



**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ  
UYGULAMASI VE HASTA MEMNUNİYET  
DÜZEYİ: KİLİS İLİ ÖRNEĞİ**

**Ali Rıza ÖZDEMİR**

**Eylül 2012  
DENİZLİ**

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ  
UYGULAMAŞI VE HAŞTA MEMNUNİYET  
DÜZEYİ: KİLİS İLİ ÖRNEĞİ**

**Pamukkale Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tezi  
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı**

---

**Ali Rıza ÖZDEMİR**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ**

**Eylül 2012  
DENİZLİ**



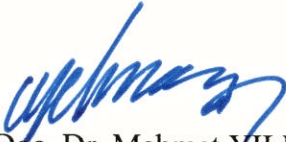
## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı öğrencisi Ali Rıza ÖZDEMİR tarafından Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ yönetiminde hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 10.09.2012 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



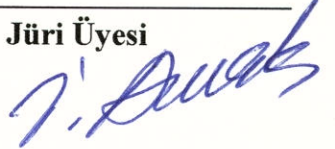
Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ

**Jüri Başkanı**



Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ

**Jüri Üyesi (Danışman)**



Yrd. Doç. Dr. İbrahim DURAK

**Jüri Üyesi**

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 12/09/2012 tarih ve ..16/17.. sayılı kararıyla onaylanmıştır.



**Prof. Dr. Turhan KAÇAR**  
**Müdür**

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza



Öğrenci Adı Soyadı : Ali Rıza ÖZDEMİR

## TEŞEKKÜR

Yaklaşık iki yıldır gerek yüksek lisans eğitimim ve gerekse tez çalışmam sırasında; emek, yardım, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Pamukkale Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Oğuz KARADENİZ'e, tez danışmanım olan ve yüksek lisans eğitimim süresince eğitimime olan değerli katkıları, desteği ve gösterdiği bitip tükenmez sabrı ve nezaketinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ'a, yardımlarını esirgemeyen anabilim dalımızın öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Kamil ORHAN, Yrd. Doç. Dr. Handan KUMAŞ, Yrd. Doç. Dr. Şennur SEZGİN ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet Can BAKKALCI'ya, tüm yüksek lisans arkadaşlarıma, Kilis Yedi Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO'nda birlikte mesai yaptığım Müdürümüz Yrd. Doç. Dr. Mehmet DEMİR ve değerli Öğretim Görevlisi arkadaşlarıma, çalışmalarımnda her an yanımda olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Fulya, zor anlarımda neşe kaynağım olan oğlum Arda'ya, beni yetiştiren ve hayatımın her anında yanımda olup destekleyen annem Güler ve babam Sabri ÖZDEMİR'e teşekkür ederim.

Ali Rıza ÖZDEMİR

## ÖZET

### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI VE HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİ: KİLİS İLİ ÖRNEĞİ

ÖZDEMİR, Ali Rıza  
Yüksek Lisans Tezi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD  
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZ

Eylül 2012, 142 Sayfa

Bu çalışmanın temel amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programında aile hekimliği uygulamasına geçişin reformun temel unsuru olduğunun ve öneminin ortaya konmasıdır. Kilis ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği modelinden yola çıkılarak; hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeyi ölçülmeye çalışılmış ve memnuniyete etki eden faktörler tespit edilerek uygulanabilir çözüm önerileri üretilmesi hedeflenmiştir.

Bu amaçla hazırlanmış olan Değerlendirme Anketi toplam 263 hastaya uygulanmıştır. Hastalara demografik bilgileri ve 1- 5 arası (çok kötüden çok iyiye) derecelendirilen EUROPEP ölçeğiyle hazırlanmış 25 soru sorulmuştur. Demografik veriler ve sorulardan elde edilen bulgular değerlendirilmiş; memnuniyetle birlikte ziyaret sıklığının arttığı gözlenmiştir. Genel olarak tüm grupta en yüksek ve en düşük puan verilen sorular incelendi. Memnuniyetin en yüksek olduğu sorular sırayla “sizi muayene etmesi” 3,96; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” 3,94; “sizi dinlemesi” 3,91 olarak bulundu. Memnuniyetin en düşük olduğu sorular ise “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” 2,75; “Bekleme odasında harcadığımız zaman” 3,08; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” 3,27 ve “size uygun zamanda randevu alabilmeniz” 3,33 olarak bulundu. Sorulara kadınlarla erkekler tarafından verilen puanların farkının istatistiksel açıdan bir anlamlılık ifade etmediği saptandı. Eğitim düzeyinin memnuniyete etkisi araştırıldığında; grupta eğitim düzeyi yükseldikçe 10 soruya verilen puanların düştüğü gözlemlendi. Memnuniyet puanlarının yaşla ilişkisi araştırıldığında, tüm grupta üç soru dışında yaş ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamadı. Ayrıca karşılaştırma amaçlı doğrudan İkinci Basamağa başvuran 80 kişiye anket uygulandı. Memnuniyet puanlarının hastane grubunda daha düşük olduğu gözlemlendi.

Aile Hekimliği uygulaması ülkemizde daha yolun başındadır ve aceleyle uygulamaya geçildiğinden özellikle kırsal alanda ülkemiz şartlarına tam olarak uymamaktadır. Ayrıca asıl amacı koruyucu hekimlik olan modelin bu yönü de uygulamada zayıf kalmıştır. Zamanla modelin zayıf yönleri görülerek gerekli iyileştirmeler yapılırsa ülkemizde başarıyla sürdürülebilecek potansiyele sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği, Sosyal Güvenlik, Genel Sağlık Sigortası, hasta memnuniyeti, birinci basamak, genel pratisyenlik, EUROPEP.

## ABSTRACT

### APPLICATION OF FAMILY MEDICINE IN HEALTH TRANSFORMATION PROGRAMME AND SATISFACTION LEVELS OF PATIENTS: A RESEARCH IN KILIS PROVINCE

Özdemir, Ali Rıza

M. Sc. Thesis in Labour Economics & Industrial Relations

Supervisor: Asst. Prof. Mehmet YILMAZ

September 2012, 142 Pages

**This study exposes that the transition of family medicine is the key element of social security reform and Health Transformation Programme. In this study, the satisfaction levels of the patients are measured from the family medicine application model in Kilis. After all, applicable policy proposals are to be produced.**

**25 questions were asked in EUROPEP that the demographic data of patients rated on a scale by 1 to 5 (Poor to Excellent). Demographic data and findings were evaluated. In general, the questions in the whole group that have the highest and lowest points were analyzed. Questions given the highest scores are “to examine you” 3.96 “keep your record and information confidential” 3.94 “listen to you” 3.91 was found to be. Questions given the lowest scores are “reach the doctor by telephone,” 2.75; “the time you spend in the waiting room,” 3.08 “to help cope with emotional problems due to health condition” 3.27 and “at the appropriate time you can get an appointment” 3.33 was found. Questions of a statistical significant difference in the scores awarded by men and women were found not to express. When investigated the effect of satisfaction with the level of education, points given to the 10 questions decreased by the increased educational levels of the group. We couldn’t find significant statistical difference between satisfaction and age out of three questions. The statistical difference between satisfaction and visiting period is highly meaningful. The patients visiting their family doctor monthly are satisfied than the others. In addition, a research made in Secondary Care with 80 patients to check the difference. The hospital group satisfaction levels are lower than the family medicine group.**

**As a result, implementation of Family Medicine is at the beginning of the road, especially in rural areas does not conform to the requirements fully because of being rapidly implemented. In addition, the main purpose of this aspect is preventive medicine, which the model remains weak, must be decided. Dealing with weak sides, necessary improvements made by the model over time has the potential to be sustainable in our country.**

**Keywords :** Family Medicine, Social Security, General Health Insurance, patient satisfaction, primary care, general practice, EUROPEP.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLOLAR DİZİNİ .....	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	x
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SOSYAL GÜVENLİK, SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1.1. SOSYAL GÜVENLİK .....	4
1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı .....	4
1.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemleri .....	8
1.1.2.1. Türk Sosyal Güvenlik Sistemi .....	10
1.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI .....	15
1.3. SOSYAL GÜVENLİKTE TEK ÇATI UYGULAMASI .....	19
1.3.1. Uygulama Öncesi Sosyal Güvenlik Kuruluşları .....	19
1.3.2. Tek Çatı Uygulamasının Amacı .....	21
1.4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	23
1.4.1. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı .....	31
1.4.2. Genel Sağlık Sigortası Yararlanma Şartları ve Hizmetler .....	32



## İKİNCİ BÖLÜM

### REFORM SÜRECİNDE AİLE HEKİMLİĞİ

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ.....	35
2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Amacı.....	35
2.1.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri.....	38
2.1.3. Mesleki Örgütlenme .....	40
2.1.4. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler.....	41
2.2. KORUYUCU HEKİMLİK .....	46
2.2.1. Koruyucu Hekimliğin Tanımı ve Amacı.....	46
2.2.2. Koruyucu Hekimliğin Özellikleri ve Uygulama .....	48
2.3. TÜRKİYEDE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ.....	54
2.4. AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ VE PİLOT UYGULAMA.....	56
2.4.1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması ve Sonrası.....	61
2.4.2. Aile Hekiminin Görevleri .....	62
2.4.3. Aile Sağlığı Elemanın Görevleri.....	64
2.4.4. Gezici Sağlık Hizmetleri.....	65
2.5. AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ SÜRECİNDE YAPILAN ELEŞTİRİLER .....	66
2.5.1. Geçiş Sürecinde Olası Problemler ve Çözüm Önerileri.....	68
2.6. AİLE HEKİMLİĞİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLİŞKİSİ.....	75

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA**  
**KİLİS İLİ ÖRNEĞİ**

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ.....	78
3.1.1. Araştırmanın Amacı .....	78
3.1.2. Araştırmanın Kapsamı.....	79
3.1.2.1. Araştırmanın evreni .....	79
3.1.2.2. Araştırmanın örnekleme .....	79
3.1.3. Araştırmanın Yöntemi .....	80
3.1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	83
3.1.5. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar .....	83
3.1.6. Araştırmanın Takvimi .....	84
3.2. KİLİS İLİNE AİT TEMEL VERİLER.....	84
3.2.1. Demografik Verileri .....	84
3.2.2. Sosyal Güvenlik ve İşgücü Verileri .....	85
3.2.3. Sağlıkla İlgili Veriler .....	87
3.3. KİLİS İLİ SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ.....	91
3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları.....	91
3.3.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları .....	91
3.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları .....	92

3.4. KİLİS İLİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI .....	92
3.4.1. Kilis İli Aile Hekimliği Uygulama Süreci .....	92
3.4.2. Kilis İli Aile Hekimliği Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar .....	93
3.5. BULGULAR VE TARTIŞMA .....	96
3.5.1. Demografik Bulgular .....	96
3.5.2. Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular .....	102
3.5.3. Aile Hekimliğinde Temel Unsurlar Açısından Bulguların Değerlendirilmesi .....	104
3.5.4. Demografik Değişkenlere Göre Hasta Memnuniyeti .....	106
3.5.5. Doğrudan İkinci Basamağa Başvuranlara İlişkin Bulgular .....	112
SONUÇ .....	119
KAYNAKLAR .....	127
EKLER .....	135
ÖZGEÇMİŞ .....	141

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Kamu İlaç Harcaması (2002 Fiyatlarıyla) ve Tüketilen İlaç Miktarı .....	74
Tablo 3.1. $\alpha= 0,05$ İçin Örneklem Büyüklükleri .....	80
Tablo 3.2. Kilis ve Türkiye Nüfusu (2011 yılı) .....	84
Tablo 3.3. Nüfus Artış Hızı .....	85
Tablo 3.4. Kilis İline Ait Sosyal Güvenlik Verileri (2011 yılı) .....	86
Tablo 3.5. Kilis İli Temel İşgücü Göstergeleri (2010 yılı) .....	87
Tablo 3.6. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet .....	87
Tablo 3.7. Hastalıkta İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu .....	88
Tablo 3.8. Hastalıkta İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedeni .....	89
Tablo 3.9. Kilis Devlet Hastanesi Poliklinik Muayene Sayıları .....	89
Tablo 3.10. Kilis İli Hekim Sayıları ve Branşları (2008 yılı) .....	90
Tablo 3.11. Kilis İlinde Gerçekleşen Doğumlar ve Çocuk Ölümleri (2008 yılı).....	90
Tablo 3.12. Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri .....	99
Tablo 3.13. En zengin %20lik kesimle en yoksul %20lik kesim arasındaki fark.....	100
Tablo 3.14. EUROPEP-TR Sorularına verilen puanların frekans dağılımı .....	103
Tablo 3.15. EUROPEP-TR Sorularına 4- 5 puan verenlerin ana başlıklara göre dağılımı .....	105
Tablo 3.16. Cinsiyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi .....	108
Tablo 3.17. Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri (Hastane Grubu) .....	114
Tablo 3.18. EUROPEP-TR Sorularına verilen puanların frekans dağılımı (Hastane Grubu) .....	116

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR	Esnaf Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EQiP	European Society for Quality and Safety in Family Practice
EUROPEP	European Patients Evaluate General/Family Practice
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HYBS	Hastane Yönetim Bilgi Sistemi
IMF	Uluslararası Para Fonu
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
İTÜ	İstanbul Teknik Üniversitesi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MR	Menstrüel Regülasyon
ODTÜ	Orta Doğu Teknik Üniversitesi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RIA	Rahim İçi Araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	Türk Tabipler Birliği
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜFE	Tüketici Fiyatları Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
VSD	Verem Savaş Dispanseri
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians



## GİRİŞ

Ülkemizde sağlık reform çalışmaları 1980'li yılların başında dünyadaki birçok ülke ile birlikte başlamış ve günümüze kadar geçen süreçte sağlıkta reform çalışmaları değişen hükümetlerle sürekli gündemde olmuştur.

Sosyal Güvenlik alanında kapsamlı bir reform çalışmasına 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla başlanmıştır. Bu program kapsamında 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlayan birinci basamak sağlık hizmetlerinin birey/aile odaklı olarak verilmesini esas alan aile hekimliği (AH) modeli Aralık 2010 itibariyle tüm Türkiye'de, yani 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. 2023 yılı itibariyle ideal koşullarda uygulanabilen bir model haline getirilmesi öngörülmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı; sosyal güvenlik reformu sürecinde Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte aile hekimliği uygulamasına geçişin reformun temel unsuru olduğunun ve öneminin ortaya konmasıdır. Bu amaç doğrultusunda reformun gelişimi, özellikleri ve aile hekimliği uygulamasına geçmiş olan illerden Kilis'te uygulama süreci, karşılaşılan sorunlar ve çözüme dair neler yapılabileceği hususları ele alınmaktadır.

Çalışma, Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliğinin koruyucu hekimlikteki önemi ve reformun Genel Sağlık Sigortası ayağında Aile Hekimliğinde gelinen nokta ve bu bağlamda Kilis ili örneği ile sınırlandırılmıştır.

Çalışmada tanımlayıcı ve açıklayıcı bir yöntem kullanılmaktadır. Çalışma genel olarak literatür taraması ile yürütülmüştür. Çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği konusundaki literatür taranmış, bu alanda yazılmış kitap, makale ve sunumlar incelenmiş ve konuyla ilgili elektronik kaynaklardan yararlanılmıştır. Dünyada ve ülkemizdeki uygulamalar literatür çerçevesinde analiz edilmektedir.

Çalışma; giriş, üç bölüm ve sonuçtan oluşmaktadır:

Çalışmanın birinci bölümünde; sosyal güvenlik kavramı, sosyal güvenlik sistemleri ve ülkemiz sosyal güvenlik sistemi ele alınmaktadır. Bu bölümde; reform sürecinde Sağlıkta Dönüşüm Programı, Tek Çatı uygulaması ve öncesi Sosyal Güvenlik Kuruluşları üzerinde durulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programına ülkemizi götüren sürece değinilmiş, programın hedefleri ve işleyişine dönük çeşitli görüşlere yer verilerek olumlu ve olumsuz yönleri üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda Genel Sağlık Sigortası kapsamında getirilen değişiklikler belirtilip Genel Sağlık Sigortasının kapsamı, hizmetler ve yararlanma şartları üzerinde durulmuştur.

İkinci Bölümde; Aile Hekimliği ve Koruyucu Hekimlik kavramları, ülkemizde Aile Hekimliğinin gelişimi, pilot uygulama, uygulamaya geçiş nedenleri, Aile Hekiminin ve Aile Sağlığı elemanlarının görev ve sorumlulukları ele alınmıştır. Bu bağlamda geçiş sürecindeki olası problemler ve çözüm önerilerine değinilmiştir. Ayrıca Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası ilişkisi açıklanmaya çalışılmış, sağlık sistemini ne şekilde etkiledikleri ve getirilen değişiklikler örneklendirilmiştir.

