order to reach these objectives, first level healthcare services should be targeted to be reorganized, expanded and supplied to end-users in a modernized way. World Health Organization, counts among its targets to enable people to reach the basic family and social healthcare services based upon their family in a better way up to 2010 and 'Health for Everybody' in 21st century. As it is all over the world, in our country, in order to be realize these aims, basic family and social health care services have started to be performed completely by trained healthcare staff whose duties are defined clearly and who are equipped with required skills. The aim of family practice is to provide first level health care services with people in a professional mood with the participation of society in living and working areas of people using protective, diagnostic, treating and rehabilitating methods. Main principles of family practice are to develop and empower it in sustainable education, motivate physicians and other staff using different elements, to weight on protective healthcare system considering individual needs and to apply an acceptable reference system. Performance of an efficient first level health care service can give opportunities for high level health care services to offer more quality services and education as well as a decrease in the patient load of this level.

The aim of present study is to determine the place, importance and application method of family practice in our country and the changes and contributions it has introduced into our healthcare system. In addition, family practice in health care centres, changes in the conventional practice caused by family practice application, its advantages and disadvantages for institutions and staff, social interest in family practice, demand and satisfaction level of people, easiness family practice provides to second and

third level health care institutions and the cares to be taken for the efficient and successful application of family practice are determined in the study.

Keywords: Family Practice, First Level Healthcare Services, Health Care Centre, Health Care House.

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇS	:Ana Çocuk Sağlığı
AH	: Aile Hekimi
ABFP	: Amerikan Aile Hekimliği Birliği
AHU	: Aile Hekimliği Uygulaması
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ANAR	: Ankara Sosyal Araştırmalar Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DB	: Dünya Bankası
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ETF	: Ev Halkı Tespit Fişi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
OECD	: Organization for Economic Co- operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
PDC	: Personel Dağılım Cetveli
RG	: Resmi Gazete
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	:Sosyal Güvenlik Kurumu
SPGK	: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
WB	: World Bank (Dünya Bankası)
WHO	:World Health Organization
WONCA	:World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları	20
Tablo 2.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut ve Planlanan Sunumu.....	34
Tablo 3.	Sağlık Sektöründe İ ve Dış Müşteriler	51
Tablo 4.	Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi	65
Tablo 5.	Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	67
Tablo 6.	Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı.....	69
Tablo 7.	Aile Sağlığı Merkezine Ulaşım Şartları Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	75
Tablo 8.	Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Koşulu Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	77
Tablo 9.	Kayıt İşlemlerinin Süresi Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	80
Tablo 10.	Aile Hekiminin Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Olan Etkisi	82
Tablo 11.	Aile Sağlığı Elemanının Hastaya Karşı Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmet Türleri	3
Şekil 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	8
Şekil 3. Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli	18
Şekil 4. 2012 Yılında Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri İçin Ayrılan Bütçe	19
Şekil 5. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İllerde Birinci Basamak ve Hastanede Yapılan Muayenin Oransal Dağılımı	36
Şekil 6. Sağlık Hizmeti Kalite Belirleyicisi	50
Şekil 7. İyi Müşteri Çevrimi	53

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.	Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi.....	63
Grafik 2.	Ankete Katılan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı	64
Grafik 3.	Ankete Katılan Kişilerin Yaş Dağılımı	66
Grafik 4.	Ankete Katılan Kişilerin Öğrenim Durumu Dağılımı.....	68
Grafik 5.	Hastaların Aile Hekimine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı	70
Grafik 6.	Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi	71
Grafik 7.	Aile Hekimliği Uygulamalarından Bilgi Edinme Noktasına Göre Dağılımı.....	72
Grafik 8.	Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Konusunda Bilgi Düzeyi	73
Grafik 9.	Aile Hekimine Ulaşılabilirlik Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	74
Grafik 10.	Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Durumunun Değerlendirilmesi	76
Grafik 11.	Kayıt ve Tıbbi İşlem Uygulayan Personelin Davranışının Değerlendirmesi.....	78
Grafik 12.	Hastaların Aile Hekimliğinde Kayıt İşlem Süresinin Değerlendirmesi...	79
Grafik 13.	Aile Hekiminin Muayene Odasında Karşılama, Nezaket ve Davranışının Değerlendirmesi.....	81
Grafik 14.	Aile Hekiminin Muayenesi, Muayene Esnasında Dinlemesi ve Soru Sorulmasına Zaman Tanımasının Değerlendirilmesi.....	83
Grafik 15.	Aile Hekiminin İlaç Kullanımı ve Yan Etkisi Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi	84
Grafik 16.	Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik ve Tedavinin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi	85
Grafik 17.	Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının Davranışının Değerlendirilmesi	86
Grafik 18.	Aile Hekimliğince Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi	88
Grafik 19.	Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Ocakları Sistemine Göre Değerlendirilmesi.....	89
Grafik 20.	Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri Arasında Tercih Durumu.....	90
Grafik 21.	Görev Yaptığı Sağlık Kuruluşunun Fiziki Koşullarından Memnuniyet Durumu.....	91
Grafik 22.	Yaptığı İşe Karşılık Alınan Ücretten Memnuniyet Durumu	92
Grafik 23.	Yetki Ve Sorumluluklarının Açıkça Belirlenmiş Olma Durumu	93
Grafik 24.	Çalışma Saatlerinden Memnuniyet Durumu	94
Grafik 25.	Kurumuna Başvuran Hasta Sayısı ile İlgili Memnuniyet Durumu	95
Grafik 26.	Uygulanmakta Olan Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu	96

İÇİNDEKİLER

KAPAK.....	I
TEZ İMZA SİRKÜLERİ.....	II
ÖNSÖZ.....	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
TABLolar LİSTESİ	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
GRAFİKLER LİSTESİ	XI
İÇİNDEKİLER	XII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR VE GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DÜNYADAKİ AİLE HEKİMLİĞİ.....	3
1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	3
1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	4
1.1.2. Temel Sağlık Hizmetleri Türleri.....	4
1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.1.2.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	6
1.1.3. Türk Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.3.1. Türk Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu.....	7
1.1.3.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları	9
1.1.3.2.1. Örgütlenme İle İlgili Sorunlar.....	9
1.1.3.2.2. Yönetim/İşletme İle İlgili Sorunlar	10
1.1.3.2.3. İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar.....	11
1.1.3.2.4. Enformasyon ve Değerlendirme İle İlgili Sorunlar	12
1.1.3.2.5. Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar	12
1.2. Aile Hekimliği İle İlgili Genel Kavramlar	13
1.2.1. Aile Hekimliği Kavramı	13
1.2.2. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri	14
1.2.3. Aile Hekimliği Disiplinin Genel Özellikleri	14

1.2.4. Aile Hekimlerinin Nitelikleri	15
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Finansmanı	17
1.3.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Elde Edilmesi	21
1.3.1.1. Genel Vergilerle	21
1.3.1.2. Sigorta Şeklinde, Bağkur, Emekli Sandığı	22
1.3.1.3. Kişisel Harcama	23
1.3.1.4. Gönüllü Kuruluşlar ve Vakıflar	23
1.4. Geçmişten Günümüze Dünyadaki Aile Hekimliği Kurumu	23
1.4.1. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler	24
1.4.1.1 Almanya	24
1.4.1.2. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	24
1.4.1.3. İngiltere	25
1.4.1.4. İsrail	25
1.4.1.5. Kanada	26
1.4.1.6. Norveç	26
1.4.1.7. Portekiz	26
1.4.1.8. Hollanda	27
1.4.1.9. Danimarka	27
1.4.1.10. Polonya	27
1.4.1.11. Çek Cumhuriyeti	28
1.4.1.12. Bulgaristan	28
1.4.1.13. Küba	28
1.4.1.14. Finlandiya	29

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ POLİTİKASI AİLE HEKİMLİĞİNİN YAPISI.....	30
2.1. Türkiye’de Aile Hekimliği Politikası	30
2.1.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi	30
2.1.1.1. 1923- 1937 Yılları Arası Sağlık Politikaları	30
2.1.1.2. 1938- 1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	30
2.1.1.3. 1961- 1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
2.1.1.4. 1980- 1990 Yılları Arası Sağlık Politikaları	31
2.1.1.5. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı	31
2.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Yapısı	33

2.2.1. Türkiye Aile Hekimliği Modeli	33
2.2.1.1. Aile Sağlığı Merkezleri	34
2.2.1.2. Toplum Sağlığı Merkezi	34
2.2.1.3. Eğitim ve Sertifikasyon.....	36
2.2.1.4. Çalışma şekli ve Ücretlendirme.....	36
2.2.1.5. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü	37
2.2.1.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı.....	38
2.2.1.7. Çalışma Saatleri ve İzin	39
2.2.1.8. Aile Hekimliği Hizmetleri.....	39
2.2.1.9. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim.....	39
2.2.1.10. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler	40
2.2.1.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri.....	40
2.2.1.12. Performans Kriterleri	40
2.2.1.13. Amaç ve Hedefler	41
2.2.1.14. Aile Hekimliği Geçiş Nedenleri	42
2.2.1.15. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları.....	42
2.2.1.16. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçişte Önemli Hususlar	43
2.3. Aile Sağlığı Birimi /Merkezi Standartları	44
2.3.1. Yerleşim	44
2.3.2. Fiziksel Mekan.....	44
2.3.3. Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi	45
2.3.4. Aile Hekimine Yapılan Ödemeler ve Kesintiler	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ	48
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	48
3.1.1. Kalite Kavramı.....	48
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	49
3.2. Hasta-Müşteri Memnuniyeti.....	50
3.2.1. Hasta-Müşteri Memnuniyeti	50
3.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi	51
3.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	53
3.3. Hasta Memnuniyetinin Boyutları.....	54
3.3.1. Hasta- Doktor İlişkisi	55
3.3.2. Hasta –Hemşire İlişkisi.....	56
3.3.3. Hasta Diğer Personel İlişkisi	56

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	57
4.1. Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler	57
4.1.1. Araştırmanın Konusu	57
4.1.2. Araştırmanın Önemi	57
4.1.3. Araştırmanın Amacı	58
4.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi	58
4.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	58
4.1.6. Araştırmanın Hipotezleri	59
4.1.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	62
4.1.8. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi	62
4.2. Alan Araştırma Sonuçlarının Analiz ve Yorumları	63
4.2.1. Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi.....	63
4.2.2. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Veriler	64
4.2.2.1. Cinsiyet	64
4.2.2.2. Yaş	66
4.2.2.3. Öğrenim Durumu	68
4.2.2.4 Aile Hekimine Başvuru Nedeni	70
4.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi	71
4.2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi.....	71
4.2.3.2. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Edinme Noktası.....	72
4.2.3.3. Aile Hekimi Seçme ve Değiştirme	73
4.2.4. Aile Sağlığı Merkezinin Değerlendirilmesi.....	74
4.2.4.1. Ulaşılabilirlik Düzeyi	74
4.2.4.2. Fiziki Koşul.....	76
4.2.5. Aile Hekimliğinde Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi	78
4.2.5.1. Kayıt ve Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı	78
4.2.5.2. Kayıt Süresi.....	79
4.2.6. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Hekiminin Değerlendirilmesi	81
4.2.6.1. Aile Hekiminin Davranışı	81
4.2.6.2. Muayene – İletişimi	83
4.2.6.3. İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilendirme	84
4.2.6.4. Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme	85
4.2.7. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Sağlığı Elemanının Değerlendirilmesi	86
4.2.7.1. Aile Sağlığı Elemanının Davranışı.....	86

4.2.8. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi	88
4.2.8.1. Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi	88
4.2.8.2. Eski ve Yeni Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	89
4.2.8.3. Tercih	90
4.2.9. Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	91
4.2.9.1. Fiziki Koşul	91
4.2.9.2. Alınan Ücret	92
4.2.9.3. Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi	93
4.2.9.4. Çalışma Saatleri	94
4.2.9.5. Hasta Yoğunluğu	95
4.2.9.6. Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu	96
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
6. KAYNAKLAR.....	105
7. EKLER	112
7.1. EK 1: SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT ŞEMASI.....	112
7.2. EK 2: AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU	113
7.3. EK 3: AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞME ÖRNEĞİ.....	118
7.4. EK 4: AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ HİZMET SÖZLEŞME ÖRNEĞİ	120
7.5. EK 5: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ	122
7.6. EK 6: AİLE HEKİMLİĞİ DOKTOR VE SAĞLIK PERSONELİ BEKLENTİLERİ ANKETİ	123
7.7. EK 7: AİLE HEKİMLİĞİ HASTA BEKLENTİLERİ ANKETİ	126

GİRİŞ

Her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Sağlık hakkının korunması, bireysel sağlıktan toplum sağlığına uzanan zorlu bir süreç gerektirir. Devlet, herkesin hayatını, bedenini ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir. Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmış ülke olarak görülmektedir.

Sağlığın bütün yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır. Ülkemiz hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına sahiptir. Ülkemizde Sağlık hizmetleri merkezi planlama ve yönetimle yürütülür. Ülkenin her yerindeki sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olarak yürütülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı yaklaşık 6000 sağlık ocağı, 6000 sağlık evi ve 650 hastane sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık hizmeti veren bu birimlerin yapımı, onarımı, işletilmesi, personel temini, hizmetin planlanması ve denetimi doğrudan merkezden ya da taşra teşkilatı aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlıklı yaşam insanların en doğal hakkıdır ve bu husus Anayasamızın 56. maddesinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin vatandaşların ödevidir. ” şeklinde teminat altına alınmıştır.²

Avrupa ülkeleri öncelikli olmak üzere birçok dünya ülkesinde başarıyla uygulanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ve maliyete etkisi giderek daha iyi anlaşılakta ve yapılan reformlarla daha da yaygınlaştırılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde Aile Hekimliği ana görevi üstlenmektedir. Aile Hekimliği; Birey ve aileleri sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren , klinik bilimler ve davranış bilimleriyle iç içe bir faaliyet gösteren, tüm yaş gruplarını, her iki cinsiyeti,

² Recep Akdağ, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004, s:11.

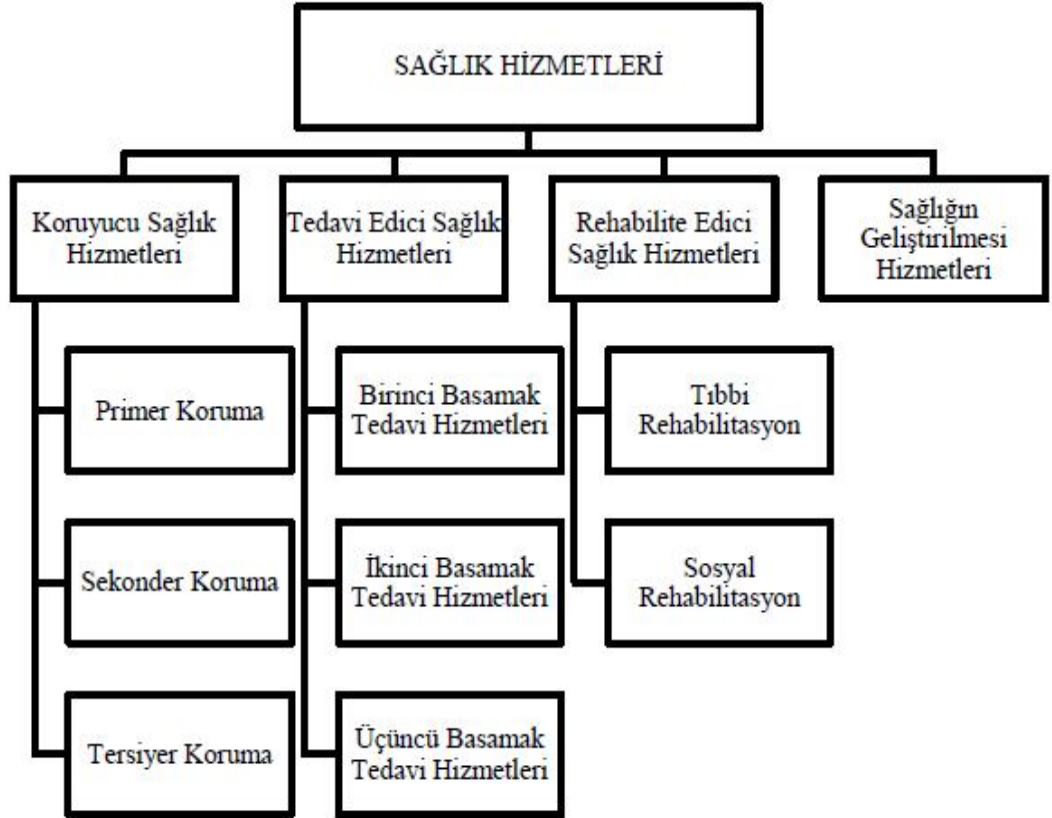
tüm sistemleri ve hastalıkları içine alan uygulamadır. Aile Hekimliği, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan ilk başvuracakları ve sağlık hizmeti alacakları doktorluk uygulamasıdır. Aile hekimliği topluma, sağlık hizmetlerinde rehber hizmet sunucusu ve koordinatörlük yapan birinci basamak sağlık hizmetidir. Aile Hekimliğinin etkin ve başarılı bir şekilde uygulanan sevk sistemi oluşturularak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğunu azaltıp sağlık hizmet sunumunda tıkanmaları önleyecek, maliyet açısından tasarrufu sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören bu yöntem hizmetin uygun basamakta verilmesidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR VE GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DÜNYADAKİ AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımı, günümüze kadar ki sağlık sistemi ve aile hekimliği uygulamasına yer verilmektedir.



Şekil 1. Sağlık Hizmet Türleri³

³ Tancu Söyleyici, "Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi" Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilimdalı Denizli, 2010, s: 17.

1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Bir çok ülkede sağlık hizmetleri, sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı görülmüştür. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak, tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerini genel anlamda incelemeye önce sağlık ve hastalığın tanımlarını ve bunların birbirinden farklı olduklarının belirtilmesi gerekmektedir. Sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanımdan dolayı hastalık kavramı ön plana çıkarılmış, kişilerin/toplumların sağlığı buna bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Hastalık kavramındaki bu göreceliliğe ve değişkenliğe karşın, tıp çevreleri hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır. En çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık sadece hastalığın bulunmaması değil bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Hastalık ise sağlıkla ilgili bir düzensizlik olarak algılanmaktadır. Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir.⁴ Sağlık hizmetleri gerçekte bir bütün olmakla birlikte, anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla;

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri
- Sağlığın geliştirilmesi, hizmetleri olmak üzere dört bölümde ele alınmaktadır.

1.1.2. Temel Sağlık Hizmetleri Türleri

1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu grubun içinde yer almaktadır. Üç şekilde ele alınır.

⁴ <http://bsm.gov.tr/ailehekimligi/tanimi.htm>, Erişim Tarihi: 06. 02.2012.

Primer Koruma: Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması primer korumadır.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması sekonder korumadır.

Tersiyer Koruma : Hastalıklara bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak da iki farklı şekilde ele alınır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; insanın çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü olarak ifade edilebilir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeterli miktarda ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, haşerelerle savaş, hava kirliliği ile savaş ve radyasyonla ve gürültü ile savaş sıralanabilir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu konuda ki görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir. İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri dolayısı ile toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile zararsız veya en az zararla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülmektedir.

1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmadır. Üç aşamada ele alınır.

• **Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir. Ülkemizde bu sağlık hizmeti veren kuruluşlar; Sağlık evi, sağlık ocakları, muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, Ana- Çocuk

Sağlığı Merkezleri yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinin giriş kapısıdır. Bu nedenle önem arz etmektedir. Birinci basamak hastayla ilk temas sağlandığı yerdir; sürekli, kapsamlı ve eşgüdümlü hizmetlerin verildiği alandır. İlk temas, ihtiyaç duyulduğunda erişilirdir; süreklilik belirli bir hastalığın kısa süredeki varlığı süresince değil bir kişinin uzun dönemde sağlığı üzerinde odaklanır; kapsamlılık, belirli bir topluluk içinde görülüp birinci basamak düzeyinde ele alınabilecek yaygın sorunlarla ilgilidir; nihayet eş güdüm ise hastanın gerek duyabileceği uzmanlık hizmetlerinin eş güdümünde birinci basamağın oynadığı rolü ifade eder .⁵

• **İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:** Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği yataklı sağlık hizmeti veren yerlerdir. Ülkemizdeki devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlar arasında yer alır.

• **Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:** İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yaş gruplarına hizmet verir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

1.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık 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 edici sağlık hizmetleri, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır . Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri iki şekilde verilmektedir.

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların düzeltilmesi

Sosyal Rehabilitasyon: İş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamadır.

⁵ Recep Akdağ, a.g.e., s: 64.

1.1.3. Türk Sağlık Hizmetleri

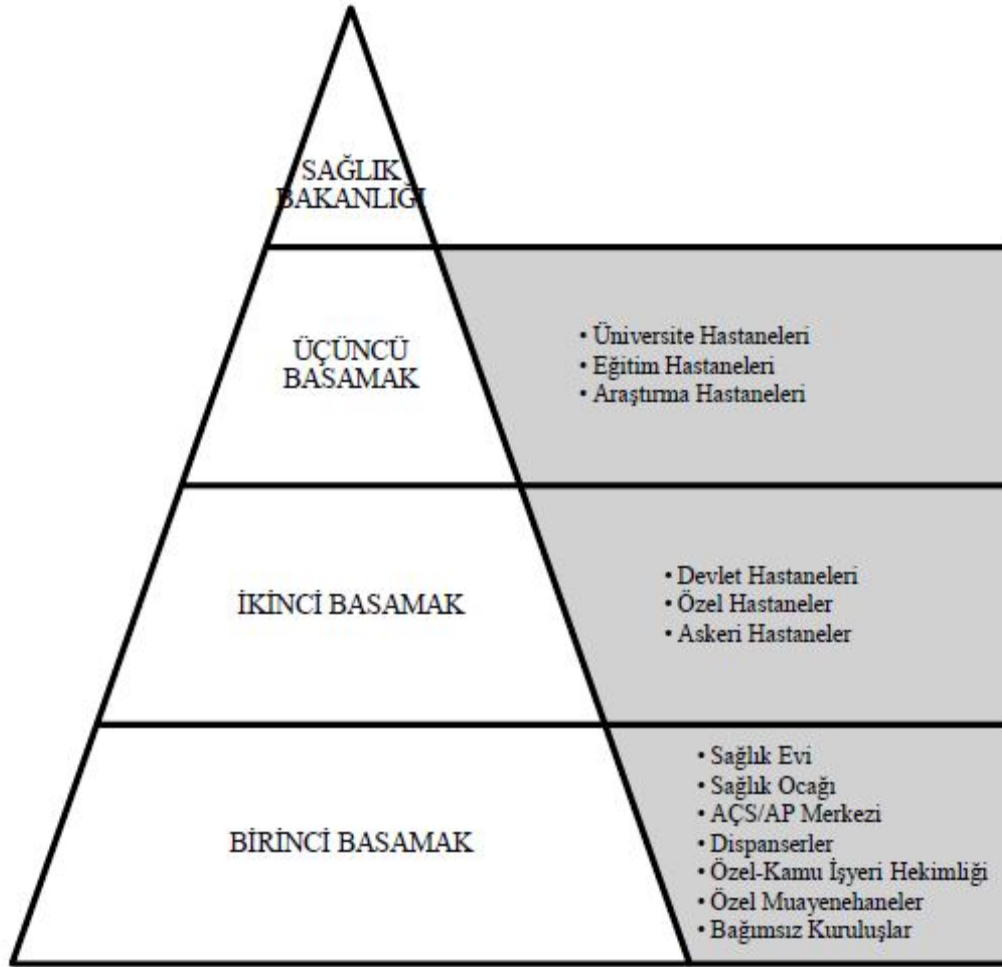
1.1.3.1. Türk Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu

Türk sağlık sisteminde sağlık hizmetleri merkezi planlama ve yönetimle yürütülmektedir. Ülkedeki tüm sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığınca merkezden yönetilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan bu kuruluşların yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlanması ve denetimi gibi işler ya merkezden veya taşra teşkilâtına bağlı olarak yürütülmektedir.

Ülkemizde 1980'li yıllardan itibaren sağlık alanındaki çalışmaların amacı, sağlık sektörünü en gelişmiş modern bir şekilde gereksinimlere cevap verebilecek hale getirmek olmuştur. 1990 sonrası sağlık reformlarında ise, gelişmiş ülkelerde uygulanan sağlık hizmet sunum ve finansman modellerinin benzerleri ülkemizde uygulamaya konulmuştur. 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" un ortaya çıktığı,dönem itibari ile gelişen ve değişen kentleşme olgusu, ilgili yasa çerçevesinde oluşmuş mevzuatı, amacından uzaklaştırmış ve sorunlara cevap veremez duruma getirmiştir.

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki özelleşme ile birlikte bizzat kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen birçok hizmetin özel sektöre yaptırılmaktadır. Sosyal devlet anlayışı gereği ülkemizde devletin sağlık konusunda sorumlulukları halen devam etmekte ve devletin temel sorumlulukları arasında, vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetine zamanında ulaşabilmesi ve ona uygun hizmetin verilmiş olması yer almaktadır. Sosyal devlet olgusuyla tanımlanan ülkemizde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tümü devletin sorumluluğundadır. 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerinde planlayan ve denetleyen bir role dönüştüğü görülmektedir.

Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi T. C. Sağlık Bakanlığı'nındır. Sağlık Bakanlığı 24. 01.1989 tarih ve 356 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile sağlıkla ilgili her türlü faaliyeti planlama, denetleme ve uygulandıktan birinci derecede sorumlu olarak tanımlanmıştır. Tedavi edici hizmetlere diğer bakanlıklar, iktisadi kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşların da katıldığı ancak, koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Türk sağlık sisteminde sunulan sağlık hizmetleri aşağıda verilen şekil ile açıklanabilir:



Şekil 2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu⁶

Etkili ve verimli bir sağlık hizmetinin sunumu için dünyada genel kabul görülen yöntem, hizmetin en uygun basamakta verilmesidir. İyi işleyen bir sağlık sisteminde bu hizmetlerin aşağıdan yukarıya doğru daralan bir piramit şeklinde uygulanmaktadır. Bu karmaşık yapı ve etkin bir sevk zinciri uygulamasının getirilmemesi nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleri verimlilikten uzaklaşmaktadır. Diğer yandan “Sevk zinciri uygulamasının olmayışı, hem kaynakların adil kullanımına engel olmakta, hem de genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır” ifadesi basamaklar arası etkili bir sevk zinciri uygulamasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.⁷

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kişilerin ilk başvuru noktasıdır. Fakat faydalı bir ilk basamak sağlık hizmeti sunumunun olmaması, nedeniyle

⁶ T. C. Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Editör: Sabahattin Aydın, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2004, s:10.

⁷ Sabahattin Aydın, “**Sağlıkta Dönüşüm Programı**”, Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Toplantısında Sunulan Bildiri, Bolu, 2004, s:15.

bu görevler ikinci ve üçüncü basamak tarafından üstlenilmektedir. Böylece ikinci basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğuna yaşanmakta, sağlık hizmetinin sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. 29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı resmi gazete ile “Sağlık Uygulama Tebliği ile” etkin bir sevk zinciri uygulamaya konulması amaçlanmış ise de, tam olarak yürütülemediği⁸ Etkin sevk zincirinin olmaması ikinci basamaktaki yığılmalara yol açarak hizmet kalitesini ve etkinliğini düşürdüğü ve büyük sıkıntılar veren bu sorunların büyük bir bölümünün, birinci basamakta çözümlenebileceğini görülmektedir.

1.1.3.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları

Anayasaya göre devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Ülkemiz nüfusunun önemli bir bölümü sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının da düşük olduğu görülmektedir. DPT 2001 yılında 8. Kalkınma Planı çerçevesinde hazırlanmış olduğu “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”nda özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslamasında standart bir sağlık kalitesinin olmadığını belirtmektedir.⁹ Türk sağlık hizmetlerinde mevcut sorunlar; mevzuatla ilgili, insan kaynakları yönetimi ile ilgili, yönetim ve örgütlenme ile ilgili, hizmet sunumu ile ilgili, enformasyon ile ilgili ve finansmanla ilgili sorunlar bulunmaktadır. Sağlığa ayrılan bütçe payının az olması, personel istihdamındaki eksiklikler ve sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı, aşırı merkeziyetçi olmasıda görülmektedir. Türk sağlık sistemi değişen ülke gereksinimleri sürekli gelişmekte olan sağlık hizmetleri karşısında yetersiz kalmakta bu durum da sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

1.1.3.2.1. Örgütlenme İle İlgili Sorunlar

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin belirlenmesi ve planlanması Sağlık Bakanlığı ve DPT sorumluluğundadır. Sağlık alanında kullanılan kredilerin koordinasyon ve yönetim sorumluluğu Sağlık Bakanlığının dışında olan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde yürütülmektedir. Ülkemizde sağlık hizmeti veren tüm kurumlar

⁸ <http://aile-hekimligi.uludağ.edu.tr/nedir.html> Erişim:03.09.2011.

⁹Kadri Ersoy, **Aile Hekimliği Uygulama Dosyası, Türkiye’de Aile Hekimliği**, Aktüel Tıp Dergisi, 2010, Sayı: 1, ss:4-13.

Sağlık Bakanlığına bağlı bulunmamaktadır. Üniversite ve Kızılay gibi sağlık kurumları kendi hastane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermekte ve bu durum da örgütlenmede karmaşıklığa yol açmaktadır. Örgütlenme ile ilgili başka bir sorunda sağlık hizmetinin, aynı aileye, farklı kurum ve kuruluşu bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere aile hekimi, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastaneleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastaneler tarafından verilebilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara, işin sahipsiz kalmasına, plânlamalarda güçlükler ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır. Sağlık sektörünün, çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilemediği görülmektedir. Türk sağlık hizmetleri hem sunum hem de finansman olarak çok karmaşık ve parçalı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Bu örgütlenme karmaşıklığı, organize edilememesi hizmetin verimli kullanılmasına engel olmaktadır. Görev tanımlarında eksiklikler, denetimsizlik ile bilgi eksiklikleri örgütlenmede sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

1.1.3.2.2. Yönetim İle İlgili Sorunlar

Sağlık hizmetlerinde yönetim ile ilgili en önemli sorun, aşırı merkeziyetçilik ve yetkilerin üst seviyede toplanmış olmasıdır. Kırsal kesimde hizmet veren sağlık teşkilatları yeterli ve deneyimli insan gücü ile desteklense de yetki ve sorumluluğun merkezde olması uygulamada bağımlılığa yol açmaktadır. Merkeziyetçi yapının yanında karar alma ve uygulamaya ilişkin tüm yetkinin Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması, konuyla ilgili örgütlü toplumla yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle sağlık politikaları dönemsel hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde hekimlerin yönetimdeki etkisi büyüktür. Sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti olduğu düşünülürse, yönetsel işlevlerin ve kimliklerin de önemi olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde nitelikli yönetici yetersizliğinin bulunmaktadır.