Üçüncü bölümde; Aile Hekimliği uygulamasında Kilis ili örneği ele alınarak sosyodemografik özelliklerin yer aldığı 9 soru ve EUROPEP ölçeğine dayalı oluşturulmuş 25 sorunun yer aldığı iki bölümden oluşan anket uygulanmıştır. Ankette kişilerin bir soruya karşı olumlu veya olumsuz tutumlarını ölçen çok kötünden çok iyiye kadar derecelendirilmiş beşli Likert Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma kesitsel tipte, analitik özellikleri olan bir araştırmadır. Ayrıca karşılaştırma yapmak amacıyla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu olan Aile Hekimliğine başvuru yapmadan doğrudan İkinci Basamakta yer alan Kilis Devlet Hastanesi'ne başvurmuş olan 80 kişiye aynı anket uygulanmış ve bu kişilere ayrıca neden Aile Hekimine başvurmayıp doğrudan ikinci basamağa başvurdukları sorulmuştur. Birinci ve İkinci Basamağa başvuranların memnuniyet düzeyleri, frekans ve ortalamaları belirlenerek karşılaştırma yapılmıştır. Kilis'teki sağlık örgütlenmesi içerisinde Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına değinilmiş ardından Aile Hekimliği uygulamasının getirdikleri, uygulama süreci ve uygulamada karşılaşılan sorunlar alan araştırmasından elde edilen bulgular ışığında değerlendirilmiştir.

Sonuç bölümünde ise Aile Hekimliği uygulamasının Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Genel Sağlık Sigortası ile getirmiş olduğu yenilikler ve uygulamadaki sorunlara değinilmiştir. Kilis İlinde yapılan alan araştırması ışığında Aile Hekimliği modelinin uygulamadaki eksik yönleri tespit edilmeye çalışılmış, dikkat edilmesi gereken hususlar bağlamında çözüm önerilerine yer verilmiştir. Aile Hekimliğinin ülkemiz sağlık yapılanmasına ve sağlık düzeyine yapabileceği olumlu katkılardan bahsedilerek sistemin tam anlamıyla işler hale getirilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın uygulamanın gereklerini kararlı bir şekilde yerine getirmesi gerektiğinden bahsedilmiş olup topluma bunun iyi bir şekilde anlatılmasından ve uygulamanın adaletli bir şekilde işletilmesi gereğinden bahsedilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SOSYAL GÜVENLİK, SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

#### 1.1. SOSYAL GÜVENLİK

##### 1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı

Sosyal güvenlik terimi ilk olarak, dünyadaki 1929 yılındaki büyük ekonomik buhrandan sonra Amerikan halkına gelir güvencesi sağlamayı amaçlayan Amerika Birleşik Devletleri başkanı Roosevelt tarafından, refah devleti kurma yolunda başlattığı yeni düzen politikasının bir parçasını oluşturan 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Kanunu'nda (Social Security Act) yer almıştır (Korkusuz ve Uğur, 2009: 4). Daha sonra bu terim bütün dünyada ve literatürde kabul görmüştür.

Evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olarak tüm toplumlara damgasını vuran güvenlik, özde bireyin karşılaştığı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence anlayışının ürünüdür. Tehlikeyle karşılaşan ve yoksulluğa düşen bireye, asgari bir güvence sağlamak, sosyal güvenliğin varoluş amacıdır.

Sosyal güvenlik, temel olarak kişilerin istek ve iradeleri dışında meydana gelen ve onların malvarlığında, gelirlerinde ve/veya çalışma gücünde kayıplara yol açarak kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin yaşamlarının devamını güçleştiren ya da imkânsız hale getiren tehlikelerin zararlarını telafi ve tazmin etmeye yönelik önlemlerden oluşur (TÜSİAD, 1997).

Uluslararası düzeyde, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (madde 22), Avrupa Sosyal Şartı (madde 12) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sözleşmesinde sosyal güvenliğin teorik temelleri hazırlanmıştır. Bu belgelerde, sosyal güvenliğin temel bir insan hakkı olduğu, devletin de bu hakkın gereklerini yerine getirmekle görevli olduğu vurgulanmıştır. Sosyal güvenliğin asgari norm ve standartlarının çerçevesi ILO'nun

1952 tarih ve 102 sayılı sözleşmesinde belirlenmiştir. ILO sözleşmesinde, sosyal güvenlik kapsamına alınması gereken 9 ayrı sosyal ve ekonomik risk sıralanmaktadır. Bu risklere karşılık gelen sigorta kolları ise yaşlılık, malullük, ölüm, iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık, analık, işsizlik ve aile yardımlarıdır (ILO, 2006: 5).

Sosyal güvenlik, sosyal politikanın önemli bir aracıdır ve toplumsal risklere karşı toplumsal bir koruma mekanizması olarak düşünülebilir. Devletler, 1930 – 1940’lı yıllardan itibaren çalışanları, sosyal sigortalar yardımıyla, nüfusun geri kalan kesimlerini ise sosyal yardımlarla sosyal güvenlik sistemi içerisine çekmiştir (Gül, 2006: 147).

1970’lere gelindiğinde, kâr oranlarında İkinci Dünya Savaşı öncesi döneme benzer bir düşüşün baş gösterdiği ve kapitalizmin birikim olanaklarının tıkanmaya başladığı görülmektedir. Bunun sonucu olarak kapitalizmin bu yeni krizinden çıkışını sağlamak için, İkinci Dünya Savaşı sonrasında itibaren uygulanmakta olan refah politikalarının terk edilmesi öngörülmüştür. Özellikle 1980 sonrasında, yine merkez ülkelerden başlayarak kapitalist devletin sosyal politikalarında, dolayısıyla sosyal güvenlikte nicel ve nitel gerilemeler yaşanmaya başlanmıştır.

Dünya genelinde olduğu gibi, 1980 sonrası süreçte Türkiye’de de sosyal güvenlik sisteminde sorunlar yaşanmaya başlanmıştır. Bu sorunların bir kısmı demografik faktörlerden kaynaklanmakta iken, bir kısmı ise finansman yapısının özelliklerinin sonucudur. Sosyal güvenliğin finansmanında ortaya çıkan sorunlar, Türkiye’de de bu alanda bir dönüşüm yaşanmasının gerekçesini oluşturmuştur.

Geniş anlamda ele alındığında sosyal güvenlik; bireylere gelir güvencesi ve tıbbi yardım sağlama amacı güden kurumlar, ölçütler, haklar ve yükümlülükler bütünü olarak tanımlanabilir (ILO, 2006: 5). Dar anlamda ise bireylerin hastalık, yaşlılık, işsizlik ve analık gibi bir takım risklere karşı korunması anlamındadır. Bu mekanizmalardan toplumdaki tüm sınıfların yararlanması mümkün iken, aynen sosyal politikada olduğu gibi sosyal güvenlik de temelde işçi sınıfının sorunlarına yönelik bir yapı olarak görülmektedir (Talas, 1983: 323).

Sosyal güvenlik kapsamında sosyal sigortalar ve sosyal yardımlar yer almaktadır ve bu iki aracın da amacı, piyasa mekanizması sonucunda oluşan gelirin toplumda yeniden dağıtımının sağlanmasıdır. Sosyal yardımlar vergilerle, sosyal sigortalar ise



katılımlarla finanse edilmektedir. Diğer yandan sosyal güvenlik kavramı Avrupa’da ve Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) farklı mekanizmaları tarif etmek için kullanılmaktadır. Örneğin Almanya’da sosyal güvenlik tanımına sosyal sigorta, sosyal tüketim ve sosyal destekler girmektedir. Fransa’da hastalık ve emeklilik sigortaları ile yaşlıların korunması hizmetleri sosyal güvenlik olarak adlandırılmaktadır. ABD’de ise sosyal güvenlik, sadece emeklilik sigortası anlamında kullanılmaktadır. Yine ABD’de sosyal sigorta kavramının, Avrupa’daki sosyal güvenlik kavramının yerini aldığı görülmektedir (Talas, 1983: 328–331).

Öte yandan, sosyal güvenlik kavramının ele alınışında iktisat literatüründe de farklı yaklaşımlar söz konusudur. “Etkinlik teorileri” adını alan bir grup teori, sosyal güvenliği piyasa başarısızlıklarına karşı geliştirilen bir mekanizma olarak ele almakta ve dolayısıyla sosyal güvenliğin “etkinlik sağlayıcı” bir mekanizma olduğu sonucuna varmaktadır. “Politik teoriler” ise, politik iktisadın araçlarını kullanarak sosyal güvenliğin toplumsal gruplar arasındaki bir politik mücadelenin sonucu olduğunu ve bu sonucun da her zaman bir “etkinsizlik” doğuracağını öne sürmektedir. Politik iktisat teorilerinin ulaştıkları en önemli sonuç, doğası gereği etkinsizlik doğuran sosyal güvenlik mekanizmasında “etkinlik arttırıcı” bir takım reformların yapılmasının mümkün ve gerekli olduğudur (Stanko, 2004: 19).

Etkinlik teorilerinde, piyasa başarısızlıklarının sosyal güvenlik mekanizması aracılığı ile giderilmesi, çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Örneğin, piyasa mekanizmasının yaşlı yoksulluğunu gidermede etkinsiz olması nedeniyle, kamusal sosyal güvenlik sistemleri ortaya çıkmıştır. Diğer bir açıklamaya göre, beşeri sermayenin yaşla beraber azaldığı varsayımından yola çıkılarak, yaşlıların toplumdaki ortalama beşeri sermaye düzeyini düşürdüğü ve emekli edilmeleri durumunda bu düzeyin tekrar yükseleceği öne sürülmektedir. Burada da sosyal güvenlik mekanizmasının oluşturulması sonucunda etkinlik artışı gerçekleşmektedir. Etkinlik teorilerinde ayrıca sosyal güvenlik mekanizmasının “gençlerin savurganlığını” engelleyerek, “yaşlıların önceki dönemlerde gençlere yaptıkları beşeri sermaye yatırımının getirisini yine yaşlılara sunarak” ya da bunalım dönemlerinde “toplam tasarrufları azaltıp, tüketimi arttırarak” etkinliğin sağlanmasında rol oynadığı ileri sürülmektedir. Sonuçta sosyal güvenlik mekanizmaları ne şekilde ortaya konulursa konulsun, piyasa aksaklıklarından kaynaklanan etkinsizlikleri gidermeyi

amaçlamaktadır.

Politik iktisat literatüründe ise sosyal güvenlik, çoğunluk oylaması modeli, veto gücü modeli ve baskı grubu modeli olmak üzere üç farklı biçimde ele alınmaktadır.

Çoğunluk oylaması modeline göre toplumda yaşlılar, ödülü emekli aylığı olan bir politik mücadelenin kazanan tarafıdır. Bireyler modelde sosyal güvenlik prim oranları hakkında oy kullanırlar. Oylama sonucunda çoğunluğun istediği prim oranı geçerli olacaktır. Seçmenin yaşı emeklilik yaşına ne kadar yakınsa, emeklilik ona o kadar çekici gelecektir (Mulligan ve Sala-i-Martin, 1999: 26).

Veto gücü modelinde sosyal güvenlik, yaşlı nüfusun toplumda kendi durumunu kötüleştirebilecek düzenlemeleri engelleyebilecek bir grup olduğu varsayımından hareketle açıklanmaktadır. Buna göre yasama eylemi, kuşaklar arasında bir anlaşmadır ve yaşlılar da kendi çıkarlarına uygun olmayan düzenlemeleri veto edebilirler. Yine varsayımına göre, yasama faaliyeti, yaşlılar ve gençlerden oluşan iki grubun da uygun bulması sonucunda gerçekleşebilmektedir. Dolayısıyla, ittifak koşulu bulunmaktadır. Sonuçta gençler, kendilerinden yaşlılara yapılacak bir transferi, Pareto iyileştirici bulacaklardır. Bunun nedeni, yaşlıların tüketiminin marjinal faydasının gençlerinkinden fazla olmasıdır. Sonuç olarak bu transferi sağlayacak yasal düzenlemeler ortaya çıkmış olacaktır (Mulligan ve Sala-i-Martin, 1999: 26).

Baskı grubu modeli yaşlıların politik karar alma süreçlerinde ne şekilde yer aldıkları analiz edilmektedir. Baskı grubu modeli iki şekilde ele alınabilmektedir; 1- etki fonksiyonu modeli, 2- destek fonksiyonu modeli. İlkinde yaşlılardan oluşan grubun faaliyetlerini modelleyen bir “etki fonksiyonu” bulunmaktadır. Bu fonksiyonda etkinin ya bireylerin politik faaliyetlerde harcadıkları zamanla, ya politik faaliyetlerde harcadıkları kaynaklarla ya da etkiyi oluşturan grubun hacmi ile doğru orantılı olarak artacağı ileri sürülmektedir. Destek fonksiyonu modelinde ise “politik destek fonksiyonunu” maksimize etmeye çalışan bir hükümet bulunmaktadır. Bu fonksiyon, yaşayan kuşakların fayda fonksiyonlarının toplamından oluşmaktadır. Bunun yanında lobicilik faaliyetleri de önemlidir. Sonuçta grubun başarısını ekonomik faktörlerle açıklayan etki fonksiyonu modellerinden farklı olarak destek fonksiyonu modelleri, “politik sürece” odaklanmaktadır (Mulligan ve Sala-i-Martin, 1999: 26).

Politik iktisadi analizler ve etkinlik teorileri, bir bütün halinde ele alındıklarında

sosyal güvenlik olgusunun farklı noktalarına ilişkin bazı açılımlar geliştirseler de, tek başlarına ele alındıklarında kapitalist ekonomilerde kamusal, geliri yeniden dağıtıcı ve zorlayıcı sosyal güvenlik sistemlerinin varlığını açıklayamamaktadırlar. Üstelik aynı teoriler, aşağıda açıklandığı gibi, sosyal güvenlik alanında 1980 sonrasında yaşanan derin dönüşümü açıklama gücünden de uzaktırlar. Bu anlamda, sosyal güvenlik kavramının tarihsel bağlamı içerisinde ele alınması gerekmektedir.

Sosyal güvenliğe 19. yy sonlarında ortaya çıkmış ve temel ekseninde işçi sınıfı olan bir toplumsal koruma sistemi olarak bakmak daha doğru olacaktır. Bu anlamda sosyal güvenliği oluşturan başlıca iki etkenden söz edilebilir; bunların ilki işçi sınıfının baskısı ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyalizmin kapitalist ülkeler açısından bir “tehdit” olarak ortaya çıkmasıdır. İkinci etken ise, Keynesyen talep yönetimi politikalarının sosyal güvenlik gibi araçlara ihtiyaç duymasıdır.

Dünyadaki ülkelerin tamamına yakınında sosyal güvenlik sistemleri bulunmaktadır. Nüfusun yaşlı kesimlerine yönelik harcamalar gelişmiş ülkelerde kamu bütçelerinde önemli bir yer tutmaktadır. ABD’de bu oranın Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH)’nın %10’u, İtalya’da %13’ü ve İsveç’te ise %16’sı dolayındadır. Eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)’nde ise 1960–1990 döneminde batılı örneklere benzer bir sosyal güvenlik sisteminin uygulandığı bilinmektedir (Mulligan ve Sala-i-Martin, 1999: 10–12).

Ülkemiz sosyal güvenlik sigortasının temel hedefi, anayasada öngörülen sosyal devlet ve sosyal adalet ilkesine uygun olarak toplumsal gelişme ve ekonomik büyümenin birlikte ve dengeli olarak yürütülmesidir.

### **1.1.2. Sosyal Güvenlik Sistemleri**

Sosyal refah devleti, devletin birey ve ailelerinin kişisel niteliklerini geliştirecekleri özellikteki, kişisel fayda yaratan kamu hizmetlerini üretmek için kamu hizmeti sunan ve buna kaynak ayırıp kamu harcaması yapan devlettir. Bu tanımın, devleti sadece tam kamusal mal ve hizmet üreten ve sunan değil sosyal nitelikteki mal ve hizmetleri de üreten devlet olarak kabul ettiği görülmektedir. Bir başka ve daha kabul görmüş tanıma göre ise refah devleti; birey ve ailelere, sahip oldukları niteliklerinin piyasa değerine bakmaksızın, minimum bir geliri temin eden, birey ve ailelerin belli

sosyal riskleri karşılamalarını kolaylaştıracak tedbirlerle (hastalık, yaşlılık ve işsizlik sigortaları gibi hizmetleri temin ederek), güvensizliğin hacmini daraltan, bütün vatandaşlara, sınıf veya statü ayrımı yapmaksızın belli kararlaştırılmış sosyal hizmetleri en iyi standartlarda sunan devlet olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda refah devletinin üç fonksiyonundan bahsedilmektedir: asgari bir geliri sağlamak, sosyal güvenliği sağlamak ve sosyal hizmetleri sunmak (Yılmaz, 2006: 7).

Sosyal politika, dar anlamı ile kapitalizm ve sanayileşmenin ortaya çıkışı ile birlikte yaşanan sosyal değişimlerin en çok zarar verdiği çalışan kesimin korunması amacıyla ortaya çıkan, devlet tarafından çıkarılan kanun ve gerçekleştirilen uygulamalarla işçi-işveren arasındaki ilişkileri düzenleyen, çalışan kesime belli güvenceler sunan bir çerçevede ele alınırken, birçok sosyal bilimci sosyal politikanın geniş tanımını kabul etmektedir. Buna göre, sosyal politika, sosyal güvenliğin yanı sıra, sağlık hizmetleri, kişisel sosyal hizmetler (çocuk, genç, yaşlı, engelli) ile eğitim, istihdam ve barınmayı da içermektedir. Başka bir deyişle devletin toplumun her kesimini korumaya yönelik özel ve/veya genel sosyal etkinliklerinin bütünüdür. Bu anlayış sosyal güvenlik, sosyal hekimlik, sosyal hizmetler ve sosyal yardımların parçalarını oluşturduğu, amacının sosyal bunalımların önlenmesi olarak belirlendiği iç içe geçmiş haklar çemberi olarak düşünülebilecek bir sosyal politika anlayışına denk düşmektedir. Bu bağlamda, sosyal politika aynı zamanda sosyal devlet oluşumunu da beraberinde getirir (Çelik, 2004: 72–82; Fişek, 2007: 333–350).

Sosyal devlet ve sosyal politika kavramlarına dâhil edilen diğer kavramlar içinde en tartışmalı alan ise sosyal yardım ve hizmetler alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni sosyal yardımın modern öncesi dönemde de toplumsal bir rolünün olmasından ve kökenlerinin daha eskiye uzanmasından kaynaklanmaktadır. Geleneksel dini ve hayır kurumlarının yoksulluğa karşı en muhtaç durumdaki kişileri modern zamanlardan önce de koruması ve işçi-işveren ilişkilerinin, sigorta sisteminin düzenlenmesinden önce de, yoksulluğun 15. yy'dan itibaren Avrupa'da kentlere yönelik yoğun göçün sonucunda devletlerin en büyük sorunlarından olması, yoksulluğu önleme amaçlı yardım yasaları çıkarmaları bu alanı hem sosyal politika içinde hem de ondan farklı özgün bir yere oturtmaktadır. Dolayısıyla, sosyal yardımın sosyal politika içindeki yerinin nerede olduğu (sosyal güvenliğin bir aracı mı, sosyal hizmetlerin uygulama alanı mı yoksa yoksullukla mücadelede bir yöntem mi vb.) sosyal bilimciler tarafından

tartışma konusudur. İşçi-işveren ilişkilerini düzenleyen kurallar ve formel sektörde çalışanların sosyal güvenlik hakları sosyal politikanın asli bir parçasını oluştururken, yoksullukla mücadele ve sosyal yardımların sosyal politika içindeki yeri Batı ülkelerinde hala sorunludur ve tam anlamıyla çözüme kavuşturulamamıştır (Buğra, 2006: 43).

Sosyal güvenlik harcamalarının toplam yurtiçi hâsıla içindeki payı itibariyle gelişmiş ülkeler arasında önemli farklılıklar görülmemesine karşın, sosyal güvenlik sistemleri finansman ve idari düzenlemeler açısından farklılıklar göstermektedir. Dünya genelinde temel olarak üç farklı sosyal güvenlik modelinden söz edilebilir. İlk sistem, hem kuşaklar arasında hem de aynı kuşak içindeki farklı yaş grupları arasında reel gelirin yeniden dağıtılması esasına göre işlediği için dağıtım sistemi (pay-as-you-go) olarak adlandırılır. Dağıtım sistemlerinde, genel olarak tanımlanmış fayda (defined benefit) esasına göre hak sahiplerine ödeme yapılır. Bu tür sistemlerde çoğu zaman ödemelerle sosyal güvenlik olanaklarından yararlananların katkıları arasında kesin bir bağlantı yoktur (Eich, 2010: 2–6).

### **1.1.2.1. Türk Sosyal Güvenlik Sistemi**

Türk sosyal güvenlik sisteminin bugün içinde bulunduğu ileri sürülen krizin nedenlerini ve boyutlarını daha iyi anlayabilmek için, sistemin tarihi gelişme seyrini ve bu seyir içinde genel görünümünü belirleyen faktörleri ve gelişme özelliklerini irdelemek faydalı olacaktır.

Günümüz sosyal güvenlik sistemleri, ağırlıklı olarak sanayi toplumunun ihtiyaçlarını karşılamak üzere 19. yüzyılın son çeyreği ile 20. yüzyılın ilk yarısında geliştirilen sosyal güvenlik tedbirlerinden ve bu tedbirlere uygun kurumsal yapılardan oluşmaktadır. Bu sistemin ağırlıklı kurumlarını, sistemden faydalananların prim ödeyerek finansmanına katıldıkları, primli rejimler olarak da adlandırılan sosyal sigorta kurumları oluşturmakta, bu kurumların koruma kapsamı bakımından bıraktığı boşluklar da vergi gelirleri ile finanse edilen “kamu sosyal güvenlik harcamaları” ile doldurulmaktadır. Bu ikili yapıda, önce sosyal sigorta kurumları, daha sonra özellikle iktisadi gelişme seviyesinin yükselmesinin sağladığı imkânlarla kamu sosyal güvenlik harcamaları ile sağlanan koruma garantisinin kapsamı gelişmiştir (Yazgan, 1969: 27–29).



Türk sosyal güvenlik sisteminin kurumsal yapısının gelişme seyri, sanayileşmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin gelişme seyrine paralel bir gelişme göstermiştir. Nitekim modern sosyal güvenlik kurumları olarak adlandırılabilir ilk kurumlar, Tanzimat sonrası dönemde sosyal güvenlik kapsamına en kolay alınabilen kamu kesim çalışanları için oluşturulmuş, 1886 yılında “Askeri Tekaüt Sandığı” ve 1881 yılında “Sivil Memurlar Emekli Sandığı” kurulmuştur (Gönencan, 1985: 5–6). Bu kurumları, genel olarak çalışma koşullarını düzenlemeyi amaçlayan, ancak sosyal güvenlikle ilgili hükümler de ihtiva eden maden işçileri için çıkarılan 1865 tarihli “Dilaver Paşa Nizamnamesi” ve 1869 tarihli “Maadin Nizamnamesi” takip etmiştir. Türk sosyal sisteminin bugünkü kurumsal yapısının genel çizgileri Cumhuriyet döneminde şekillenmiştir.

Türk sisteminin tarihi gelişim seyri içinde en önemli kilometre taşını, Sosyal Sigortalar Kurumunun kurulması oluşturmuştur. Öte yandan, kamu kesiminde çalışan memurlara yönelik sosyal güvenlik düzenlemelerindeki dağınıklık ve çok başlılık da 01 Ocak 1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı “Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu” ile giderilmiştir. Bu iki sosyal sigortalar kurumunun kurulması ile sanayi ve hizmetler kesiminde hem kamu, hem de özel sektörde bağımlı olarak çalışan işçi ve memurların sosyal güvenlikleri ile ilgili kurumsal düzenlemeler tamamlanmıştır.

1940’lı yılların ortalarından itibaren çalışan kesime yönelik olarak yürürlüğe konmaya başlanan sosyal güvenlik kurumları ile yurttaşların sosyal sigorta ile korunması uygulaması, sosyal yardım ve hizmetler için ancak 1950’li yılların ortalarından itibaren başlamıştır. Bu bağlamda, 1954 yılında bir Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulması çalışmaları başlamış ve bir kanun taslağı hazırlanmış, ancak kurulması 1959 yılında gerçekleşmiştir. 1963 yılında kurulan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü ile sosyal yardım ve hizmetler, sosyal hekimlik uygulamasıyla bütünleşik olarak sunulmaya başlanmıştır. Bu sırada 1961 Anayasası’nda “sosyal devlet” ilkesi yer almış ve devlete belirli sosyal hak ve ödevler yüklemiştir (Buğra, 2006: 43–55).

1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. “Kanuna göre birinci basamak sağlık hizmeti verecek sağlık ocaklarının nüfusu 5.000–10.000 kişi ile sınırlandırılmıştır. Sosyalleştirme sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yurdun her yerine ve

tüm vatandaşlara eşit şekilde ulaştırılması olarak değerlendirilebilir. Sosyalleştirilen bölgelerde çalışanların serbest meslek icra edemeyecekleri hüküm altına alınmıştır. Etkili sevk zinciri kurulmaya çalışılmıştır. Ayrıca gerekli personel şartını taşımayan ve alt yapısı olmayan yerlerde sosyalleştirme planı yapılamayacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca bu kanunla sözleşmeli personel çalıştırılması da öngörülmüştür. Kanun çıktıktan sonra on beş yıl içinde bu kanunun tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı öngörülmüştür (Üner, 1961: 109–118). Ancak 1983 yılında yapılan değişiklikle sosyalleştirmenin bütün yurt sathına yayılması için öngörülen süre 1992 yılına kadar uzatılmıştır (TTB, 2001: 43).

Kendi adına bağımsız çalışanlar, bütün Dünya’da çalışma koşulları ve statüleri dolayısıyla primli sosyal güvenlik kurumlarının kapsamına en son alınan gruplar arasında yer almaktadır. Ülkemizde de benzer bir gelişme görülmüş ve bağımsız çalışanlara yönelik bir sosyal sigorta kurumunun oluşturulması, diğer sosyal sigorta kurumlarından 20 yıl sonra, ancak 1970’li yılların başında mümkün olabilmıştır. 1972 yılında yürürlüğe giren 1479 sayılı “Esnaf ve Sanatkârlar ve diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu-BAĞ-KUR” ile sanayi ve hizmetler kesiminde bağımsız olarak çalışanlar kapsama alınmıştır. Başlangıçta oluşturulan yaşlılık, malullük ve ölüm sigorta kollarına 1985 yılında sağlık sigortası da ilave edilmiştir. 1970’li yılların başına gelene kadar Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR’dan oluşan üçlü sigorta sisteminin yanında sosyal yardım ve hizmetler, herhangi bir hukuki düzenlemeden yoksun bir şekilde, belli gruplara (yaşlı, çocuk, muhtaç vb.) belli oranlarda destek programları ile finanse edilmeye çalışılmıştır (Fişek, 2007: 333–350).

Sosyal sigorta kurumlarının yanı sıra, sistemin diğer parçasını oluşturan kamu sosyal güvenlik harcamaları bakımından da ülkemizde gelişmiş ülkelerdekine benzer bir gelişme seyri görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde kamu sosyal güvenlik harcamaları vasıtasıyla sağlanan sosyal güvenlik garantisinin kapsamının genişlemesi, sosyal sigorta kurumlarının oluşturulması tamamlandıktan sonra, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde ortaya çıkan özel koşullarda, refah devleti anlayışının benimsenmesi ve hızlı iktisadi gelişmenin sağladığı imkânlarla mümkün olabilmıştır (Gümüş, 2007).

1975–1992 yılları arasında ise, sosyal güvenlik sistemi üçlü kurumsal düzenleme ile evrensellikten uzak bir şekilde yürütülürken, sosyal yardım ve hizmetlerde yaşlı ve engellilere yönelik düzenlemeler başta olmak üzere, dört önemli düzenleme yürürlüğe

girmiştir. 1976 yılında yaşlı ve engellilere yönelik ulusal düzeyde bir nakit yardımı desteğini içeren 2022 sayılı “65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun” sosyal yardımın ulusal olarak hukuken düzenlenmesinde önemli bir adım olmuştur. Bu yasa 1983 yılında özellikle kimsesiz çocukların bakımı üzerine çalışma yürütmek için tüm ülkede örgütlenecek olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun kurulması izlemiştir. “Fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde her ne suretle olursa olsun Türkiye’ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler alarak gelir dağılımının adilane bir şekilde tevzi edilmesini sağlamak ve sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmek” amacı ile tüm ülkeye yayılacak bir destek fonu olan ve 1986 yılında yürürlüğe giren Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Kanunu sosyal yardım alanında bir diğer önemli gelişme olmuştur. Son olarak 1992 tarihinde “Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin Yeşil Kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun” yürürlüğe girmiştir. Kanun, “ödeme gücü olmayan vatandaş” kavramını, “hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan”lar şeklinde tanımlamış; böylece yoksulluk kavramına belli bir tanım çerçevesi oluşturmuştur (Buğra, 2006: 50–67).

AB’nin sosyal politikasının kilit kavramlarından olan “Sosyal diyalog-sosyal uzlaşma” ise, Türk sosyal politika sisteminde de son yıllarda en çok sözü edilen kavramlar arasına katılmıştır. 1995 yılında bir Hükümet genelgesi ile oluşturulan, daha sonra bir yasa ile faaliyetleri düzenlenen Ekonomik ve Sosyal Konsey’in varlık kazanması, hem uzlaşma kültürünün gelişmesine katkıda bulunma potansiyeli, hem de bizatihi bunun önemli bir kurumsal aracını oluşturması itibariyle umut verici olmuştur (Makal, 2007: 536).

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, 1990’lı yıllarda ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmış ve mali kriz içine girmiştir. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının yıllık gelirleri giderlerini karşılayamamakta ve açıklar her geçen yıl katlanarak artmaktadır. Günümüzde gelinen nokta, sosyal güvenlik kuruluşlarının devlet yardımı olmadan ayakta durabilmelerinin imkânsız hale gelmiş olmasıdır. Sosyal güvenlik sistemimizi

krize sürükleyen en önemli neden, temel sigortacılık kurallarından uzaklaşarak, sistemin politik müdahalelere maruz bırakılması ve bunun sonucunda aktüeryal dengelerin bozulmasıdır.

Türkiye’de sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynaklar 2002 yılında Gayri Safi Milli Hasıla’nın (GSMH) %4,10’u seviyesindedir ve 2007 yılında %4,51 seviyelerine çıkmıştır (T.C. Maliye Bakanlığı). 8. Beş yıllık kalkınma planında (2001–2005) sigorta hizmetleri, gelir-gider dengesi içinde kurumların aktüeryal yapılarını bozmadan kendi finansman kaynaklarından karşılanacak ve prim karşılığı olmayan ek yükümlülükler getirilmeyeceği öngörülmüştür. Türkiye’de 2005 yılı toplam sağlık harcamaları, GSMH’nin yüzde 7,6’sını oluşturmaktadır. Ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması 150 dolar seviyesinde kalmasına karşın Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmanın ortaya koyduğu rakamlara göre Amerika Birleşik Devletleri’nde kişi başına düşen sağlık harcaması ise 4.500 dolar seviyelerine yükselmiştir (İstanbul Tabip Odası, 2005). Bu veriler dikkate alındığında gerek birey, gerekse toplum düzeyinde sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç; sağlanan sosyal güvenlik garantisinin de yetersizliğini beraberinde getirecek böylece bağlanan aylıkların seviyesinin ve sağlanan hizmetlerin standardının düşük olmasına yol açacaktır. Türkiye’nin sosyal güvenlik için ayıracağı kaynakların artışı iktisadi gelişme seviyesine bağlı olarak gerçekleşebilecektir. Burada ABD gibi ülkelerin kişi başına düşen GSMH’lerinin bizden yüksek olması ve dolayısıyla GSMH’den sağlığa kişi başına yapılan harcamalarında bizden yüksek çıkması sonucunu doğurduğunu göz ardı etmemek gerekir.

Sistemin açıkları, kamu açıklarının önemli bir nedenini oluşturur hale gelmiştir. Dolayısıyla, sosyal güvenlik sisteminin reformu, ekonomide istikrar sağlayacak yapısal reformların önemli bir parçasıdır. Sosyal Güvenlik Reform süreci, öncesi uygulamalar ve Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte Genel Sağlık Sigortası konuları çalışmamızda detaylı olarak ele alınacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli unsuru olan Aile Hekimliği modeline ve uygulama sürecine ise çalışmamızın ikinci bölümünde değinilecektir.

## 1.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Ülkemizde sağlık reform çalışmaları 1980'li yılların başında dünyadaki birçok ülke ile birlikte başlamış ve günümüze kadar geçen süreçte sağlıkta reform çalışmaları değişen hükümetlerle sürekli gündemde olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programına (SDP) değinmeden önce ülkemizde sağlık alanındaki reform çabalarına değinip dünyadaki durumdan da bahsetmek konuyu daha iyi kavramamız açısından doğru olacaktır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformları sağlık alanındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı ve herkese eşit ulaşılabilir nitelikli sağlık hizmetini hedeflemektedir. Ancak günümüzde sağlık sektörü için öngörülen reformların eşitsizlikleri azaltmaktan ziyade arttırdıkları çoğu bilim çevrelerince ve otoritelerce belirtilmektedir. Ayrıca bu reformlar, sağlıkla ilgili sorunları çözemedikleri veya çözüme konusunda gerekli yapısal değişimleri yapamadıkları, kamusal sağlık hizmeti harcamalarını yanlış dağıtma riski taşıdıkları ve dolayısıyla sağlık gereksinimlerini karşılamaktan ziyade ekonomik ve siyasal etkenlerden kaynaklanan politikalar oldukları gerekçesiyle ciddi eleştirilere maruz kalmaktadırlar (Ollila vd., 2002: 243-245).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin temel reform programlarının çok azı ülke içinden önerilip geliştirilerek hayata geçirilme imkânına kavuşmuştur. Bu politikalar genellikle Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanan raporlar doğrultusunda tüm dünyada uygulamaya geçirilmiş, karalılıkla ve titizlikle yürütülmüştür (Lee ve Goodman, 2002: 97-119). Söz konusu reformlar ülkemiz için de geçerlidir ve 24 Ocak 1980 kararlarından bu yana uygulamaya konmuş fakat siyasi istikrarsızlıklar ve demokrasideki kesintilerden ötürü 2003 yılına kadar tam anlamıyla gerçekleşme imkânı bulamamıştır. 2003 yılında gündeme gelen "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın (SDP) Dünya Bankası görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu kurumun ülkemiz için hazırlamış olduğu raporlardan da anlaşılacağı üzere çok açıktır. SDP'nin gerek sağlık sistemi sorunlarına gerekse çözüm önerilerine ilişkin önerileri DB'nin iki ciltlik "Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" isimli yayını ile birebir örtüşmektedir. Ayrıca DB ile imzalanan anlaşmalarla "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"ne 2004 yılından bu yana kredi desteği sağlanmaktadır. DB'nin tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de önermiş

olduğu yapısal reformların ülkemizin iç dinamikleriyle ve yapısıyla ne kadar örtüştüğü tartışmalıdır (Dünya Bankası, 2003).