Ülkemiz sağlık düzeyinin çok iyi düzeyde olmasının ve sağlık sektörünün içinde bulunduğu çıkmazın temelinde kaynak yetersizliği, sağlık insan gücü ve araç-gereç eksikliğinden ziyade “kötü yönetim”in ve hatta bazen “yönetimsizliğin” rol oynadığı belirtilmektedir. Sağlık örgütlenmesinde kırsal ve kent yaşamına göre örgütlenme farklılığı ortaya konulmamıştır. Sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdümün yetersizliği, nitelikli yönetici yetiştirme programlarının

uygulanmaması ve yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince yararlanılamaması yönetimle ilgili yaşanan diğer sorunlar olarak görülmektedir.

1.1.3.2.3. İnsan Kaynakları İle İlgili Sorunlar

Sağlık hizmetlerinde diğer bir sorun ise personel istihdamındaki yanlışlıklardır. Hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin yarısına yakın bir bölümü büyük şehirlerde hizmet vermektedir. Aynı zamanda özel sektörde çalışan sağlık personellerinde önemli bir kısmı bu şehirlerde görev yapmaktadır. Ülke genelinde birinci basamakta çalışan hekimlerin oranı % 15'dir.¹⁰ Ülkemizde hekim ve diğer sağlık personelinin dağılımında hem bölgesel hem de aynı il içinde farklılıklar görülmektedir. Kırsal alanda personel istihdamında sıkıntı yaşanırken, kentsel alanda yığılmalar görülmektedir. Kanun çıkarılarak eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır. Özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerleşim birimlerinde personel sıkıntısı giderilmektedir. Aile hekimliği uygulaması ile özellikle hekimlerde yaşanan bu sıkıntılar giderilmeye çalışılmıştır.

Sağlık alanında yaşanan sorunları çözüme kavuşturabilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı aile hekimliği modelinin yerleştirilmesi düşünülmektedir.

Topluma yönelik uygulanması planlanan aile hekimliği uygulamasının verimli olabilmesi için ekonomik, sosyal, kültürel faktörlerin yanı sıra çalışanların da aile hekimliği uygulamasını anlayıp benimsemiş olmaları gerekmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve personel istihdamında önemli sorunlar bulunmaktadır. Doğu- batı bölgeleri veya kır- kent yerleşim yerlerine göre dağılımındaki dengesizlik, bölgelerarası kalkınmışlık farkı, eğitim ve teknolojik imkânların büyük illerde olması, sosyal imkânsızlık gibi nedenlerden kaynaklandığı görülmektedir. Personel dağılımını düzenlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmış olsa da bu sorun devam etmektedir.

¹⁰ Ata Soyer, **Aile Hekimliğine Götüren Nedenler Türkiye'de Aile Hekimliği**, Aktüel-Bilimsel Tıp Dergisi, Ankara, 2008, Sayı 1, ss:8-20.

1.1.3.2.4. Enformasyon ve Değerlendirme İle İlgili Sorunlar

Sağlık ocaklarında bölge nüfusunun tespitinde ‘ev halkı tespit fişleri’ (ETF) kullanılmaktaydı. Her aile için bir “ev halkı tespit fişi” (ETF) doldurulur, her birey için ise birer “kişisel sağlık fişi” çıkartılırdı. Bu formlar sağlık ocaklarında da etkili olarak kullanılmamıştır. Teknoloji çağında olmamıza karşın elektronik ortamda kayıt tutabilen sağlık kuruluşlarının çok az sayıdadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili verilerde önemli ölçüde bilgi eksikliği vardır. Bilgi akışının düzgün sağlanamaması toplanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğunu şüpheli kılmaktadır.

1.1.3.2.5. Hizmet Sunumu İle İlgili Sorunlar

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı üzerindeki etkileri farklı sınıf, topluluk veya coğrafi bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizlikler bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık hizmetlerinde gelirin eşit olmayan şekilde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlikler nedeniyle ülkemiz sağlık durumunun çok gelişmiş olmadığı öngörülmektedir. Sosyo- ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergelerinin çok iyi olmadığı görülmektedir. Ülkemizdeki sağlık verilerine bakıldığında, Türkiye’deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenabilir ve kontrol edilebilir nedenlerden kaynaklandığı gösterilmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın % 2’ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir.¹¹

Sevk zinciri aile hekimliği uygulamasıyla gelen bir yeniliktir. Aile hekimliği sevk uygulaması, ikinci basamaktaki yığılmalar ile hizmet kalitesini ve etkinliğini düşüren ve büyük sıkıntılar veren sorunların büyük bir bölümünün, birinci basamakta çözümlenmesini sağlayacağı öngörülmektedir. Diğer yandan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında ilişkilerin kopuk olması hizmetlerin niteliğini düşürdüğü görülmektedir.

¹¹ Devlet Planlama Teşkilatı, **2005 Yılı Programı**, Ankara, 2004, s:143.

1.2. Aile Hekimliği İle İlgili Genel Kavramlar

1.2.1. Aile Hekimliği Kavramı

Aile Hekimliği; Birey ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti veren, biyolojik klinik ve davranış bilimleri ile iç içe alan, faaliyet alanı içinde , tüm yaş gruplarını , her iki cinsiyeti, tüm sistemleri ve bütün hastalıkları kapsayan bir uzmanlık alanıdır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) Aile hekimliği kavramı ise şöyledir: ”Kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra , konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur.”¹² Aile Hekimliği uygulaması hem ailelere hem de kişilere kesintisiz ve çok yönlü olarak sağlık hizmeti verilmesidir. Aile hekimi anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanıdır. Aile hekimliği her yaşta bireye hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmeti sunar. Aile hekimi hastaların ilk başvuracağı hekimdir. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine en yakın kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psiko- sosyal çevre ve mevcut akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Aile Hekimi beraberindeki ekibi ile birlikte ilgi alanındaki kişilerin sağlık düzeyini yükseltmekten sorumludur. Aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyetinin arttığı, hekim birey ilişkisi süreklilik kazandığı görülmektedir. Aile hekimleri sadece bireyleri değil, bireyleri aileleri ve toplum içinde değerlendirdiklerinden dolayı bu adı almıştır. Aile hekimi kendisine kayıtlı olan bireyler ile bütün sağlık sistemi arasında aracılık yapar ve sağlık sorunlarında bu süreci koordine eder. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre aile hekimleri kendilerine yapılan başvuruların % 80-90'ına sorunun niteliğinden bağımsız olarak kesin çözüm getirebilmektedirler. Bu başvuru sırasında hastalıkların çok büyük kısmı tedavi edilir (%90-95).¹³ Aile Hekimleri bir üst sağlık basamağına sevk ettiği hastaları da izler ve onların sorumluluğunu taşır. Aile Hekimi hastanın sorunları çözümlenirken hastalığın

¹² Recep Akdağ, a.g.e., s:36.

¹³ Zafer Öztekin, **Temel Sağlık Hizmetleri**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1992, s: 27.

aile üzerine etkileri ve ailenin hastalık üzerine etkileri dikkate alınarak, sorunun çözümlenmesi için tedavinin planlanması aşamasında, hastanın ve ailenin görüşleri alınarak ortaklaşa bir tedavi planının hazırlanması hastanın tedaviye uyumunu artırır ve tedavi etkinliğini artırır. Aynı zamanda aşılama, bebek ve gebe izlemi, aile planlanması, danışmanlık hizmeti sunar. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar hakkında bireyleri bilgilendirir ve koruyucu önlemlerin alınmasını sağlar, çevre için yerel yönetimlerle işbirliği yaparak koruyucu hekimlikte yapar.

1.2.2. Aile Hekimliği Disiplin İlkeleri

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını yâda biçimini ifade etmektedir. Aile hekimliğini, hem bir tıp disiplini hem de sağlık hizmet sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde belirleyici rolü olan tıbbi bir uygulama şeklinde ifade edilmektedir. Aile hekimliği iki önemli neden açısından farklı bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki, aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgilerin diğer branşlardan farklı olması, diğeri aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermesidir. Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır.¹⁴ Aile hekimleri, genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimleridir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlanmaktadır .

1.2.3. Aile Hekimliği Disiplinin Genel Özellikleri

Hastalığın aile üyeleri ve hastanın geniş çevresi üzerindeki olası sonuçlarının farkında olma , etik anlayışa uygun davranma, bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler,

¹⁴ WONCA , **Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı**, Wonca World family doctors. Caring for people EUROPE, 2008, ss:2- 37.

yöntemler ve kavramlar konusunda bilgili olma , sürekli öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme olan aile hekimliğinin genel özellikleri şunlardır: ¹⁵

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
- Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

1.2.4. Aile Hekimlerinin Nitelikleri

Aile hekimliğinin temel nitelikleri; ülkeler arasında sağlık sistemlerinin planlama, organizasyon ve yürütmelerinde farklılıklar olmasına rağmen, tüm ülkelerde

¹⁵ Recep Akdağ, a.g.e., s:87.

aile hekimlerinin sağlık sistemine katılımları fazladır. Aile hekimliğinin nitelikleri şu şekilde özetlenmektedir.¹⁶

Geneldir: Aile Hekimliği bütün toplumun sağlık problemlerini tanımlar, toplumu yaş, cins, sosyal sınıf, ırk veya din, ya da herhangi bir şikayet veya sağlıkla ilişkili bir problem nedeni ile sınıflara ayırmamaktadır. Mümkün olan en kolay ulaşılabilir, ulaşım bölgesel, kültürel, yönetsel ve parasal engeller ile sınırlandırılmamaktadır.

Sürekli: Aile hekimliği kişi merkezlidir. Hasta ve hekim arasında, kişileri yaşamları süresince sağlık hizmeti veren ve hastalığın özel bir dönemi ile kısıtlanmayan, uzun süreli ilişkiye dayanmaktadır.

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

Koordine: Aile hekimliğinde, kişilerin birçok sağlık problemi aile hekimine ilk başvurdukları zaman çözülmektedir. Fakat gerekli olduğunda aile hekimi, hastasının uygun sağlık birimlerine yönlendirilmektedir. Bu durumlarda , hastasını ve bu hizmetlere ulaşım yolları ve en iyi şekilde nasıl faydalanabileceği konusunda bilgilendirmeli ve hastasının alacağı öneri ve desteğin koordinasyonunu sağlamalıdır. Aile hekimleri diğer sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarla ilişkili olarak, hastalarına sağlıkla ilgili konularda önerilerde bulunarak hizmetin idarecisi olarak rol almaktadırlar.

İşbirlikçidir: Aile hekimleri, diğer tıp, sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcı kişilerle çalışmaya hazır olmalı, uygun olduğunda hastaların bakımı için onları görevlendirme ve diğer disiplinlerin uzmanlıklarıyla işbirliği içinde olmaktadır.

Aile Kaynaklıdır: Aile hekimliği, kişilerin sağlık problemlerini, aile çevrelerini, sosyal ve kültürel bağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlara göre tanımlar.

Toplum Kaynaklıdır: Hastanın problemleri, yaşadığı toplum ile bağlantılı olarak değerlendirmelidir. Aile hekimi bu toplum içinde yaşayan grubun sağlık ihtiyaçlarının farkında olmalı ve bölgesel sağlık problemlerinde pozitif değişiklikleri

¹⁶ Yaşar KURU, **Alternatif Aile Hekimliği**, Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul, 2010, s:306.

diğer profesyonellerle, diğer sektör temsilcileri ve kendi kendine yeten yardım grupları ile işbirliği yapmalıdır.

Kanada Aile Hekimleri Birliği, aile hekimliğinin temelini oluşturan 4 prensip tanımlamıştır:

- Hasta–hekim ilişkisi aile hekimliğine uygundur.
- Aile hekimi etkin klinisyendir.
- Aile hekimliği toplum merkezlidir.
- Aile hekimi belirlenen nüfus için bir kaynaktır¹⁷.

Aile hekimlerinin hizmet faaliyetleri insan ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Toplumun sağlık gereksinimleri, aile hekimlerinin eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmeti araştırmaları için de bir odak noktası oluşturmaktadır. Aile Hekimliği bir bütün olarak ele alındığında, ilk başvuru, ulaşılabilirlik, kişi merkezli uzun süreli bakım, kapsamlılık ve koordine yaklaşım gibi ayırt edici özellikler birinci basamak hizmette aile hekimliğinin yaklaşımlarını tanımlamaktadır. Bu özelliklerin olduğu sağlık sistemi; daha iyi sonuç, daha az hastanın hospitalizasyonu ve daha düşük maliyeti getirmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı

Sağlık hizmetleri geniş kitleleri ilgilendiren, kamu sektörü ve özel sektör tarafından da üretilebilen bir hizmettir. Çevre kirliliği, bulaşıcı hastalıklar ve bunlarla mücadele, etkin aşılama hizmetleri gibi hizmetlerin sunucusu genelde kamu kurumlarıdır. Sağlık hizmetleri konusunda birçok sunum modelleri geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunum modelleri aşağıda yer alan matris yöntemiyle ele alınmıştır.

¹⁷ Recep Akdağ, **a.g.e.**, s: 67.

		SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	
		KAMU	ÖZEL
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FINANSI	KAMU	<p>MERKEZİYETÇİ YÖNTEM (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • YERELLEŞTİRME YÖNTEMİ (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir.) 	<ul style="list-style-type: none"> • İHALE YÖNTEMİ (Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı vs.) • HAVALE (SEVK) YÖNTEMİ (Örneğin, hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması) • KUPON YÖNTEMİ (Örneğin, düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi) • SÜBVANSİYON YÖNTEMİ (Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanması)
	ÖZEL	<p>Kişi cebinden (ilave) para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti satın alabilir. (Örneğin, devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması)</p>	<p>PİYASA YÖNTEMİ Kişi cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilir. - Kişi özel sigortaya kayıtlı olur; özel hastane harcamaları özel sigorta tarafından karşılanır.)</p>

Şekil 3. Sağlık Hizmetleri Sunum Modeli¹⁸

Bir numaralı alanda sağlık hizmetleri tamamen genel bütçeden finanse edilmekte ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bu alanda başlıca iki yöntemden söz edilebilir. İlk yöntemde sağlık hizmetleri merkezi sağlık örgütü tarafından yönetilir ve sunulur. İkinci yöntemde ise hizmetlerin sunumu yerel yönetimlere devredilir.

İki numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilmekle birlikte hizmetlerin arzı özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel hizmet sunumunda başlıca; ihale, havale, kupon ve sübvansiyon yöntemlerinden yararlanılabilir.

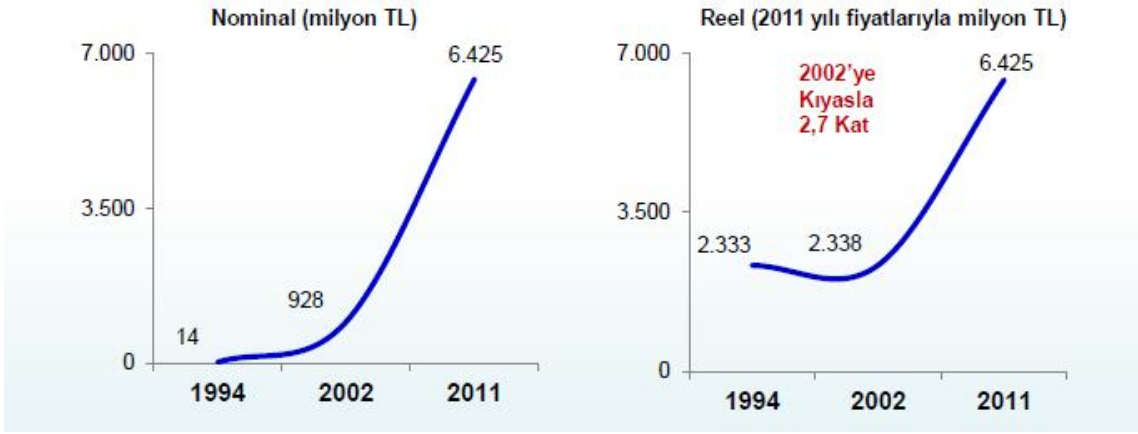
Üç numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmakta, bireyler bu mal ve hizmetleri kendi özel bütçelerinden yapacakları harcamalarla sağlamaktadırlar.

Dört numaralı alanda ise hizmetin finansmanı ve sunumu tamamen özelleştirilmiş durumdadır. Bu durumda devletin sağlık alanında bir rolü ve fonksiyonu bulunmamaktadır.

¹⁸Coşkun Can Aktan,. **Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran,İstanbul,2007,s.19.

Ülkemizde 2012 yılı birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin yıllara göre dağılımı şu şekildedir:

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri İçin Ayrılan Bütçe



Şekil 4. 2012 yılında Koruyucu Ve Temel Sağlık Hizmetleri İçin Ayrılan Bütçe 6 Milyar 652 Milyon TL' dir.¹⁹

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin yönetiminde önemli bir sorunda yetersiz finansman kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli yürütülebilmesinin temel koşulu, yeterli finansman kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, kamu kaynakları ve özel kaynaklar kullanılmaktadır. Kamu kaynaklarına örnek olarak; genel vergiler, özel amaçlı vergiler, sosyal sigorta ödemeleri, borçlanma gösterilirken, özel kaynaklara örnek olarak da; özel sigorta, işverenin finansmanı, toplumsal finansman, katkı payları, doğrudan cepten ödeme ve döner sermaye gelirleri gösterilmektedir.

¹⁹Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunum, Ankara, 2011, s:28.

En çok kullanılan finansman kaynaklarının aşağıdaki şekliyle sıralamıştır²⁰:

Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları	Özel Finansman Kaynakları
Genel Vergi Gelirleri	Özel Sağlık Sigortası
Sosyal Sigorta	İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler
Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı	Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları
Özel Amaçlı Vergiler	Toplum Finansmanı
Piyango ve Bahis Gibi Gelirler	Doğrudan Hane halkı harcamaları /kullanıcı katkıları

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerin sunulan hizmet bir bütün olarak ele alınmaktadır ve bu bütünlüğün sağlanamaması durumunda, toplumun sağlık düzeyinde büyük düşüşlerin yaşanabileceği öngörülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında benimsenen model ne olursa olsun mutlaka aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerekir.²¹

- Hakkaniyeti ulaşılmaması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görmesi
- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetlerinin düşük olması
- Kaynak akışında devamlılığın sağlanması
- Halkın kabul etmesi ve memnuniyetinin temin edilmesi
- Öncelikli olmayan konuları finanse etmemesi
- Hizmet sunucular arasında rekabeti teşvik etmesi
- Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve bu hizmetlerin maliyetlerinin sürekli takibine olanak vermesi
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi
- Hizmeti finanse eden tarafı hizmet verenlerle pazarlık sırasında güçlü konumda tutması
- Paranın hastayı takip etmesini sağlamasıdır.

²⁰ Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, **Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü**, Takav Matbaası İstanbul, 2007, s:8- 9.

²¹ Fahrettin Tatar, **Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları**, Toplum ve Hekim, Toplum ve Hekim Amme İdaresi Dergisi, İstanbul, 1996, s: 40.

- Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna ve/veya hizmeti kullanıcıların gereksiz hizmet talebine yol açmaması

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Elde Edilmesi

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir.²² Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvurulmuş sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Hemen her ülkede kamu ve özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Fakat sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

1.3.1.1. Genel Vergilerle

Genel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler sıklıkla finansmanda zorluklar yaşamaktadır. Bu durum da vergi gelirlerini artırma yolları ararlar. Sağlık hizmetlerine ayrılan payı artırmak için ;

- Vergi oranlarını, sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak, artırmak

²² Fahrettin Tatar, a.g.e., s: 44.

- Sağlık hizmetlerine vergi gelirlerini başka kaynaklardan aktarma yoluyla artırmak gerekebilir.²³

Birçok gelişmekte olan ülkede sağlık sektörü hükümetlerin hemen her zaman daha az öncelikli konuları arasında yer aldığından sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi gelirleri güvenli bir kaynak olamadığı görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 2004 yılında %3,3, 2005 yılı içinde % 3,9'dur.²⁴ Sağlık güvencesi olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşturulmaktadır. Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da bulunmaktadır. Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Yeşil Kart Uygulaması ile ilgili kanunun yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri asgari ücretin, altında olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır.

1.3.1.2. Sigorta Şeklinde, Bağkur, Emekli Sandığı

Sigorta primleri, hem işverenin hem de çalışanın ortaklaşa ödediği ücrettir. Sigorta kuruluşu ya doğrudan sağlık hizmeti sunar veya diğer hizmet sunuculardan hizmet satın alır. Sağlık sigortası, sigortalı ile eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sağlamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşıp kişiler yarın endişesinden sağlık sigortası ile uzak kalmaktadırlar.

Türkiye'de 2009 yılı itibariyle nüfusun % 86.4'ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 15'i T. C. Emekli Sandığı'na, % 57, 1'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na, % 27, 1'i Bağ- Kur'a, % 0, 08'i özel sandıklara bağlıdır. Sosyal sigorta kapsamında olup sağlık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85, 4'dür . Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Bağ- Kur(BK) ve Emekli Sandığı(ES)

²³ T. C. Sağlık Bakanlığı, "Türkiye'de Sağlığa Bakış", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2007, s.179.

²⁴ T. C. Maliye Bakanlığı 2004 yılı İstatistikleri, Ankara, 2010, s: 13.

primlerle finanse edilirken, yeşil kart ile aktif memurların sağlık harcamaları bütçeden finanse edilmektedir.²⁵

1.3.1.3. Kişisel Harcama (Cepten Ödeme) Özel Sigorta(OECD)

Ülkemizde vergi gelirleri bir elde toplanır ve buradan önceliklere göre sektörler arasında dağıtılır. Özel amaçlı vergiler, genel vergilerin dışında belli bir amaç için bazı mal veya hizmetlerin yerine konulan ek vergilerden elde edilen gelirlerin doğrudan amaç doğrultusunda örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasıdır. Kişilerin sağlık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler doğrudan ödemelerdir. Sosyal sigorta altında yazılan ilaçların bedelinin bir kısmına yapılan katkı payları da doğrudan cepten ödeme kapsamında değerlendirilir. Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaştığı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigortadır.

1.3.1.4. Gönüllü Kuruluşlar ve Vakıflar

Sağlık hizmetlerinden sağlanan katkı payları, gelirleri artırma gibi birçok amaç için kullanılabilir. Sağlık harcamalarının finansman kaynakları içerisinde yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan T.C. vatandaşlarının bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların yardım ve kredileri de sayılabilir.

1.4. Geçmişten Günümüze Dünyadaki Aile Hekimliği Kurumu

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır.²⁶ Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması ile birini basamak sağlık hizmeti olan "Aile hekimliği" tanınmıştır. 1969 da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u

²⁵ <http://www.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi : 09. 02.2012.

²⁶ Esra Saatçi, Hakan Sezer, **Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği**, İletişim Yayıncılık, Ankara,1996: , s: 49.

(ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. ²⁷ Avrupa Birliği tarafından, sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarının ortadan kaldırılmayı amaçlayan bir ‘‘Halk Sağlığı Programı’’ hazırlanmıştır. Bu program kapsamında hastaların bilgilendirilmesinin koruyucu sağlık uygulamalarında etkili olduğu dikkate alınıp, ÷lkelerin temel sağlık hizmetlerinin organizasyon ve finansmanında , koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna öncelik sağlamaları hedeflenmiştir. Temel sağlık hizmetleri içinde yer alan koruyucu sağlık hizmetinin, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetinin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması Aile Hekimleri önemli bir yere sahiptir. Aile Hekimi aldığı bu sorumluluğu yerine getirebilmesi için hasta bakımında etkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün olarak sunmalıdır. Aile Hekimliği, uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ÷lkelerinin bir çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

1.4.1. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan ÷lkelerden Örnekle

1.4.1.1. Almanya

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. İlk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Faköltesi’nde açılmıştır. Bugün 24 tıp faköltesinde aile hekimliği kürsüleri bulunmaktadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45- 50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. ²⁸ ÷lkemizde de olduğu gibi aile hekimleri gerekli gör÷ürse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil vakalara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler.

1.4.1.2. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika’da tam eğitimi aile hekimlerinin yetiştirilmesine 1969 yılında 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlanmıştır.30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği, günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok

²⁷ Zekeriya Aktürk, Nur Dağdeviren, **Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları**, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004, s: 188.

²⁸ Esra Saatçi, Hakan Sezer, **a.g.e.**,s:35.

önemli role sahiptir.²⁹ Araştırmalara göre tüm uzmanlık dallarına oranla günde en çok hasta bakan uzmanlık dalı Aile Hekimliğidir. Amerika'da aile hekimliği uzmanlarının bölgesel dağılımı oldukça iyidir ve uygulamalarda yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlanmaktadır. Amerika'da Aile Hekimliği yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamakta çok önemli katılımları olmuştur. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir.

1.4.1.3. İngiltere

İlk aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. Gerçek anlamda aile hekimliği veya İngiltere'de ki ismiyle genel pratisyenlik 1947 de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji'nin kurulmasıyla başlamıştır. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü vardır. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır.³⁰ İngiltere'de hastaların sağlık problemlerinde ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmaları zorunludur. Aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Uzmanlık sonrasında sınav zorunluluğu yoktur.

1.4.1.4. İsrail

Genel sağlık sigortası nüfusun %96 sını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000- 3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki bu merkezler laboratuvar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır. Ayrıca özel olarak çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu uygulamaya dahil olabilmektedir.³¹ Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri bulunmakta ve 4 yıl süren bir eğitimi vardır.

²⁹ İ.Ünlüoğlu, **Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi**, Aktüel Tıp Dergisi Aile Hekimliği Özel Eki, Cilt:9, Sayı:6, Ankara, 2004, s: 18.

³⁰ İ.Ünlüoğlu, **a.g.e.**, s:20.

³¹ Recep Akdağ, **a.g.e.**, s:78.

1.4.1.5. Kanada

Genel sağlık sigortası kapsamında tüm vatandaşlar yer almaktadır ve 65 yaş üstündekiler dışında herkesten sağlık sigorta primi alınmaktadır. Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmekte ve sevk sistemi burada da bulunmaktadır. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde, kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki hekim grubunun büyük bir kısmını oluşturur. 1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği ihtisasını bitirip, sınavı başaranlara kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır³².

1.4.1.6. Norveç

Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezlerinde verilmektedir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturur ve bunlara bağlı kırsal sağlık yönetimleri vardır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte verildiği sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış aile hekimi ve yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır. Ücretlendirme ülkemizde olduğu gibi kişi başınadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur.³³

1.4.1.7. Portekiz

Portekizde de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimi ve diğer sağlık personeli tauluğu bulunmaktadır. ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1982 yılında kabul edilmiştir. Eğitim süresi üç yıldır. 1987 yılından itibaren bu eğitim birinci basamakta çalışacak olan hekimler için zorunlu hale getirilmiştir. 1982 de aile hekimliği koleji kurulmuştur. Ayrıca Aile Hekimliği Enstitüleri de vardır. Bunlar hep birlikte aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp Fakültelerinde ilk aile hekimliği bölümü 1987 de Lizbon Üniversitesi'nde açılmıştır.³⁴

³² Esra Saatçi, Hakan Sezer, **a.g.e.**, s: 76.

³³ Yaşar KURU, **a.g.e.**, s:310.

³⁴ Gata Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulamaları, http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimliği/default.asp?sayfa=main&s=dünyada_ah&m=ah, Erişim Tarihi: 08.11.2011.

1.4.1.8. Hollanda

Hollanda'da sigortacılığa dayalı. iki farklı sağlık sigortası mevcuttur. Birincisi(AWBZ), toplumun %100'ünü kapsar ve uzun süreli ve pahalı hastalık tedavilerini garanti eder. Diğeri (ZFW) ise toplumun %60'nı kapsayan hastalık fonu sistemidir³⁵. Her iki sistem de zorunludur. Hastalık fonu sistemi (ZFW) sadece düşük gelirli ve riskli yaştaakilere (65 yaş üstü) uygulanmaktadır. Toplumun geri kalan kısmı ise temel sağlık hizmetleri ve kısa süreli hastalıklar için özel sigorta yaptırmaktadır. Sağlık harcamalar kişi başı yıllık gelirin %9'unu oluşturmaktadır.³⁶ Temel sağlık hizmetleri diğeri Avrupa ülkelerinden daha fazla hizmet alanı yer içermektedir. Ayakta tedavi ve ruh sağlığı hizmetleri ile evde bakım hizmetleri yer almaktadır. Acil durumlar dışında hasta, uzman hekime gitmeden önce aile hekimine başvurmak zorundadır. Hastalar aile hekimi seçme konusunda özgürdür.

1.4.1.9. Danimarka

Danimarka'da tüm vatandaşları kapsayan iki tip sigorta mevcuttur. Toplumun %97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Aile hekiminden sevk zorunlulukları yoktur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılınması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir.³⁷ Aile hekimleri mesai saatleri dışında acil sağlık hizmetlerinden sorumlu bulunmaktadır. Bu nedenle her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmakta ve o bölgedeki aile doktorları eşit olarak sorumluluğu paylaşmaktadır.

1.4.1.10. Polonya

Polonya'da doğan çocuklar doğdukları andan itibaren aile hekimine bağlanmaktadır. İkinci basamağa sevk durumunda hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için ücret talep edilmemektedir. 24 saat hizmet veren nöbetçi hekim bulunmaktadır. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşımaya kadar en az 2 hemşire çalıştırması

³⁵ Zafer Öztekin, **Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği**, Tıp Dergisi, Ankara, 2006, Cilt: 25, Sayı: 2, s: 4.

³⁶ Recep Akdağ, **a.g.e.**,s:93.

³⁷ Yaşar KURU, **a.g.e.**,s:312.

zorunlu tutulmaktadır. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6- 59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek kapitasyon primleri belirlenmektedir. Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir.³⁸ Her ay tahakkuk miktarı şehir yetkili makamına fatura ile bildirilmekte ve doktorlara geri ödeme 14 gün içinde yapılmaktadır.

1.4.1.11. Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyetinde de birinci basamak sağlık hizmet sunumu aile hekimliği sistemiyle verilmektedir. Ancak Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta 4 hekim tipi bu hizmeti vermektedir; erişkinler, çocuk ve gençler için pratisyen hekimler, mobil jinekoloji hizmeti veren pratisyen hekimler ile ağız ve diş sağlığı hekimleri. Temel sağlık hizmetleri genel sağlık, ana çocuk sağlığı, jinekoloji, ağız ve diş sağlığı, evde bakım hizmetleri, acil sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır. Aile sağlığı merkezleri oldukça donanımlıdır (EKG, USG, sıklıkla röntgen cihazları). Laboratuvar hizmetleri de vermekte, hemşire, fizyoterapist istihdam edebilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri veren hekimlerin çalışma şartları değişiklik göstermektedir.³⁹

1.4.1.12. Bulgaristan

Bulgaristan zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası olarak iki tip sağlık sigortası bulunmaktadır. Sağlık Sigortası Kanunu'na göre her sigortalı, kendi sağlığı için belirlenmiş zorunlu koruyucu muayeneler için düzenli ziyaretlerle sorumluluğu yüklenmektedir. Daha yüksek düzeyde bir sağlık sorumluluğu oluşturmak amacıyla sigortalılar kişisel prim / ücretle olaya katılmaktadır. Özel bazı hastalığı olanlar, işsizler, askerler, gaziler, her hangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeniyle askere alınmayanlar, fakirler, huzurevi gibi merkezlerde kalanlar bu ödemelerden muaftır.⁴⁰

1.4.1.13. Küba

Küba'da genel sağlık sigortası kapsamın, tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verildiğinden ülkenin sağlık seviyesi yüksek ve kişi başı hekim sayısı yeterlidir. Aile hekimleri, koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri verir. Halk doğrudan

³⁸ Zafer Öztekin, a.g.e., s: 6.