Tüm bu gelişmeler aslında neo-liberal ekonomi politikalarının tüm dünyada benimsetilmesi doğrultusunda sosyal devlet anlayışının tasfiye edilmesini doğurmuştur. Böylece kamunun hizmet sektöründen de çekilerek düzenleyici ve denetleyici pozisyona çekilmesiyle birlikte tüm mal ve hizmetleri liberal ekonomi anlayışının hâkim olduğu serbest piyasa koşullarına terk etmesi ve sermayenin güçlenmesi amaçlanmıştır. Bunun sonucunda ekonominin büyüyeceği böylelikle kalkınmanın ve refahın sağlanacağı savlarıyla politikalar üretilmiş ve acımasızca uygulamaya geçirilmiştir. Ülkemizde sosyal devletin tasfiye edilmesi 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalımın doğurduğu 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu kararlar, IMF'nin dayattığı standart istikrar politikası paketi ile daha çok DB tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir. İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, 1980'li yılların sonuna doğru sağlık politikasını doğrudan etkilemiş, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda sekteye uğratılmış ve kamu her alanda olduğu gibi sağlık alanında da küçülmeyi ve zamanla çekilmeyi tercih etmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2008: 157-192).

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması olmuştur. Devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı bu ödevlerden yoksun düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmiştir. Bu anlayışla, 1990 yılında DB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı (SB)'na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulmasıdır. 1990 yılında uluslararası bir kurum olan Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı için hazırlanan "Sağlık Sektörü Master Planı" başlıklı Beyaz Kâğıt (White Paper) çerçevesinde Dünya Bankası yardımıyla 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilirken, 1991 yılında strateji ve planlama geliştirme kurumunun kurulmasıyla birlikte 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi gerçekleştirilmiştir. Dünya Bankası politikaları doğrultusunda hazırlattırılan raporda, Türkiye'ye dört model önerilmiştir. Bunlardan birincisi, mevcut dağıtım modelinde sistemin yeniden organize edilmesi; ikincisi, Şili'deki model örnek alınarak sistemin tasfiye edilip radikal bir biçimde bireysel emeklilik uygulamasına geçilmesi; üçüncüsü, dağıtım sistemi ve bireysel emeklilik sisteminden oluşan iki ayaklı bir model;

dördüncüsü de dağıtım sistemi ile isteğe bağlı bireysel tasarruf sisteminden oluşan iki ayaklı model olmuştur. Raporda, sosyal sigorta sisteminin mevcut haliyle devam ettirilmesinin mümkün olmadığı belirtilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007: 20). Tüm dünya genelinde yürütülen bu politikalar ışığında sağlık hizmetlerinin ve sosyal güvenliğin özelleştirilmesinin önünün açılması planlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

Bu alanda en önemli gelişme ise 1990'lı yılların başında SB (1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (Sağlık Master Planı) ve Hazine Müsteşarlığı'nın (Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu Raporları) birbirlerinden bağımsız olarak yürüttükleri sağlık reformu belirleme çalışmalarının 1993 yılında SB'nca tek elden yürütülerek Ulusal Sağlık Politikası Belgesi'nin hazırlanması olmuştur. Belge 2000 yılına kadar; merkezi olmayan bir sağlık sistemi kurulacağını; aile hekimliği uygulamasına geçileceğini; hastanelerin özleştirileceğini; sağlık personelinin merkezi olmayan politikalarla istihdam edileceğini; bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını; hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılacağını; kamu kaynaklarında etkinlik ve verimlilik ilkeleri ile hareket edileceğini; hizmetlerin sözleşmeler yoluyla sağlanacağını; genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağını; hizmet alanların maliyetlere katılacağını ve rekabetin yaratılacağını duyurmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1993). Ayrıca 1980'li yıllardan bu yana gündeme gelen bu politika önerilerinin bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarına da yansdığı gözlenmektedir (DPT, 1984; 1989 ve 1995).

Ancak çeşitli nedenlerle hayata geçirilemeyen bu politikalar, bu kez "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı ile 2003 yılında yeniden gündeme gelerek aşamalı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi on bir bileşene sahiptir. Bu bileşenlerin ilk sekizi 2003 yılında ortaya konmuş, diğer üçü ise 2007 yılında eklenmiştir. Bu bileşenler sırasıyla şunlardır (Akdağ, 2008);

- 1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi,
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli,
  - Etkili, kademeli sevk zinciri

◦ İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler

4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,

5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,

7- Ulusal İlaç ile Tıbbi Cihaz Kurumları,

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi,

9- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

10- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,

11- Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Bu bileşenlerden ilk dördü bir yandan DB'nın sağlık sektörü için önerdiği yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile tam olarak örtüşmekte diğer yandan sağlık sisteminde köklü dönüşümleri beraberinde getirmektedir (Güler, 2005: 192-194).

Sağlık güvencesi olmayan nüfusun güvence altına alınmasıyla 1992 yılında yeşil kart uygulamasına geçilmiş ve durumun değerlendirilmesi için 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresi gerçekleştirilmiştir. Geçen zaman içerisinde sağlık sektörünün kapasite durumu değerlendirilmiş ve 1994 yılında bu konunun temel alındığı 2. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir. Bu projenin ardından son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmış sağlık ile ilgili uygulanması düşünülen projeler bu program altında gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Yurdadoğ, 2006: 164). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın üç ana bileşeni vardır. Bunlar; Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumları'nın tek çatı altında toplanması, Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası'dır (Avcı, 2005: 54).

Kasım 2002'de 58. Hükümetin açıkladığı "Acil Eylem Planı" çerçevesinde sosyal güvenlik reformu çalışmalarına başlanılmıştır. Buna bağlı olarak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16 Haziran 2006 tarihli 26200



sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Kanunun 21 maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Mahkemenin iptal kararı 20 Aralık 2006 tarihinde yapılan Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu toplantısında değerlendirilmiş ve karara rağmen reform sürecinin kararlılıkla devamı konusunda görüş birliğine varılmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararı, değişik üniversitelerin öğretim üyelerinin katılımı ile 19–20 Ocak 2007 tarihlerinde yapılan toplantıda değerlendirilmiştir. Anayasa Mahkemesi kararından sonra Sosyal Güvenlik Reformu alanında yapılması düşünülen düzenlemeler 17 Mayıs 2007 tarihinde yayınlanan “Sosyal Güvenlik Reform Önerisi” kitabı ile kamuoyunun ve sosyal tarafların değerlendirilmesine sunulmuştur. Sosyal taraflardan gelen öneri sayısı 179’a ulaşmış ve detaylı olarak değerlendirilen bu önerilerden 110’u tasarıya yansıtılmıştır. Ekonomik ve Sosyal Konsey kapsamında ise toplam 81 öneri gelmiş olup bu önerilerden de 45’i tasarıya yer almıştır. Yürütülen çalışmalar sonucunda 5510 sayılı Kanunda yapılacak değişikliklere ilişkin olarak Kanun Tasarısı oluşturulmuş ve Başbakanlığa sevk edilmiştir. Kanunun yürürlük tarihi en son 5724 sayılı Kanunla 01 Haziran 2008 tarihine ertelenmiştir. En sonunda ise 08 Mayıs 2008 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda birçok değişiklik yapılmıştır. Anayasa Mahkemesince iptal edilen maddeler yeniden düzenlenerek Kanunun yürürlük tarihi de 01 Ekim 2008 olarak belirlenmiştir (İş ve Sosyal Güvenlik Haber Platformu, 2011).

### **1.3. SOSYAL GÜVENLİKTE TEK ÇATI UYGULAMASI**

#### **1.3.1. Uygulama Öncesi Sosyal Güvenlik Kuruluşları**

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Reformu öncesi çok başlı bir sosyal güvenlik örgütlenmesi vardı. Hizmetler üç ayrı Sosyal Güvenlik kuruluşuyla yürütülmeye çalışılmış bu da beraberinde birçok sorunu getirmiştir.

Reform öncesi Emekli Sandığı kamu kuruluşlarında çalışan memurların emeklilik işlemlerini düzenleyen, Maliye Bakanlığı kapsamında kurulmuş bir sistemdi.

Bu sistem sayesinde devlet içinde görev alan tüm çalışanlar sigorta kapsamı altına alınmakta ve devlet dairesinden emekli olduktan sonra da kişiye emekli maaşı ödenmektedir. Emekli Sandığı sayesinde memurlar hastanelerde ücretsiz işlem yapabilmekte, ilaç alımlarında çok düşük ücretler ödemekteydiler. Emekli Sandığı üzerinden alınan bu hizmetler memuriyet döneminde ve emeklilik döneminde geçerlidir.

5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu 08 Haziran 1949 tarihinde kabul edilmiş olup kamu çalışanlarına yönelik bir takım düzenlemeler getirmiştir. Kanunun çıktığı tarihe kadar kamuda çalışanlar için yapılan düzenlemeler hem yetersiz hem de kısmi olmuştur. Bu kanunla birlikte kamuda çalışanların emeklilikteki hakları standardize edilmiş ve tek çatı altında toplanmıştır. Emekli Sandığı kamuda görev yapan askeri ve sivil personelin kurdukları sandıkları birleştirerek; bu personelin tamamının emeklilik ve maluliyet ile kendilerinin ölümü halinde geride kalan dul ve yetimlerin sosyal güvenlik ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kurulmuştur (Emekli Sandığı, 1998).

Emekli Sandığı'nın üzerine aldığı görevler kanunda belirtilmiştir. Bu görevler arasında emekli, adi malullük, vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı bağlamak ve ödemek; kesenek iadesi, toptan iade yapmak; emeklilik ve evlenme ikramiyesi vermek; 2022 sayılı Kanuna göre yaşlı, muhtaç ve sakatlara aylık bağlamak; sağlık yardımı yapmak; ölüm yardımı ödemek; harp malulleri ve vazife malullerine, özel kanunlara göre gerekli yardımlarda bulunmak; emekli, dul ve yetimlerin vergi iadesi işlemlerini yürütmek; harp malulleri ile şehit dul ve yetimlerine tekel payını ödemek; emekli, dul ve yetimler için dinlenme ve bakımevleri tesis etmek ve işletmek bulunmaktadır. Emekli Sandığı iştirakçilerin ücretlerinden sigortalı primi oranı % 15 ve işveren primi oranı % 20 olarak kesinti yapmaktadır (Emekli Sandığı, 1998).

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu 07 Temmuz 1964 tarihinde kabul edilmiş olup bir hizmet akdine dayanarak çalışanları kapsar. Kanun; iş kazaları ile meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlamayı amaçlar. Bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar bu kanuna göre sigortalı sayılırlar. Bu kanunda belirtilen Sosyal Sigorta yardımlarından sigortalılar ile bunların eş ve çocukları ve sigortalıların ölümlerinde bu kanuna göre hak sahibi olan kimseleri yararlanırlar. Reformdan önce Türkiye'nin en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan Sosyal Sigortalar

Kurumu (SSK), T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir sosyal güvenlik kurumudur ve ülke nüfusunun yaklaşık % 50'sine sigorta ve sağlık hizmeti sunmuştur. Kurum, Başkan ve Başkana bağlı birimler ile Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü ve bunların merkez ve taşra teşkilatından oluşmaktadır. Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. SSK 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu'na devir olmuştur (Sosyal Sigortalar Kurumu, 2002).

Reform öncesinde Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar (BAĞ-KUR) daha çok devlet ve özel sektörde çalışma fırsatı olmayan kişilerin ilerleyen dönemlerde emekli olabilmelerini amaçlayan bir sistemdi. Bu sistem kapsamında Emekli Sandığı ve SSK üzerinden prim ödemesi yapılmayan kişilere BAĞ-KUR üzerinden sağlık ve emeklilik hizmeti verilmeye çalışılmakta ve bu kapsamda 15 veya 25 yıllık ödemeler alınmaktadır. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu 02 Eylül 1971 tarihinde kabul edilmiş olup kendi namına çalışan esnaf ve sanatkârları kapsam altına alarak bu alandaki sosyal güvenlik boşluğunu doldurmuştur. Kuruma bağlı sigortalılar hakkında malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde kanunda yazılı şartlarla sosyal sigorta yardımları sağlanır. Kanunla ve Kanunların verdiği yetkiye dayanılarak kurulu sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar sigortalı sayılırlar (BAĞ-KUR, 1995).

### **1.3.2. Tek Çatı Uygulamasının Amacı**

Çıkarılan reform yasası içinde, sosyal sigorta kurumları tek çatı altında toplanmış böylece farklı uygulamaların önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bilindiği gibi reform öncesindeki sosyal güvenlik sistemi üçlü bir (Emekli Sandığı, SSK, BAĞ-KUR) ayrıma tabiiydi. Bu üçlü yapı farklı uygulamaları da beraberinde getirmekteydi. Yeni yasa ile birlikte standart bir sosyal güvenlik sistemi hedeflenmiştir. Sigortalı ve bağımlılarının emeklilik, yaşlılık, hastalık gibi kısa ve uzun vadeli sosyal güvenlik risklerine karşın yapılan düzenlemeleri içermekle birlikte tüm sigorta kollarının tek çatı

altında toplanmasını sağlamıştır.

Sosyal güvenlik reformu dört ana unsurdan oluşmaktadır.

- Birinci unsur; yeni kurumsal yapının oluşturulmasıdır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR tek çatı altında birleştirildi. 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilmiş olup Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kuruluş, teşkilât, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Yasayla dağıntık olan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında ve tüm nüfusu kapsayacak şekilde örgütlenmesine gidilmiştir. Kanun ile Kuruma görev ve yetki veren diğer kanunların hükümlerini uygulamak üzere; kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali açıdan özerk, bu Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda özel hukuk hükümlerine tabi Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşudur (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2007).

- İkinci unsur; sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik sigortası sisteminin kurulmasıdır.

- Üçüncü unsur; nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyen genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasıdır.

- Dördüncü unsur ise, dağıntık bir halde yürütülen sosyal yardımların merkezi olarak izlenebildiği, objektif yararlanma ölçütlerine dayalı bir sosyal yardımlar sisteminin oluşturulması ve halen farklı kurum ve kuruluşlarca yürütülmekte olan primsiz ödemelerin toplulaştırılmasıdır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2008). Bu amaçla teşkilatlanma içinde Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur.

Yeni yasa ile birlikte sosyal güvenlik sistemine ilk defa primli devlet katkısı uygulamasına yer verilmektedir. Böylece Sosyal Güvenlik Kurumu ilk defa işveren ve işçiden aldığı sigorta primine ek olarak topladığı toplam aylık primlerin dörtte biri oranında katkı sağlayacaktır. Bu uygulamanın sosyal güvenlik sistemimizde yaşanan finansman sorununun çözümünde destek olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş

ülkelerdeki uygulamaya benzer bir uygulama olan primlere devlet katkısı uygulamasının iyi yönetimi halinde sistem için faydalı olacaktır.

#### 1.4. GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Öncelikle Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına bizi götüren sürece bir bakacak olursak reformun işleyişini daha iyi anlamamıza ve GSS uygulamasıyla neler kaybedip neler kazandığımızı görmemize yardımcı olacaktır.

Sosyal güvenlik sisteminde dönüşümün son halkası olan Sosyal Güvenlik Kanunu kurumsal yapı, primli sistem ve primsiz sistemi kapsamaktadır. Mayıs 2006 tarihinde çıkarılan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurumsal yapıya ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Mayıs 2006 tarihinde çıkarılan ancak Anayasa Mahkemesi'nin önemli sayıda hükmünü iptal etmesi ile yürürlüğe girmesi ertelenen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu primli sisteme ilişkin düzenlemeler getirmektedir. Henüz taslak halinde olan Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler ile Sosyal Hizmetler Kanun Tasarısı ile de primsiz sistem düzenleme alanı bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin ayrılmaz parçası durumundaki sağlık alanında DB kredisi ile işlerlik kazanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aile Hekimliği Pilot Uygulamaları, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devri dönüşümün diğer önemli yapı taşlarıdır. Bunların yanı sıra DB kredileri ile desteklenen yoksullukla mücadele projeleri de dönüşümün önemli araçlarıdır. Tüm bu düzenlemeleri kapsayan genel çerçeve ise kamu yönetimindeki dönüşümü simgeleyen, Kamu Yönetimi Temel Kanunu'dur. Güler'e göre kamu yönetimi reformu, tercihini sosyal devlet yerine, sosyal olanı piyasaya açma şeklinde düzenleyici devlet anlayışı yönünde kullanmaktadır. Sosyal güvenlik alanında yaşanan dönüşüm de, kamu yönetimi anlayışında yaşanan dönüşümün bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Güler, 2003: 1-34).

Bu dönüşümün kaynağına ilişkin olarak da, tıpkı kamu yönetimi reformunda olduğu gibi, IMF, DB gibi dış aktörlerin olduğu yönünde Türk Tabipler Birliği (TTB) ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) gibi ilgili kuruluşların görüş birliği bulunmaktadır. Aslında, sosyal güvenlik alanında yaşanan dönüşümün kaynağının

dışarıda olması gizli değil, Türkiye Cumhuriyeti ile IMF arasında çeşitli tarihlerde imzalanan stand-by anlaşmaları ile söz konusu anlaşmalara ilişkin gözden geçirme metinlerinde açık bir şekilde ortaya konulmaktadır. Bu metinler çerçevesinde, sosyal güvenlik açıkları bütçe dengesini bozan ve reforma tabi olması gereken bir alan olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2005:23-33; Erdoğan, 2006: 211-236; Güzel, 2006: 171-178).

Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan dönüşümün, sistemin sorun alanlarına yönelik gerçek bir yeniden yapılanma mı, yoksa küresel ölçekte sosyal devlete karşı oluşan dalganın yansıması mı olduğunu anlamanın bir başka yolu, söz konusu düzenlemeler için öne sürülen gerekçelerin, sistemin sorun alanlarını tam olarak kavrayarak uygun çözümler üretip üretmediğinin analizidir.

Sosyal güvenlik sisteminde gerçekleştirilmek istenen dönüşümün gerekçeleri, kamuoyunda Beyaz Kitap olarak bilinen raporda, nüfusun yaşlanması; mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması; sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının ekonomi üzerinde yarattığı olumsuz etkiler ve bütün nüfusun koruma altına alınmaması olarak belirtilmektedir. Yapılan düzenlemelerin amacı ise, adil ve kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan ve mali açıdan sürdürülebilir bir sistem yaratma olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu gerekçeler göz önüne alındığında, ortaya konulan düzenlemelerin, tanımlanan sorun alanlarını çözmesi, reformun başarısını belirleyecek temel ölçütler olarak karşımıza çıkmaktadır (Başbakanlık, 2005: 33-49).

Sosyal güvenlik sistemlerinin kaldıramayacağı yük olarak tanımlanan yaşlanma, sosyal güvenlik reformları için temel gerekçeyi oluşturmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve bu yaşlanmayı karşılayacak aktif nüfusun doğum oranlarındaki düşme nedeniyle yetersiz kalması sorunu, günümüzde gelişmiş refah devletleri için öncelikli bir sorundur. Türkiye ise, var olan durumda genç bir nüfusa sahiptir ve hızlı yaşlanma gelecekte karşımıza çıkacak bir sorundur (World Bank, 1994). Bu sorunu açık bir şekilde tanımlayan Beyaz Kitap, 65 yaş ve üzeri nüfus ile 0-14 yaş arası nüfusun çalışabilir nüfusa oranını gösteren bağımlılık oranının, 2025 yılına kadar gerileyeceğini, bu yıldan sonra artış eğiliminin başlayarak, 2035 yılından sonra hızlanarak artacağını belirtmektedir. Sistemin uzun dönemde sürdürülebilirliği açısından, gerçekleştirilmeye çalışılan düzenlemelerin, bu sorunu ele alması doğrudur (Başbakanlık, 2005: 35-36). Ancak, yaşlanma Türkiye'yi kısa vadede değil, uzun vadede ilgilendiren bir sorundur.

Türkiye şu anda çalışabilir çağıdaki genç nüfusun fazlalığı ile önümüzdeki 20 yılda demografik açıdan, “fırsat penceresi” olarak adlandırılan dönemi yaşayacaktır.

Sosyal güvenlik sistemi açısından, fırsat penceresi varsayımı kabul edildiğinde, bu pencerenin görevini yerine getirmesi ve ileride yaşanacak yaşlılık krizinin önüne geçilmesi, şu anki genç nüfusa üretken istihdam olanaklarının (hem sayı hem nitelik olarak) yaratılmasına bağlıdır. Türkiye için sorun kaynağı da tam bu noktada ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de sisteme katkı yapacak genç nüfus işsizlikten en fazla etkilenen gruptur. Son krizin etkisi ile işsizlik oranları, özellikle gençlerde oldukça yüksek düzeylere ulaşmıştır. Nisan 2009 Hane Halkı İşgücü Anketi Araştırması’nın sonuçlarına göre, Türkiye’de 2009 yılı Nisan ayında, bir önceki yıla göre işsizlik oranı, Türkiye genelinde % 14,9; kentlerde %17,5 ve kırsal alanda %9,5 oranı ile önemli bir artış kaydetmiştir. Genç nüfusta ise bu oranlar sırasıyla, %26,5; %29,4 ve %19,8’dir. Gençlerdeki işsizlik oranlarının toplam işsizlik oranlarına göre %10 düzeylerinde fazla çıkması durumun gençler açısından hiç te iç açıcı olmadığını ve gençlerin işsizlikten dolayı daha çok gelecek kaygısı taşıdıklarını göstermektedir. Bu oranlar, Türkiye’de genç nüfustaki işsizliğin ne derece önemli bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (TUİK, 2009).

Nüfusa ilişkin ikinci sorun kaynağı ise, önceki yıllarda hızlı nüfus artışına paralel olarak, sigorta mantığı içinde sisteme katkı yapmaksızın sistemden yararlanan bağımlı nüfus oranının fazlalığıdır. Mayıs 2009 itibariyle, Türkiye’de, nüfusun %80’i sosyal güvenlik kapsamındadır. Ancak, 2007 yılında söz konusu oranın %83 olduğu göz önüne alındığında, sosyal güvenlik kapsamında bir daralmanın yaşandığına tanık olunmaktadır. Mayıs 2009 itibariyle, sistemde 14,8 milyon kişi aktif sigortalıdır. 8,9 milyon kişi sistemden pasif olarak aylık almakta; 33,3 milyon kişi ise bağımlı statüsünde sistemden faydalanmaktadır. Sistemin finansman dengesi açısından öncelikli ölçüt olan aktif/pasif oranı ise, yıllar içerisinde sürekli azalarak, söz konusu dönem itibariyle 1,80 düzeyine inmiş durumdadır. Bu noktada, aktif/pasif sigortalı dengesinin sağlanması yönünde, nüfus planlaması kavramının ön plana çıkması gerekirken, nüfus artışını özendirici yönde politika ve söylemlerin kamuoyunda yer aldığı görülmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistikleri, 2009).

Nüfusun yaşlanması gerekçesi, Türkiye’nin var olan koşulları dikkate alındığında, sosyal güvenlik sisteminde nüfus değişkeni ile ilgili olarak yaşanan krize

özgü olmayan bir gerekçedir. Yaşlanmanın ileride sosyal güvenlik sisteminde yaratacağı yükü kaldırmak üzere, emeklilik rejiminde yaratılacak daralmanın sorunu çözemeyeceği de bilinmektedir. Tam tersine, emeklilik sisteminde, katkıları artırarak, karşılıkları azaltma şeklinde gerçekleştirilen sınırlayıcı düzenlemeler, geniş nüfus kesimlerinin kendi kaderleriyle baş başa kalması sonucunda, toplumun bütünü üzerinde etkisini hissettirecek sosyal sorunlara yol açacaktır.

Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan dönüşümün el kitabı olan Beyaz Kitap'a göre, sosyal yardım ve hizmetler de dâhil olmak üzere, Türkiye'de sosyal güvenlik harcamalarının milli gelire oranı yüksek düzeyde gerçekleşmesine rağmen; yoksulluğu önleme konusunda etkin değildir ve kaynaklar doğru kullanılmamaktadır. Bunun nedeni, sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla aktarılan kamu kaynaklarının büyük oranda, emeklilik sisteminin açıklarını finanse etmek için, kayıt içinde çalışan ve emekli olanlara yöneltilmesi olarak açıklanmaktadır (Başbakanlık, 2005:39-41).

Türkiye'de yoksulluğun son yirmi beş yıllık dönemde hızla arttığı ve gelir dağılımı adaletinin bozulduğu bir gerçektir. TÜİK'in en son yayımlanan 2007 yılı yoksulluk araştırması sonuçlarına göre, 2007 yılında Türkiye'de nüfusun yaklaşık % 0,54'ü sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, % 18,56'sı ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (TÜİK, 2008). Bu oranların, yaşanan son ekonomik krizin etkisi ile daha da artacağı açıktır. Yine TÜİK'in, en son yayımlanan 2005 gelir dağılımı araştırması sonucuna göre, hane halkı kullanılabilir gelirine göre oluşturulan yüzde 20'lik hane halkı gruplarından birinci gruptaki hane halklarının (en düşük) gelirden aldığı pay % 6,1 iken, beşinci gruptaki hane halklarının (en yüksek) gelirden aldığı pay %44,4 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2006).

Yoksulluk ve gelir dağılımı adaletinin bozulması küresel bir sorundur. Ancak bu sorunun kaynağı, sosyal güvenlik sisteminin kendisi değil, tam tersine yaşanan gelişmeler ışığında sosyal güvenlik sistemlerinde uygulanan daralma yönündeki politikalaradır. 1980 sonrasında Türkiye'de dâhil olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan yapısal uyum programları çerçevesinde ihracata dayalı ekonomik büyüme modelleri, özelleştirmeler, işgücü piyasalarında yaşanan işsizlik, esnekleşme ve enformelleşmeye karşı sosyal alanın daraltılmasını öneren ideolojik yapılanma geniş nüfus kesimleri üzerinde ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar doğurmuştur.



Türkiye’de, sosyal güvenlik sisteminin artan yoksulluğa karşı koruma sağlayamadığı gerçektir. Ancak bunun nedeni, sosyal güvenlik kurumlarına ve bu kurumların kapsamı içinde koruma sağlanan nüfusa kaynakların aktarılması değildir. Sorun, artan işsizlik ve yoksulluk karşısında, sisteme geniş nüfus kesimlerinin katkı yapacak gelir düzeyine erişememe ve vergilendirme politikalarındaki adaletsizlik sorunudur. Bu noktada, sosyal harcamalara milli gelirden ayrılan paylar, öncelikle düşünülmesi gereken değişkendir. Eurostat 2008 yılına göre, sosyal koruma harcamalarının GSMH oranının AB üye ülkeleri ortalaması % 27,7’dir. Karşılaştırma açısından, Türkiye için bu tanıma uygun resmi bir rakam verme olanağımız bulunmamaktadır. Ancak, yapılan tahminler kapsamında, Türkiye’de sosyal harcamaların GSMH oranının AB ile kıyaslandığında düşük düzeyde kaldığı bilinmektedir (Buğra ve Adar, 2007). Geniş toplum kesimlerine adil bir sosyal koruma sağlayarak, yoksulluğu önlemek amacıyla olan dönüşümün, sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişleterek bu sorunu aşması beklenirdi. Ancak yeni düzenlemeler ile nüfusun sosyal korumaya en fazla gereksinimi olan, ağırlıklı olarak tarım kesiminde çalışan dar gelirli ve prim ödeme güçlüğü çekenler ile bağımsız çalışanlardan prim ödeme gücü olmayanlar kapsam dışı tutulmakta; son yıllarda sayısı hızla artan a-tipik istihdam biçimleri içinde çalışanların ise sosyal korumaları isteğe bağlı sigortalılığa bırakılmaktadır. Buradaki sorun söz konusu grupların sigortalı olmayı isteyip istememesi değil, mevcut gelir düzeyleri ile sigortanın mantığında yatan karşılığı ödeyecek durumda olmamalarıdır (EUROSTAT, 2008: 238).

Yoksulluğu önleme ve yarattığı olumsuz etkilerin sonucunu giderme her sosyal güvenlik sisteminin başlıca işlevidir. Ancak bu işlevin sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi başta istihdamı artırma ve işsizliği önleme yönündeki politikalar olmak üzere, eğitim, sağlık, gelir güvencesi, örgütlenme gibi sosyal politika alanında uygulanacak insan odaklı politikaların işlerliğine bağlıdır. Benzer dönüşümleri gerçekleştiren başta Doğu ve Merkez Avrupa ülkelerinin yaşadığı deneyimler, söz konusu dönüşümün sosyal sorunları çözmek yerine arttırmaktan öteye gidemediğini göstermektedir (Deacon, 2000: 146-161; Stanovnik, 2004: 51-65.).

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi uzun yıllardır finansman sorunu yaşamaktadır. Son on yıllık dönemde kamuoyunun gündeminden düşmeyen reform tartışmalarının ana gerekçesi de finansman sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Beyaz

Kitap'a göre, sosyal güvenlikte finansman sorunu, kamu finansmanı üzerinde yarattığı baskı dolayısıyla temel ekonomik göstergeleri olumsuz etkilemekte, kamu borçlanma gereğini artırmakta, faiz oranlarını yükselterek, enflasyonu körüklemekte, yatırımları azaltarak, işsizliği artırmakta ve gelir dağılımını bozmaktadır (Başbakanlık, 2005:43-45). Bu analiz, sosyal güvenlik-ekonomi ilişkisini tek yönlü ele alan bir yaklaşımın ürünüdür. Türkiye'de bütçe açıklarının nedenleri bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte, bütçe açıklarının nedeninin sosyal olan alanlar ile sınırlı olmadığı bilinmektedir. Çelik'in Hazine, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ve Maliye Bakanlığı verilerini kullanarak yaptığı hesaplamalara göre, 1994-2004 döneminde oransal olarak faiz ödemeleri bütçenin ortalama %43'nü oluştururken, sosyal güvenliğe ayrılan ortalama pay %10'dur (Çelik, 2006:53-59). Söz konusu rakamlar, sosyal güvenlikte yaşanan finansman krizinin temel nedenini de yansıtmaktadır. Sistemin finansmanında yaşanan krizin birincil nedeni, sosyal güvenlik sistemine 1990'lı yılların başına kadar devlet katkısının olmaması, dolayısıyla sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanamamasıdır.

Tüm bunların yanı sıra, sosyal güvenlik sisteminde popülist yaklaşımlar sonucu ortaya çıkan ve uzun yıllar süren erken emeklilik uygulamaları, borçlanma olanağı tanıyan yasalar, isteğe bağlı sigortalılık, prim afları gibi siyasal uygulamalar, sistemi teknik bir alandan çıkararak, siyasal rant alanına dönüştüren ve finansman krizine neden olan uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal güvenliğe çağdaş yaklaşımın simgesi olarak, koruyucu hizmetler temelinde sistemin örgütlenmemesi de, sürdürülebilirliğini tıkayan unsurların başında gelmektedir. Tüm bu açıklamalar, sosyal güvenlik sisteminde yaşanan finansman krizinin sosyal güvenlik sisteminin kendisi dışından kaynaklanan yapısal nedenlerinin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, bu nedenleri ortadan kaldıracak çözümler, ancak yeniden yapılanma olarak değerlendirilebilir. Gerçekleştirilmeye çalışılan dönüşüm ise, sosyal güvenlikteki finansman açıklarının çözümünü, gelirleri artırma ve giderleri azaltma şeklindeki basit bir aktüeryal bakıştan öteye götürmemektedir. Mevcut düzenlemeler bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sisteme yapılan katkı ile sağlanan karşılık arasındaki bağ koparılarak, sistem çekiciliğini yitirmekte ve sosyal güvenlikle bireysel güvenliğe dönüşümde bir adım daha atılmış olmaktadır (Fişek, vd. 1999).

Beyaz Kitap'ın, sosyal güvenlikle gerçekleştirilmek istenen düzenlemeler için ortaya koyduğu diğer bir gerekçe, sistemin bütün nüfusu kapsama altına alamamasıdır.