³⁹ Recep Akdağ, a.g.e., s:94.

⁴⁰ Recep Akdağ, a.g.e., s:96

hastahanelere başvurma hakkına sahip olmasına karşın aile hekimlerine başvuran hasta sayısı fazladır. Aile hekimleri muayenehanelerinde hasta kabul etmelerinin haricinde sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedirler.

1.4.1.14. Finlandiya

Finlandiya’da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için mecburi sağlık sigortası olan KELA’ya kaydolma mecburiyeti vardır.⁴¹ Sağlık giderleri vergilerle karşılanmaktadır. Finlandiya’da aile hekimleri bölgesel olarak çalışmakta ve kişilerin sağlık sistemine girişini bölgedeki aile hekimleri yapmaktadır. Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Sağlık istasyonları adı verilen birinci basamak sağlık merkezlerinde bir yıl içindeki ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret alınmaktadır.⁴² Birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde acil müdahaleler, rehabilitasyon hizmetleri, tetkik ve görüntüleme hizmetleri de verilmektedir.

⁴¹Esra Saatçi, Hakan Sezer, **a.g.e.**,s: 74.

⁴²Recep Akdağ, **a.g.e.**,s:88.

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ POLİTİKASI AİLE HEKİMLİĞİNİN YAPISI

2.1. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ POLİTİKASI

2.1.1. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

2.1.1.1. 1923-1937 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönem de, birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri önem verilmiştir. Tedavi hizmetleri yerel idareler tarafından sunulmuştur. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha 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.⁴³ Bu dönem de 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 Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulunu kurmak şeklinde özetlenebilir.⁴⁴

2.1.1.2. 1938- 1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemin en önemli çalışması; 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır.⁴⁵ Bu planla; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmış ve her bölgenin örgütlenmesi sağlanmıştır.

⁴³ Nusret Fişek, a.g.e., s: 27

⁴⁴ Coşkun Can Aktan, Kadri Işık, a.g.e., s: 7.

⁴⁵ Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2007, s.19

Bu ayrılan yedi bölgedeki sağlık merkezleri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada yürütecekti. Kırsal bölgelerinde yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanmasını sağlanmıştır. Bu planlama sürdürülememiş her ilçeye maliyeti yüksek küçük birer hastane olmaktan ileriye gidememiştir. Daha sonra ki yıllarda bu birimlerin bir kısmı hastaneye bir kısmı ise sağlık ocağına dönüştürülerek varlığına son verilmiştir. Hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bu dönemde numune hastaneleri, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur.

2.1.1.3. 1961- 1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemde Sosyal devlet kavramı temel alınarak sağlık hizmetleri sosyalleştirilmeye çalışılmıştır.1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe konulmuştur. Kanuna göre birinci basamak sağlık hizmeti verecek sağlık ocaklarının nüfusu 5. 000- 10. 000 kişi ile sınırlandırılmıştır.⁴⁶ Etkili sevk zinciri kurulmaya çalışılmıştır. Genel Sağlık Sigortası,uygulaması bu dönemde başlamıştır. Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmeyi yerleştirmek amacıyla düzenlenmiştir.

2.1.1.4. 1980 - 1990 Yılları Arası Sağlık Politikaları

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. ⁴⁷ Sağlık ve Sosyal Güvenlik hizmetlerinin gözetimi ve düzenlenmesi devlete geçmiştir. Bu dönemde aynı zamanda Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'da çıkarılmıştır.

2.1.1.5. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Bu dönemin en önemli özelliği, kamu sağlık örgütünü Sağlıkta dönüşüm programına uygun hale getirmektir. Sağlıkta reform çalışmaları üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda bu çalışmaların yanında Altıncı, Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planları hazırlanmıştır.Sağlık Projesi hazırlanmış ve projeyi finanse etmek

⁴⁶ T. C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı**, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2004, Ankara, s: 23.

⁴⁷ Recep Akdağ, **a.g.e.**,s: 27.

için “Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası” ile Türkiye, ikraz anlaşması yapmıştır. İkraza göre “projenin üç hedefi ortaya konmuştur.”⁴⁸

- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak,
- Sağlık Bakanlığı’nın teknik yapı ve kapasitesini güçlendirmek.

Projenin hedefi, sağlık hizmeti sunumu için teknik alt yapının ve kurumsal gelişimin sağlanması olarak öngörülmüştür. Bu dönemde sağlık reformu adına çok önemli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalara ilişkin kanun tasarıları yayınlanmıştır. Bu çalışmalara şu örnekler verilebilir:⁴⁹

a) Sağlık Reformları ile İlgili Kanun Tasarısı Tasarıları ile; Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu, Sağlık Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu tasarıları oluşturulmuştur .

b) Sağlık Reformları ile İlgili Kanun Tasarısı Tasarıları ve Gerekçeleri ile; Sağlık Kanunu Tasarısı tasarı, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Tasarı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Tasarı Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarıları oluşturulmuştur.

Bu dönemde “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Günümüzde kullanıma devam eden Genel Sağlık Sigortası ile tüm sosyal güvenlik kuruluşları tek bir kurumda toplanarak ödeme gücü olmayanların primleri devlet tarafından karşılanmıştır. Sağlık sistemi, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılım sistemlerinde değişiklikler yapılmıştır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı“ ile sağlık sistemi, sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri aktif hale getirilmek istenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru yapılandığı ve yeterli kalitenin sağlandığı durumlarda sağlık sorunlarının %90’ına yakın bir bölümünün birinci basamakta çözümlenebileceği düşünülmektedir. Bu uygulamaya ilk olarak 15. 09.2005 tarihinde Düzce ilinde pilot olarak başlanılmış ve 16. 02.2006 tarihinde 10 ilde daha pilot olarak uygulanmasına karar verilmiştir. Bu uygulama ile Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden “Birinci Basamak için Aile Hekimliğinin Uygulamaya Konulması“ alt

⁴⁸ Recep Akdağ, a.g.e.,s: 88.

⁴⁹ T. C. Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2006, ss: 9-16.

bileşeni pilot olarak hayata geçirilmiştir. Bu bileşen böylece hayata geçen ilk alt bileşen olmuştur.⁵⁰

2.2. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN YAPISI

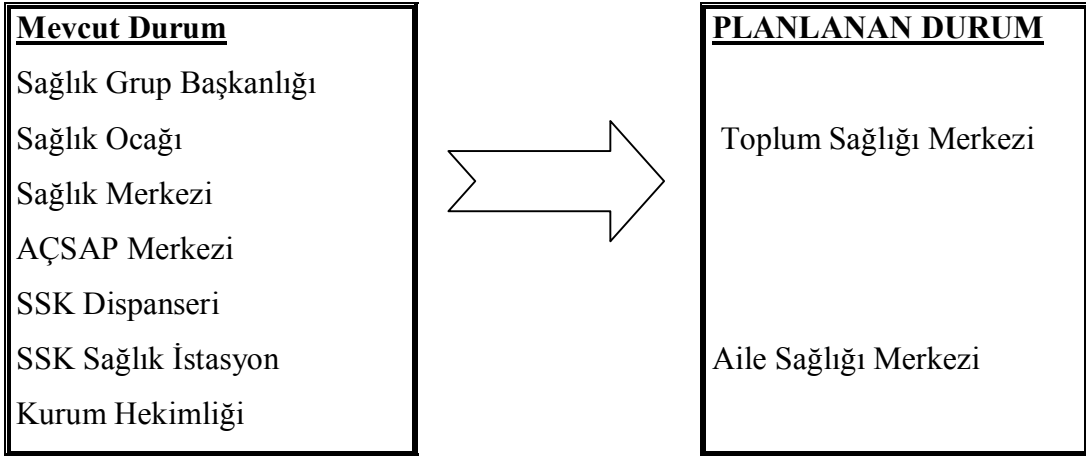
2.2.1. Türkiye Aile Hekimliği Modeli

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasını artıracak bir uygulamadır. Aile Hekimliği, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, hastalıklardan korunma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini vermektedir. Uzun yıllardır Batılı ülkelerde uygulanan aile hekimliği uygulaması ülkemiz de de ülke koşullarına uygun olarak aile hekimliği uygulamasına geçilebilmesi için aile hekimliği Türkiye Modeli geliştirilmiştir.

5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Pilot Kanun” çıkarılmıştır . Daha sonra “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” çıkarılmıştır . “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” çıkarılarak mali konulara ait düzenlemeler yapılmış sonra da pilot illerde “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge yayınlanarak aile hekimliği uygulamalarına ilişkin mevzuat alt yapısı düzenlenmiştir.⁵¹ Aile hekimliği, bireylerin ve ailelerin ikametlerine en yakın yerde kolay ulaşılabilen sağlık hizmeti alınan ilk başvuru noktasıdır. Aile Hekimliği tüm dünyada ülkelerin sağlık koşullarına bağlı olarak farklı şekillerde uygulanmaktadır. Aile hekimliğinin hedefi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, alanında uzman bir kadroyla, toplumsal katılımı sağlayarak bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri bir bütün olarak sunmaktır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği birim Sağlık Ocağı’dır. Sağlık Ocaklarında, koruyucu ve birinci basamak iyileştirici hizmetlerin verildiği tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Aile hekimliği uygulamasında ise Sağlık ocakları aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi olarak iki kısma ayrılmıştır.

⁵⁰Recep Akdağ, a.g.e.,s: 92.

⁵¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, **Sağlıkta Dönüşüm**, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2003, s: 21.



Tablo 2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Mevcut ve Planlanan Sunumu.⁵²

2.2.1.1. Aile Sağlığı Merkezi

Yönetmeliğe göre, “aile sağlığı merkezi; bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmaktadır. Kanuna göre; aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici Sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici Sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Yine mevzuata göre aile sağlığı elemanı ise “Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, Sağlık memuru olarak tanımlanmıştır⁵³. Aile sağlığı elemanları, sözleşmeli olarak çalıştıklarından iş güvenliklerinin olmayışı, ücretlerinde aile hekimliğine geçişe teşvik edecek artışın olmayışı, mevzuatta göre aile hekimlerine bağımlı hale gelmeleri gibi nedenlerden sözleşmeli statüye geçmek istemedikleri görülmektedir.

2.2.1.2. Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum sağlığı merkezi; kendi bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, koruyucu hekimlik hizmetlerini ve, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi” dir.

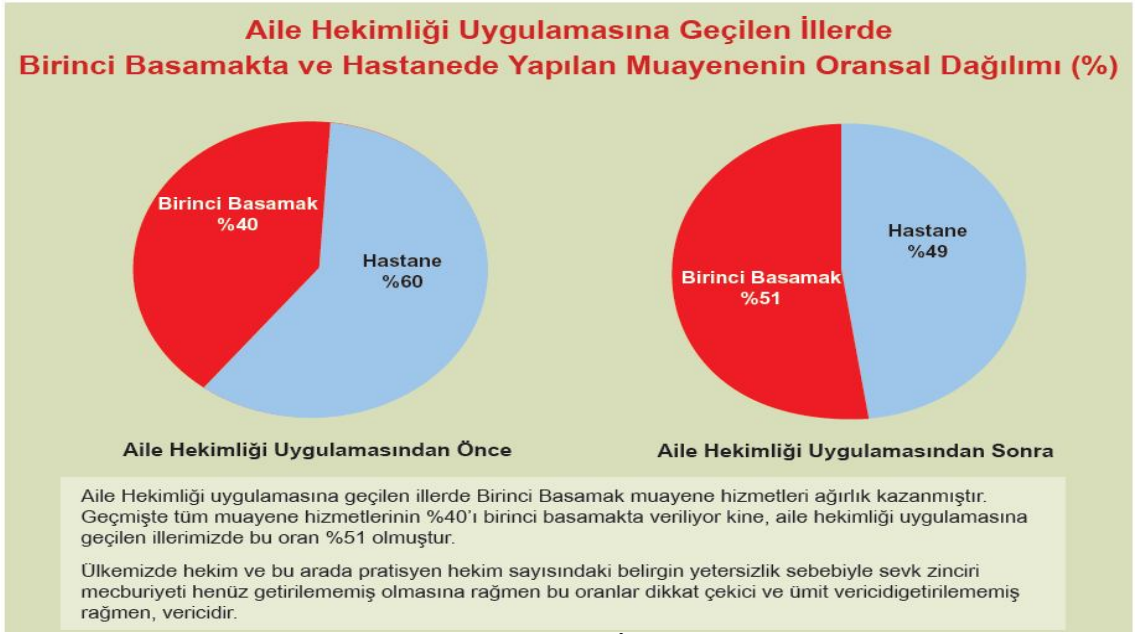
⁵² Sağlık Bakanlığı Yayınları, a.g.e.,s: 28.

⁵³ Recep Akdağ, a.g.e.,s:56.

Yönergeye göre toplum sağlığı merkezinin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şunlardır⁵⁴.

- İdari ve mali hizmetler,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,
- Aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi,
- Lojistik hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- Hizmet içi eğitim hizmetleri, kayıtların tutulması ve ASM'nin denetim hizmetleri,
- Acil Sağlık hizmetleri,
- Adli tıbbi hizmetler,
- Okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
- Sağlık eğitimi hizmetleri,
- Özel Sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi,
- Afet organizasyonu,
- Kurullara ve komisyonlara katılım,
- Yeşil Kart hizmetleri ve Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmaktır.

⁵⁴ AHUZEM web sayfası <http://www.ahuzem.gov.tr/>, Erişim Tarihi : 02. 03.2012.



Şekil 5. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İllerde Birinci Basamak ve Hastanede Yapılan Muayenin Oransal Dağılımı.

2.2.1.3. Eğitim ve Sertifikasyon

Avrupa Birliğinde aile hekimliği uygulamasında çalışabilmek için, tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi almayı zorunlu kılmaktadır. Ülkemizde aile hekimliği uzmanı hekim sayısının yetersiz oluşu ve yeni sisteme geçişi sağlayabilmek amacıyla pratisyen hekimler görev almaktadır. Öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu bölümünden mezun olanlar ise aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilmektedirler.

Aile hekimlerine ilk dönemlerde uyum amaçlı 10 günlük bir eğitim programı uygulanarak birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının temel özelliklerini kavramaları, bilgilerini tazelemeleri ve kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmaları hedeflenmiştir. Aynı zamanda aile sağlığı elemanları da aynı şekilde belirli periyotlarla hizmet içi eğitime tabi tutulmaktadır. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının verilen bu eğitimlerin önemli bir kısmına katılımı zorunlu tutulmaktadır.

2.2.1.4. Çalışma Şekli ve Ücretlendirme

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile sözleşme yapılmaktadır. Eğer sözleşmeye talep yoksa ihtiyaç halinde Sağlık Bakanlığı

tarafından ihtiyaç duyulan yere personel atanmaktadır. Bu durumda atanan personelin kadrolarında herhangi bir kayıp olmadan çalıştığı kurumda aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmaktadırlar. Aynı zamanda istediği zamanda eski görevine dönebilmektedirler. Sözleşmeli statüde geçen süreleri hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmektedir. Sözleşme bir yılına yapılmaktadır Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ücretlendirilmelerinde dikkate alınan faktörler şunlardır;

- Kayıtlı Kişi Sayısı
- Aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri,
- Çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi
- Gezici sağlık hizmetlerini verip vermedikleri.⁵⁵

Aile hekimine yapılan ödemelerin hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetleri için kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar sabit ücret verilmektedir. Aile hekimliği uzmanı ise 2. 000 YTL uzman tabip veya tabip ise 1.500 YTL ödenmektedir. 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına sözleşmeli aile hekimine ayrıca 1 YTL verilmektedir. Bir diğer ödeme ise aile sağlığı merkezi giderleri ile ilgilidir. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin %100'ü ödenir.⁵⁶

Aile hekimi ihtiyaç halinde tetkikleri sağlık idaresinin gösterdiği giderlerinin karşılandığı laboratuarlarda yaptırabilmektedir. Aile hekimliğinde çalışan hekim ve personel iki ay önce haber verme koşulu ile sözleşmelerini fesih edebilirler. Bu kurala uymayanlar bir yıl süre ile aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışmamaktadırlar. Aile hekimliği hizmetinde, aylık başarı % 96 ve üzerinde değilse aşı, gebe ve bebek- çocuk takibi için kesintiler yapılmaktadır.

2.2.1.5. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü

Aile hekimliği uygulamasından faydalanabilmek için aile hekimlerine kayıt olunması gerekmektedir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, il Sağlık Müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölgeye göre yapılmaktadır. Daha sonra kişiler, buldukları

⁵⁵ Resmi Gazete, **Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik**, 25. 05.2010, Sayı: 27591.

⁵⁶ Recep AKDAĞ, **a.g.e.**,s:114.

yere en yakın aile hekimini seçebilmektedirler Aile hekimini seçen kişinin tekrar değişim için altı aylık bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar:⁵⁷

- Kişiler aile hekimlerine en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.
- Kişi 6 aylık süre dolduktan sonra istediği zaman aile hekimini değiştirebilir.
- Yeni bağlandığı aile hekimine de en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.

Kişilerin hekim değiştirmesinin usulü:⁵⁸

- Kişiler bağlı oldukları toplum sağlığı merkezine başvurarak dilekçe doldururlar.
- Toplum sağlığı merkezleri ayın son günü mesai bitimine kadar kendilerine teslim edilen dilekçelere numara vererek takip eden ayın 1’i ile 10’u arasında sonuçlandırır. Sonuçlandığı dilekçelere ait bilgiyi toplu olarak içeren belgeyi sonraki 10 gün içinde il Sağlık Müdürlüğüne ulaştırır. il Sağlık Müdürlükleri bu işlemlere gerektiğinde müdahale hakkına sahiptir.
- Bu tarihler dışında gelen dilekçeler biriktirilip her ayın 1’i ile 10’u arasında değişim işlemi yapılır.
- Hekimlere yapılacak olan ücret tahakkukunda, kişi ay sonunda hangi hekime kayıtlıysa o hekime tahakkuku yapılır.

2.2.1.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı

Aile hekimliği uygulamasında amaç kişinin sürekli aynı hekim tarafından takip edilmesini sağlamaktır Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde olması durumunda yerine geçici aile hekimi atanmaktadır. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, de icapçı veya aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin sürekliliği sağlanmaya çalışılmaktadır.

Herhangi bir nedenle ikamet ettiği yerden iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan “geçici bakım belgesi” alarak, bu belgeyi gittiği yerde seçtiği aile doktoruna vermektedir. Aile hekimi de geçici belge verdiği kişiye ait

⁵⁷ Sinan Korukluoğlu, “Her Aileye Hekim”, SB Diyalog, Ankara, 2005, sayı:9,s:34.

⁵⁸ Orhun Kalkan, Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ,<http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?> ,İstanbul,2003,s:4.

bildirimle ücret tahsil edemez. Kişi geri dönerken geçici aile doktorundan ayrıldığını ve yapılan işlemleri gösteren bir belgeyi kendi aile doktoruna götürerek kaydını yeniletir.

2.2.1.7. Çalışma Saatleri ve İzin

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Aile hekimleri acil durumlar dışında, haftada kırk saatten az çalışmaz. Aile hekimi tam gün esasına göre çalışmaktadır. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşullarına göre aile hekimi tarafından belirlenmektedir. Yapılan ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilmektedir.

2.2.1.8. Aile Hekimliği Hizmetleri

Aile hekimi, aile sağlığı Merkezinin yönetimi, aile sağlığı elemanları ve hizmet verdiği bölgenin sağlığından sorumludur. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek Aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır. Aile hekimi, temel laboratuvar hizmetleri, verilen hizmetlerin sağlık kayıtlarını takip eder ve geri bildirimleri yapar. Aile hekimi ilk ve acil müdahaleleri yapar, tanı ve tedaviyle ilgili hizmetleri verir, doğum öncesi,-sonrası lohusa ve bebek izlemine yapar. Bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranları performans kriteri sayılmaktadır.

2.2.1.9. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Aile hekimliği uygulamasında aile hekiminden sevk almadan başka sağlık kurumlarına başvuranlardan katkı payı alınmaktadır. Aynı zamanda hasta sevk sayısı fazla olan aile hekimliklerinin ödeme tutarlarında kesintiler söz konusu olabilmektedir. Aile hekimleri sevk ettikleri vakaların niteliğine göre hizmet içi eğitime tabi tutulabilecektir.. Aile hekimi, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesine gerek olup olmadığına karar vermektedir. Hastanın birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa sevk gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk gerçekleştirilmektedir. Aile hekimi sevk sonrası verilen izler ve hizmet birimleri arasında bilgi alış-verişini sağlamaktadır. Aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya epikriz aracılığıyla yapılmaktadır.

2.2.1.10. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde gezici hizmet vermek zorunluluğundadır. Gezici hizmetler aile sağlığı elemanının tarafında yapılabilmektedir.. Gezici sağlık hizmetleri genellikle koruyucu sağlık hizmetleri için yapılmaktadır.

Gezici sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetler şunlardır⁵⁹:

- Ev ziyaretleri,
- Gebe takipleri
- Bebek takipleri
- Aşılama hizmetleri
- Aile hekiminin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleri.

Gezici sağlık hizmeti Sağlık Grup Başkanlığının bilgisinde her ay en az bir kez verilmek zorundadır. Gezici sağlık hizmetinin verilemeyeceği durumlarda mülkî idare amirinin onayı ile sebep kalkana kadar gezici sağlık hizmeti verilmeyebilir.

2.2.1.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

Aile hekimi, tanı ve takip için gerekli işlemleri ve laboratuvar tetkiklerini birim şartları uygunsa kendi çalıştığı birimde yapabilmektedir. Diğer laboratuvar hizmetleri ise il sağlık müdürlüğünün yönlendiği sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılmaktadır. Her aile hekimine kendisine kayıtlı hastaların tetkik ve tahlil işlemleri için bir limit verilmekte ve limiti aşmamak kaydıyla ücreti ödenmekte, miktar aşıldığında ise aile hekimi tarafından karşılanmaktadır.

2.2.1.12. Performans Kriterleri

Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınmaktadır . Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanmasına dair usul ve esaslar yönetmelikle belirlenmiştir. Performans kriterleri ücretlendirme de esas alınmaktadır.

⁵⁹ Zafer Öztekin, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 2008, s: 39.

2.2.1.13. Amaç ve Hedefler

Sağlık sistemlerinin amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin yararlanmasını sağlayarak ve kişilerin yaşam kalitelerini yükseltmek yer almaktadır. Ülkemizde uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir.⁶⁰

Aile hekimliğinde etkililik; verilen sağlık hizmetinin toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, hastalanmasını önlemek, anne ve bebek ölümlerini azaltmak anlamına gelmektedir. Aile hekimliğinde verimlilik; finans kaynaklarının iyi yönetimi düşük maliyetle daha fazla hizmetin üretilmesi, insan kaynaklarının uygun kullanımıdır. Hakkaniyet ise toplumda her bireyin sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları oranında yararlanması sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin olmasıdır.

Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin günümüz şartlarına uygun ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir bir şekilde sunulmasını amaçlamaktadır. Aile hekimliğinin ana unsuru her bireyin kolay erişebileceği danışabileceği başvurabileceği bir aile doktorunun olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel Sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda "Herkes için Sağlık" hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel Sağlık hizmetlerini ve topluma dayalı temel Sağlık hizmetlerini, görevleri net tanımlanmış ve gerekli eğitim ve beceri ile donanmış ekipler eliyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir⁶¹.

Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eğitimle geliştirilmesi, güçlendirilmesi, çalışan hekimler ve sağlık elemanlarının özendirilmesi, koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve sevk sisteminin uygulanması aile hekimliği sisteminin temel unsurlarıdır. Aile hekimliği sistemiyle ikinci basamakta yığılmaların önüne geçilecek ve ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi toplumun

⁶⁰ Recep AKDAĞ, a.g.e.,s:43.

⁶¹ Sağlık Bakanlığı Yayınları, **Sağlıkta Dönüşüm**, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2003, s: 46.

hastalık yükünün azaltılmasının yanında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi ve daha kaliteli sağlık eğitimi vermelerine fırsat sağlayacaktır.

2.2.1.14. Aile Hekimliği Geçiş Nedenleri

Aile hekimliği sistemine geçişin en önemli nedeni birinci basamak sağlık hizmetine ulaşılabilirliği arttırmak kişileri organize ederek hangi durumlar da hangi sağlık kurumlarına başvurabilecekleri konusunda doğru sağlık kurumuna yönlendirmektedir. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınarak tedavisi sağlanmaktadır. Sevk gerektiğinde kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık alanına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır. Aile hekimliği aynı zamanda yanlış yönlendirmeyi düzensizliği gereksiz sağlık harcamasını ikinci basamakta gereksiz yığılmayı ve hasta mağduriyetini önlemektedir.

Organ veya sisteme yönelik ön yargılı bir yaklaşım yerine bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür; multidisiplinerdir. Güvene dayalı iletişim kurar. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde "hasta" değil "kişi", anlayışı esas alınır⁶². Aile hekimliği uygulaması gittikçe artan yaşlı nüfusun temel sağlık gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile doktorları vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

2.2.1.15. Aile Hekiminin Görev ve Sorumlulukları

Aile hekimleri kendilerine bağlı bireylerin sağlıklarının korunmasından ve hastalandıklarında tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Aile hekimleri bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturmaktadır Aile hekimlerinin görev ve sorumluluklar şu başlıklar altında özetlenebilir: ⁶³

- Aile sağlığı birimini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak,
- Çalıştığı bölgenin sağlık planlamasının yapılmasında ilçe sağlık idaresi ile işbirliği yapmak,

⁶² Metin Dinçer, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006, s:57.

⁶³ Recep Akdağ, **a.g.e.**, s: 56.

- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları kamu sağlığı merkezine ve ilçe sağlık idaresine bildirmek,
- Kişiyeye yönelik rehberlik hizmetleri ile, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri vermek; bu kapsamda ana- çocuk sağlığı ve aile planlamasını, periyodik muayeneleri (meme kanseri taraması, rahim kanseri taraması gibi), bireysel koruyucu sağlık hizmetlerini (rutin aşular), ruh sağlığı hizmetlerini ve yaşlı sağlığı hizmetlerini yerine getirmek,
- İlk kayıta ev ziyareti ile sağlık durumunun tespitini yapmak ve Bakanlığın öngördüğü sıklıkta ev ziyaretlerini tekrarlamak,
- Aile sağlığı biriminde ve gerektiğinde evde birinci basamaktan, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini vermek,
- Birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları ilgili uzmanlık dalına sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakımın koordinasyonunu yapmak,
- Temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili kayıt ve bildirimleri yapmak,
- İlk yardım ve acil müdahale hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak,
- Yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamak.

2.2.1.16. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçişte Önemli Hususlar

Aile hekimliği uygulamasına geçişte, üç ana husus dikkati çekmektedir: ⁶⁴

- Aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevi görmesi sağlanmaktadır. Yani, sağlık hizmet sistemine giriş her bireyin kendi doktoru aracılığı

⁶⁴Çoşkun Can Aktan, Kadri Işık,a.g.e., s:11.

ile gerçekleştirilmektedir. Aile hekimi ülke çapında “Sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor”dur.

- Sevk ve geri bildirim önemli ölçüde uyulmaktadır.
- Denetim, yerleşme ile etkili hale getirilmiştir.

Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası ile sağlık güvencesine kavuşmuş ve aile hekimliği sistemine geçmiştir. Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması, sağlık çalışanları ve vatandaşlar açısından yeni duruma uyum uzun bir süreci kapsayacaktır.

Aile hekimliği uygulamasında plânlama ve denetleme tek, Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmektedir. Bireylerin doktorlarına güven duyacağı ve kendi doktorlarını kendilerinin seçebileceği, hekimlerin hizmet yarışı içinde olacağı, iyi ve kaliteli hizmetin oluşturma çalışmaları sürdürülmektedir. Bu nedenlerle aile hekimlerinin eğitimine ve dengeli dağılımına önem verilmektedir.

Dünya örnekleri ile birlikte ülkemizin uzun yıllara dayanan deneyim ve birikiminden yararlanılarak oluşturulan “Ulusal Aile Hekimliği” modeli ile güvenli ve kararlı adımlar atılarak vatandaşlarımızın eşit ve kaliteli sağlık hizmeti almaları hedeflenmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir.

2.3. Aile Sağlığı Birimi/ Merkezi Standartları

2.3.1. Yerleşim

Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşidine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların rahat çalışabileceği, fonksiyonel ve hizmeti kullanan bireylerin kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır. Yeterli imkanın sağlanamaması halinde hekimler kendi çalışacağı bölgede kendileri donatacakları uygun şartları taşıyan yerlerde hizmet verebileceklerdir. Bu durumda ücretlendirmede kira bedeli dikkate alınacaktır.

2.3.2. Fiziksel Mekan

Aile hekimliği hizmetlerinin uygun olarak verilmesine ve kişilerin hizmete kolay erişimine imkan sağlayacak şekilde oluşturulan fiziksel mekânların standartları Bakanlıkça belirlenmektedir.

Aile sağlığı biriminin asgari fiziksel şartları şöyle sıralanabilir⁶⁵:

- Binanın güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkanlarına sahip olması gerekir.
- Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.
- Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.
- Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir. Bu oda ayrıca ön muayene odası olarak da vital bulguların ve boy- kilo gibi ölçümlerin yapılması için kullanılabilir.
- Çalıştırılması plânlanıyorsa, laboratuvar cihazlarının bulundurulacağı ve çalıştırılacağı uygun bir oda bulunmalıdır.
- Hasta kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, istatistik tutma, resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların yapılacağı arka büro bulunmalıdır.
- Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

2.3.3. Ücretlendirme Modeli ve Hizmet İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), belirli bir sabit ücret ve/veya kişi başi ödemeye ek olarak, hizmet başi ödemeyi içeren karma bir sistemi en uygun model olarak önermektedir⁶⁶. Ülkemizde sistemin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak amacıyla sabit ücret ve kişi başi ödeme yapılmaktadır. Kaliteyi ve sistemin başarısını arttırmak için hizmet başi ödemelerde yapılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasından beklenen başarının elde edilebilmesi için toplumun tüm bireylerini kapsayan bir sağlık güvence sisteminin var olması gerekmektedir Birinci basamakta çocuklara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler bağışıklama ve doğum öncesi bakımların yaptırılması, aile planlaması, riskli gebeliklerin önlenmesi, enfeksiyon

⁶⁵ Recep Akdağ, a.g.e., s: 37.

⁶⁶ Esra Saatçi, Hakan Sezer, **Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları**, İletişim Yayıncılık, Ankara, 2005,s: 49.

hastalıkları ile mücadele, sağlık eğitimi, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin halka ücretsiz verileceği bir model oluşturulmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması yerleştiğinde ülkede sağlık harcamaları daha kontrollü olacaktır. Hastahanelerde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara ait harcamalar aile hekimliği uygulaması ile azalacak, bireye yönelik koruyucu hizmetlerin artması, doktorun daha kolay erişilir olması, erken teşhis gibi nedenlerle hastalık yükü ve sağlık harcamaları azalacaktır. Aile hekiminin geliri kendisini seçen hasta sayısı ile orantılı ücretin ve hizmet destek ödemelerinin toplamından oluşacaktır. Personel dağılımını dengeli hale getirebilmek için bölgelerin gelişmişlik düzeylerine göre belirlenen kat sayılar ücretlendirmede rol oynamaktadır. Kişi başı sabit prim dışındaki hizmet başı ödeme ve ek puanlar sistemin daha kaliteli ve verimli hale gelmesi için belirlenecek politikalar doğrultusunda teşvik görevi görmektedir

2.3.4. Aile Hekimlerine Yapılacak Ödemeler ve Kesintiler

“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” ile aile hekimliği uygulamasında sözleşmeyle çalıştırılan veya aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen aile hekimine her ay yapılacak ödemeler aşağıdaki unsurlardan oluşur: ⁶⁷

Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetleri için;

- Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar,

Aile hekimliği uzmanı ise 2.723, 84 TL

Uzman tabip veya tabip ise 2.045, 69 TL,

- 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1, 3562 TL,

esas alınır. Eğer kayıtlı kişi sayısı 4000’den fazla ise fazla olan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılamamaktadır

Sosyo- Ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo- ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenir. Bu ödemede 657 sayılı Kanununun 152 nci maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan “Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli” esas alınır.

⁶⁷ T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları,a.g.e., s: 94.

Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılır. Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçmemektedir

Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi- işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin %100'ü ödenir.

Gezici Sağlık Hizmetleri Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus esas alınır. Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimlerinin, bakanlıkça taşıt ve taşıta ilişkin zorunlu giderleri temin edilmediği takdirde, gezici sağlık hizmetleri giderleri aynı şekilde karşılanır.

Yine Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğe göre aile hekiminden yapılacak kesintiler şu şekilde sıralanmıştır:

Sevk Kesintisi: Aile hekiminin kendisine kayıtlı kişi sayısı esas alınarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk yapması halinde, belirli oranlarda kesinti yapılmaktadır.

Diğer kesintiler: Koruyucu hekimlik hizmetlerinde; aşı takibi, gebe takibi ve çocuk- bebek takibi için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanır Bu takiplerde başarı oranı esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar aşı, gebe ve çocuk- bebek takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemedeki düşülmektedir Ancak, köy yolunun kar nedeniyle kapanması gibi mülki idare amirinin takdir edeceği mücbir sebepler ile aşı veya gebelik takibi yaptırlmaması gibi nedenlerle ihbar düzenlenmesine rağmen yerine getirilemeyen hizmetler bu hesaplamalarda dikkate alınmamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

3.1.1. Kalite Kavramı

Kalite,müşterilerin, mal ve hizmetlerden belediklerinin karşılanması, hatta daha fazlasının verilmesidir.⁶⁸ İşletmelerin rekabet gücünü sağlayabilmeleri için değişiklikleri ve yenilikleri yakından takip etmeleri gerekmektedir.açık. Kalite, yaşamışlıkların belli bir sürecin birikimidir.1980'li yıllarda başlayan ve 1990'lı yıllarda yaygınlık ve popülerite kazanan yönetim kavram ve uygulamalarının başında Toplam Kalite Anlayışı ve Toplam Kalite Yönetimi(Total Quality Management,TOM) gelmektedir.Kalite konusu işletmeciliğin temel konularından birisi olmuştur.Kalite Yönetimi ile ilgili ilk sistematik çalışmaları 1932 yılına kadar, W. A. Shewhart'ın çalışmalarına kadar götürmek mümkündür.Ancak bu konu 1980'lere kadar tüm işletme faaliyetlerine yön verecek ve ayrı bir yönetim düşüncesi olacak düzeye gelmemiştir.⁶⁹

Kalite kavramı günümüzde her yerde her zaman karşımıza çıkan bir talep haline gelmiştir. Kalite bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan kişilere göre farklılık arz eden özellikler şeklinde tanımlanabilmektedir. Uluslararası Standardizasyon Örgütü'nün (ISO) tanımına göre ise kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır⁷⁰.

Çalışanların katılımı, yönetimin desteği, ekip çalışması kalitenin başarısı, etkileyen faktörlerdendir. Kalite kavramında, verimlilik, maliyet, hız, kazanç gibi kavramlar yanında ,en üst düzeydeki yöneticiden en alt basamaktaki personele kadar tüm çalışanların, yeterlilik ve performanslarıda önemli rol oynamaktadır. Hizmet kalitesindeki gelişmeler, insan kaynaklarının iyi yönetimide iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü arttırdığı, emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu nedenle hizmet işletmelerinin temel amacı sunulan hizmetin kalitesini arttırmaktır.

⁶⁸ Michael HITT,Duane IRELAND and Robert HOSKISSON, **Strategic Management**, West Pub.Col., 1995,s:147.

⁶⁹ Robert GRANT,Rahmi SHANIA and R. KRISHNAN,"TQM's Challenge to Management Theory and Practice",Sloan Management Review, 1994,s:26.

⁷⁰ Murat Öztürk,**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma**,İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Ana Bilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,2002,s:84.

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

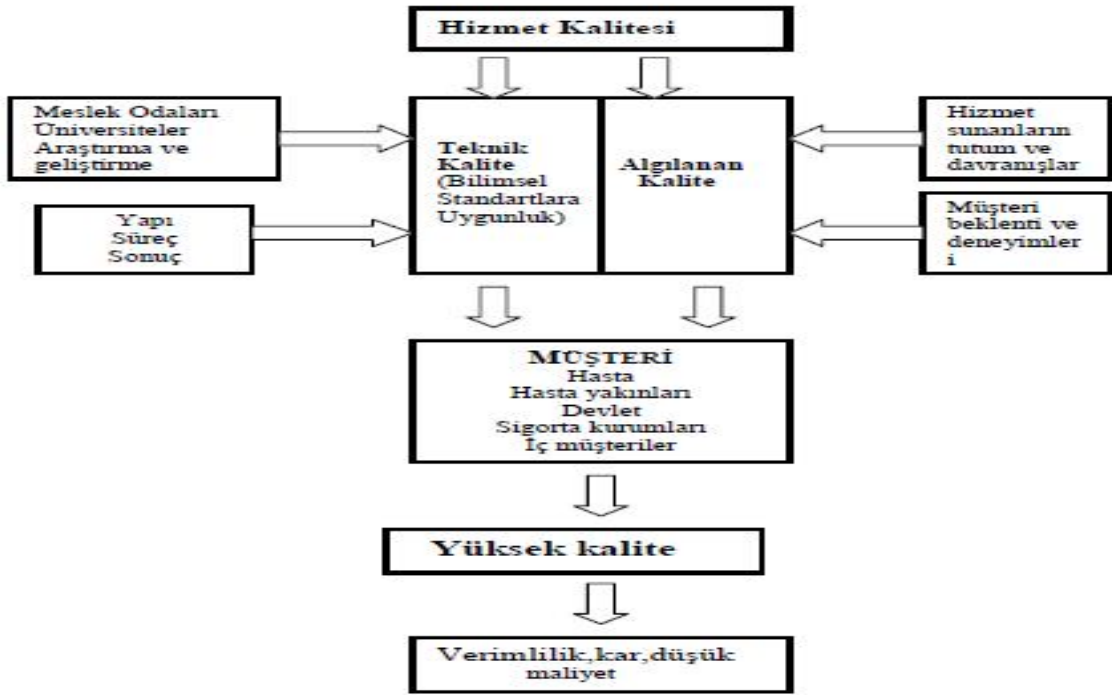
Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin arttırılmasında ve korunmasında önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetinde kalite, hastanın beklediği kalite düzeyi ile algıladığı kalite düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetinde kalite; hastanın hizmetten beklediği performans ile hizmeti tüketerek aldığı performansa ilişkin memnuniyeti yâda memnuniyetsizliği şeklinde tanımlanabilmektedir⁷¹. Sağlık hizmetlerinde kalite uluslararası geçerliliği bulunan standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında hizmet süreci boyunca hasta beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanma hali olarak görülmektedir. Sağlık Hizmetlerinde Kalite; sağlık kurumlarındaki bütün faaliyetlerin, sürekli olarak iyileştirilmesi ve tüm çalışanların katılımıyla iç ve dış müşterilerin beklentileri doğrultusunda süreçlerin iyileştirilmesi olarak öngörülmektedir.

Kaliteli hizmet yaşamın her alanı için gereklidir, fakat sağlık alanında ise daha fazla ve farklı bir öneme sahiptir.,Hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların oluşturabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi ve geri dönüşümü olmayan sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramını daha fazla önemli kılmaktadır. getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hastanın hizmete erişimini kolaylaştıran, doğru hastanın, doğru zamanda, doğru tedaviyle bulunduğu, hasta haklarının dikkate alındığı, insanlarımızın zarar görmediği, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlandığı, maliyet-etkililik prensibini dikkate alan bir yaklaşım olarak düşünülmektedir.

⁷¹ [http://www.tahud.org.tr/Sağlıkta kalite](http://www.tahud.org.tr/Sağlıkta%20kalite), Erişim Tarihi: 26. 03.2012.



Şekil 6: Sağlık Hizmeti Kalite Belirleyicisi⁷².

3.2. Hasta/Müşteri Memnuniyeti

3.2.1. Hasta/Müşteri Memnuniyeti

Müşteri, bir mal veya hizmeti satın alan kişi olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sunumunda kaliteyi değil, müşteriler belirlemektedir. Bu bakımdan müşteri ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bir hizmetin kaliteli sayılabilmesi için müşteri istek ve beklentilerini karşılanması, müşterilerin tatmin edilmesi gerekmektedir.

İşletme performansı müşteri istek ve beklentilerine eşit veya daha yüksek ise müşterinin memnun olması olasıdır ve hizmetin kullanımı sonucunda istenilen sonuç elde edilmiş ise bu durumda müşteri memnuniyetinin yüksek olduğu görülmektedir.

Hizmet sektörlerinin birçoğunda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin müşterileri de iç ve dış müşteriler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.. İç müşteriler, sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile ilişkisi olan kişiler, dış müşteriler ise sağlık kurumunun hizmetlerinden yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır.

⁷²Murat Öztürk., a.g.e., s:225.

DIŞ MÜŞTERİLER	İÇ MÜŞTERİLER
<ul style="list-style-type: none"> - Hastalar, hasta ailesi ve çevresi - Refakatçiler, ziyaretçiler - Devlet - Diğer sağlık kurumları - AnlaŐmalđ kuruluşlar - Eczaneler - Dernekler - Medya - Sigorta Őirketleri - Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları - İnŐaat Őirketleri - ÇamaŐırhane iŐletmeleri - Çiçek satıcıları - Mütcaahhitler 	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi vb) - Sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemŐireler, asistan doktorlar vb.) - Kurum personeli (hekim, hemşire v.b) - Üst ve orta kademe yöneticileri - Pay sahipleri - DanıŐmanlar

Tablo 3 : Sağlık Sektöründe İÇ ve Dış MüŐteriler⁷³

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten, bu hizmetin sunumundan, hizmet verenlerin ilgisinden, hizmet sunulan ortamdan memnun olması ve beklentilerine cevap almasıdır. Sağlık kurumlarının kalitesi hizmet alanların memnuniyet durumuyla değerlendirilmektedir. Hizmet alanların memnuniyet oranının artışı kurumların başarısının artıŐını ve uzun ömürlü olmasını sağlamaktadır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık kurumları yöneticilerinin her müŐteriyi tatmin etmek için farklı stratejiler geliŐtirmesi gerektiği belirtilmektedir⁷⁴. Sağlık işletmelerinin, hasta memnuniyet düzeyini arttırabilmesi; sunulan kaliteli hizmete, teşhis ve tedavide hatasız uygulamalara, düşük maliyete hastaları tedavinin her aŐamasına aktif katabilmesine gerekli ve yeterli bilgilendirmeyi zamanında yapmasına bağlıdır. Hasta ve çalışan memnuniyeti aynı zamanda sağlık kurumlarının varlıklarını sürdürebilmeleri için önemlidir.

3.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Bir sağlık iŐletmesinin varlığını devam ettirebilmesi hasta memnuniyeti ile mümkün olmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulan bireylerin sağlık ekibine güveni artmakta, sağlığ ile ilgili tavsiyelere uymakta özen göstermekte ve tekrar aynı durumda memnun kaldığı sağlık kurumunu tercih etmektedir. Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin Şu nedenlerden dolayı önem taşımaktadır.⁷⁵

İnsancıl nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti alma hakkı gelmektedir. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli

⁷³ Şahin Kavuncubaşı, **Sağlık Kurumlarında Müşteri, Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002, s:298.

⁷⁴ Cevdet İŞnas, **Sağlık İŞletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite**, İzmir, 2008, Cilt 8. Sayı: 1, s: 87.

⁷⁵ Zennure Karadağ, **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İŞletme Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s: 28.

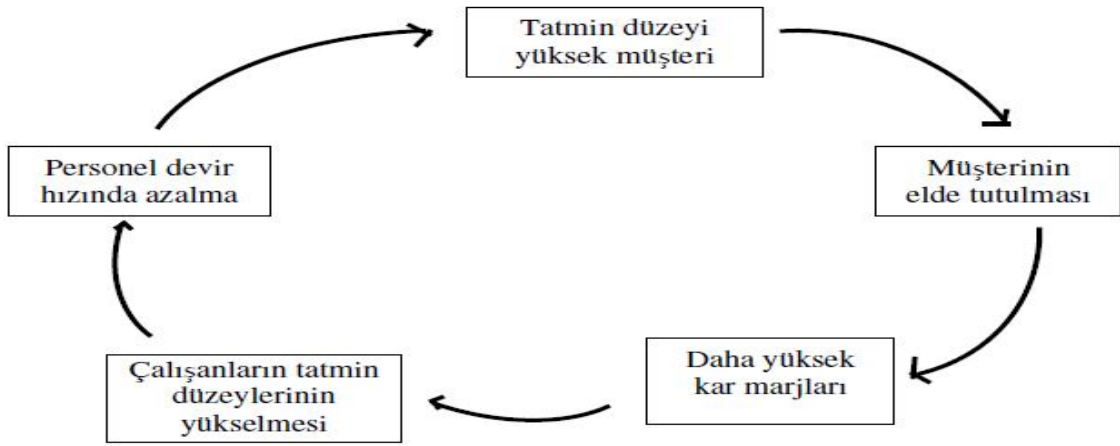
olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekli olduğu kabul edilmektedir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zaman da hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır .

Ekonomik nedenler: Hastalar, hizmetin alıcısı konumundadırlar. Hastalar içinde buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatli oldukları belirtilmektedir. Hastalar ödedikleri ücretin karşılığını beledikleri gibi diğer yandan sigorta kurumları da, müşterilerinin tatminini sağlamak için sağlık kurumlarına baskı yaptıkları belirtilmektedir.

Pazarlama nedenleri: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar, Yapılan araştırmalar, tatmin edilen hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklam ve tanıtımını yaptıkları, sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaştıkları saptanmıştır. Hastaların bu yöndeki davranışlarının, sağlık kurumunun pazar payının genişletilmesine çok önemli rol oynayabileceği söylenebilir. Sağlık kurumları hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklaşmaktadır. Hasta sadakati, hastaların gereksinimleri olduğunda hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleri olarak tanımlayabiliriz. Yapılan araştırmalar hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça hasta sadakati oranı da arttığını ortaya koymaktadır.

Etkililik: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği ve hekim ile diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uydukları gözlenmektedir. Memnuniyet düzeyi yükseldikçe hastanın, hekimin tavsiye ve direktiflerine uyma, randevu ve kontrollerine sadık kaldıkları, verilen ilaçları uygun kullanım, hasta- hekim ilişkisini devam ettirme eğilimi memnuniyet düzeyi düşük hastalardan daha fazla olduğu belirtilmektedir. Diğer bir ifade ile memnuniyet arttıkça, tedaviye uyum artmaktadır.

Sağlık işletmelerinin hasta tatmini önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmet alımındaki çeşitliliğin artması ile müşteri memnuniyetini sağlamak kolay olmamaktadır. Artan seçenekler kişiye kolayca başka kurumlara yönlendirebilmektedir, bu nedenle sağlık kurumları hasta odaklı stratejiler geliştirmelidirler.



Şekil 7. İyi Müşteri Çevrimi⁷⁶

3.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında bireyin kendisinden çevresinden ve sağlık kurumundan kaynaklanan sorunlar yer almaktadır. Günümüzde özel sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini arttıran etkenlerin bulunması sağlık hizmeti alımında tercih edilmelerini sağlamaktadır. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri hastaya, hizmet verene ve kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılmaktadır.⁷⁷

Hastaya ilişkin faktörler:

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilediği düşünülmektedir.

Hizmet verenlere ilişkin faktörler: Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Hasta sağlık personeli etkileşimi hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Sağlık hizmeti veren tarafından gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır. Hasta

⁷⁶ Terry G. Vavra, **Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Gelistirmenin Yolları**, Kalder Yayınları. No: 28 Ankara, 1999, s: 23

⁷⁷ Bülent Kıymir, **Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Işık Yayınevi, Ankara, 2010, s: 154.

memnuniyetini en fazla etkileyen faktörlerin başında sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları gelmektedir.

Kurumsal faktörler: Yapılan pek çok araştırmada, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin, hasta memnuniyetini etkilediği görülmektedir. Ayrıca yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duyduğu ifade edilmektedir.

3.3. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Hasta memnuniyetini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili faktörler dört grupta toplanmıştır. Bunlar;⁷⁸

- Sağlık statüsü, hizmet beklentileri ve sosyo- demografik ayrıntıları içeren hasta özellikleri,
- Bakımın teknik ve sanatsal (fonksiyonel) yönünü ve personelin özelliklerini içeren hizmeti sunanların özellikleri,
- Hasta ve hizmeti sunanlar arasında iletişim açıklığı ve bütünlüğüne dayanan, sürekli bir ilişkiyi içeren doktor- hasta ilişkisinin durumu,
- Hizmetin oluşturulmasını, yapısını ve kabul edilebilirliğini içeren çevresel faktörler.

Hasta memnuniyeti araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucunda, literatürde, hastaların memnuniyetlerini değerlendirmelerinde, genelde dokuz boyutun kullanıldığı ortaya konulmuştur. Bunlar ise;⁷⁹

- Hasta- doktor ilişkisi,
- Hasta- hemşire ilişkisi,
- Hasta- diğer hastane personeli ilişkisi,
- Bilgilendirme,
- Beslenme hizmetleri,
- Fiziksel ve çevresel koşullar,

⁷⁸ Murat Yılmaz, **Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti**, C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi 5,Eskişehir, 2002, s: 69.

⁷⁹ Nebahat Kum,**Türkiye’de Hemşire-Hasta-Hekim İlişkisinde Değişen ve Gelişen Kavramlar ve Uygulamalar**,II.Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 2008, s:66.

- Bürokratik işlemler,
- Güven,
- Ücrettir.

3.3.1. Hasta – Doktor İlişkisi

Aile hekimliği hizmetini sunan hekimlerin hasta ile ilişkileri bireylerin memnuniyetini etkileyen birincil faktördür. Hasta-ve hekim arasındaki ilişki zorunluluktan veya planlı olarak kurulan bir ilişki türüdür. Bireylerin sağlık hizmeti alımında ilk temas geçtikleri kişiler hekimlerdir. Bu nedenle hasta hekim arasındaki pozitif iletişim hem hasta memnuniyetini hemde sunulan sağlık hizmetinin etkililiğini arttırmaktadır. Hastaların, doktorlardan memnuniyetinin sağlanabilmesi için,⁸⁰

- Bilgi- beceri,
- Hastaya ayrılan zaman,
- Anlaşılır açıklamaların yapılması önemlidir.

Bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyetinin aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir:⁸¹

- Doktorun, hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması,
- Doktorun, hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak biçimde yöreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulanması,
- Doktorun, aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi,
- Hasta odaklı görüşme olması ve doktorların etkileşimde baskın olmaması,
- Hastalara tıbbi karşılaşma sonucu durumları ile ilgili karar vermede daha fazla fırsat tanınması,
- Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi,
- Görüşmede hastaların psiko- sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesidir.

⁸⁰ Şahin Kavuncubaşı, **Sağlık Kurumlarında Müşteri, Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004, s: 29.

⁸¹ Orhun Baflak, **Ülkemizde Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği, Yeni Açılımlar**, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2004, s: 17.

3.3.2. Hasta- Hemşire İlişkisi

Hemşire, hasta ile hekimden daha fazla zaman geçiren hasta ile daha fazla paylaşımları olan sağlık personelidir. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim, verdiği bakımın niteliğini arttırmak için önemli noktalar vardır. Bunlar;⁸²

- İletişimi,
- Davranış ve insan ilişkilerini,
- Hastanın duygu ve davranışlarını anlamayı,
- Ekip ile işbirliği içinde olmayı,
- Kendi davranışlarının ve tepkilerinin farkında olmayı bilmeleri gerekmektedir.

Hasta- hemşire ilişkisinde kişisel duygusal çevresel bir çok faktörden etkilenmektedir Yapılan araştırmalarda, hastaların hemşirelerle olan iletişimlerinde sorunlarını daha rahat anlattıkları ve kaygılarının azaldığı gözlemlenmiştir.

3.3.3. Hasta - Diğer Personel İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim ve hemşire dışında görev yapan hastane personeli de kaliteli sağlık hizmeti sunumundan sorumludur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda teknoloji yanında iletişimde çok önemli bir yere sahiptir Sağlık personeli tarafından gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, kişilerin tutumları, hastanın rahatlamasını ve tedavisine daha uyumlu, katılımını sağlamaktadır.

⁸² Nebahat Kum,**a.g.e.**, s: 8.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler

Bu bölüm de; araştırmasının konusu, önemi, amaçları, amacı, alanı,yöntemi, hipotezleri, sınırlılıkları, evreni, örnekleme, ölçek ve veri analiz yöntemleri hakkında bilgiler bulunmaktadır.

4.1.1. Araştırmanın Konusu

Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirleyicisi, hizmet alan hastaların memnuniyet durumudur. Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, hastaların ve çalışanların istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlı olmaktadır. Memnuniyet derecesinin belirlenmesi, daha etkili sağlık hizmetinin sunumu açısından eksikliklerin belirlenmesi ve buna yönelik iyileştirmeler oluşturmak anlamında önemlidir.

Uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin ve bu uygulamada hizmet veren Sağlık çalışanlarının memnuniyet derecesi ve memnuniyetini etkileyen faktörler araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

4.1.2. Araştırmanın Önemi

Günümüzde sağlık hizmetlerinde, hasta beklenti ve istekleri hizmet sunumunun önüne geçmektedir. plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunanların iş doyumu ve memnuniyetleri daha kaliteli ve yararlı hizmetin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Ülkemizde sağlık ocakları hizmet sisteminin, sağlık hizmet sunumunda yetersiz duruma gelmesi ile sağlık sisteminde yeni bir hizmet sunum modeline ihtiyaç duyulmuş ve bu amaçla aile hekimliği modeli uygulanmaya başlanmıştır.

4.1.3. Araştırmanın Amacı

Her sektörde olduğu gibi sağlık alanında da müşteri/hasta memnuniyeti önemlidir. Diğer hizmet sektörlerinde de olduğu gibi sağlık işletmelerinde de çalışanların müşterilerin beklenti ve isteklerinin karşılanması başarıyı da beraberinde getirmektedir. Aile hekimliği uygulamasında aile hekimini değiştirme serbestliğinin olması hizmet sunumunda rekabete yol açarak insanların daha iyi hizmet alabilmesi sağlanmıştır. Bu araştırmanın amacı ülkemizde uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyetinin hangi faktörlerden etkilendiği, sağlık hizmeti veren kurumun özelliklerinin ve sağlık hizmetinin niteliğinden hizmet alanların memnuniyet durumu ile sağlık çalışanlarının sistemi benimseme ve memnuniyet durumunu ortaya koymaktır.

4.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi

Araştırma, aile hekimliklerinden sağlık hizmeti alan kişiler ve bu hizmet veren sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın veri toplama kısmında, 21 ve 33 sorudan oluşan 200 adet anket, 20 Ağustos-15 Eylül 2012 tarihleri arasında, farklı şehirlerdeki aile sağlığı merkezleri ve bu merkezlerden sağlık hizmeti alan kişilere, ve sağlık personeline yüz yüze anket yöntemiyle, uygulanmıştır. Anket uygulamasından elde edilen veriler, SPSS 16 istatistik paket programına girilmiş, öncelikle frekans analizi, daha sonra ise Ki- kare analizleri elde edilmiştir.

4.1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sunulmakta olan aile hekimliği uygulaması üzerine gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı aile hekimliklerinden hizmet alan tüm kişilere uygulamak zaman ve maliyet açısından güç olması ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kısıtlama getirildiğinden araştırmanın yapıldığı yerin belirtilmediği, anket uygulanmasının sempatik ve beşeri ilişkiler yolu ile yapıldığından dolayı bazı sınırlılıklara gidilmiştir.

4.1.6. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminden sağlık hizmeti alanların demografik özellikleri, aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi, hizmet verilen mekân, sunulan sağlık hizmetinin ve aile hekimi ile aile sağlığı elemanının değerlendirilmesi gibi konularda aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarının, aşağıdaki hipotezleri doğrulayıp doğrulamadığı incelenmiştir.

Hipotez 1 (H1)

H₀: Kişilerin demografik özelliklerinden dolayı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kişilerin demografik özellikleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Alt Hipotezler:

H₀: Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

H₀: Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur

H₁: Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

H₀: Kişilerin öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kişilerin öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 2 (H)

H₀: Kişilerin sağlık hizmeti aldıkları aile sağlığı merkezi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kişilerin sağlık hizmeti aldıkları aile sağlığı merkezi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Alt Hipotezleri

H₀: Aile sağlığı merkezinin fiziki koşulu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile sağlığı merkezinin fiziki koşulu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır

H₀: Aile sağlığı merkezine ulaşım şartı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile sağlığı merkezine ulaşım şartı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 3 (H3)

H₀: Aile sağlığı merkezindeki hizmet sunumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile sağlığı merkezindeki hizmet sunumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Alt Hipotezleri

H₀: Kayıt işlemlerinin süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kayıt işlemlerinin süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

H_0 : Muayene için bekleme süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H_1 : Muayene için bekleme süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 4 (H4)

H_0 : Aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H_1 : Aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Alt Hipotezleri

H_0 : Aile hekiminin hastayı karşılaması, nezaket göstermesi ve davranışları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H_1 : Aile hekiminin hastayı karşılaması, nezaket göstermesi ve davranışları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

H_0 : Aile hekiminin hasta sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H_1 : Aile hekiminin hasta sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 5 (H5)

H₀: Aile sağlığı elemanının hastaya karşı davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁ : Aile sağlığı elemanının hastaya karşı davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma vardır.

4.1.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hasta ve sağlık elemanlarının memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bu araştırma için aile sağlığı merkezleri seçilmiştir. Araştırmanın evrenini aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan kişiler oluşturmaktadır. Zaman ve maliyet yönünden araştırmanın yürütüldüğü aile sağlığı merkezleri konusunda sınırlılıklara gidilmiştir. Araştırmada belirli aile sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık elemanları ve bu merkezlerden hizmet alan hastalardan oluşmaktadır.

4.1.8. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi

Araştırmada iki farklı anket formu kullanılmıştır. Kullanılan soru formları Sağlık Bakanlığı tarafından daha önce uygulanmış anket formlarından faydalanılarak oluşturulmuştur. Ankette sorular iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölüm, aile sağlığı merkezine başvuran kişinin demografik bilgilerine ulaşmayı amaçlayan; kişinin cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, sağlık kurumuna başvuru sıklığı, başvuru nedeni, sağlık sorunu durumunda başvurulmak istenen mercii hakkında bilgilere ulaşılmasını sağlayacak tanımlayıcı sorular içermektedir. İkinci bölümdeki sorularda ise; aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi, hizmet sunulan sağlık kurumunun mekânı, kayıt öncesi ve sonrası hizmeti, aile hekimi, aile sağlığı elemanını ve aile hekimliği hizmetleri gibi aile hekimliği uygulaması hakkında sorular içermektedir. Her bir kısımda yer alan sorular, çalışmanın hipotezlerinden birini ya da birkaçını test etmeye yönelik oluşturulmuştur.

Bu araştırmada, tutum ölçeği olarak, 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Likert ölçeğinin seçenekleri, Çok İyi–Çok Kötü arasında yer alan, oransal cevaplardan oluşmaktadır. Verilerin istatistiksel analizinde, SPSS 16 (Statistical Package for Social

Sciences) paket programı kullanılmıştır. Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutları için ise, “Cronbach Alpha (α)” tekniğine başvurulmuştur.

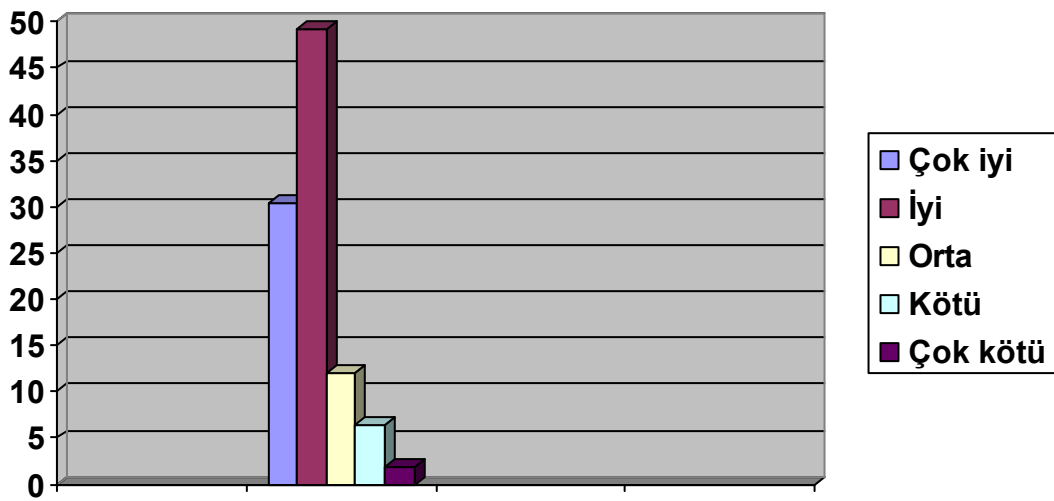
Yapılan araştırmanın Alpha katsayısı, 0, 845 olarak bulunmuştur. Kullanılan ölçek, geçerli ve önemli derecede güvenilirdir. Hipotezlerin, anlamlılık düzeyi (α) = 0, 07 olarak kabul edilmiştir. Kullanılan testlerin güvenilirlik düzeyi ise, $1 - \alpha = 0, 83$ 'tir. Yani, hipotezler, % 89 güvenilirlik düzeyinde test edilmektedir. Dolayısıyla, uygulanacak testlerden elde edilecek p değerinin, α değerinden (0, 07) büyük olması durumunda, null hipotez (H_0); küçük olma .durumunda, alternatif hipotez (H_1) kabul edilecektir. Tutum ölçeklerinin analizinde isnilmiştirre Ki – Kare (χ^2) (Anlamlılık) testi kullanılmıştır.