Günümüzde, özellikle gelişkin refah devletinin olmadığı ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli sorunu kapsam sorunudur. Ancak bu sorunu çözmek adına yaşama geçirilen düzenlemelerin sorunu etkin bir şekilde çözemediği de açıktır. Özellikle kayıt dışı sektörün yaygın olduğu ülkelerde, gündeme getirilen çözüm önerilerinin yalnızca kendi kendine yeter hale gelebilecek şekilde çalışma eksensli olarak düşünülmesi, ancak bu çalışmanın niteliğinin nasıl olduğunun göz önüne alınmaması, bu dar boğazın temel nedenidir (Gökbayrak, 2003: 231-254.). Türkiye’de de kapsam sorunu yukarıda belirttiğimiz nedenlerden dolayı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dönüşümün, söz konusu kapsam sorununa yanıtı, kanunda düzenlenen Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve primsiz sisteme (sosyal yardım ve hizmetler) ilişkin taslak düzenlemelerdir. Türkiye’de çok uzun yıllar kamuoyunda tartışılan GSS, sağlıkta kapsam sorununu çözmeye ciddi sınırlılıklara sahiptir. GSS’nin, sigorta modeline dayanması ve prim ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlanma arasında sıkı bir ilişki kurması; sigortanın tazmin edici anlayışı öne çıkarması, bu sınırlılığın temel nedenidir. Sağlık alanında kapsam sorununa ilişkin düzenlemelerin, en can alıcı noktası ise, sağlık hizmetlerinin sunum biçiminde kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma ile karşılığını belirli oranda ödeme arasında bağ kurulması ve dışarıdan hizmet satın alınabilmesi söz konusu hizmetlerin metalaşmasına neden olmakta ve böylece sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olanları sistemden dışlayıcı özellik taşımaktadır. Çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin temel özelliği, risklerden korumaya öncelik vermesidir. Bu ise kazalardan korunmayı, hastalıklardan korunmayı en genel anlamda yaşam kalitesini yükseltmeyi ve yaşama değer verilmesini gerektirir. Özellikle sağlık ayağındaki dönüşümde, her ne kadar koruyucu hekimlik denilse de, kamuoyundaki tartışmalar tedavi edici hekimliğin temel ögesi olan ilaç vb. katkı paylarına yönelik olarak yürütülmüştür (Fişek, 1976: 89-92).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilmiştir. Türkiye’de sosyal sigorta sisteminin sağlıklı işleyebilmesi için uzun tartışmalar sonucunda kabul edilen yeni Sosyal Güvenlik Kanunu’nun var olan krizin aşılmasında nasıl bir etki yaratacağı merak konusudur. Sosyal güvenlik sistemine ilişkin çözüm önerilerinin benimsendiği Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Nisan 2008 tarihinde yürürlüğe girebilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli ayağı olmakla birlikte uygulamada birçok sorunla karşılaşmış ve kanunun belirli hükümleri değiştirilmiştir.

Kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. Kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu Kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2007).

Reform olarak adlandırılan yasa dört ana bileşen üzerine oturtulmuştur. Bunlardan ilki, ülke sınırları içinde yaşayan tüm bireylerin eşit olarak faydalanabileceği Genel Sağlık Sigortası'dır (GSS). GSS, tüm bireyleri sigorta kapsamına almakta ve uygulamada tüm sigortalıları tek çatıda toplamaktadır. Kişilerin hasta olduktan sonra tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında, hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de sigortanın kapsamına almaktadır. İkinci bileşen ise, primsiz ödemeler ile sosyal yardımları tek bir elde toplayarak tüm muhtaç kesimlere dağıtılmasını sağlamaktadır. Üçüncü olarak, tek bir emeklilik sisteminin oluşturulmasını amaçlamakta ve son olarak da yeni bir kurumsal yapının oluşturulmasına önem vermektedir. GSS uygulaması, ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin, hastalık veya kaza nedeniyle uğrayacağı zararlara karşı, koruma amaçlı kurulmuş olan özel veya kamusal nitelikli finansman yöntemidir. GSS sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayıp, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı öngörmektedir. GSS'nin, herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabileceği bir yapı oluşturmak, sağlık hizmeti sunum ve finansmanını birbirinden ayırmak için hizmet sunumu/finansmanını ayrı ayrı örgütlemek ve tüm sosyal güvenlik sistemini tek bir çatı altında toplamak gibi amaçları bulunmaktadır (Güzel, 2005: 60–75).

Anayasa'nın 56. maddesinde, "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" hükmü yer almaktadır. 5510 sayılı Kanunla getirilen düzenleme ile Anayasamızda ifadesini bulan sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması, herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurulması amaçlanmıştır. Mevcut düzenlemelerde, sağlık hizmetlerinden yararlanmak

için farklı koşullar aranırken, yeni düzenleme ile bu farklılıkların ortadan kaldırılarak sağlık hizmetlerinde de norm ve standart birliği sağlanması amaçlanmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2007).

#### 1.4.1. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

Genel sağlık sigortası düzenlemeleri ile ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşlar sağlık güvencesine kavuşturulmaktadır. Getirilen düzenleme ile halen sağlık hizmetlerinden yararlananlara ilave olarak;

- 18 yaşına kadar çocuklar,
- İsteğe bağlı sigortalılar,
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- Türkiye’de ikamet eden ve kendi ülkesinde sigortalı olmayan yabancı ülke vatandaşları kapsama alındı.

18 yaşından küçük çocuklar, anne ya da babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmeseler dahi sağlık yardımlarından yararlandırılacaklardır.

5510 sayılı Kanunla genel sağlık sigortasına ilişkin olarak;

- Kapsama alınan kişilerin, aynı sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması, farklı uygulamalara son verilmesi amaçlanmaktadır.
- Çağdaş sağlık anlayışı benimsenerek, kişilerin hasta olduktan sonraki tedavilerine ait bedellerin ödenmesinin yanında, hasta olmalarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsama alınması planlanmaktadır.
- İlk defa 18 yaş altı çocukların, anne veya babalarının genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmesine ve 30 günlük genel sağlık sigortası primi ödenmiş olmasına bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaları sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen hizmetler ile estetik amaçlı hizmetler dışındaki tüm sağlık hizmetlerinin sağlık teminat paketi içinde yer

alması öngörülmektedir.

- Ülkemizdeki sağlık hizmetleri bedellerinin, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinin de yer aldığı komisyon marifetiyle belirlenmesi ve farklı fiyat uygulamalarına son verilmesi kararlaştırıldı.

Genel Sağlık Sigortası ile tüm vatandaşlar sağlık riskleri ve sağlık harcamaları yönünden güvence altına alınacaktır. Ülkede ikamet eden tüm kişiler (vatansızlar ve sığınmacılar dâhil) Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlandırılacaktır.

#### **1.4.2. Genel Sağlık Sigortası Yararlanma Şartları ve Hizmetler**

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için mevcut uygulamada SSK'da 90 gün, BAĞ-KUR'da 240 gün hastalık sigortasından prim ödeme şartı, yeni düzenlemede 30 gün olarak belirlenmiştir. BAĞ-KUR'luların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gerekli olan 240 günlük prim gün sayısı 30 güne indirilmiştir. Böylece çiftçiler ve esnaf, sigortalı olduktan 1 ay sonra sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir. Mevcut uygulamada BAĞ-KUR'luların, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için hiç prim borçlarının bulunmaması gerekirken, 60 günlük borcun bulunması halinde bile sağlık yardımlarından yararlanmaları imkânı getirilmiştir.

Ayrıca iş kazası, meslek hastalığı, acil haller gibi durumlarda, BAĞ-KUR'lunun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, borcunun olup olmadığına bakılmayacaktır. 5510 sayılı Kanunda 18 yaş altındaki çocuklar ile iş kazası meslek hastalığı geçirenler, bakıma muhtaç olanlar, acil tedavi hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, analık halleri, afet ve savaş durumlarında hiçbir kayıt ve şart aranmadan kişilere tedavilerinin sağlanacağıının yer alması sağlık hizmetlerinin tüm topluma sunulmasının sağlanması açısından da önemlidir (Bilgili, 2006: 316).

SSK'luların sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli olan 90 ve bakmakla yükümlü oldukları için gerekli olan 120 günlük prim gün sayıları 30'a indirilmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesi için 1 yıl içinde 30 gün prim ödeme şartında, askerlik, grev gibi nedenlerle geçen süreler son 1 yıl hesabında dikkate alınmayacaktır.

İşten ayrılan sigortalılar, prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın 6 ay süreyle

sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, bu süre 90 güne düşmüştür.

Yapılan düzenleme ile tüm nüfusu kapsayan sağlık sigortası sisteminin hayata geçirilmesi, sağlıkta temel teminat paketi ile kapsamlı bir sağlık yardımı hizmeti verilmesi imkânı sağlanmıştır.

5510 sayılı Kanun ile genel sağlık sigortası alanında yapılan düzenleme ile herkesin genel sağlık sigortalısı olması amaçlanmış, sosyal güvencesi olmayan kişilerin de talepleri halinde genel sağlık sigortalısı olma imkânı sağlanmıştır. Bu kişilerin gelir testine yönlendirilerek prim ödeyemeyecek durumda olmayanların primlerinin de devlet (Hazine) tarafından ödenmesi genel sağlık yönünde yapılan önemli düzenlemelerden biridir ve sosyal devlet anlayışına bağlı olan bir hüküm olarak değerlendirilebilir.

“Aile içinde kişi başı geliri asgari ücretin üçte birinden az olması” nedeniyle genel sağlık sigortası primini ödeme gücü olmayan vatandaşlarımızın primleri devlet tarafından karşılanacaktır.

Mevcut uygulamada yeşil kart verilmesindeki gelir sınırında net asgari ücret baz alınırken, yeni düzenlemede brüt asgari ücret esas alındı.

Aile içindeki kişi başına düşen aylık geliri (2011 yılı ikinci yarısı için brüt asgari ücret 837 TL baz alınarak hesaplanmıştır);

- Brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olanlar, brüt asgari ücretin üçte birinin % 12’si (33 TL civarı),
- Brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olanlar, brüt asgari ücretin %12’si (100 TL civarı),
- Brüt asgari ücretin iki katından fazla olanlar, brüt asgari ücretin iki katının %12’si (200 TL civarı), tutarındaki primlerini kendileri ödeyeceklerdir. GSS’deki bu gelir testi uygulaması en son olarak 01 Ocak 2012 tarihine ertelenmiştir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmada tüm vatandaşlar eşit haklara sahip kılınıp, ödedikleri primlerin miktarı veya primlerinin devlet tarafından karşılanması ile bunlara sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği arasında irtibat kurulamayacağı prensip olarak benimsenmiştir.

İlk defa koruyucu sağlık hizmetleri kapsama alınmakta ve bu hizmetlerin bedelleri karşılanarak, hastalıkların tedavisi yerine hastalanmalarının önlenmesi amaçlanmaktadır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### REFORM SÜRECİNDE AİLE HEKİMLİĞİ

#### 2.1. AİLE HEKİMLİĞİ

##### 2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Amacı

Tüm dünyada tanımlandığı şekliyle Aile hekimi; yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere ve ailelere kişisel, kesintisiz ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, konusunda en az 3 yıl uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. 1974 yılında Hollanda Leuvenhorst'te yapılan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda da aile hekiminin evrensel tanımı yapılarak kabul edilmiştir. Buna göre aile hekimi “Yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kişilere, ailelere ve kendine bağlı topluluğa kişisel, sürekli ve ilk basamak sağlık hizmeti veren uzmanlaşmış tıp doktorudur. Görevini muayenehanesinde, evlerde, bazen bir klinik ya da hastanelerde sürdürür. Erken tanı koymayı amaçlar. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dâhil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri için bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olanların devamlı tedavisini üstlenir. Hastasıyla uzun süreli bağlantı kurarak, hastalığı hakkında mesleki açıdan kullanabileceği verileri toplar. Diğer medikal ve medikal olmayan branşlarla çalışır.” (EURACT, 2005: 5–7).

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlar. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Ülkemizin Avrupa Birliği'ne girmesi durumunda pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimi almadan çalışmama durumu gündeme geleceğinden burada belirli bir süre için geçiş dönemi eğitimi ve takibinde de en az 3 yıllık uzmanlık eğitiminin şart olduğu gözden

kaçmamalıdır (Saatçi ve Sezer, 1996: 49–70).

Toplumlar sürekli olarak sosyal ve ekonomik kalkınma için çalışmaktadır. Kalkınmanın esas amacı da insan sağlığının geliştirilmesi ve iyilik halinin sürekli kılınabilmesi yoluyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Olanaklı en yüksek nitelikli sağlık hizmetinin sunulmasını ve adalet yaklaşımına bağlı kalarak yaygınlaştırılmasını sağlayabilen toplumlarda, temel insan haklarından biri olan yaşama hakkı gözetilmiş olacaktır. DSÖ Mayıs 1998 tarihinde yapılan 51. toplantısında oluşturulan Dünya Sağlık Bildirgesi'nde, sunum sisteminin söz konusu hedefe ulaşmayı sağlayabilecek bir sağlık hizmeti geliştirebilmesi için bir takım ilkeler ortaya konmuştur. Onanan ilkelerden bazıları aşağıda sıralanmaktadır (Dünya Sağlık Bildirgesi-Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi, 1998):

- Evrensel nitelikte ulaşılabilirliği olan, aile ve toplum yönelimli, altyapı, personel ve hizmet sunum standartları bakımından güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistemin merkezinde yer alması,
- Birinci basamak hizmetlerin, esnek, ihtiyaçlara yanıt veren bir hastane sistemi tarafından desteklenmesi,
- Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyonun sağlanması,
- Çağdaş koşullara uygun ve basamaklar arası geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin her aşamada bilimsel kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi,
- İyi kalitede ve maddi olarak karşılanabilir bir biçimde sunulması,
- Uygun bir teknoloji ve enformasyon sistemine sahip olması,
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir nitelikte finansmana sahip olması.

Bu ilkelerden pek çoğu temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanına ilişkin olmakla beraber, hizmetin, ulaşılabilir, aile ve toplum yönelimli, entegre ve kanıta dayalı olarak yürütülmesi buradaki sağlık personelinin özellikle de hekimin yönelimi sayesinde gerçekleşebilir. Diğer taraftan tıbbi bilgi birikimi geometrik bir hızla büyümekte ve karmaşıklaşmakta, tıbbi teknoloji baş döndürücü bir hızla gelişmektedir.

Bu nedenle tıp kısa süre içinde çok sayıda ileri uzmanlık dalına bölünmüştür. Bu doğal süreç artan bir hızla sürmektedir. Sağlık hizmeti sunumu da bu gelişmelerden payını alarak, aşırı derecede karmaşıklaşmış, küçük dallara ayrılmış, disiplinler birbirinden kopmuş, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Tıbbın gelişim süreci içinde, tanı ve tedavi olanaklarının artması, aşılar, sağlıklı su ve çevre koşullarının sağlanması ile birçok hastalık toplumsal boyutta geriletilmiştir. Bu durum ülkelerdeki beklenen yaşam sürelerinin ve kişilerin bireysel olarak tıbbi bakım aldıkları sürelerin uzamasını sağlamıştır. Anne ve çocuk sağlığı başta olmak üzere, temel halk sağlığı sorunları önemini korumayı sürdürürken, kronik hastalıklar, şiddet, kazalar, alkol ve tütün kullanımı ve yaşlılık sorunları ön plana çıkmaya başlamıştır. Davranış bilimlerinin gelişmesi ile bazı sorunlar karşısında yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş, sağlığın “insanın ruhsal, bedensel ve sosyoekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlanmasıyla birlikte insanın sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte düşünülmesi kabul edilmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir.

Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur.

Hekimlikteki bu dağılımı bölünme sürecini, ünlü ABD’li hekim Peabody daha 1923 yılında tanımlamıştır. Peabody “hızla genel tababete dönüşmesi” yönünde uyarıda bulunmuştur. Bu uzak görüşlü uyarı ancak 2. Dünya Savaşından sonra, tıp dünyası tarafından algılanabilmiş ve 1952’de İngiltere’de “Genel Pratisyenlik Akademisi” (College of General Practitioners), 1960’lı yıllarda da ABD’de “Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu” (Board of Family Practice) kurulmuştur. İzleyen yıllarda Avrupa’da birinci basamak hekimliğini geliştirmeyi amaçlayan pek çok birlik kurulmuştur. Sağlıkta teknoloji ve kaynak kullanımının da önemli boyutlara ulaşması birinci basamak sağlık hizmetinde uzmanlaşmayı gerekli kılmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1998).

Kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş, tıp doktoru ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın 1985’de tıp fakültesi eğitimi sonrası en az 3 yıl uzmanlık eğitimini benimsediği adla ‘Aile

Hekimi'dir. Bazı ülkelerde ise uluslararası standartlara göre mezuniyet sonrası eğitim almış olan birinci basamak hekimi, 'Genel Pratisyen' adını almaktadır (Yöney ve Yavuz, 2010: 26–31).

Mezuniyet sonrası eğitimin 3 yıl süreyle zorunlu hale gelmesi, değişen sağlık sistemlerinde gittikçe daha büyük bir rol almakta olan aile hekimleri için çok önemlidir. Hastanın sistemle ilk karşılaştığı kişi olan aile hekiminin eğitimi, hastanın birinci basamakta tedavi edilip edilemeyeceğini, diğer branş uzmanı ve/veya hastaneye sevkinin gerekip gerekmeyeceğini ayırt edebilecek, güncel tarama, korunma, tedavi ve takip protokollerini uygulayabilecek ve birinci basamağın gerektirdiği gibi disiplinler arası araştırmalar yapıp yürütebilecek nitelikte olmalıdır.

### 2.1.2. Aile Hekimliğinin Özellikleri

Her bireyin kendisini doğumdan ölümüne dek takip edecek, sağlık ve hastalıkta ona danışmanlık verebilecek, onu yaşadığı çevre ve kişisel özellikleri ile yakından tanıyacak, bu avantajı aldığı eğitimle birleştirerek sağlık problemlerinin % 90'ını ilk başvuruda çözümlenebilecek bir hekimi olması, ideal aile hekimliği uygulamasının esasını oluşturmaktadır (Ersoy, 2005: 19).