4.2. Araştırma Sonuçlarının Analiz Ve Yorumları

Bu çalışma 20 Ağustos-15 Eylül 2012 tarihleri arasında örnekleme ile tespit edilen aile sağlığı merkezi çalışanları ve aile sağlığı merkezlerine başvuran hasta ve hasta yakınlarından 200 kişi ile yapılmıştır. Araştırma bulguları şöyledir:

4.2.1. Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

Grafik 1. Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi



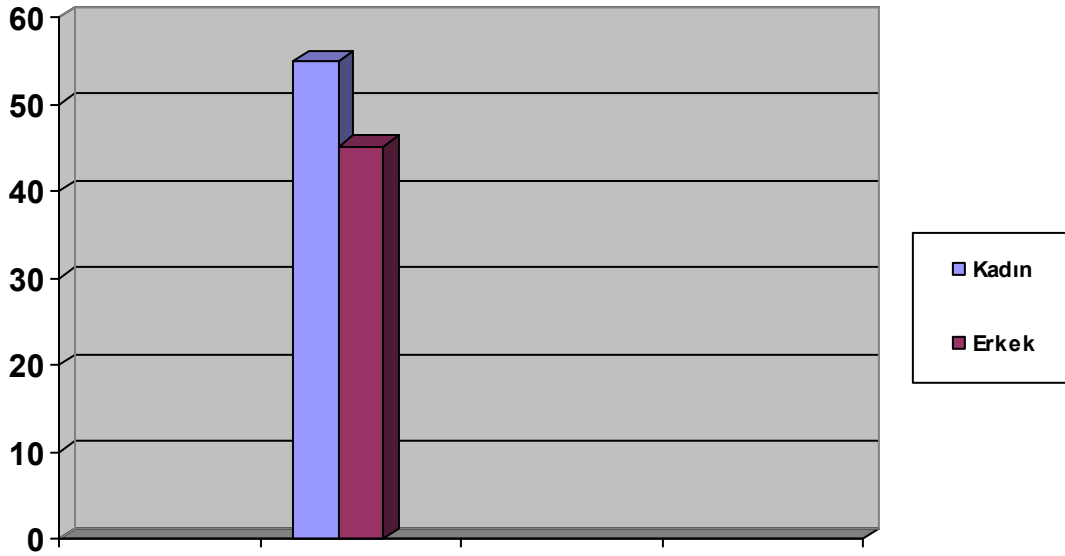
Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Buluyorsunuz?	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Çok iyi	68	45,3	45,3
İyi	51	34	72,4
Orta	20	13,3	87,9
Kötü	9	6	96,8
Çok kötü	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada verilen aile hekimliği sağlık hizmetleri hakkında görüşlere bakıldığında; katılanların %79,3'ü kişi iyi, %13,3'ü orta, %7,3'ü çok kötü olarak değerlendirmiştir.

4.2.2. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Verileri

4.2.2.1. Cinsiyet

Grafik 2. Ankete Katılan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı



Cinsiyet	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Kadın	96	64,	64
Erkek	54	36	100
Toplam	150	100	

Araştırmada kişilerin, cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında; katılanların %64'ü kadın, %36'sını erkek katılımcılar oluşturmaktadır.

Tablo 4. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi

CİNSİYET		<i>Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?</i>					
		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	Toplam
KADIN	Sıklık(f)	28	49	11	6	2	96
	Grup içi yüzde(%)	29,1	51	11,4	6,2	2,0	100
	Gruplar arası yüzde(%)	63,6	54,3	58,7	39,3	31,4	64,0
	Toplam yüzde(%)	19,3	29,5	7,2	2,9	0,7	64,0
ERKEK	Sıklık(f)	14	28	7	3	2	54
	Grup içi yüzde(%)	25,9	51,8	12,9	5,5	3,7	100
	Gruplar arası yüzde(%)	39,2	52,7	48,1	64,4	73,5	36,0
	Toplam yüzde(%)	12,6	24,0	6,9	4,3	1,9	36,0
TOPLAM	Sıklık(f)	42	77	18	9	4	150
	Grup içi yüzde(%)	28,0	51,3	12,0	6,0	2,6	100
	Gruplar arası yüzde(%)	100	100	100	100	100	100
	Toplam yüzde(%)	28,0	51,3	12,0	6,0	2,6	100
ANLAMLILIK TESTİ		Ki- Kare Değeri		Sd	P Değeri		
		13,0213		6	0,017		

Bireylerin cinsiyet durumuna göre aile hekimliğinden memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesinde aile hekimine başvuran kadınların %80,1'i aile hekimliği uygulamasından memnun olduğunu, %11,4'ünün orta olarak nitelendirdiği, %8,2'sinin de uygulamadan memnun olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan erkeklerin %77,7'si uygulamadan memnun iken %12,9'nun uygulamayı orta, %9,2'sinin kötü olarak ifade ettiği ve kadın katılımcılara göre memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Gruplar arası farklılaşmalara bakıldığında ise aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin iyi olarak nitelendiren kişilerin %64,7'si kadın iken %35,3'ü

erkektir. Orta olarak nitelendirenlerin; %61,1'si kadın, %38,9'u erkek,. kötü olarak nitelendirenlerin; %66,6'in kadın, %33,4'unun erkek olduğu görülmektedir.

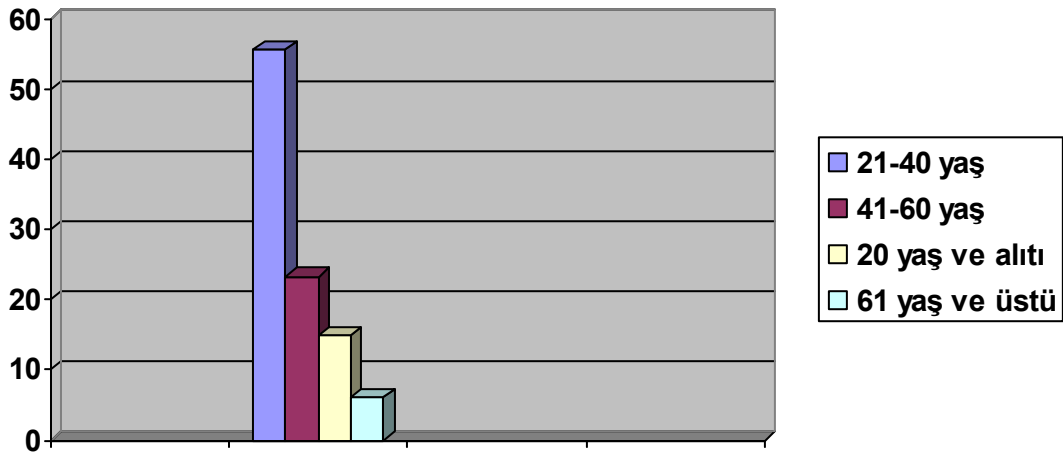
Araştırmanın geneline bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnun olan kadınların oranı %51,3, erkeklerin oranı %48,7'dir. Aile hekimliği uygulamasından memnuniyetsizlik oranı %5,3'ü kadın, %3,3'si erkek olup cinsiyet durumlarına göre toplam memnuniyetsizlik oranı %8,6'dır.

Sonuç olarak, katılanların cinsiyet durumuna bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin kadın katılımcılarda erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. p değeri ($p=0,017$), $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

Bu durum cinsiyet durumu ile aile hekimliğinden memnuniyet arasında anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermektedir

4.2.2.2 Yaş

Grafik 3. Ankete Katılan Kişilerin Yaş Dağılımı



Yaş aralıkları	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
21- 40	94	62,6	62,6
41- 60	28	18,6	81,4
20 yaş ve altı	20	13,3	96,2
61 yaş ve üstü	8	5,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada yaş aralıklarına bakıldığında; katılımcıların %62,6'sı 21- 40 yaş grubuna %18,6'sı 41- 60 yaş grubuna, %13,3'ü 20 yaş ve altı ve %5,3'ünün 61 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı

YAŞ		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
20 Yaş ve Altı	Sıklık(f)	17	3	20
	G. İ. Yüzde(%)	85,0	15,0	100
	G. A. Yüzde(%)	21,6	11,4	13,3
	T. Yüzde(%)	13,7	2, 8	13,3
21- 40	Sıklık(f)	81	13	94
	G. İ. Yüzde(%)	86,7	13,3	100
	G. A. Yüzde(%)	56,3	56,7	62,6
	T. Yüzde(%)	42,8	14, 6	62,6
41- 60	Sıklık(f)	22	6	28
	G. İ. Yüzde(%)	78,6	21,4	100
	G. A. Yüzde(%)	26,8	20,4	18,6
	T. Yüzde(%)	17,3	4,5	18,6
61 Yaş ve Üstü	Sıklık(f)	7	1	8
	G. İ. Yüzde(%)	87,5	12,5	100
	G. A. Yüzde(%)	6,3	8,4	5,3
	T. Yüzde(%)	5,1	2,2	5,3
Toplam	Sıklık(f)	127	23	150
	G. İ. Yüzde(%)	84,7	15,3	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100
	T. Yüzde(%)	81, 4	12,6	100
Anlamlılık Testi		Ki- kare Değeri 3,783	Sd 2	P Değeri 0,298

Bireylerin yaş aralığına göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyine bakıldığında; katılımcıların %85'i 20 yaş ve altı, %78,6'sı 41- 60 yaş aralığında, %86,7'si 21- 40 yaş aralığında, %87,5'i 61 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini orta ve altı olarak nitelendirenlerin %15'i 20 yaş ve altı, %21,4'ü 21- 40 yaş aralığında, %13,3'ü 41- 60 yaş aralığında, %12,5'i de 61 yaş ve üstü olduğu

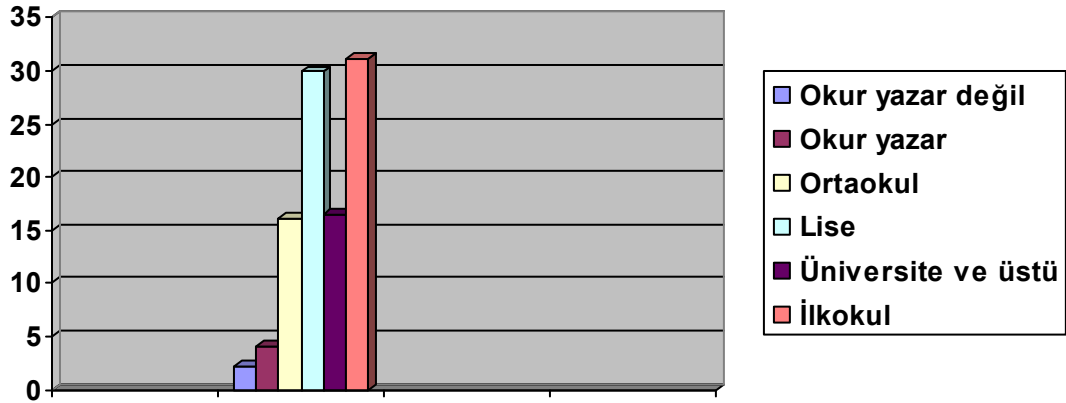
görülmektedir. Gruplar arası farklılaşmalara bakıldığında memnuniyet düzeyi yüksek olanların %56,3'ü 21- 40 yaş aralığında, %26,8'i 41- 60 yaş aralığında, %21,6'sı 20 yaş ve altı, %6,3'ü 61 yaş ve üstü grup olduğu görülmektedir.

Araştırma geneline bakıldığında memnuniyet düzeyini yüksek olanların 21- 40 yaş aralığını % 42,8'ini 41- 60 yaş aralığını %17,3'ünü, 20 yaş ve altını %13,7'si, 61 yaş ve üstünü de %5,1'i oluşturmaktadır. Aile hekimliği memnuniyet düzeyini orta ve altı olarak nitelendirenlerin %14,6 ile 21- 40 yaş aralığının oluşturduğu görülmektedir.

Sonuç olarak aile hekimliği memnuniyet düzeyinin 20 yaş ve altı ile 41- 60 yaş aralığında yüksek olduğu görülmektedir. Fakat verilere bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile kişilerin yaşı arasında anlamlı ilişki görülmemektedir. p değeri (p=0,298) α (0, 05) değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_0 , H_1 lehine kabul edilmiştir.

4.2.2.3. Öğrenim Durumu

Grafik 4. Ankete Katılan Kişilerin Öğrenim Durumu Dağılımı



Öğrenim Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İlkokul	51	34,0	34,0
Lise	43	28,6	59,2
Üniversite ve üstü	28	18,6	79,8
Ortaokul	18	12	94,1
Okuryazar	8	5,3	96,8
Okuryazar değil	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada katılımcıların öğrenim durumuna bakıldığında; ilkokul mezunu %34,0, lise mezunu %28,6, üniversite ve üstü %18,6, ortaokul %12,0, okuryazar %5,3 ve okuryazar olmayan ise %1,3 olduğu görülmektedir..

Tablo 6. Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
İlkokul	Sıklık(f)	42	3	2	51
	G. İ. Yüzde(%)	90,3	5,8	3,9	100
	G. A. Yüzde(%)	39,4	21,7	16,1	37,2
	T. Yüzde(%)	28,9	3,2	1,4	37,2
Ortaokul	Sıklık(f)	14	3	1	18
	G. İ. Yüzde(%)	77,9	16,6	5,5	100
	G. A. Yüzde(%)	19,2	10,9	17,2	18,6
	T. Yüzde(%)	16,3	1,8	1,8	18,6
Lise	Sıklık(f)	34	6	3	43
	G. İ. Yüzde(%)	79,3	13,8	6,9	100
	G. A. Yüzde(%)	30,2	39,1	41,9	32,1
	T. Yüzde(%)	24,1	5,2	3,7	32,1
Üniversite ve üstü	Sıklık(f)	18	7	3	28
	G. İ. Yüzde(%)	64,3	25,0	10,7	100
	G. A. Yüzde(%)	16,1	27,8	41,6	19,3
	T. Yüzde(%)	11,9	3,5	1,9	19,3
Toplam	Sıklık(f)	122	19	9	150
	G. İ. Yüzde(%)	81,3	12,6	7,1	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100	100
	T. Yüzde(%)	80,2	8,7	8,7	100
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		28,012	7	0,000	

Bireylerin aile hekimliği uygulamasından genel memnuniyet düzeyine bakıldığında: ilkokulu mezunlarının %90,3'ünün memnun olduğu, %5,8'inin uygulamayı orta olarak değerlendirdiği, %3,9'unun memnun olmadığı; ortaokul mezunlarının %77,9'unun uygulamadan memnun olduğunu, %16,6'sının orta olarak nitelendirdiğini, %5,5'inin uygulamadan memnun olmadığını; ifade lise mezunlarının memnuniyet düzeyleri ele alındığında %79,3'ünün aile hekimliği uygulaması için iyi, %13,8'inin orta, %6,9'sının kötü olarak nitelendirdiğini; üniversite mezunlarının

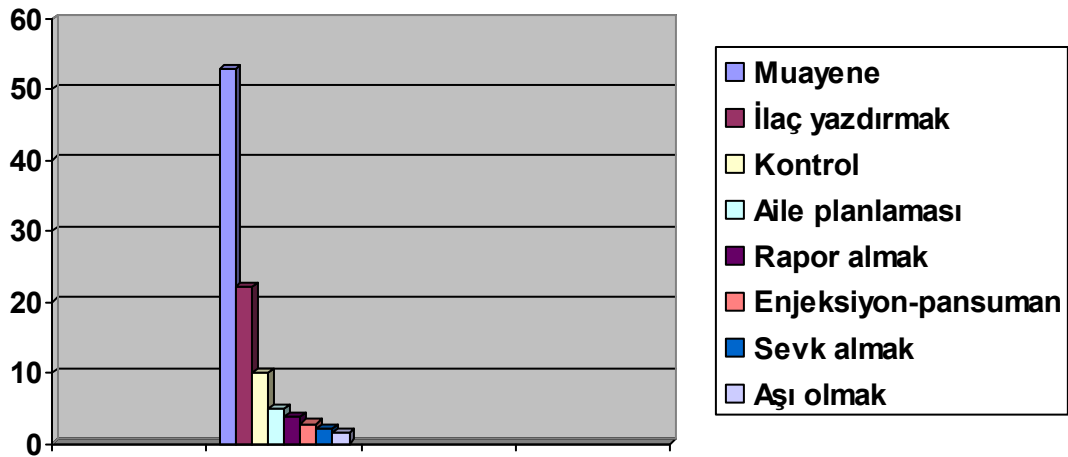
%64,3'ü aile hekimliği uygulamasının iyi olduğunu, %25,0'i orta düzeyde olduğunu, %10,7'i de memnuniyet düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Beklentilerin eğitim durumuyla aynı oranda arttığı görülmektedir. Gruplar arası aile hekimliği memnuniyet düzeyine bakıldığında; ilkokul mezunlarının %39,4'ü aile hekimliği uygulamasından memnun olduklarını, lise mezunlarının, %30,2'si, ortaokul mezunlarının %19,2'si, üniversite mezunlarının %16,1'inin uygulamadan memnun olduğu görülmektedir. Aile hekimliğinden memnuniyet düzeyi düşük olanların ise %41,9'u lise, %41,6'sı üniversite mezunu, %16,3'ü ortaokul mezunu, % 16,1'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir..

Araştırma genelinde; ilkokul mezunlarının %28,9'u, lise mezunlarını %24,1'i ortaokul mezunlarının %14,5'i ve üniversite mezunlarının %11,9'u aile hekimliği uygulamasından memnun olduklarını belirtmiştir.

Sonuç olarak katılanların memnuniyet düzeylerine bakıldığında lise ve üniversite mezunlarına göre ilkokul mezunlarının memnuniyet oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

4.2.2.4. Aile Hekimliğine Başvuru Nedeni

Grafik 5. Hastaların Aile Hekimine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı



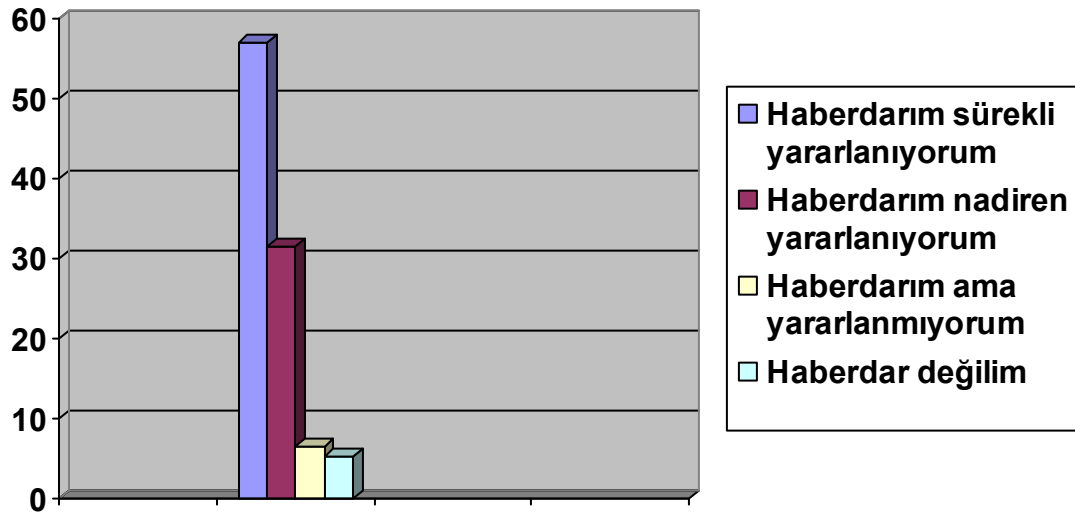
Başvuru Nedeni	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Muayene olmak	81	54,0	54,0
İlaç Yazdırmak	30	20,0	75,1
Kontrol için	17	11,3	84,9
Aile Planlaması	6	4,0	91,4
Rapor almak için	4	2,6	94,8
Enjeksiyon- Pansuman için	6	4,0	97,5
Sevk Almak için	2	1,3	99,1
Aşı Olmak için	3	2,0	100
Toplam	150	100	

Araştırmada katılanların aile hekimliği uygulamasına başvuru nedenlerine baktığında; %99,1'nin birinci basamak sağlık hizmeti almak üzere, %54,0'ü muayene olmak için, %20,0'si ilaç yazdırmak için, %11,3'ü kontrol amaçlı, %4,0'ü aile planlaması hizmeti almak için, %2,6'sı sağlık raporu almak için, %4,0'ü enjeksiyon pansuman için, %1,3'ü sevk almak için ve %2,0'si için aile hekimliğine başvurdukları görülmektedir. Birinci basamak hizmeti almak için başvuruların oranının yüksek olması sistemin amacına ulaştığını göstermektedir.

4.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi

4.2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi

Grafik 6. Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi

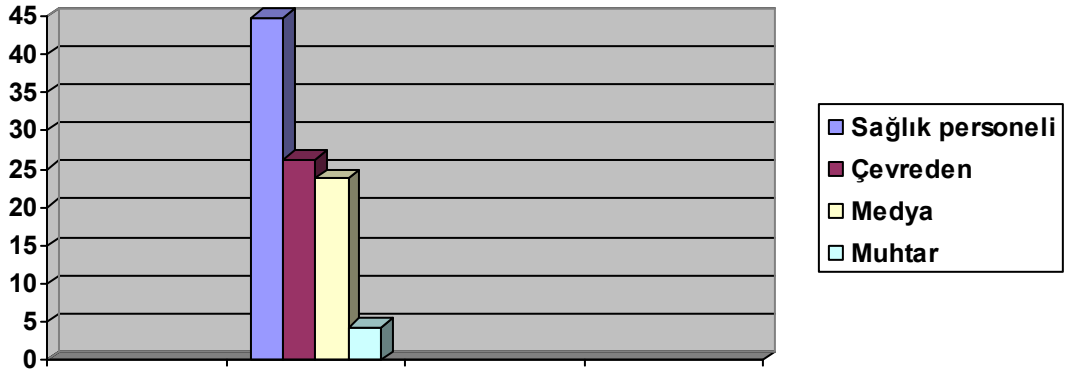


AH. Uygulamasından Haberdar Olma Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Haberdarım ve sürekli yararlanıyorum	84	56,0	56,0
Haberdarım ve nadiren yararlanıyorum	49	32,6	89,1
Haberdarım ama yararlanmıyorum	11	7,3	96,2
Haberdar Değilim	8	5,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada katılımcıların aile hekimliği uygulamasından haberdar olma durumuna bakıldığında; %94,7 oranında haberdar oldukları, haberdar olması yanında aile hekimliği hizmetlerinden sürekli yararlananlar %56,0 oranındadır, %32,6 nadiren yararlanmakta, %7,3 haberdar olmasına karşın aile hekimliği hizmetlerinden yararlanmamakta, %5,3 de aile hekimliği uygulamasından haberdar olmadıkları görülmüştür. Aile hekimliğuyugulamasından haberdar olma oranının yüksek olmasında tanıtım faaliyetlerinin etkili olduğu görülmektedir.

4.2.3.2. Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Edinme Noktası

Grafik 7. Aile Hekimliği Uygulamalarından Bilgi Edinme Noktasına Göre Dağılımı

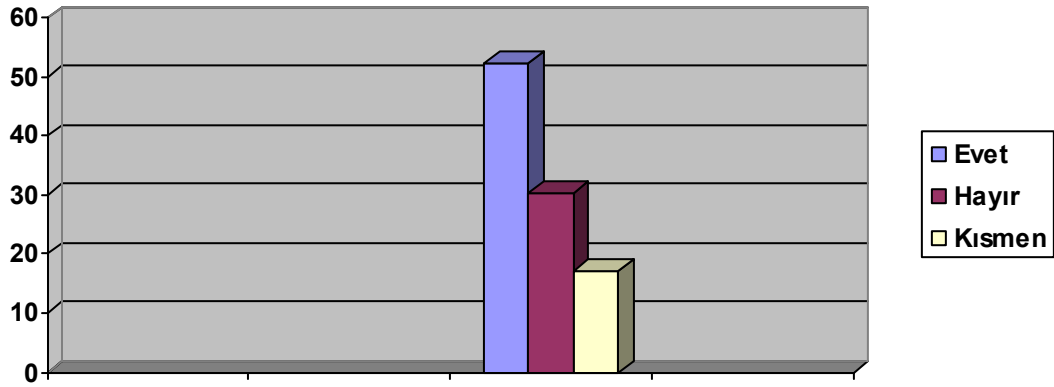


AH. Uygulamasından Bilgi Edinme Noktası	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Sağlık Personeli (hemşire, eczacı, doktor)	64	42,6	42,6
Çevreden (iş, arkadaş, aile)	41	27,3	70,9
Medya (gazete, tv)	33	22,0	97,2
Muhtar	11	7,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada katılımcıların aile hekimliği uygulaması ile ilgili nereden bilgi aldıkları konusunda %42,6'sı sağlık personelinde, %27,3'ü çevresinde, %22,0'si Medyadan ve %7,3'ü kişi ise muhtardan bilgi sahibi oldukları görülmektedir

4.2.3.3. Aile Hekimini Seçme ve Değişirme

Grafik 8. Aile Hekimini Seçme ve Değişirme Konusunda Bilgi Düzeyi



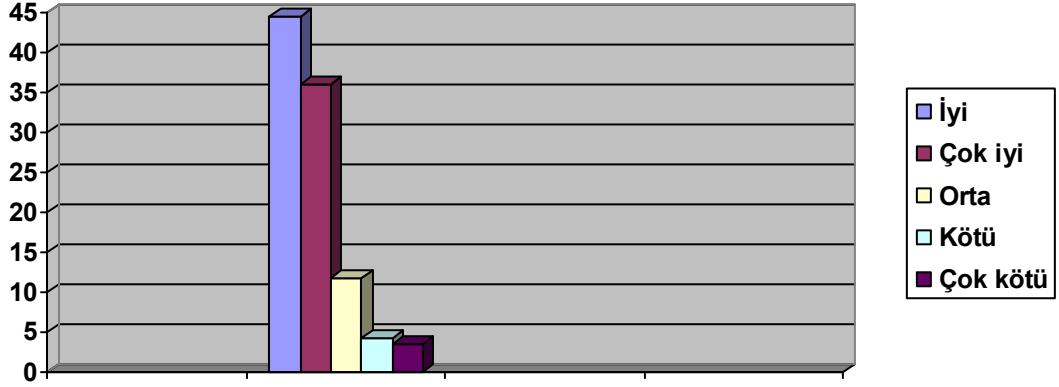
AH. Seçme ve Değişirme Bilgi Düzeyi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Evet	86	57,3	57,3
Hayır	48	32,0	84,6
Kısmen	26	17,3	100
Toplam	150	100	

Araştırmada aile hekimliği uygulamasında aile hekimini seçme ve değişirme konusunda bilgi durumuna bakıldığında; seçme ve değişirme konusunda bilgi sahibi olduğu sorusuna %57,3'ü kişi evet cevabı verirken, %32,0'si kişi hayır, %17,3'ü kişi de kısmen cevabını verdikleri görülmektedir.

4.2.4. Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi

4.2.4.1. Ulaşılabirlik Düzeyi

Grafik 9. Aile Hekimine Ulaşılabirlik Düzeyinin Değerlendirilmesi



Ulaşılabirlik Düzeyi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	69	46,0	44,5
Çok iyi	51	34,0	80,7
Orta	20	13,3	92,4
Kötü	6	4,0	96,5
Çok kötü	4	2,6	100
Toplam	150	100	

Araştırmada katılımcıların sağlık kurumunun ulaşılabirlik düzeyi konusunda memnuniyet düzeyine bakıldığında, %80,0'ni ulaşım Şartlarını iyi, %13,3'ü orta, %6,6'sı kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 7. Aile Sağlığı Merkezine Ulaşım Şartları Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Başvurduğunuz Aile Hekiminize Ulaşılabilir Düzeyini(kolay ulaşabiliyormusunuz) Değerlendiriniz.		Genel Olarak Aile Hekimliğini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık(f)	104	16	120
	G. İ. Yüzde(%)	86,6	13,4	100,0
	G. A. Yüzde(%)	89,1	49,5	84,6
	T. Yüzde(%)	71,2	10,3	84,6
Orta	Sıklık(f)	12	8	20
	G. İ. Yüzde(%)	60,0	40,0	100,0
	G. A. Yüzde(%)	9,2	25,9	13,8
	T. Yüzde(%)	7,5	5,4	13,8
Kötü	Sıklık(f)	2	8	10
	G. İ. Yüzde(%)	20,0	80,0	100,0
	G. A. Yüzde(%)	3,1	29,4	8,2
	T. Yüzde(%)	3,4	6,8	8,2
Toplam	Sıklık(f)	118	32	150
	G. İ. Yüzde(%)	78,6	21,4	100,0
	G. A. Yüzde(%)	100,0	100,0	100,0
	T. Yüzde(%)	78,6	21,4	100,0
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,2023	3	0,000

Bireylerin aile hekimliği memnuniyet düzeyine bakıldığında katılımcıların aile sağlığı merkezine ulaşım şartlarını iyi olarak ifade edenlerin; aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek olarak belirtenlerin oranı %86,6'sı, memnuniyet düzeyi düşük olarak belirtenlerin oranı %13,4, orta olanlardan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların oranı %60, düşük olanların oranı %40; kötü olarak niteleyenlerin %20,0'si memnuniyetini yüksek %80,0'ni memnuniyetini düşük olduğu görülmektedir.

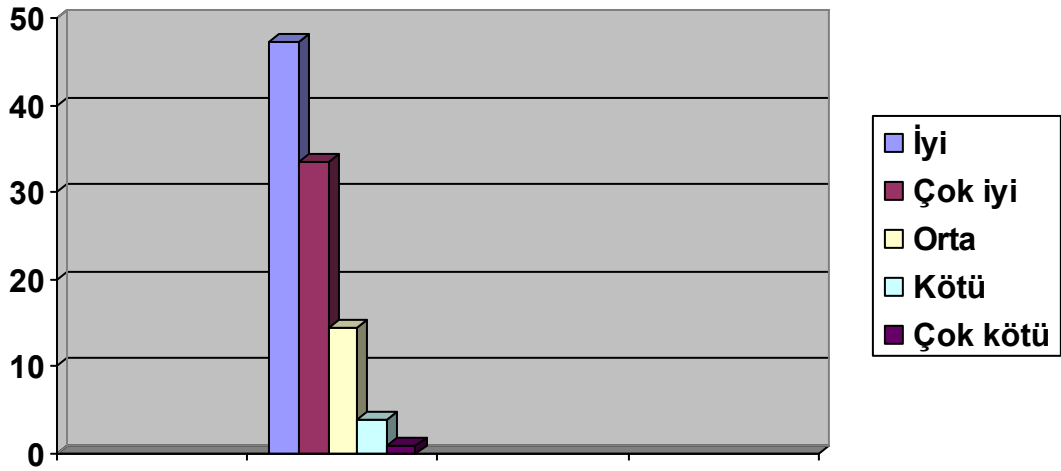
Gruplar arası verilere bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti yüksek olanlar içinde, ulaşım şartları iyi olanların oranı %89,1, orta olanların oranı %9,2 ve kötü olanların oranı %3,1, memnuniyet düzeyi düşük olanlar içinde de %49,5'i ulaşım şartlarının iyi olanların, %25,9'u orta olanların ve %29,4'ünün kötü olanların olduğu görülmektedir.

Araştırma genelinde %70'lik bir bölümün aile hekimliği uygulamasından memnun olduğu ve ulaşım şartlarının da iyi olduğunu; ulaşım şartlarının iyi olup aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti düşük olanların oranı %10,3 , ulaşım şartları orta- kötü olanların %12,2'sinin ise memnuniyet düzeyi düşüktür.

Sonuç olarak, ulaşım şartları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,00$) $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 2'e ilişkin olarak H_1, H_0 lehine kabul edilmiştir

4.2.4.2. Fiziki Koşul

Grafik 10. Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Durumunun Değerlendirilmesi



Aile Sağlığı Merkezi Fiziki Koşulları	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	74	49,3	49,3
Çok iyi	47	31,3	81,3
Orta	19	12,6	96,1
Kötü	7	3,9	98,9
Çok kötü	3	4,6	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşullar olarak değerlendirilmesinde katılımcıların %80,6'sı iyi, %12,6'sı kişi orta, %8,5 kişi kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 8. Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Koşulu Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Başvurduğunuz Aile Hekimliğinizin fiziki koşulları(sıcaklık temizlik oturma alanı) konusunda görüşünüz nedir?		Genel Olarak Aile Hekimliğini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık(f)	108	13	121
	G. İ. Yüzde(%)	89,2	10,8	100
	G. A. Yüzde(%)	89,9	52,7	86,4
	T. Yüzde(%)	72,6	11,3	86,4
Orta	Sıklık(f)	12	7	19
	G. İ. Yüzde(%)	63,1	36,9	100
	G. A. Yüzde(%)	11,8	37,5	18,9
	T. Yüzde(%)	9,6	8,9	18,9
Kötü	Sıklık(f)	4	6	10
	G. İ. Yüzde(%)	40,0	60,0	100
	G. A. Yüzde(%)	3,2	16,0	5,3
	T. Yüzde(%)	2,3	3,4	5,3
Toplam	Sıklık(f)	124	26	150
	G. İ. Yüzde(%)	82,6	17,4	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100
	T. Yüzde(%)	82,6	17,4	100
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Degeri	Sd	P Değeri
		1,205	3	0,000

Bireylerin aile sağlığı merkezinin fiziki durumunu iyi olarak belirten katılımcıların %89,2'sinin memnuniyet düzeyi yüksek, %10,8'nin memnuniyet düzeyinin düşük olduğu; fiziki şartlarını orta olarak belirtenler içinde %63,1'i uygulamadan memnuniyeti yüksek, %36,9'u düşük, fiziki şartlarını kötü olarak belirtenler içinde %40,1'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini yüksek olarak belirtmesine karşın %60,0'nin memnuniyetinin düşük olduğu görülmektedir.

Gruplar arası veriler değerlendirildiğinde, memnuniyet düzeyi yüksek olanların %89,9'u aile sağlığı merkezinin fiziki şartlarını iyi, %11,8'i orta ve %3,2'si kötü, memnuniyet düzeyi düşük olanlarında %52,7'si fiziki şartları iyi, %37,5'i orta ve %16,0'si kötü olduğu görülmektedir.

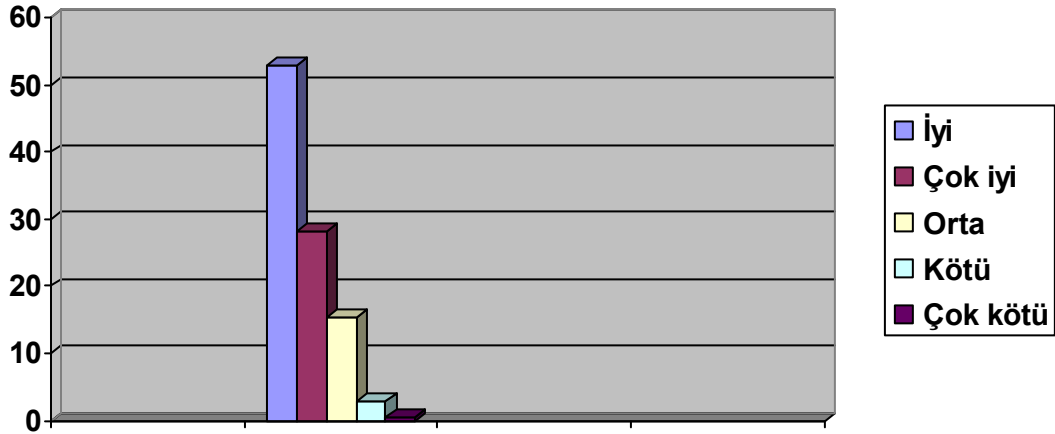
Araştırma genelinde katılımcıların %72,6'sı fiziki şartları iyi ve memnuniyet düzeyini yüksek %11,3'ü fiziki şartlarını iyi fakat uygulamadan memnuniyet düzeyini düşük, fiziki şartları orta olarak ifade edenlerin %9,6'sı memnuniyet düzeyini yüksek,

%8, 9'u memnuniyet düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Sonuç olarak sağlık kurumunun fiziki şartları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,00$) $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 2'e ilişkin olarak $H_1 H_0$ lehine kabul edilmiştir.

4.2.5. Aile Hekimliğinde Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

4.2.5.1. Kayıt ve Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı

Grafik 11. Kayıt ve Tıbbi İşlem Uygulayan Personelin Davranışının Değerlendirmesi

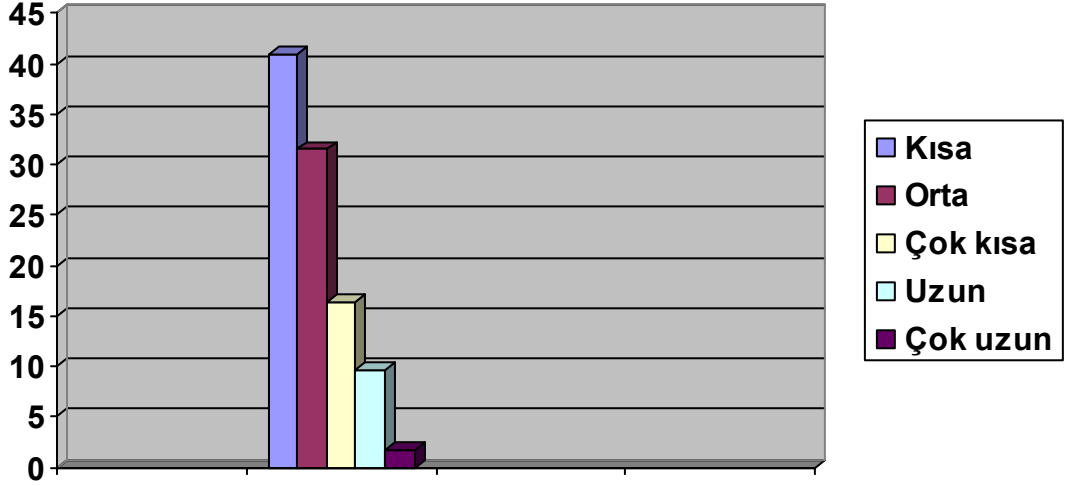


Kayıt- Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	81	54,0	54,0
Çok iyi	40	26,6	83,6
Orta	21	14,0	98,8
Kötü	6	4,0	99,8
Çok kötü	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Bireylerin, kayıt işlemini gerçekleştiren personelin tutum ve davranışı konusunda %80,6'sı iyi, %14,0'ü orta, %5,3'ü kötü olarak ifade ettiği görülmektedir.

4.2.5.2. Kayıt Süresi

Grafik 12. Hastaların Aile Hekimliğinde Kayıt İşlem Süresinin Değerlendirmesi



Kayıt Süresi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Kısa	65	43,3	43,3
Orta	49	32,6	73,6
Çok kısa	23	15,3	87,9
Uzun	17	11,3	99,1
Çok uzun	4	2,6	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekimliğinde kayıt işlemlerinin süresi bakımından %43,3'ü sürenin kısa olduğunu, %32,6'sı orta ve %13,9'u sürenin uzun olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Kayıt İşlemlerinin Süresi Konusunda Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Öğrenim Durumu		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kısa	Sıklık(f)	70	13	5	88
	G. İ. Yüzde(%)	79,5	14,7	5,6	100
	G. A. Yüzde(%)	68,5	48,2	25,6	59,6
	T. Yüzde(%)	50,4	7,3	2,7	59,6
Orta	Sıklık(f)	36	9	4	49
	G. İ. Yüzde(%)	73,4	18,3	8,1	100
	G. A. Yüzde(%)	32,1	34,8	35,5	34,7
	T. Yüzde(%)	26,7	5,2	3,3	34,7
Uzun	Sıklık(f)	10	4	7	21
	G. İ. Yüzde(%)	47,6	19,0	33,3	100
	G. A. Yüzde(%)	8,2	18,6	43,5	12,5
	T. Yüzde(%)	6,6	4,3	4,1	12,5
Toplam	Sıklık(f)	116	26	16	150
	G. İ. Yüzde(%)	77,3	17,3	5,4	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100	100
	T. Yüzde(%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		82,571	3	0,000	

Bireylerin aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kayıt işlem süresini kısa olarak değerlendiren katılımcıların %79,5'i aile hekimliği uygulamasını iyi, %14,7'si orta ve %5,6'sı kötü; kayıt işlem süresini orta olarak değerlendirenlerin %73,4'ü uygulamayı iyi, %18,3'ü orta ve %8,1'i kötü olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcıların %47,6'sı uygulamadan memnun iken, %19,0'ı orta ve %33,3'ü aile hekimliği uygulamasının kötü olduğunu ifade etmektedirler. Gruplar arası veriler değerlendirildiğinde; memnuniyet düzeyi yüksek olanların %68,5'i bekleme süresini kısa, %32,1'i süreyi orta ve %8,2'si süreyi uzun bulduğunu, memnuniyet düzeyi düşük olanların kötü olarak ifade edenler arasında ise dağılım; sürenin kısa olduğunu ifade edenlerin oranı %25,6, sürenin uzun olduğunu ifade edenlerin oranı %43,5'dir.

Araştırma genelinde katılımcıların %50,4'ü aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi ve kayıt süresini kısa olarak değerlendirmiştir. %26,7'si aile hekimliğinden memnun olup kayıt süresini orta olarak belirtmiştir. %6,6'sı

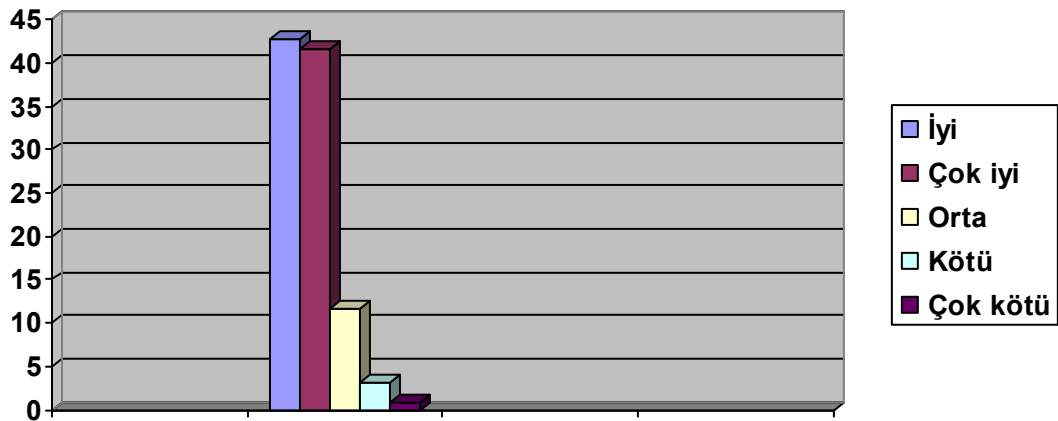
uygulamadan memnun fakat kayıt süresinin uzun olduğunu ifade etmiştir. Aile hekimliği uygulamasını kötü olarak ifade edenlerin içinde Kayıt süresini kısa olarak değerlendirenler oranı %2,7 kayıt süresini uzun değerlendirenlerin oranı ise %4,1'dir.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile kayıt işlemlerinin süresi arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılaşma gözlenmektedir. p değeri ($p=0,00$) $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1, H_0 lehine kabul edilmiştir.

4.2.6. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Hekiminin Değerlendirilmesi

4.2.6.1. Aile Hekiminin Davranışı

Grafik 13. Aile Hekiminin Muayene Odasında Karşılama, Nezaket ve Davranışının Değerlendirmesi



Kayıt- Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	67	44,6	42,8
Çok iyi	58	38,6	84,5
Orta	18	12,0	96,1
Kötü	6	4,0	99,2
Çok kötü	1	0,6	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekiminin kişilik özellikleri, gösterdiği nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri konusunda memnuniyet oranı %83,2'dir. %12,0'si aile hekiminin kendisine karşı olan davranış değerlendirmesini orta, %4,6 kötü olarak ifade etmiştir.

Tablo 10. Aile Hekiminin Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Olan Etkisi

Aile Hekiminizin muayene odasında sizi karşılması, nezaketi ve size olan davranışını nasıl değerlendirirsiniz?		Genel Olarak Aile Hekimliğini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık(f)	109	16	125
	G. İ. Yüzde(%)	87,2	12,3	100
	G. A. Yüzde(%)	92,3	62,9	86,2
	T. Yüzde(%)	71,9	14,0	86,2
Orta	Sıklık(f)	12	6	18
	G. İ. Yüzde(%)	66,6	33,4	100
	G. A. Yüzde(%)	9,1	23,8	13,4
	T. Yüzde(%)	7,4	5,3	13,4
Kötü	Sıklık(f)	2	5	7
	G. İ. Yüzde(%)	71,4	28,6	100
	G. A. Yüzde(%)	0,8	15,8	3,9
	T. Yüzde(%)	0,7	3,2	3,9
Toplam	Sıklık(f)	123	27	150
	G. İ. Yüzde(%)	82,0	18,0	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100
	T. Yüzde(%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,105	3	0,000

Bireylerin aile hekiminin karşılması, nezaketi ve davranışını iyi olarak ifade edenler içerisinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların oranı %87,2'si, düşük olanların oranı %12,8'dir. Aile hekimi davranışı orta olarak ifade eden kişiler içinde %66,6'sı aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek, %33,4'ünün düşük, aile hekimi davranışını kötü olarak ifade edenlerin ise %18,6'sı aile hekimliği uygulamasından memnun iken %71,4'ü memnun olmadığını ifade etmiştir.

Gruplar arası verilere bakıldığında; aile hekiminin karşılama şekli, nezaketini ve davranışını iyi olarak belirtenlerin oranı %92,3'dür. Orta ve kötü olarak belirtenlerin oranı %7,7'dir. Aile hekimi davranışını iyi olarak ifade edip aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini düşük olarak ifade edenlerin oranı %62,9, aile hekiminin davranışını orta ve kötü olarak ifade edenlerin oranı %37,1'dir.

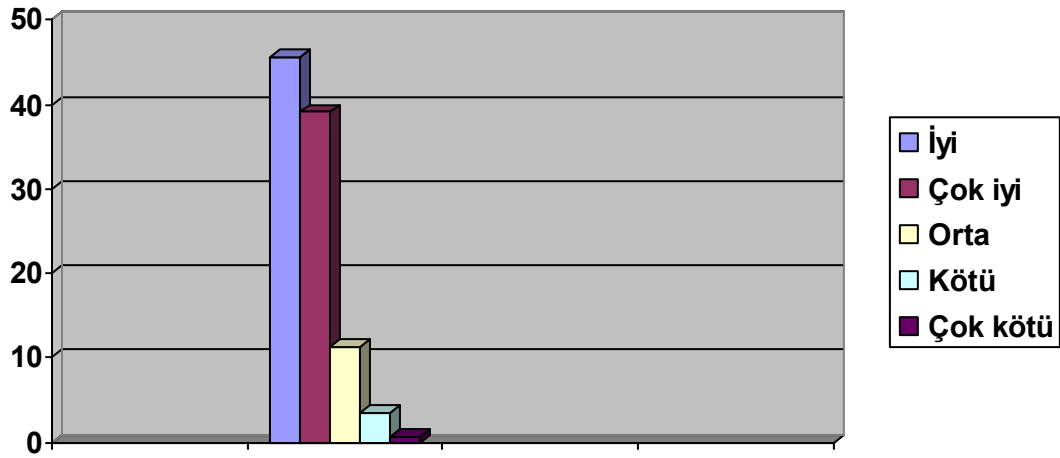
Sonuç olarak katılımcıların %71,9'u aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile hekiminin davranışını iyi; %14,0'ü aile hekiminin

davranışını iyi olarak değerlendirirken uygulamadan memnuniyet düzeyi düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların %0,8'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile hekimi davranışını kötü, %3,2'si de aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini düşük, aile hekimi davranışını da kötü olarak ifade ettikleri görülmektedir.

Aile hekiminin karşılaması, nezaketi ve hastaya olan davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir. p değeri ($p=0,000$) $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'e ilişkin olarak H_1, H_0 lehine kabul edilmiştir.

4.2.6.2. Muayene İletişimi

Grafik 14. Aile Hekiminin Muayenesi, Muayene Esnasında Dinlemesi ve Soru Sorulmasına Zaman Tanımasının Değerlendirilmesi

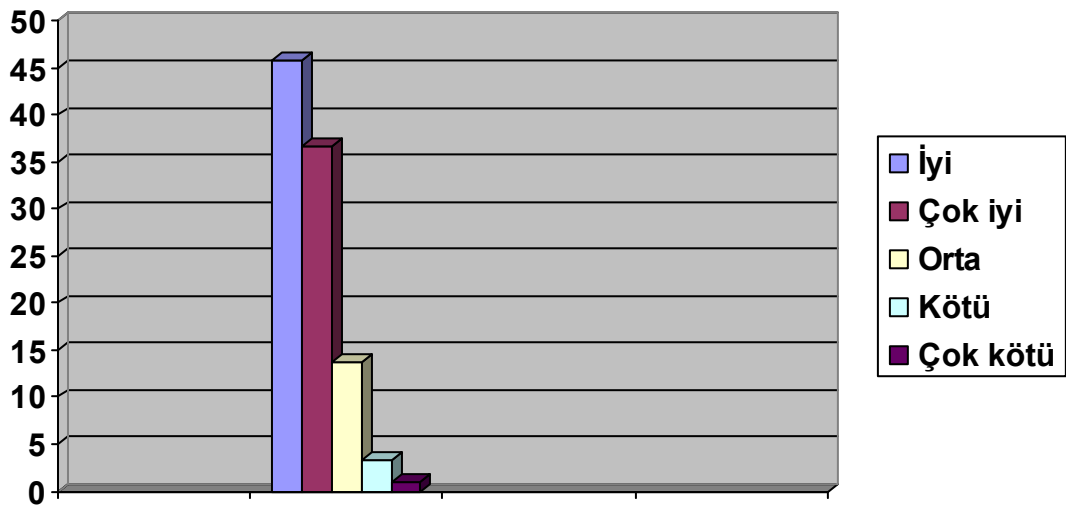


Aile Hekiminin Muayene ve İletişimi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	71	47,3	47,3
Çok iyi	59	39,3	86,3
Orta	12	11,3	98,2
Kötü	6	8,1	99,7
Çok kötü	23	1,	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekiminin muayene sırasında kendisini dinlemesi ve kendisinin soru sormak için zaman tanınması konusunda ankete katılanlardan %86,6'sı iyi, %11,3 orta ve %9,2'si kötü olarak değerlendirmiştir

4.2.6.3. İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilendirme

Grafik 15. Aile Hekiminin İlaç Kullanımı ve Yan Etkisi Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi

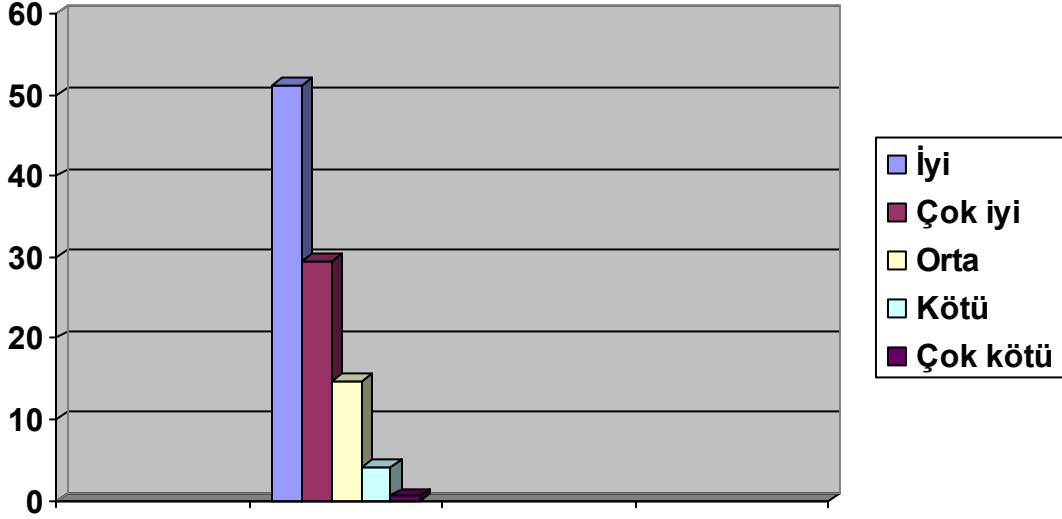


Aile Hekiminin Muayene ve İletişimi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	72	48,0	48,0
Çok iyi	46	30,6	82,9
Orta	21	14,0	94,8
Kötü	9	6,0	99,4
Çok kötü	4	2,6	100
Toplam	150	100	

Bireylerin akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme konusunda katılımcıların %78,6'sı iyi, %14,0'ı orta ve %8,6'sı kötü olarak ifade etmiştir.

4.2.6.4. Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme

Grafik 16. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik ve Tedavinin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi



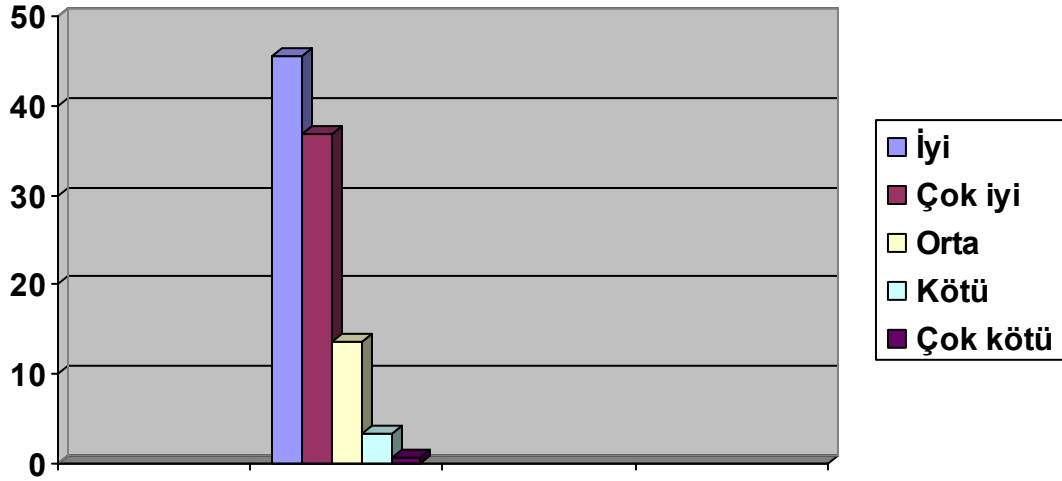
Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	76	50,6	50,6
Çok iyi	48	32,0	83,5
Orta	19	12,6	96,8
Kötü	5	3,3	99,6
Çok kötü	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekiminin tetkik ve tedavi ayrıntıları hakkında bilgilendirme konusunda katılımcıların %82,6'sı iyi, %12,6'sı orta, %4,6'sı kötü olarak değerlendirmiştir.

4.2.7. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Sağlığı Elemanının Değerlendirilmesi

4.2.7.1. Aile Sağlığı Elemanının Davranışı

Grafik 17. Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının Davranışının Değerlendirilmesi



Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	72	48,0	48,0
Çok iyi	54	36,0	83,6
Orta	18	12,0	97,4
Kötü	4	2,6	99,7
Çok kötü	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile sağlığı elemanının göstermiş olduğu tutum ve davranışı konusunda katılımcıların %84,0'ü iyi, %12,0'sı orta, %3,9'u kötü olarak ifade etmiştir..

Tablo 11. Aile Sağlığı Elemanının Hastaya Karşı Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Aile Hekimliğinde size hizmet veren aile sağlığı elemanının davranışını nasıl değerlendirirsiniz?		Genel Olarak Aile Hekimliğini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık(f)	119	17	136
	G. İ. Yüzde(%)	87,5	12,5	100
	G. A. Yüzde(%)	92,4	53,7	84,2
	T. Yüzde(%)	73,6	12,4	84,2
Orta	Sıklık(f)	10	8	18
	G. İ. Yüzde(%)	55,5	44,5	100
	G. A. Yüzde(%)	9,5	36,5	15,7
	T. Yüzde(%)	7,6	8,3	15,7
Kötü	Sıklık(f)	1	5	6
	G. İ. Yüzde(%)	20,6	79,4	100
	G. A. Yüzde(%)	1,0	15,1	3,9
	T. Yüzde(%)	0,8	3,1	3,9
Toplam	Sıklık(f)	120	30	150
	G. İ. Yüzde(%)	79,7	20,3	100
	G. A. Yüzde(%)	100	100	100
	T. Yüzde(%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki- Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,641	3	0,000

Bireylerin aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak değerlendirenler içinde %87,5'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek, %12,5'u memnuniyet düzeyini düşük olarak; aile sağlığı elemanının davranışını orta olarak ifade edenlerin %55,5'i memnuniyet düzeyini yüksek, %45,5'i memnuniyet düzeyini düşük olarak ifade etmiştir. Aile sağlığı elemanının davranışını kötü olarak değerlendirenlerin %20,6'sı aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olmasına karşın %79,4'lük bir kesim uygulamadan memnuniyet düzeyi düşüktür.

Gruplar arası veriler değerlendirildiğinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların; %92,4'ü aile sağlığı eleman davranışını iyi, %9,5'i sağlığı eleman davranışını orta ve %0,1'i de sağlığı eleman davranışını kötü olarak ifade etmiştir. Memnuniyet düzeyi düşük olan katılımcıların, %53,7'si aile sağlığı eleman davranışını iyi, %46,3'ü sağlığı eleman davranışını orta- kötü olarak değerlendirmiştir.

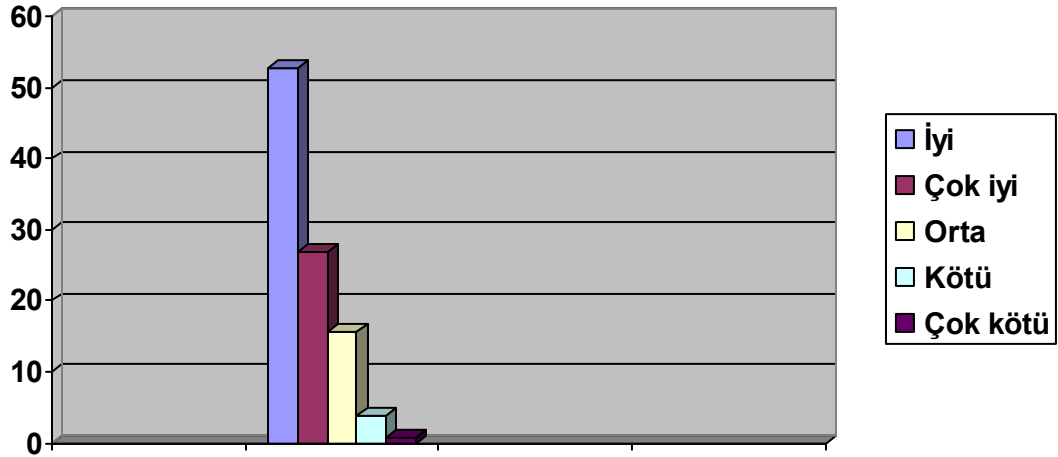
Sonuç olarak katılımcıların %79'u aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak; %14,3'ü de aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak değerlendirirken aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

Anket verilerine göre aile sağlığı elemanının hastaya olan davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında bir farklılaşma söz konusu olduğunu göstermektedir. p değeri ($p=0,000$) $\alpha (0,05)$ değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'ya ilişkin olarak H_1, H_0 lehine kabul edilmiştir.

4.2.8. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

4.2.8.1. Sunulan Hizmetin Değerlendirmesi

Grafik 18. Aile Hekimliğince Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

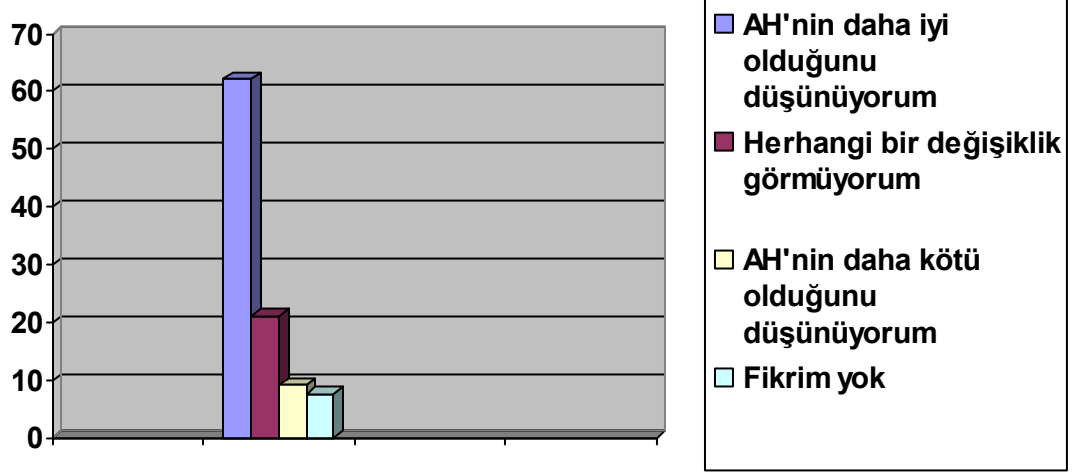


Aile Sağlığı Merkezi Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
İyi	81	54,0	54,0
Çok iyi	38	25,3	80,3
Orta	22	14,6	96,5
Kötü	7	4,6	99,6
Çok kötü	2	1,3	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekimliğinde, verilen hizmetten memnuniyet durumuna bakıldığında; %79,3'ü iyi, %14,6'sı orta, %5,9'u kötü olarak değerlendirmektedir.