Aile hekimliği disiplini, bir sisteme, bir organa, bir bölgeye bağlı değil; bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel açıdan tümüyle birlikte değerlendirilmesine odaklanır (Ungan, 2004: 7).

Aile Hekimliğinin kendine özgü bazı özellikleri vardır. Bu özellikler aile hekimliğinin bir disiplin olarak tanımlanmasını sağlayan temel unsurlardır, aile hekimlerinin içinde çalışmakta oldukları sağlık sistemine dayanmazlar. Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin Avrupa kolu (WONCA EUROPE) Aile Hekimliğinin temel özelliklerini on iki başlık altında toplamıştır. Bu özellikler şu şekilde açıklanabilir (WONCA EUROPE, 2005: 6-10);

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur: Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir olanak sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı: Bireylere sunulan bakımı koordine eder,

birinci basamakta diğerk sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışır, diğerk uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yonetir ve gerektiğinde hasta adına savunuculuk üstlenerek bunu sağlar. İlk başvuru yapılan hekim olarak, aile hekimi buyk kaynakları kontrol eder. Bu kaynaklar reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvara tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneyi kapsar. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır.

Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğerk kişilerle ilişkilerinde, sorumluluğunu aldıkları kişilerin yanındadır. Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gzeter.

Kolay ulaşılabilir: Yalnızca coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar.

Entegre ve koordine: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediği sağlık sorunları konusunda ikinci basamağa sevk işlemi yapılır ve sonuçlar yine aile hekimi tarafından takip edilir, aile hekimi ile birlikte değerlendirilebilir. Aile hekimi hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynar.

Süreklilik: Hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Pek çok ülkede aile hekimi hastalarının doğumundan başlayarak bu görevi üstlenir. Hamile kadınların doğum öncesi (antenatal) bakım hizmetlerinden çocuğun doğmasına kadar geçen süreçte doğrudan hizmet sunar. Aynı zamanda bireyin, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık süreçlerinde hizmetleri sunmaya devam eder; akut, kronik, tekrarlayan durumlar ve pek çok olguda ölen, ölmekte olan, terminal safhada hastalığı olan kişilere de hizmet sunar.

Bütüncül: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir.

Kişisel: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir.

Aile ve toplumsal yönelimli: Sorunlar sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimi toplumun sağlık sorunlarından haberdar olmalı, diğer sektörlerin meslek grupları ve kuruluşlarıyla, gönüllü kuruluşlarla birlikte bölgesel sağlık sorunlarında olumlu değişiklikleri başlatmak için çalışmalıdır.

Gizlilik ve yakınlık: Aile hekimi ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle aile hekimi için temel etik sorumluluk ve haklardan biri olan, kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması can alıcı önemdedir.

Özgün bir görüşme ve klinik karar verme süreci vardır: Etkili bir iletişimle zaman içinde doktor ve hasta arasında gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Sıklıkla henüz ayrılaşmamış şekilde rahatsızlıklarla ilgilidir, aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

Ekip hizmeti: Diğer disiplinlerle ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içinde çalışır ve ekip hizmeti sunar. Gereğinde toplumda sosyal hizmet, eğitim hizmeti ve iş hizmeti verenlerle de işbirliği yapabilir.

Bir hekim, Aile Hekimliğinin sözü edilen temel niteliklerinde hizmet sunuyorsa, basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, sağlık sisteminin merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışarak DSÖ'nün 21.yüzyıl hedeflerine yönelebilir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin ayakta ve evde takibini gerçekleştirebilir (Sağlık Bakanlığı 2001).

### **2.1.3. Mesleki Örgütlenme**

Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için görev yapan ulusal ve uluslararası kuruluşlardan bazıları şunlardır (Ungan ve Ceyhun, 11.07.2011);

- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA):

Dünya Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Birliği; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktiviteleri ile toplumun yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır.

- European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP):

Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nde Kalite Çalışma Grubu, WONCA Avrupa kolunun alt birimlerinden birisidir. Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği'nde hasta bakımının kalitesini arttırmayı amaçlar. Görevi dünyadaki aile hekimlerinin hizmet kalitesini şu ilkelerle geliştirmektir (Boelen vd. 2002):

- Hizmetin kalitesini geliştirmek için hasta değer ve öncelikleri ile uyumlu, mesleki bilgisi ile uyumlu, en uygun ve etkin hizmet ve kolay ulaşılabilir kaynaklarla en iyi yapı, süreç ve getiriler için uğraşır.

- Kalite çabaları sorumluluğu artırılmalı ve hastalarla sağlık görevlileri arasında bu birlikteliği yansıtmalıdır.

- Kalite çabaları açık, sistematik, günlük pratik ile birlikte temel ve sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak aile hekiminin rolü ile uyumlu, cezalandırıcı değil, olumlu bir şekilde uygulanır olmalıdır.

- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD):

1990 da Ankara'da kurulan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, Türkiye'de Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesini amaçlayarak çalışmalarını yürütmektedir (Ungan ve Ceyhun, 11.07.2011).

#### **2.1.4. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan Ülkelerden Örnekler**

**Amerika Birleşik Devletleri (ABD):** Aile Hekimliğinin ilk kez 1960'lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmasından sonra, özellikle 1990'lı yıllarda tıp alanında belirgin bir entelektüel ve organizasyonel değişim yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun % 14 ünün sağlık güvencesi yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimler tüm hekimlerin % 40'ıdır. Bunlar arasında aile hekimleri de vardır. Aile hekimleri ya kendi

muayenehanelerinde veya son yıllarda yaygınlaştığı üzere grup muayenehanelerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır. Aile hekimliği uzmanlığı ülkedeki ikinci büyük uzmanlık dalıdır ve eğitimi üç yıldır. Amerikan aile hekimliği kurulu tarafından şekillendirilir ve denetlenir, sınav zorunluluğu vardır (Hekimoğlu, 2007).

**Hollanda:** Acil ve bazı özel durumların dışında hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce aile hekimine başvurma zorunluluğu vardır. Bu anlamda sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Hastalık fonu sistemine tâbi kişilerin tercih edeceği aile hekiminin fon ile anlaşmalı olması gerekir. Aile hekimi sigortalı kişilerin sigortasından kendisine kayıtlı kişi başına (per capita) ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücret alırken, ayrıca kendine başvuran özel hastalardan da hizmet başına ücret alabilmektedir. Kişi başı prim, hastanın 65 yaşını aşkın olmasına, riskli bölgede yaşamasına ve uygulanan bazı işlemlere göre değişiklikler gösterebilmektedir (Aydın, 2004: 21). Nüfusu Türkiye'nin yirmi üçte biri olan Hollanda'da 8500 aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin “kapı tutuculuk (gatekeeper)” sorumlulukları bulunur ve hastalar sadece bir aile doktoruna kayıtlıdır. Hastalar Birinci Basamak olan Aile Hekimlerinden sevk almadan İkinci veya Üçüncü Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelere acil durumlar dışında gidemezler. Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler. Kural olarak aile hekimliği ofisleri otomobile 10–15 dakika içerisinde erişilebilir olmalıdır ki nüfus yoğunluğunun Türkiye'den 5 kat daha fazla olduğu Hollanda'da bu durum daha kolay olmaktadır (2008 yılında km<sup>2</sup> başına Hollanda'da 480 kişiye karşın Türkiye'de 92 kişi düşmektedir). Her bir Aile hekimi, ortalama 2300 hastadan sorumludur. AH'leri kendisine başvuran hastaların sağlık sorunlarının %95'ini çözer. Uzmanlara sevk oranı %3 ve diğer birinci basamak çalışanlarına sevk oranı %2'dir (örn. fizyoterapistlere) (Wayenburg vd, 2007: 23-25).

**İngiltere:** Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı % 10 dolayındadır (Uludağ Üniversitesi, 2011). Hastanın ilk başvuru yeri temel sağlık hizmetlerinin verildiği aile hekimleridir. Temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında



toplum sağlığı hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetlerini de kapsamaktadır. Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Aile hekimler tarafından kendilerine kayıtlı hastalara (bazen başka hekimlerin üzerine kayıtlı hastalara) verilen sağlık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır. İngiltere’de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları içe (hizmet başi ödeme) endekslidir. Belirli düzeyde çocuk açılması ve servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de yapılmaktadır (Aydın, 2004: 22–26). Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Geçici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü hem hastanın hem de devletin gözünde aynıdır. Bu durum mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 24–25).

**Almanya:** Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimini seşmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ile hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarındadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır (Aydın, 2004: 26–27). Tıp faköltelerindeki aile hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45–50 dolayındadır. Aile hekimi muayenehanesinin donanımını kendisi almak ve personelinin maaşını kendisi ödemek

durumundadır. Serbest hekim olanların hastanede çalışan hekimlere göre daha fazla geliri olmaktadır. Aile hekiminin 3 aylık hasta kapasiteleri ortalama 1079 hastadır. Hasta başına 50 Euro ve muayenehane masrafları % 50 oranındadır. Çalışma süreleri ise nöbetler ve acil hekimlik hizmetleri dâhil ortalama 55,98 saat/haftadır. Hasta görüşmeleri için 32,22 saat/hafta ve idari işleri için 8,18 saat/hafta zaman harcanmaktadır. Bu çalışma süresi hekimler tarafından fazla bulunmaktadır (Sandholzer ve Yaman, 2006: 32–33). Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler (Uludağ Üniversitesi, 2011).

**Polonya:** Polonya’da uygulanan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek teyit almak zorundadırlar. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile doktorları haftada 5 gün, saat 08:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile doktorları 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişilerin yaşını temel alan; 6 yaş altı, 6–59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna göre farklı primler belirlenmektedir (Aydın, 2004: 27–28).

**Norveç:** Kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimi başına 1500–2500 kişi kayıtlıdır. Hangi bölgede, hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar verir (1984 yılında “Yerel Yönetimler Sağlık Planı” uygulamaya konulduğundan bu yana birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır). Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafi olarak tanımlanmış topluma hizmet verirler, ancak hastaların aile hekimini seçme hakkı vardır. Aile hekimleri belediyelerle sözleşmeli çalışabilmek için belediye sağlık planına uymak

durumundadırlar. Basit kan ve idrar tahlilleri muayenehanede yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse kişi hastaneye sevk edilmektedir. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile olur (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 26). Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır (Uludağ Üniversitesi, 2011).

**Portekiz:** Portekiz’de 1979 yılından beri ulusal sağlık sistemi yürürlüktedir. Doktorların çoğunluğu ulusal sağlık sistemine bağlıdır ve bu doktorların yarısı aynı zamanda özel hekim olarak da çalışabilmektedirler. Kişilerin doktor seçme hakkı vardır. Aile hekimleri maaş ile çalışırlar; özel sektörde çalışan doktorlar hizmet karşılığı ücret alırlar. İkinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Genelde sağlık merkezleri laboratuvar tanı yöntemleri ve röntgen hizmeti vermemektedir, bunun için hastalar özel kuruluşlara sevk edilir (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 25). Her kişi bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır ve ortalama 1500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir (Uludağ Üniversitesi, 2011).

**Finlandiya:** Sağlık hizmeti yerel idarelerce sunulmaktadır. Her bölgede bulunan sağlık merkezlerinde her hekimin bir bölgesi vardır. Bu bölgede yaşayanlar genel pratisyen olarak çalışan bu hekimler vasıtası ile sağlık sistemine giriş yapmaktadırlar. Kişiler kendi bölge hekimlerinin dışında özel muayenehanelerde ve işyerlerinde çalışan hekimlerden de hizmet alabilmektedir. Bekleme sürelerinin uzun olması nedeni ile kişiler bölgelerindeki hekimler yerine özel muayenehanelere giderek artan oranda başvurmaya başlamıştır. Bunu engellemek için Mart 2004’te yürürlüğe giren bir yasayla birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3 günden uzun süreye randevu verilmeyecektir. Bu süre hastane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlara için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulamayacağı hükmü getirilmiştir. Sağlık istasyonları adı verilen birinci basamak sağlık merkezlerinde bir yıl içindeki ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret alınmaktadır. Bu istasyonlarda acil gözlem yatakları, rehabilitasyon hizmeti veren mekanlar, tetkik ve görüntüleme imkanları da bulunmaktadır. Kişilerin hastaneye sevkı gerekirse genel pratisyen ilgili uzmandan veya klinikten randevu almaktadır (Aydın, 2004: 34–35).

## 2.2. KORUYUCU HEKİMLİK

### 2.2.1. Koruyucu Hekimliğin Tanımı ve Amacı

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; “Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir”.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır. Kuşkusuz bu hizmetlerin sunumu da önemli toplumsal faydalara yol açar. Ancak sahip oldukları maliyet ve her türlü organizasyon ihtiyacı nedeni ile tüm dünyada yaygın ve öncelikli sağlık hizmeti sunumu “koruyucu sağlık hizmetleri” şeklinde ele alınmaktadır (Altay; 2005: 3).

Öncelikli olarak koruyucu ve tedavi edici hekimliğin ve çeşitli uygulamalarının tanımlanmasında ve ilkelerin gözden geçirilmesinde yarar vardır.

Koruyucu hekimliğin konusu sadece kişileri hastalıktan korumak değildir. Hastalıkların erken tanı tedavisi ve hastaların sakatlık ve tekrarlarından korunması da koruyucu hekimliktir. Koruyucu Hekimlik; Birincil, İkincil ve Üçüncül koruma olmak üzere üçe ayrılır (WHO, 2003: 35–60).

a. Birincil koruma: Kişi etkenle karşılaşmadan önce alınan önlemlerin tümüdür. Birincil korunma yaklaşımlarında hedef kitle genel toplumdur ve bu tür korunma çalışmalarında temel yöntem sağlık eğitimidir. Birincil korunma çalışmalarında sağlığın korunmasının yanı sıra, hatta bundan daha önemli olarak sağlığın geliştirilmesi, yani

kişinin sağlık düzeyinin daha üst düzeye çıkarılması bakımından da eğitim verilmelidir.

b. İkincil koruma: Hastalıkların belirtilerinin görülmesinden önceki dönemde veya belirtilerin çok hafif olduğu dönemde laboratuvar tetkikleri ile tanısının konması ve erken tedavi edilmesidir. Periyodik ve portör muayeneleri ikincil korunmaya örnek oluşturur.

c. Üçüncül koruma: Hastaları, hastalıkların tekrarlarından ve bu tekrarların sakatlık ile sonuçlanmasından korumak için alınan önlemlerdir. Kalp romatizması olan çocuğa, ayda bir uzun süre etkili penisilin vererek ömür boyu korumaya almak bir üçüncül korumadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin ilkeleri arasında sayabileceğimiz; 1-Koruma tedaviden üstündür, 2-Koruma tedaviden ucuzdur, 3-Koruma hekimler için fazla kazanç sağlamaz, 4-Koruyucu hizmetler devlet tarafından finanse edilmelidir, 5-Koruyucu hizmetler tedavi hizmetlerinden daha etkilidir; özelliklerini her zaman için akılda bulundurarak planlama yapma ihtiyacı vardır.

İnsanları hastalıklardan koruma ve sağlığı geliştirme konusunda yapılan hizmetler iki temel grupta toplanır. Bunlardan biri insanın çevresine, diğeri kişiye yönelmiş tedbirlerdir.

İnsanın çevresine yönelen tedbirler, suların tasfiye ve kontrolü, pis su, lağım suları ve çöplerin yok edilmesi, besin kontrolü gibi uygulamalardır. Uzun yıllar insan sağlığı ile ilgili bu fonksiyonlar hekimlerin bilmesi ve yürütmesi gerekli hizmetlerden sayılmış ve tıp fakültelerinde öğrencileri bu konuda da eğitme çabaları harcanmıştır. Hâlâ da bu çabaların sürdürüldüğü yerler vardır. Bu çabalar başarılı olamamıştır. Çünkü hekimlik insanı konu alan bir bilimdir. Bu sahada kişiye verilecek akademik formasyon ile çevre sorunlarını çözümlmek için verilecek formasyon birbirinden çok farklıdır. Bir kişiyi birbirinden çok ayrı iki bilimsel disiplinde yetiştirme ve kullanma mümkün değildir ve aslında gereksizdir de. Bugün çevre sağlığı hizmetlerini örgütleme ve yürütme mühendislerin, veterinerlerin ve kimyagerlerin konusu olarak kabul edilmekte ve hekimlik hizmetlerinden ayrı olarak örgütlenmektedir. Ülkemizde bu alanda ilke doğru saptanmamış ve uygulama yönünden gelişmiş ülkelere çok geri kalmış durumdayız. Refik Saydam'ın sağlık bakanlığından beri hekimlere danışman olarak sağlık mühendisliği alanında uzmanlaşma için dış ülkelere mühendis yollama çabası

vardır. Türkiye’de sağlık mühendisi yetiştirme yolunda ilk adımı Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) atmıştır. Bu üniversitede uzman sağlık mühendisi yetiştirme programı olarak başlayan uygulamalar bugün gelişmiş ve bu konuda eğitim ve araştırma yapan ünite diğer mühendislik dalları gibi bağımsız bir bölüm olmuştur. İstanbul Teknik Üniversitesi’nde (İTÜ) de şehir sağlığı kürsüsü kurularak mühendislerimizin çevremizi sağlık yönünde olumlu hale getirme sorumluluğu yüklenme yolunda ümit verici adımlar atılmıştır. Besin kontrolüne gelince, ülkemizde bu konuda çalışanlar hemen tamamen veteriner ve kimyagerlerdir. Sonuç olarak denilebilir ki, çevre sağlığı hizmetlerinin nasıl örgütleneceği sorunu hekimlerin sorumluluğu değildir. Çevre sağlığı hizmetleri konusunda hekimlerin görevi, insan sağlığını korumak için çevremizde neyin bulunmaması ve neyin bulunması gerektiğini mühendislere, veterinerlere ve kimyagerlere söylemektir (Fişek ve Dirican, 1974).