4.2.8.2. Eski ve Yeni Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Grafik 19. Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Ocakları Sistemine Göre Değerlendirilmesi

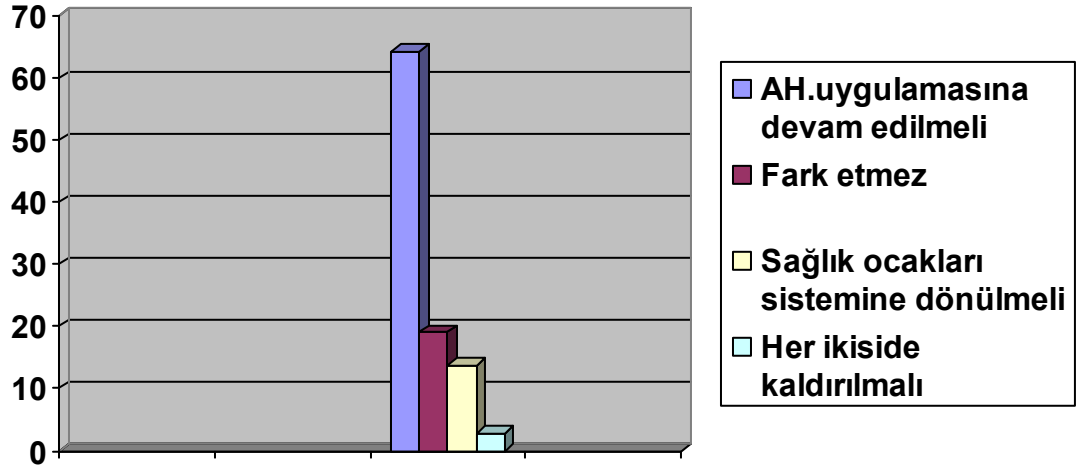


Eski ve Yeni Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Aile Hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	95	63,3	63,3
Herhangi bir değişiklik görmüyorum	31	20,6	84,6
Aile Hekimliğinin daha kötü olduğunu düşünüyorum	14	9,3	97,6
Fikrim yok	10	6,6	100
Toplam	150	100	

Araştırma verilerine bakıldığında katılımcıların %63,3'ü aile hekimliği sisteminin daha iyi olduğunu, %37,7'si ise sistemden memnun olmadıkları görülmektedir.

4.2.8.3. Tercih

Grafik 20. Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri Arasında Tercih Durumu



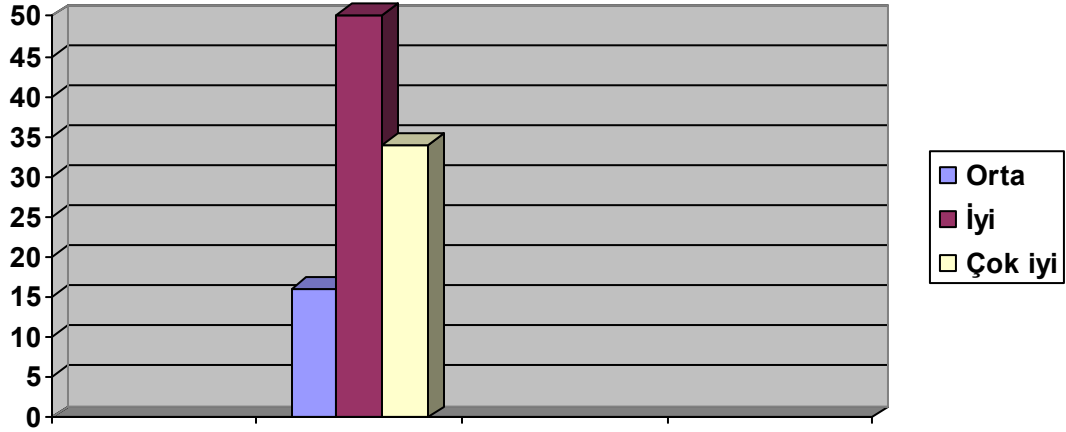
Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri Arasında Tercih Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Aile Hekimliği uygulamasına devam edilmeli	92	61,3	61,3
Hangisi olusa olsun farketmez	31	20,6	84,6
Sağlık ocakları sistemine geri dönüşmeli	21	14,0	98,4
Her ikiside kaldırılmalı	6	4,0	100
Toplam	150	100	

Bireylerin aile hekimliği uygulaması ile eski sağlık ocakları sistemi arasında tercih yapılması konusunda, %61,3'ü aile hekimliğinin devam etmesi gerektiğini, %20,6'sı fark etmediğini, %14,0 sağlık ocakları sistemine geri dönüşmesi gerektiğini, %4,0 her iki uygulamanın kaldırılmasını istedikleri görülmektedir.

4.2.9. Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

4.2.9.1. Fiziki Koşul

Grafik 21. Görev Yaptığı Sağlık Kuruluşunun Fiziki Koşullarından Memnuniyet Durumu

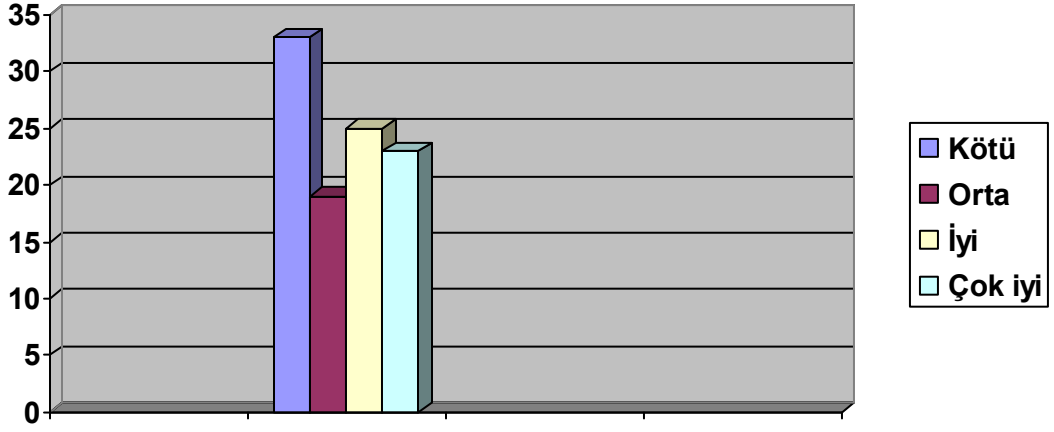


Görev Yaptığı Sağlık Kuruluşunun Fiziki Koşullarından Memnuniyet Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Orta	9	18	16
İyi	25	50	66
Çok iyi	16	32	100
Toplam	50	100	

Sağlık çalışanlarının % 82'si görev yaptığı sağlık kuruluşunun fiziki durumundan memnun olduğu görülmektedir.

4.2.9.2. Alınan Ücret

Grafik 22. Yaptığı İşe Karşılık Alınan Ücretten Memnuniyet Durumu

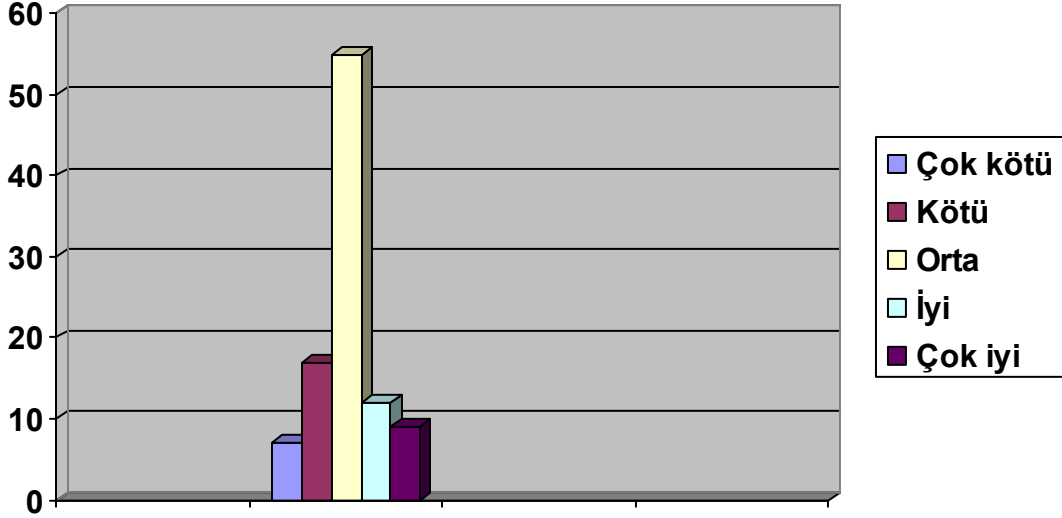


Yaptığı İşe Karşılık Alınan Ücretten Memnuniyet Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Kötü	15	30	33
Orta	11	22	52
İyi	14	28	77
Çok iyi	10	20	100
Toplam	50	100	

Bireylerin %20'si ücretin çok iyi olduğunu, %28'i iyi, %22'si orta, %30'u ise kötü olduğunu ifade etmiştir.

4.2.9.3. Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi

Grafik 23. Yetki ve Sorumluluklarının Açıkça Belirlenmiş Olma Durumu

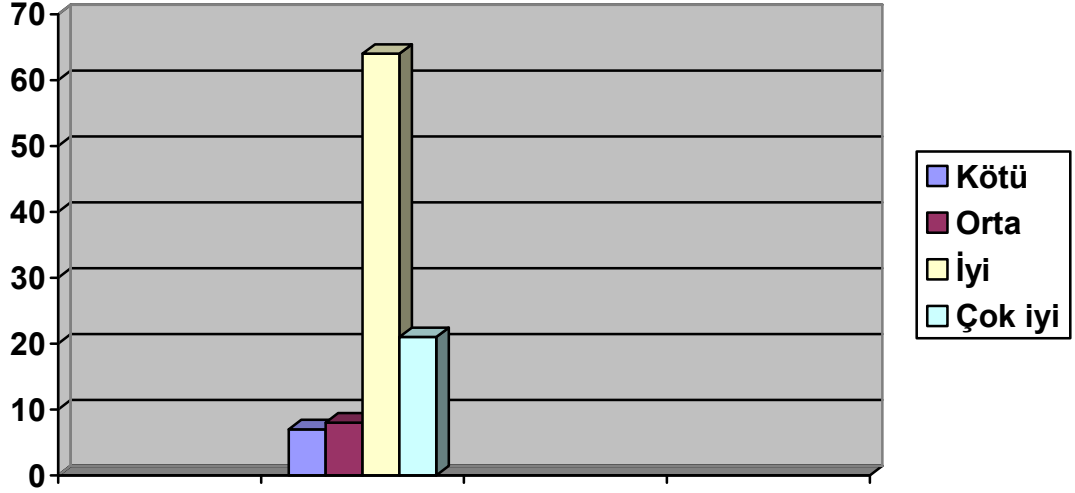


Yetki ve Sorumluluklarının açıkça belirlenmiş olma durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Çok Kötü	6	12	7
Kötü	8	16	24
Orta	26	52	79
İyi	6	12	91
Çok iyi	4	8	100
Toplam	50	100	

Bireylerin yetki ve sorumluluklarının eşitliğikonusunda olumlu yönde görüş bildirenlerin oranı %20, olumsuz yönde görüş bildirenlerin oranı %28,orta olarak görüş bildirenlerin oranı ise %52'dir.

4.2.9.4. Çalışma Saatleri

Grafik 24. Çalışma Saatlerinden Memnuniyet Durumu

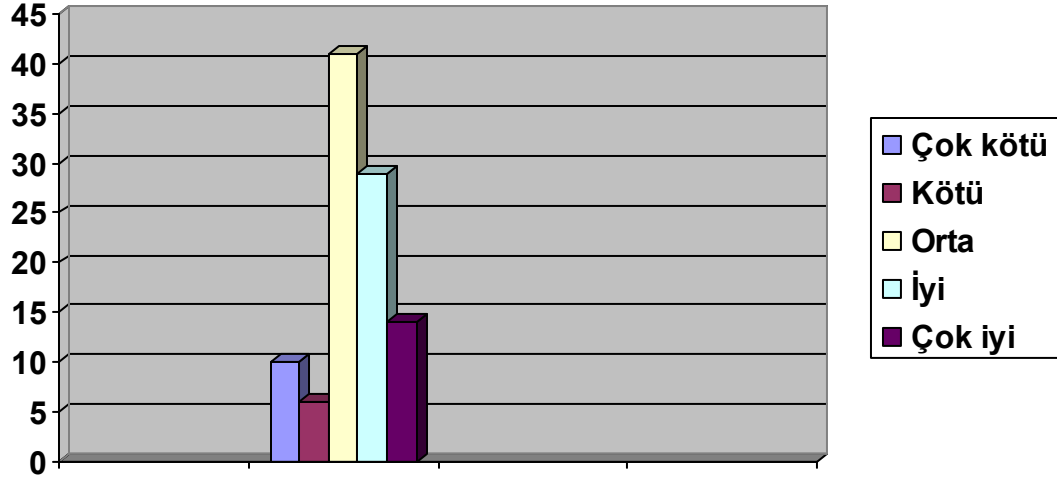


Çalışma Saatlerinden Memnuniyet Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Kötü	2	4	7
Orta	5	10	15
İyi	30	60	79
Çok iyi	13	26	100
Toplam	50	100	

Bireylerin %86'sı çalışma saatlerinden memnun olduklarını çok kötü olduğunu söyleyenlerin oranı %4'dür.

4.2.9.5. Hasta Yoğunluğu

Grafik 25. Kurumuna Başvuran Hasta Sayısı ile İlgili Memnuniyet Durumu

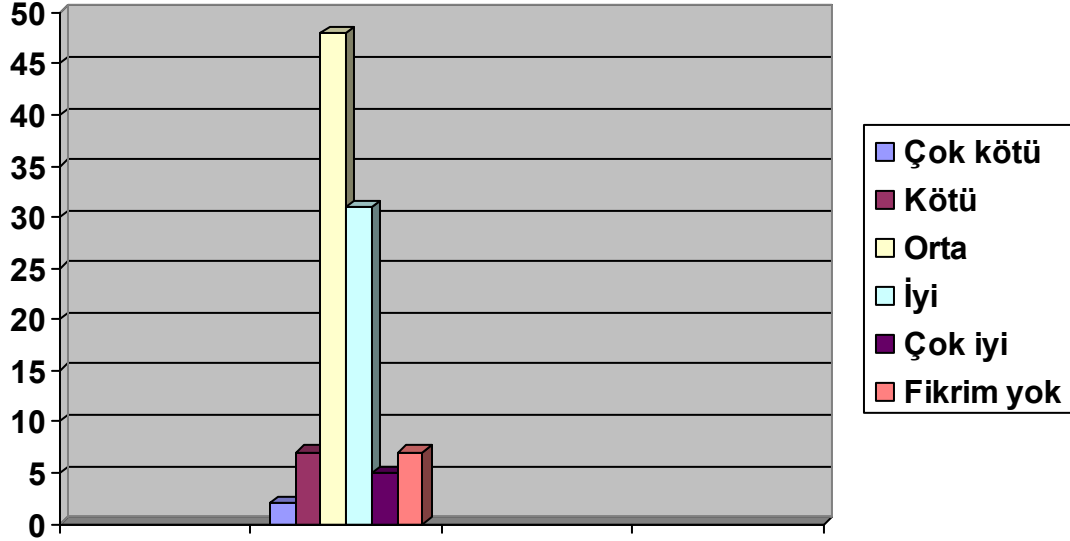


Kurumuna Başvuran Hasta Sayısı ile İlgili Memnuniyet Durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Çok Kötü	4	8	10
Kötü	3	6	16
Orta	21	42	57
İyi	13	26	86
Çok iyi	9	15	100
Toplam	50	100	

Bireylerin %42'si hasta yönünden memnuniyet düzeyini orta olarak bildirirken, iyi yönde görüş bildirenlerin oranı %41, kötü yönde görüş bildirenlerin oranı %14'dür.

4.2.9.6. Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu

Grafik 26. Uygulanmakta Olan Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu



Uygulanmakta olan aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu	Sıklık(f)	Yüzde(%)	Toplam Yüzde(%)
Çok Kötü	2	4	2
Kötü	4	8	9
Orta	23	46	57
İyi	15	30	88
Çok iyi	4	8	93
Fikrim yok	2	4	100
Toplam	50	100	

Bireylerin %38'i aile hekimliği uygulamasının iyi olduğunu, %46'sı ise orta yanıtını vermiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği uygulamasından hizmet alanların ve hizmet sunanların memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan bireylere ve bu merkezlerde çalışan sağlık personeli üzerinde uygulanmıştır. Yapılan alan araştırması ile aile hekimliği hizmetinin sunumuyla ilgili eksikliklerin tespit edilerek bunlara çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Bir başka deyişle aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini belirleyerek, aile hekimliği uygulamasının nasıl daha yararlı, toplum ihtiyaçlarını nasıl daha iyi giderebileceği kaliteli ve organize bir şekilde yürütülebilmesi için nelere ihtiyaç olduğunu belirleyerek en verimli ve etkili hizmet modelinin geliştirebilmesi araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Ülkemizde sağlık hizmet sunumunun yeni bir şekli olan aile hekimliği uygulamasının daha kaliteli bir şekilde sunulabileceği konusunda bir bakış açısı geliştirilmeye çalışılmıştır

Karmaşık ve değişken olan sağlık hizmeti sağlıklı birey ve sağlıklı bir çevre oluşturabilmek için devamlılık arz eden bir sunum modelidir. Eskiden sağlık hizmetlerinde temel amaç hastalığın tedavisi ve hastalıktan koruma iken günümüzde ise hizmet alanların memnuniyetini arttırmaktır. Sağlık hizmet sunumu kaliteli ve nitelikli sunum için sürekli değişim ve gelişim içindedir. Ülkemizde yeni bir uygulama alanı olan aile hekimliğinin kişiye yönelik olması, bireyi çevresi ile birlikte bütün ele alması, ilişkilerin birebir olması sistemi başarıya götürecektir etmenler arasında yer almaktadır.

Sağlık sektöründe de hizmet sektöründe olduğu gibi müşteri memnuniyeti önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılabilmesi için hizmet veren personelin eğitiminin ve motivasyonunun artırılması gerekmektedir. Hasta memnuniyetinin, hizmetin sunumu, sürekliliği, yeterliliği, bireylerarası etkileşim ve iletişim gibi boyutları bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti hizmet kalitesinin göstergesidir.

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinin amacı, sağlık kurumlarının performanslarını geliştirerek hasta beklentilerini en iyi şekilde karşılamının yolunu aramaktır.. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve sağlık hizmetini sunan personelin davranışı oluşturmaktadır. Yapılan bu araştırma ile aile hekimliği uygulamasından hizmet alan kişilerin memnuniyetinin araştırılması amaçlanmıştır.

Hasta memnuniyetine yönelik yapılan bu araştırmalar ile kurumlar eksik yönlerinin tespit ederek sürekli gelişimin ve yenilenmenin içine girmektedirler.

Aile sağlığı merkezlerinde sağlık hizmeti sunulan ve bu hizmeti sunan kişiler üzerinde yapılan araştırmada, iki farklı anket formu kullanılmıştır. Aile hekimliği hizmeti sunulan kişilere uygulanan anket 21 önermeden oluşan yazılı anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Anketin ilk 4 önermesi demografik bilgileri tespit etmek amacına yöneliktir. Kalan 17 önerme ise, aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi, hizmet sunulan sağlık kurumunun mekânının değerlendirilmesi, kayıt öncesi ve sonrası hizmeti, aile hekimi ve aile sağlığı elemanının davranışı ve aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyet başlıkları altında toplanmaktadır. Aile hekimliği hizmetini sunan personelin memnuniyet durumunu belirlemek için uygulanan anket ise 33 önermeden oluşturulmuştur.

Anket aile hekimliği hizmeti alan 150 kişiye uygulanmıştır. Anket yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılarak anlaşılmayan sorularda da gerekli açıklamalarda bulunulmuştur.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında şu sonuçlar elde edilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasında kişilerin genel memnuniyet oranı % 85'dir. Bu durum ölkemizde uygulanmaya konulan aile hekimliği sisteminin başarılı bir şekilde ilerlediğini göstermektedir. Diğer %20'lik kısmın memnun olmama durumununun nedenleri araştırılarak eksiklikler giderilmelidir. Katılımcıların büyük bir kısmını kadınlar oluşturmakta ve katılımcıların hemen hemen yarısı 21-40 yaş grubu ilkokul ve lise mezunlarında oluşmaktadır.

Sağlık sorunlarında muayene olmak için aile hekimliğinin ilk başvuru noktası olması sistemin benimsendiğini ve birinci basamak aile hekimliğinin güvenilirliğinde arttığını göstermektedir. Aynı zamanda katılımcıların aile hekimliği konusunda bilgi sahibi olma oranlarının yüksek olması sistemin tanıtımının başarılı bir şekilde yapıldığını göstermektedir. Demografik özellikler bakımından bakıldığında kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu, Yaş gruplarına göre ise memnuniyet düzeyinin 41- 60 yaş ile 20 yaş ve altı grubunda yüksek olduğu görölmektedir. Aile hekimliği uygulamasında, eğitim seviyesi yükseldikçe beklentilerde artmakta böylelikle memnuniyet düzeyinin düştüğu görölmektedir.

Katılımcıların %95'i aile hekimliği uygulamasından haberdar olduklarını fakat aile hekimliği uygulamasında kişinin temel hakkı olan aile hekimini seçme ve

değiştirme konularında bilgi düzeylerinin düşük olduğu bu konuda yüzeysel olarak bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin fiziki durumu, temizliği, ulaşım şartları hastaların tekrar aynı sağlık kurumunu tercih etmelerinde önemli bir faktördür. Katılımcıların %80'i aile sağlığı merkezinin ulaşım şartlarını iyi olduğunu, ulaşım şartlarını kötü olarak ifade edenlerin %75'lik bir kısmının memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların %84'i aile sağlığı merkezinin fiziki durumunu iyi olarak değerlendirmiştir, kötü olarak değerlendirenlerin ise aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Aile sağlığı merkezlerinin yapılanmasının her mahallede il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak birer aile sağlığı merkezi bulunması şeklindedir. Aile sağlığı merkezlerinin büyük bir bölümünün eski sağlık ocakları binalarında hizmet verdiği görülmektedir. Bu durumda binaların fiziki koşullarının, çalışma ortamının aile hekimliği pratiğine uygun olmaması, teknik donanım ve malzeme yetersizliği gibi sorunlara yol açtığı düşünülmektedir.

Memnuniyet düzeyini yakından etkileyen bir durum olan kayıt ve bekleme süresini katılımcıların %78'si, bekleme süresinin kısa olduğunu, kayıt süresini kısa olarak değerlendirenlerin memnuniyet düzeyinin %84 sürenin uzun olduğu değerlendirmesini yapanların memnuniyet düzeyinin %48'lere düştüğü görülmektedir.

. Aile hekiminin davranışına yönelik ise katılımcıların %85'inin aile hekiminin davranışının iyi olduğunu, kötü olarak ifade edenlerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerinin %17'ye düştüğü görülmektedir.

Organizasyon yapılanmasındaki eksiklikler, aile hekimliği uygulamasının sistemli bir şekilde yürütülememesi ve hizmet bütünlüğünün oluşturulamamasının en büyük sebepleri arasında görülmektedir. Belirtildiği üzere aile hekimliği uygulamasının koordinasyonunu Sağlık bakanlığına bağlı olarak il Sağlık müdürlükleri üstlenmektedir. Sağlık il müdürlüklerinin aile sağlığı merkezleri ve Sağlık hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak Sağlık kurumları arasında karşılıklı veri alış- verişini sağlayamamış olması önemli eksiklikler arasında yer almaktadır. Aile hekimliği sisteminde sürekli hizmetiçi eğitim ve bir üst basamak yararlanabilmeyi sağlayan sistemin oluşmaması olmasında bir başka sorun olarak görülmektedir. Ülkemiz sağlık sisteminde aile hekimliği sevk sistemi tam olarak işlememektir. Bireylerin sağlık kurumu tercihinde herhangi bir sınırlamanın ve yaptırımın olmayışı ilk olarak aile hekimine başvuru zorunluluğunun

getirilmemesi aile hekimliğinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının iş yükünü azaltmadığı faydalı olmadığı görülmektedir.

Hizmet üretiminde bulunan işletmeler de müşteri memnuniyeti büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumunda ise hastaların memnuniyeti önemli bir unsurdur. Aile hekimliği uygulaması ile hasta istek ve beklentilerini karşılayarak kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanının yetersizliği de hasta takibini zorlaştırdığı, hastalara yetişememe ve kaliteli hizmetin verilmesine engel olduğu düşünülmektedir. Aile sağlığı elemanların da aile hekimleri ile sözleşmeli şekilde çalışması onların iş garantisinin olmaması performanslarının ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Böylelikle ekip çalışması olumsuz etkilenmekte ve hizmet kalitesi sınırlanmaktadır. Aile hekimlerinin ve çalışanlarının hizmet içi eğitim eksikliğinin olması, aile hekimlerinin belli konularda yoğunlaşp bilgi bakımından körelmesi sonucu gerçekleştiren faaliyetlerin uygunluğu konusunda eksiklikler olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde aile hekimliği çalışanlarının yetersiz sayıda olması çalışanların iş yükünü arttırmakta, aynı zamanda aile sağlığı merkezi olarak eski sağlık ocağı binalarının kullanılıyor olması laboratuvar malzeme donanım gibi hizmet araçlarının eksikliklerinin giderilmemesi çalışma şartlarını zorlaştırmakta basit tetkikler için ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk yol açmaktadır.

Aile hekiminin hastasına daha fazla süre tanınması, tahlil ve tedavi hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapması ile hastanın aile hekimine olan güveni artırmak adına yeni aile hekimliği bölgeleri planlaması yapılmalıdır. Böylece mevcut aile hekimlerinin üzerinde bulunan iş yükü azalacak ve aile hekimleri kendisine kayıtlı kişiler hakkında daha fazla bilgiye (Çocuk, bebek, lohusa, gebe izlemleri) sahip olacaktır. Ülkemiz hekim açığının olduğu da bir gerçektir. Bu amaçla da tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının sayısının artması yanında kaliteli eğitim sağlanarak sahanın ihtiyacı olan aile hekimi uzmanlarının yetiştirilmesi çalışmalarına önem verilmelidir.

Aile sağlığı elemanı kendisine kayıtlı kişilerin, gebelik takibi, bebek- çocuk takibi, aşılama hizmetleri yanında özellikle mahalle gezisi, enjeksiyon- pansuman hizmetini, evrak kayıt işlemlerini, aylık çalışmaları, poliklinik hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmaktadır. Bu şekilde aile sağlığı elemanına aile hekimliği uygulamasından öncesindeki durumuna iki kattan daha fazla iş yüklenmiş durumdadır.

Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili olarak yasal düzenlemeler geliştirerek ikinci aile sağlığı elemanının çalıştırılmasına olanak sağlamalıdır. Özellikle aslı görevi tıbbi kayıt ve bilginin izlenmesi olmayan aile sağlığı elemanına (ebe, hemşire sağlık memuru) yardımcı olabilecek tıbbi sekreter istihdamına gidilmesi aile hekimliği uygulamasına büyük katkı sağlayacağı olasıdır.

Aile hekimliği uygulaması ile eski sağlık ocaklarında etkin olarak uygulanamayan sevk zinciri uygulaması getirilmek istenmiştir. Bu şekilde daha etkili birinci basamak sağlık hizmetinin sunumu ve ikinci basamak sağlık kurumlarında gereksiz yığılmaları önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak uygulamada hala aksaklıkların olması etkili sevk zinciri uygulamasının hayata geçmesini geciktirmektedir.

Aile hekimliği sistemi performansa dayalı bir sistemdir. Aile hekimliği uygulaması hakkında maliyetinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliği öncesinde kişiler sağlık hizmeti aldıklarında, aldıkları hizmet karşılığında sağlık güvencelerini temin eden kuruluşa fatura kesilir, sağlık güvencesi yoksa da kişilerden bu ücret talep edilirdi. Gelen para ise sistemin finansmanı ve personelin döner sermaye ek ödemelerinde kullanılırdı. Aile hekimliği uygulamasında ise sistem üzerinden bireylerin finansmanı yerine, bireyler üzerinden hizmetlerin finansmanı yöntemine geçilmiştir. Aile hekimlerine verilen ücret paketinin içinde hizmet vermesi gereken masraflar da dahildir. Sağlık sigorta sistemleri üzerinden karşılanan hizmet bedeli aile hekimliği uygulamasıyla Sağlık bakanlığı bütçesinden hekimler yolu ile karşılanmaktadır. Bu durumun bakanlık harcamalarında artışa neden olduğu düşünülmektedir. Cari giderlerin aile hekiminin keyfiyetine bırakılmayıp Bakanlık tarafından denetime tabi tutularak ve cari giderlerin yasal yükümlülüklerle kontrol altında tutulması gerekmektedir.

Aile hekimliği sisteminde çalışanlar kendilerine bağlı nüfus oranında ücretlendirilmektedir. Bu durum hekimlerin etik davranmayarak hastaları kazanmak amacıyla hastalıklarına göre değil, onların istek ve taleplerine göre hareket etmeye yönlendirmektedir. Aynı zaman da ilaç mümessillerinin aile sağlığı merkezlerine giriş çıkışı ile ilgili herhangi bir prosedürün bulunmaması nedeniyle hekimlere ilaç yazdırma baskıları gereksiz ilaç tüketimini ve buna bağlı olarak sağlık maliyetini yükselttiği düşünülmektedir. Aile hekimlerinin reçete sayıları, uyguladıkları tetkik işlemlerinin maliyetleri detaylı bir şekilde raporlanamamaktadır. Bu durum mali denetimi zorlaştırmakta aynı zamanda mali yönden işletme deneyimi olmayan hekimlerin hasta

tedavisi yanında mali işlemlerle uğraşmasına yol açmaktadır. Aile hekiminin hem mesleğini tam olarak icra edememesi hem de mali konuların yönetiminde bilgi sahibi olmayışı nedeniyle aile hekimliği bütçesinin faydalı ve tasarruflu bir şekilde kullanılmaması sorunu oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi ve kaynak aktarımında günümüz bilişim çağının gelişiminden yararlanılmalıdır.

Aile hekimliği hakkındaki sorunlardan birisi de mevzuat eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Aile hekimi, gebelikten başlatıp doğumla birlikte, bebeklik, ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık ve ölüme kadar olan tüm sağlık hizmetlerinin odağındadır. Bu nedenle bu hizmetlerin sunumunda her aşamada yetersizlik ya da ihmal iddiasında bulunulabilir, hatta dava açılabilir. Çalışanların görev tanımı ve hizmet alanları net bir şekilde mevzuatla açıklanmamış olarak görülmektedir. Aile hekiminin yasa önünde zorda kalmaması için meslek örgütlerinin hizmetin sunumunda her basamak için kontrol listeleri oluşturması hekimin sunduğu sağlık hizmetinin yeterli olduğunu ispatlamasında yararlı olacaktır. Ülkemizin aile hekimliğine yeni geçmiş olması aile hekimliğinin yeterince anlaşılması, iş tanımının net yapılmamış olması nedeniyle aile hekimleri çalışma ortamlarında çeşitli sıkıntılarla karşılaşmaktadır. Bir başka söz konusu sorunda çalışanların iş koşulları, diğer çalışanlarla ilgili koşulların uygun olmaması, aile hekimi ve aile sağlığı eleman sayısının yetersizliği, yöneticilerin aile hekimliği ile ilgili bilgi sahibi olmamaları, birinci basamakta uzmanlaşmanın gerek olmadığı düşüncesi, meslek örgütlerinin aile hekimliğine karşı ön yargıları, aile hekimliği yasal prosedürün tamamlanmamış olması, aile hekimleri Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün görev tanımlamasına uymayan işlerde çalıştırılması iş yükünün arttığı, sevk sisteminin tam olarak uygulanmaması temel sorunlar arasında görülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında çalışan hekim dışı personel aile hekimi ile imzaladıkları sözleşmeden dolayı iş garantisinin bulunmaması, yıllık izinlerde ücret kesilmesi çalışanları izinsiz çalışmaya yöneltmektedir. Aile hekimleri kendisine bağlı bulunan bebek ve gebelerin aşılama işlemlerinden sorumludur. Aşılama yapılması gereken gebenin ya da bebeğin aşılama sürecindeki aksama sağlık müdürlüğü tarafından sorgulanmakta aile hekiminin bu durumda maaşında kesinti yapılmaktadır. Aile hekimi kendisine bağlı nüfusun fazla olması, her bireye ulaşımında sorunlar yaşanması veya bireylerin aile hekimine başvuruda yasal bir zorunluluğunun olmaması, aile hekimlerini hem maddi olarak hem de iş yükü açısından olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Kaliteli sağlık hizmetinin sunumunda hasta memnuniyetinin önemi yanında çalışan memnuniyeti de önem taşımaktadır. Memnun olmayan sağlık çalışanının kendisine başvuran hastayı memnun tutması da zordur. Bu amaçla özellikle aile sağlığı elemanının ücretinde de iyileştirmeye gidilmesi düşünölebilir. Bu şekilde istihdam sağlanacak olup, kaliteli sağlık hizmetinin önü açılacaktır.

Aile hekimliğinde birinci basamakta uzmanlaşmanın gerek olmadığını düşünöen sağlık profesyonellerinin bulunması, aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak görölmeyip, tıp faköltesinden mezun olmuş herkesi zaten yapabileceği bir uygulama olarak görölməsi eğitim, araştırma ve hizmet alanlarında saha ile işbirliği yapılmaması gibi sorunlar ilk sıralarda yer almaktadır. Aile hekimliği anabilim dallarındaki asistan eğitimi tamamen 3. basamakta yapılmaktadır. Halbuki 1. basamak hekimi yetiştirilmektedir.

Aile Hekimliği Anabilim dalları genellikle üniversite hastanelerinde bir poliklinikte hizmet sunmaktadır, üçüncü basamakta yer alan bu birimlerin ilk başvuru noktası olmadığı ve böylelikle sunulan hizmetin gerçek bir aile hekimliği pratiği olmadığı düşünölmektedir. Aile sağlığı merkezlerinde hizmet içi eğitimin yapılmaması, sağlık alanındaki gelişmelerden ve yeniliklere çalışanların ilgisizliği sorunlarında bulunduğu görölmektedir. Ülkemizdeki hekim açığı nedeniyle aile hekimliğinde pratisyen hekimler görevlendirilmektedir. Bu alanda uzmanlaşmanın çok önemli olmasına rağmen aile hekimliği uzmanlığını almış hekimler görev yapmamaktadır.

Aile hekimliği sisteminin yeni olması birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir. Akılcı sağlık politikaların güdülmesi, otokontrol sisteminin geliştirilmesi, basit destekleme ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini daha da yükseltecektir. Asıl amaç hasta beklenti ve isteklerinin karşılanması yanında kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunumu olmalıdır. Sağlık hizmet sunucusu olan bireylerin veya kurumların sundukları sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etik olmasından sorumludurlar. Sağlık hizmetlerinde konu insan sağlığı olduğundan bu sorumluluk sosyal yönden de büyük önem taşımaktadır. Bundan dolayı özellikle temel sağlık hizmetleri alanında devletin yönlendirme, planlama, düzenleme ve denetim fonksiyonları önem kazanmaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinin sunumu, hizmet sunucularından Sağlık Müdürlüğu, Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda olmalıdır. Toplumların genel sağlık düzeyini yükseltmek sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını arttırmak amacıyla

mevcut kaynakların akıllı ve etkili kullanımı için aile hekimliği modeli uygulamaya konulmuştur. Aile hekimliği uygulaması ile ÷lkemizde başlatılan sağlık reformu ile kişisel odaklı, etkili ve kaliteli sağlık hizmet sunumu amaçlanmaktadır.

6. KAYNAKLAR

KİTAPLAR

- AKDAĞ,Recep Aile Hekimliği Türkiye Modeli,Editor:Sabahattin Aydın,Mavi Ofset Yayıncılık,Ankara , 2004.
- AKDAĞ Recep, Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu,2011.
- AKDUR, Recep,Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara , 2000.
- AKTAN C. A.K.Işık, Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi,Takav Matbaası, İstanbul, 2007.
- AKTAN C. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler,Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi,Editörler:Coşkun Aktan ve Ulvi Saran,İstanbul,2007.
- AKTÜRK Z. DAĞDEVİREN N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları:Milis ve Willard Raporları,Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları,İstanbul,2004.
- AYDOĞAN Ümit, Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti,Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı,Ankara,2010.
- BULUTOĞLU Kenan, Kamu Ekonomisine Giriş,Sermet Matbaası,İstanbul,1984.
- CEYHUN G. ŞENER F. Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Konusundaki Hazırlıkları ve Uygulamaları,İletişim Yayınları,Ankara,1996.
- ERSOY Kadri,Aile Hekimliği Uygulama Dosyası,Türkiye'de Aile Hekimliği,Aktüel Tıp Dergisi,İstanbul,2010.
- FİŞEK Nusret, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1983.
- FİŞEK N. Halk Sağlığına Giriş,Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırma Vakfı Yayınları,Ankara,1985.
- HITT Michael, Duane IRELAND and Robert HOSKISSON, Strategic. Management, West Pub.Col.,1995.

- GRANT Robert ,Rahmi SHANIA and R. KRISHNAN, ''TQM's Challenge to Management Theory and Practice'', Sloan Management Review, 1994.
- GÖKTAS, Olgun, Türkiye'de Aile Hekimliği ve Geçiş Dönemi Eğitimlerindeki Uygulamalar, Bursa Tabip Odası Yayını, Bursa, 2005.
- GÖRPELİOĞLU S. Türkiye'de Bir Uzmanlık Dalı Olarak Aile Hekimliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.
- HAYRAN O. Sağlık İnsangücü Planlaması, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1998.
- KALAYCI Şeref, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayınevi, Ankara, 2009.
- KISA A. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetimi, İletişim Yayınları, Eskişehir, 2002.
- KURU Yaşar, Alternatif Aile Hekimliği, Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları, İstanbul, 2010.
- ÖZTEK Zafer, Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Palme Yayıncılık, Ankara, 1995.
- ÖZTEK Zafer, Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 1992.
- ÖZTEK Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 2008.
- SAATÇI E. SEZER H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. Aile Hekimliği, İletişim Yayıncılık, Ankara, 1996.
- SÖYLEYİCİ T., ''Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi'' Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli, 2010.
- TATAR Fahrettin , Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim Amme İdaresi Dergisi, İstanbul, 1996.

- T. C. Maliye Bakanlığı 2004 yılı İstatistikleri, Ankara, 2010.
- T. C. Sağlık Bakanlığı ,Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Sabahattin Aydın, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara,2004.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’de Sağlığa Bakış”, Sağlık Bakanlığı Yayınları,Ankara, 2007.
- T.C. Sağlık Bakanlığı,Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara,2004.
- T.C. Sağlık Bakanlığı,Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara,2006.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları,Ankara,2003.
- ÜNLÜOĞLU İ., Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi,Aktüel Tıp Dergisi Aile Hekimliği Özel Eki,Cilt:9,Sayı:6,Ankara,2004,s:18.
- WONCA .Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Wonca World family doctors. Caring for people EUROPE, 2008.

RAPORLAR- SUNUMLAR- ARAŞTIRMALAR-MAKALELER-DEĞİLER

- ATA S. Aile Hekimliği’ne Götüren Nedenler, Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel-Bilimsel Tıp Dergisi, 2008, Sayı: 1.
- AKDAĞ Recep,Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu,Ankara,2011.
- AKTAN C.C., Işık A.K. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, 2007,Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran,Bilge Yayınevi,İstanbul,2007.
- AYDIN Sabahattin,“Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’,Toplantısında Sunulan Bildiri,Bolu, 2004.

- BAFLAK O. Ülkemizde Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği, Yeni Açılımlar, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2004.
- BAŞAK O. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Sayı.: 32007, Cilt: 11.
- BELEK İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli: Herkes İçin Sağlık Perspektifli Bir Değerlendirme, Aile Hekimliği Dergisi, Ankara, 2005.
- BİLGEL Nazan, Aile Hekimliği Tanımı Tarihçesi, Amacı ve Önemi, Aile Hekimliği Dergisi, Bursa, 2006.
- ÇELİKKOL İnci, TSK Personelinin Aile Hekimliğine Bakışı, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara, 2009.
- Devlet Planlama Teşkilatı, 2005 Yılı Programı, Ankara, 2004.
- DEVEBAKAN N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, Nobel Tıp Kitapevi, İzmir, 2008, Cilt 8. Sayı: 1.
- DİNÇER, Metin, Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, 2004
- ERSOY F. Aile Hekimliği Uygulama Dosyası, Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel-Bilimsel Tıp Dergisi, Sayı: 1, Ankara, 2010.
- EYLER Nurullah, Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu, Atılım Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
- GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dünyadaki Aile Hekimliği Uygulamaları, http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/default.asp?sayfa=main&s=dunyada_ah&m=ah, Ankara, 2011.

KALKAN O. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması, <http://www.bsm.gov.tr/makale/20033.asp?>,İstanbul,2003.

KARADAĞ Z. Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi,Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı YÜKSEK Lisans Tezi,Ankara,2007.

KAVUNCUBAŞI Şahin, Sağlık Kurumlarında Müşteri, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002.

KORUKLUOĞLU S. Her Aileye Hekim,SB.Diyaloğ,Ankara,2010.

KIYMİR B. Hastane yönetiminde toplam kalite modeli, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Işık Yayınevi,Ankara, 2010.

KUM Nebahat ,Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi,II.Hemşirelik Kongresi Kitabı,Ankara,1999.

İŞNAS C.Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite,Nobel Tıp Yayınevi,Cilt:8, Sayı:1,İzmir,2008.

ÖZTEK Zafer, Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği, Tıp Dergisi,Cilt:25,Sayı:2,Ankara 2006.

ÖZTÜRK Murat,Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma,İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Ana Bilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

ÜNLÜOĞLU İ.Özcan SP. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Hekimliği,Aile Doktorlar için Kurs Notları ,Ankara, 2004.

Resmi Gazete, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 25.05.2010 Sayı: 27591.

SÖYLEYİCİ T. Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilimdalı Denizli,Haziran 2010

T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Sabahattin Aydın,2004, Ankara.

T.C. Maliye Bakanlığı 2010 yılı İstatistikleri, Ankara, 2010.

Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, 12. Baskı, Ankara, 2008.

VAVRA Terry G. Müsteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları, Kalder Yayınları, Ankara, 2006.

YILDIZ Güney Kömürlü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliğine Geçiş Süreci, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.

YILMAZ M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 5, Eskişehir, 2002.

YURT S.A. Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu üzerine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

INTERNET KAYNAKLARI

<http://www.ahuzem.gov.tr>

<http://www.ailehekimleri.net/index.php?option>

<http://www.ailehekimligi.karabükSağlık.gov.tr/index2.php>

<http://www.aile-hekimligi.uludag.edu.tr/nedir.html>

<http://www.ailehekimirehberi.com>

<http://www.aile.gov.tr/images/sura/aile1.pdf>

<http://www.beyazonluk.com>

<http://bsm.gov.tr/ailehekimligi/tanimi.htm>

<http://www.doktoronline.net/mid/articles/id/doktornedir.html>

<http://www.duzcetabip.org.tr>

<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/default.asp?mains>

<http://www.halksagligi.med.ege.edu.tr>

<http://www.hastane.com.edu.tr/universunum/erciyessunum.doc>

<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3370.doc>

http://www.mekanforum.org/doktorluk_mesleđi_hakkında_bilgi.html

<http://www.msxlabs.org/forum/tıpbilimdalları.html>

http://www.phd.org.tr_TTB_Genel_Pratisyenlik_Egitimi.html

<http://www.sađlık.gov.tr>

<http://www.tahud.org/dosyalar/akademikailehekimliđitoplantısı.pdf>

<http://www.tahud.org.tr/modules/dernek.pdf>

http://www.tahud.org.tr/Sađlıkta_kalite.html

<http://aile-hekimliđi.uludađ.edu.tr/nedir.html>

<http://www.who.edu.tr>

7.2. EK 2: AİLE HEKİMLİĞİ KANUNU

Kanun Numarası : 5258

Kabul Tarihi : 24/11/2004

Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 9/12/2004 Sayı : 25665

Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 44 Sayfa:

Amaç ve kapsam

Madde 1- Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının (...) ⁽²⁾ belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir. ⁽²⁾

Tanımlar

Madde 2- Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır.

Personelin statüsü ve malî haklar

Madde 3- Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir ⁽³⁾

Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak

çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir.

(1) Bu Kanunun adı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” iken 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesi ile metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.

(2) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle bu maddede geçen “pilot olarak” ibaresi yürürlükten kaldırılmıştır.

(3) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle bu maddede geçen “görevlendirmeye” ibaresinden sonra gelmek üzere “veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya” ibaresi eklenmiştir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. **(Değişik cümle: 11/10/2011- KHK- 663/3)** Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır.

Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilenlere, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz. Bunlara, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak aşağıdaki fıkrada belirlenen miktarların yarısını aşmamak üzere tespit edilecek tutarda ödeme yapılır.

Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı elemanı için (1, 5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenir.

Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkrada belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo- ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı⁽²⁾ gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması (...) ⁽¹⁾ halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır. Sosyo- ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz. ⁽¹⁾

Kamuya ait taşınmazların kullanımı

Madde 4- Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir.

Hizmetin esasları

Madde 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir.

(1) Bu fıkranın ikinci cümlesinde yer alan "... veya hasta sevk oranlarının yüksek olması..." ibaresi, 7/11/2008 tarihli ve 27047 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Anayasa Mahkemesi'nin 21/2/2008 tarihli ve E. : 2005/10, K. : 2008/63 sayılı Kararı ile iptal edilmiştir.

(2) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK'nın 58 inci maddesiyle 3 üncü maddesinin yedinci fıkrasında yer alan "karşılınmayan gider unsurları" ibaresinden sonra gelmek üzere ", belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı" ibaresi eklenmiştir.

Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır. Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirlenir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, diğer kanunların aile hekimliği hizmetleri kapsamındaki hizmetlerin sunumu ile sevk ve müracaata ilişkin hükümleri uygulanmaz. (Ek cümle: 11/10/2011-KHK- 663/58) Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usûl ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenir. Yabancılar hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Aile hekimlerinin şahsî kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulur. Aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağlık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmî kayıt ve evrak niteliğindedir. Bu kayıt ve belgeler, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değiştirmesi halinde eksiksiz olarak devredilir. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir.

Denetim, sorumluluk ve mal bildirim

Madde 6- Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık

idaresinin denetimine tâbidir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

Madde 7- — Kişilerin ağız ve diş sağlığını korumak ve bu hizmetlerin daha etkili ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca tespit edilecek illerde pilot uygulama yapılır.

Bu hizmetler karşılığında yapılacak ödemelerin, hizmetten yararlananların ilgisine göre bağlı buldukları kurum bütçelerinden veya sosyal güvenlik kuruluşlarından karşılanması ile diğer hususlara ilişkin usul ve esaslar Maliye, Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıkları tarafından müştereken belirlenir.

Yönetmelikler

Madde 8- Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esasları; çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralaması; aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemi ve sayıları; aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fizikî ve teknik şartlar; meslek ilkeleri; iş tanımları; performans ve hizmet kalite standartları; hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarıyla yapılacak sözleşmede yer alacak hususlar ve bu Kanunda belirlenen esaslar çerçevesinde bunlara yapılacak ödeme tutarları ile bu ücretlerden indirim oran ve şartları, sözleşmenin feshini gerektiren nedenler, Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Yürürlük

Madde 9- Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 10- Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

7.3.EK 3: AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞME ÖRNEĞİ

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞMESİ

1- T. C. Sağlık Bakanlığı adına Valiliği ile arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununun 3 üncü maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda bu sözleşme imzalanmıştır.

2- Sözleşmede geçen;

a) İlgili: Sözleşmeyi imzalayan aile hekimini,

b) Kanun: 5258 sayılı Kanunu,

c) Kurum: Sağlık Bakanlığını,

ç) Sözleşme: Bu hizmet sözleşmesini,

d) Sözleşme Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği,

e) Uygulama Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğini,
ifade eder.

3- İlgili, Kurumca belirlenen aile hekimliği çalışma bölgelerinden Uygulama Yönetmeliğine uygun olarak tercih ettiği nolu aile hekimliği biriminde, yürürlükteki kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara, hasta haklarına, mesleki ve genel etik kurallarına uygun olarak aile hekimliği görevini ifa etmeyi sözleşme süresince kabul eder.

4- Çalışma saatleri ve izinler konusunda Uygulama Yönetmeliği ile Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.

5- İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.

6- İlgiliden her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılır.

7- İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükümleri uygulanır.

8- İlgili tarafından Kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesinde bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemeler için genel hükümler çerçevesinde ilgiliye rücû edilir.

9- İlgili, görevi sırasında edindiği gizlilik taşıyan bilgileri ve kişisel verileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.

10- Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hâllerde Kanun, Uygulama Yönetmeliği ve Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.

11- Sözleşmenin süresi 2 mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme tarihinden tarihine kadar geçerlidir.

Bu sözleşme 11 maddeden ibaret olup .../...../..... tarihinde ... (.....) nüsha olarak düzenlenmiştir

AİLE HEKİMİ

KURUM YETKİLİSİ

Adı Soyadı :

.....

Görev Yeri :

..... VALİSİ

Adresi :

(imza- tarih)

(imza- tarih)

7.4. EK 4: AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ HİZMET SÖZLEŞME ÖRNEĞİ

T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AİLE SAĞLIĞI ELEMANI HİZMET SÖZLEŞMESİ

1- T. C. Sağlık Bakanlığı adına Valiliği ile
..... arasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot
Uygulaması Hakkında Kanununun 3 üncü maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda bu
sözleşme imzalanmıştır.

2- Sözleşmede geçen;

a) İlgili: Sözleşmeyi imzalayan aile sağlığı elemanını,

b) Kanun: 5258 sayılı Kanunu,

c) Kurum: Sağlık Bakanlığını,

ç) Sözleşme: Bu hizmet sözleşmesini,

d) Sözleşme Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği,

e) Uygulama Yönetmeliği: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğini, ifade eder.

3- İlgili, Kurumca belirlenen aile hekimliği çalışma bölgelerinden Uygulama Yönetmeliğine uygun olarak tercih ettiği nolu aile hekimliği biriminde, yürürlükteki kanun, yönetmelik, genelge ve verilecek talimatlara, hasta haklarına, mesleki ve genel etik kurallarına uygun olarak aile sağlığı elemanı görevini ifa etmeyi sözleşme süresince kabul eder.

4- Çalışma saatleri ve izinler konusunda Uygulama Yönetmeliği ile Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.

5- İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.

6- İlgiliden her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek Sosyal Güvenlik Kurumuna aktarılır.

7- İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükümleri uygulanır.

8- İlgili tarafından Kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesinde bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalınan ödemeler için genel hükümler çerçevesinde ilgiliye rücû edilir.

9- İlgili, görevi sırasında edindiği gizlilik taşıyan bilgileri ve kişisel verileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.

10- Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hâllerde Kanun, Uygulama Yönetmeliği ve Sözleşme Yönetmeliği hükümleri uygulanır.

11- Sözleşmenin süresi 2 mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme tarihinden tarihine kadar geçerlidir.

Bu sözleşme 11 maddeden ibaret olup .../...../..... tarihinde ... (.....) nüsha olarak düzenlenmiştir.

AİLE SAĞLIĞI
ELEMANI

KURUM YETKİLİSİ

Adı Soyadı :

.....

Görev Yeri :

..... VALİSİ

Adresi :

(imza- tarih)

(imza- tarih)

**7.5. EK 5: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR
PUANI CETVELİ**

UYGULANACAK İHTARLAR	İHTAR PUANLARI
Çalışma saatleri planına uymamak	3
İzinsiz işe gelmemek (işe gelmediği her gün için)	5
Afiş ve duyuruları usûlüne uygun şekilde asmamak	5
Aile Sağlığı Merkezi içi yönlendirme tabelalarının ve Aile Sağlığı Merkezi dış tabelalarının usûlüne uygun olmaması	5
Görevi esnasında ilaç reklamı içeren malzeme kullanmak	5
Görevleri ile ilgili kayıtları düzenli tutmamak veya müdürlük ya da Bakanlığa bildirmemek	10
Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını devretmemek	10
Aile Sağlığı Merkezinin tıbbi donanım eksikliğini on gün içinde gidermemek (eksik olan her malzeme için)	10
Verilen eğitimler için belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak	10

7.6.EK 6: AİLE HEKİMLİĞİ DOKTOR VE SAĞLIK PERSONELİ BEKLENTİLERİ ANKETİ

“Aile Hekimliği” uygulaması ile aile hekimi olarak çalışacak doktorlar tarafından, sağlıkla ilgili, beklenen iyileşmenin, tespit edilmesine yönelik bir anket uygulaması planlanmıştır. Bu çalışmada değerli görüşlerinize ihtiyaç duyulmaktadır. İlginize şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

		5	4	3	2	1
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		5	4	3	2	1
1	Aile sağlığı merkezinin fiziki koşullarının AHU. için rahat ve kullanışlı olduğu düşüncesine,					
2	Aile hekimliği uygulamasında veilen ücretin yeterli olduğu düşüncesine,					
3	Aile hekimliği sisteminden memnun olma düşüncesine,					
4	Şu anki mevcut pilot aile hekimliği uygulamasının, koruyucu hekimlik hizmetleri üzerinde olumlu bir etkisi göstereceği düşüncesine,					
5	Yürürlükte olan ve pilot olarak uygulanan Aile Hekimliği mevzuatının birinci basamak sağlık sorunlarının çözümüne bir katkı sağlayacağına					
6	Aile hekimliği uygulaması ile hastalar karşısında, pratisyen doktorlara karşı olan toplumsal saygınlıkta ve güvende bir artışın sağlanacağına düşüncesine,					
7	Aile hekimliği uygulaması ile hastalar karşısında, pratisyen doktorlara karşı olan toplumsal inanırlıkta bir artışın sağlanacağına düşüncesine,					
8	Aile hekimliği uygulamasında yetki ve sorumluluklarımızı belirlenmiş olduğu düşüncesine,					
9	Aile hekimliği uygulamasında çalışma saatlerinin uygun olduğu düşüncesine,					
10	Aile sağlığı merkezine başvuran hasta yoğunluğunun fazla olmadığı düşüncesine,					
11	Aile hekimliği uygulaması ile pratisyen doktorların hizmet verme yeterliliğinde ve bir artış sağlanacağı düşüncesine,					
12	Aile hekimliği uygulamasında, haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin, doktorların çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı düşüncesine,					
13	Aile hekimliği uygulaması ile doktorların verdiği hizmetin kalitesinde bir artış sağlanacağı düşüncesine,					
14	Aile hekimliği uygulaması ile doktorların verdiği hizmetin etkililiğinde bir artış sağlayacağı düşüncesine,					
15	Aile hekimliği uygulaması ile doktorların arasında bir rekabet artışı olacağı düşüncesine					

		5	4	3	2	1
16	Aile hekimliği uygulaması ile doktorların arasında ki etik sorunlarda bir artış olacağı düşünmesine,					
17	Aile hekimliği uygulaması ile doktorların hastalarını sahiplenmesinde bir artış olacağı düşünmesine,					
18	Aile hekimliği uygulaması ile hastaların, hekimlerini sahiplenmesinde bir artış olacağı düşünmesine,					
19	Aile hekimliği uygulaması ile vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay ulaşımında bir artış olacağı düşünmesine,					
20	Aile hekimliği uygulaması ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri uygulamalarında bir artış olacağı düşünmesine,					
21	Aile hekimliği uygulaması ile tedavi edici sağlık hizmetleri uygulamalarında bir artış olacağı düşünmesine,					
22	Aile hekimliği uygulaması ile sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine,					
23	Aile hekimliği uygulaması ile hasta odaklı sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine,					
24	Aile hekimliği uygulaması ile sağlık hizmeti sunumunda, sürekli kalite gelişimini içeren sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine,					
25	Aile hekimliği uygulaması ile hastaların kullandıkları sağlık hizmetlerine, katılmalarının sağlanacağı düşünmesine,					
26	Aile hekimliği uygulaması ile hastalara hakkaniyetli ve eşit sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine ,					
27	Aile hekimliği uygulaması ile etkili sevk zincirinin işlerlik kazanacağı düşünmesine					
28	Aile hekimliği uygulaması ile etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine,					
29	Aile hekimliği uygulaması ile güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağı düşünmesine,					
30	Aile hekimliği uygulamasında, hastalara ait bilgilerin, bilgisayarda saklanması, hastaların sağlık hizmetlerini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliklerini sağlanacağı düşünmesine,					

31- Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?

- a. 0- 5 b.6- 10 c.11- 15 d.16- 20 e.21 ve üzeri

32- Size göre aile hekimliğinde çalışanlara yapılacak ödeme nasıl olmalıdır?

- a. Yalnızca maaş
b. Maaş ve maaşa ilave prim
c. Verilen hizmet başına
d. Kayıtlı kişi başına
e. Karma bir ödeme (yukarıda ki tüm şıkları içeren)

33- Siz Aile Hekimi olarak çalışmak istiyor musunuz?

- a. Kesinlikle istemiyorum
b. İstemiyorum
c. Olabilir
d. İstiyorum
e. Kesinlikle istiyorum

7.7. EK 7: AİLE HEKİMLİĞİ HASTA BEKLENTİLERİ ANKETİ

Bu ankette sizin son 12 ay boyunca genel olarak sağlık hizmeti aldığınız hekim, sağlık personelinin ve hizmet verilen merkezin kalitesini derecelendirmenizi istiyoruz. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Anketi doldurduğunuz çok teşekkür ederiz. Soruların karşısındaki sizin görüşünüze en yakın kutuya işaret (X) koyunuz.

1- Cinsiyetiniz

- a) Kadın
- b) Erkek

2- Yaşınız?.....

3- Eğitim Durumunuz?

- a) Okur yazar değil b)İlkokul c)ortaokul d)Lise e)Üniversite ve üstü f)Okur yazar

4- Sağlık kuruluşuna son altı ayda kaçınıcı gelişiniz?.....

5- Sağlık Kurumuna başvuru nedeniniz;

- a)Hastaneye sevk
- b)İlaç yazdırmak
- c)Rapor
- d)Muayene olmak
- e)Kontrol
- f)Aşı
- g)Enjeksiyon- Pansuman
- h)Aile planlaması

6- Sağlık kurumunun yeri;

- a) Bana çok uzak b)Uzak ama ulaşımı kolay
- c)Yakın ama ulaşımı ters d)Bana çok uygun

7- Sağlık kurumu personelinin size karşı davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)Çok kötü b)Kötü c)Normal d)İyi e)Çok iyi

8- Aynı Sağlık kurumuna tekrar gelmeyi düşünür müsünüz?

- a)Kesinlikle gelmem b)Gelmeyi tercih ederim c)Gelirim
- d)Zorunlu olarak geleceğim d)Kesinlikle buraya gelirim.

9- Başvurduğunuz Sağlık Kurumunun hizmetlerini genel olarak nasıl değerlendirirsiniz.

- a)Mükemmel b)İyi c)Orta düzeyde d)Yetersiz e)Çok yetersiz

10- Sağlık Bakanlığı'nın ailehekimliği uygulamasından haberdar mısınız ve yararlanıyor musunuz?

- a)Haberdarım ve sürekli yararlanıyorum c)Haberdarım ama yararlanmıyorum
- b)Haberdarım ve nadiren yararlanıyorum d)Haberdar değilim

11- Aile Hekimliği uygulaması hakkında nereden bilgi sahibi oldunuz?

- a)Sağlık personelden b)Medyadan(gazete, tv. c) Çevreden (iş yeri, arkadaş, aile)
d)Muhtardan

12- Aile hekiminizi seçme ve değiştirme konusunda bilginiz var mı?

- a)Evet b)Hayır c)Kısmen

13- Başvurduğunuz aile hekiminize ulaşabilme düzeyinizi nasıl (rahat ulaşabiliyormusunuz) nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

14- Başvurduğunuz aile hekimliğinizin fiziki koşulları (sıcaklık, temizlik gibi) konusunda görüşünüz nedir?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

15- Aile hekimliğinde kayıt işlemlerinin süresi hakkında görüşünüz?

- a)Çok kısa b)Kısa c)Orta d)Uzun e)Çok uzun

16- Aile hekiminizin sizi karşılaması nezakati size olan davranışını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

17- Aile Hekimini yapılacak tetkik- tedavi konusunda sizi bilgilendirmesini nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

18- Aile hekiminizin Sağlık bilgi ve kayıtlarınızı izlemesi(aşı, bebek- gebe takip, hastalık takip gibi) konusunda nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

19 –Aile hekimliğinde size hizmet veren aile sağlığı elemanının(ebe, hemşire) davranışı nasıl değerlendirirsiniz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

20- Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

21- Aile hekimliği uygulamasını eski sağlık ocağı sistemine göre nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Aile hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum

b)Aile hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum

c)Herhangi bir değişiklik görmüyorum.

d)Fikrim yok