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetlerine gelince; bu hizmetler aşağıda belirtilen 4 grupta toplanır (Fişek ve Dirican, 1974):

- a-Duyarlı kişilerin aşılınması,
- b-Kişilerin uygun beslenmelerini sağlama,
- c-Sağlam kişilerin, erken teşhis amacıyla, periyodik muayenesi,
- d-Kişilerin sağlık konusunda eğitilmeleri.

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hizmetleri, hekimler hemşire ve ebe gibi diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte yürütür. Beslenme hizmetlerinde ve sağlık eğitimi konularında diyetisyen, gıda mühendisi, beslenme uzmanı ve eğitimci gibi diğer meslek mensuplarıyla işbirliği zorunluluğu da vardır.

### **2.2.2. Koruyucu Hekimliğin Özellikleri ve Uygulama**

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile

laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu; 1995).

Çağdaş sağlık yönetiminde görölen eğilimlerden biri, kişiye yönelmiş koruyucu hizmetlerle ilk basamak hasta bakım hizmetinin birlikte yürütölmesidir. Bu ilk basamak hekimlerinin kişiye yönelmiş koruyucu hizmetleri, evde hasta takip ve bakımıyla görevli ziyaretçi hemşirelerin halk sağlığı hemşireliği ve halk sağlığı hemşirelerinin de evde hasta takip ve bakımı hizmetlerini de yürütme görevini yüklenmeleri suretiyle olur. Bu çeşit örgütlenmenin başarılı olabilmesi için hekim ve hemşirelerin sıkı bir işbirliği yapmaları gerekir. Bu şekil örgütlenme modellerinden biri, yukarıda işaret edildiği gibi, aile hekimlerinin veya kişinin kendisi için seçtiği hekimin yalnız tedavi hizmetlerini değil, kişiye yönelmiş koruyucu hizmetleri de yüklenmesi modelidir. Bu modelde hekim ücretini aileden (veya sağlık hizmetini yüklediği kişiden), sigorta idaresinden veya hükümetten alabilir. Bu modelin diğer örnekleri ölkemizde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde öngörölen sağlık ocakları ve İsveç'te kırsal bölgede bir hekim iki hemşire-ebeden oluşun sağlık üniteleridir (Fişek, 1968).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde artmıştır. Tıbbi disiplinler arasında Aile Hekimliği bireye yönelik biyopsikososyal yaklaşım tarzı ile koruyucu hizmetlerin yürütölmesinde belirgin şekilde ön plana çıkmaktadır. Hastalıklardan korunma kavramı yerine sağlıklı kalma ve sağlığın geliştirilmesi kavramları ön plana çıkmıştır. Sağlıklı kalma ve sağlığı geliştirme kavramları ise bireysel özellikler, yaş cinsiyet, risk grupları açısından yeniden ele alınmaya başlanmıştır. 21. yüzyılın başında olduğumuz bu tarihlerde, koruyucu hizmetler ve sağlığın korunması aile hekimliği pratiğinin tam merkezinde yer almaktadır; bu alanlar aile hekimliği disiplinini tanımlayan ve onu diğer uzmanlık dallarından ayıran özelliklerdir. Aile hekimi, muayenehanesinde her yaştan bireylerle karşılaşacağından her yaşa uygun kontrol kılavuzlarından haberdar olup uygulayabilmesi gerekir. Bütün aile fertlerinin gereksinimlerine uygun koruyucu sağlık hizmetlerini, her bir fert için birçok risk faktörünü gözden geçirerek vermek, ancak bütüncül ve kapsamlı bir hasta yaklaşımıyla mümkündür. Tıp eğitimi ve araştırmalar daha çok hastalığın tanımı ve tedavisi üzerine yoğunlaşmışken birincil korunmaya daha az zaman ve kaynak ayrılmaktadır. Böyle bir odaklanma, hekimleri daha çok hastalık belirtileriyle ilgilenmeye yöneltebilir. Oysa birincil korunma kişilerin sağlıklı kalma sürelerine katkıda bulunarak hastalığın ortaya çıkmasını geciktirir, yaşam kalitesini

artırır, yaşam süresini uzatır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 14–29).

Tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetini yürütmekte görevli sağlık merkezleri de bu modele örnek teşkil eder. Ancak, sağlık merkezlerinin her iki hizmeti de (koruyucu hizmet ve evde hasta takibi) başarıyla yürütmesi için, kendi bölgesindeki evleri belirli bir program altında gezen ve orada yaşayanları daimi gözetim altında tutan, hasta bakımı ve koruyucu hekimlik hizmetini yürütmekle görevli hemşirelere ihtiyaç vardır (Fişek, 1968).

Çekoslovakya’da tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetini yürüten sağlık merkezleri bu iki hizmeti birlikte yürütme modelinin örneklerindedir. Bu merkezler ortalama 4000 nüfusa hizmet eder. Merkezlerde bir iç hastalıkları uzmanı, bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve bir diş hekimi çalışır (Fişek, 1968).

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hizmetlerle ilk basamak hasta bakım hizmetlerinin bir arada yürütülmesi özellikle az gelişmiş ülkeler için önemli ve zorunludur. Ancak bu ülkelerde örgütlenmede en önemli sorun, hekim, hemşire ve ebe eksikliğidir. Bu sorunu çözmek için en akılcı yol, bu ülkelerde hasta muayene ve tedavisinin sadece hekimlere ve ebeler, hemşirelik hizmetlerinin sadece ileri ülkeler standardında mesleki eğitim görmüş ebe ve hemşirelere hasredilmemesidir. Hekim, hemşire ve ebelerin görevlerinin daha düşük düzeyde eğitim görmüş kişilere devredilmesi zorunluluğu vardır. Az gelişmiş ülkeler arasında sağlık sorununu büyük başarıyla çözen Çin Halk Cumhuriyeti’dir. Çin yöneticileri, faydacı bir yol izlenmişler ve kırsal bölgelerde köylüler ve fabrikalarda işçiler arasında seçmiş oldukları kimselere iş zamanları dışında hasta muayenesi, en sık görülen hastalıkların nasıl tedavi edileceği, ilk yardım, ebelik, küçük cerrahi müdahaleler, aile planlaması, klinik uygulamaları ve koruyucu hekimlik hizmetleri konularında eğitim vermişler ve bu işi köylülere sağlık hizmetleri yürütme yetkisi vermişlerdir. Çıplak ayaklı doktor veya köylü doktor adı verilen bu yardımcı hekimler tıp fakültesi mezunu hekimlerin yönettiği sağlık merkezleriyle işbirliği yapmakta ve merkezlerdeki hekimler, bu yardımcı hekimleri devamlı olarak hizmet başında eğitmektedirler. Çıplak ayaklı doktorlar, kendilerinin tedavi edemeyecekleri hastaları ayırmakta ve bunları bağlı oldukları sağlık merkezlerine yollamaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti’nde köy ve şehirlerde halk tababeti uygulayıcılarına da yardımcı hekim eğitimi yapılmıştır. Bunlar da sağlık örgütlerinde yardımcı hekim gibi



çalıştırılmaktadır. İlaç sorununa gelince; Çin’de gerekli batı ilaçları kullanılmakla beraber otlardan yapılan halk ilaçlarının kullanılması da desteklenmektedir. Bu yolla hükümetin ilâç harcaması, en alt düzeyde tutulabilmektedir. Çin Halk Cumhuriyeti’ni son yıllarda gezen ve Çin’i eskiden bilen Batılı ve Amerikalı hekim ve hemşireler, Çin’in sağlık ve aile planlaması alanında kazandığı başarının hayret verici olduğunu belirtmektedirler (Fişek, 1968).

Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası kuşkusuz çok yüksektir. Tersini durumda ise, ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok zordur. Bu nedenle devlet tarafından toplumun sağlığını “korumaya” yönelik hizmetlerin üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Özel sektör ise bu alanda karlı olamayacağı için faaliyette bulunmak istemeyecektir. Bununla birlikte piyasa ekonomisi, devlet tarafından üretilen “bölünemeyen” ve “koruyucu” sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedariki süreçlerinde devlete hizmet verebilir. Ancak bu söz konusu hizmetin kamusal niteliğini değiştirmez. Özellikle yaygın ya da risk gruplarının yoğun olması gibi nedenlerle kitlesel ya da bölgesel aşılama faaliyetleri bu kapsamda görülen en önemli hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, dışsallık olgusu nedeniyle kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir “kamu malı”dır. Özellikle “koruyucu sağlık hizmetleri” sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır (Bulutoglu, 1981: 286).

1960’dan sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlığı’na atanan Prof. Dr. Nusret Fişek 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nı hazırlamıştır. Sosyalleştirme Yasası basamaklı, hakkaniyetli, yaygın, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada, tam gün ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkelerine dayanmaktadır.

Avrupa Birliği, 2001–2006 için halk sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir “Halk Sağlığı Programı” hazırlamıştır. Bu programa göre genel pratisyenler/aile hekimleri ön safta hizmet verdiğinden ve hastalar ile hayatın farklı düzlem ve koşullarında karşılaştıklarından, koruyucu sağlık uygulamalarında çok önemli bir yere sahiptirler. Programda sağlık politikası belirleyicilerinden, hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğunu dikkate alarak, ülkelerinde temel

sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları istenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 45–90).

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri tek başına çalışan hekimin tedavi hizmetiyle beraber yürüttüğü bir hizmet olabilir. Bunun en güzel örneği aile hekimidir. Aile hekimi evde hasta olanları muayene ve tedavi etmekle beraber gerekli aşıları, çocukların, gebelerin ve yaşlıların periyodik muayenelerini yapabilir; beslenme sorunlarını bulup çözüm yollarını tavsiye edebilir ve aile fertlerini sağlık yönünden eğitebilir. Aynı şekilde hekimler özel muayenehanelerinde kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetlerini de yürütebilirler. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının gebe takibi; çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının normal çocukların gelişmesini takipleri, çocukları aşılamaları, annelere çocuk beslenme ve bakımı konusunda eğitim yapmaları kişiyeye yönelmiş koruyucu hizmetlerin özel hekimler tarafından yürütülmesinin örnekleridir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 26–110).

Teorik olarak kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetlerini tek başına çalışan hekimlerin yapması mümkün ve bazı ülkelerde örnekler varsa da sorunun tüm halk için bu şekilde çözümlenmesi olanaksızdır. Bunun iki temel nedeni vardır. Birinci neden sağlam kişinin periyodik muayene ve aşılama için hekime gidecek kadar motive olmaması ve bu iş için para harcama gerekliliğini duymamasıdır. İkinci neden bu hizmet tüm halka yayılınca, ülkelerin çoğunda hekim sayısının bu hizmeti karşılamaya yetecek düzeyde olmamasıdır. Bu iki nedenle, gelişmiş ülkeler dâhil her ülkede kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetleri hükümetler tarafından kurulan örgütlerde parasız olarak halkın hizmetine sunulmaktadır. Bu konuda değinilmesi gereken ilginç bir gelişme, son yıllarda tek başına çalışan hekimlerin kişiyeye yönelmiş koruyucu hizmetlere katılmasını sağlamak amacıyla Federal Alman Cumhuriyeti'nde sağlık sigorta kuruluşlarının sağlam kişilerin belirli sayıda periyodik muayenelerinin ücretini hekimlere ödemeyi kabul etmesidir (Fişek, 1985: 47–120).

Kişiyeye yönelmiş koruyucu hekimlik hizmetlerini örgütlemeye iki temel model vardır: Tek yönlü (unipurpose) ve çok yönlü (multipurpose) örgüt modelleri. Gelişmiş ülkeler hizmetlerin tarihsel gelişmesine paralel olarak genellikle tek yönlü örgütler kurmuşlardır. Örneğin, bulaşıcı hastalıkların kontrolüyle sorumlu örgüt, tüberküloz dispanserleri, Zührevi hastalıklar dispanserleri, Ana-çocuk sağlığı merkezleri, Ruh

sağlığı dispanserleri, Kanser teşhis merkezleri gibi. Ancak bu şekilde tek yönlü örgütlenmenin çok pahalıya mal olması ve halk tarafından kullanılmasında karşılaşılan güçlükler bu ülkelerde kişiye yönelmiş koruyucu hizmetleri bir merkezde toplama eğilimini yaratmıştır. Az gelişmiş ülkeler ise, çok önemli ve kısa zamanda kontrol altına alınması gereken hastalıkları önleme amacıyla Sıtma Savaş Örgütü, Trahom Savaş Örgütü, Çiçek Aşılama Örgütü gibi tek yönlü örgütler kurmak zorunluluğunu duymuşlardır. Bu ülkelerin tek yönlü örgüt kurmaları geçici tedbir olarak kabul edilmelidir. Aksi takdirde gelişmiş ülkelerin geçmişte yaptıkları ve halen düzeltmeye çalıştıkları hatalar tekrarlanmış olur (Fişek, 1985: 47–120).

Kişiye yönelen koruyucu hekimlik örgütlenmesinde tek yönlü veya çok yönlü modellerin seçiminde bu modellerin sakınca ve yararlarıyla birlikte ülkenin şart ve kaynakları göz önüne alınarak karar verilmesi gerekir. Bir genelleme yapılmak istenirse, denilebilir ki: Çok yönlü örgütlenme sistemine gidilmesi, bir ülkenin olanakları, yaygın ana-çocuk sağlığı hizmeti geliştirecek düzeye eriştiği zaman ve özellikle kırsal bölgeler için zorunludur. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmesi az gelişmiş ülkeler için örnek alınırsa görülür ki: Türkiye tek yönlü örgüt kurma dönemini aşmış ve olanakları çok yönlü örgüt sistemi kurma düzeyine erişmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu bu nedenle çok görevli bir örgüt modeli olan sağlık ocaklarını temel birim olarak kabul etmiştir (Fişek, 1985: 47–120).

Örgütlenme modellerinin incelenmesi gereken ikinci yönü personel ve personelin yetki sorunudur. Hiç bir ülkede kişiye yönelmiş bütün koruyucu hekimlik hizmetlerinin hekimler tarafından yürütüldüğü görülmemiştir. Hekim sayısının yeterli olduğu gelişmiş ülkelerde periyodik muayeneler ve bazı hallerde de aşılama hekimler tarafından yapılır. Diğer görevleri hemşireler ve ebeler yapar. Az gelişmiş ülkelerde, aynı insan gücü çalıştırma modelini uygulamak mümkün değildir. Böyle bir yaklaşım göstermelik bir kaç merkez kurmaktan ileriye götürülemez. Bu nedenle hekimlerin bazı görevlerinin hemşirelere ve ebelere, hatta gerekiyorsa yardımcı ebe-hemşirelere devredilmesi gerekir. Çeşitli ülkelerdeki uygulamalar hemşirelerin, ebelerin ve yardımcı hemşire-ebelerin hekim tarafından yönetilen bir ekipte diğer hizmetleri yanında başarıyla aşı uygulama programlarını yürütebileceklerini; gebe, çocuk ve hastalık riski yüksek kimselerin periyodik muayenesini yaparak bunları normal ve şüpheli diye ayırabileceklerini; hatta sık görülen hastalıkları teşhis ve tedavi edileceklerini

göstermiştir. Örnek olarak ülkemizde bulaşıcı hastalıklarla savaş ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde hekim ve uzmanların görevlerinin diğer sağlık personeli ve hatta tek becerili işçiler ve hizmetliler tarafından başarıyla yürütüldüğünü gösterebiliriz. Trahom savaşında taramalar büyük ölçüde sağlık memurları tarafından yapılır ve bulunan hastalar ilaçlayıcılar tarafından tedavi edilir. Trahom savaşında kazanılan başarı hekimlerin yönetimi altında çalışan sağlık memurları ve ilaçlayıcılardan oluşan ekiplerindir. Geleneksel olarak hasta muayenesi hekimlerin, göze merhem tatbiki hemşirelerin görevidir. Sıtma savaşında başarı da hekimlerin yönetiminde çalışan sağlık memurları ve ilaçlama programına dâhil olan diğer çalışanlarıdır (Fişek, 1985: 47–120).

### **2.3. TÜRKİYEDE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ**

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı vardır. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve sağlık hizmetine erişimin eşitliğini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde izlenecek yol bir yandan en son tıbbi bilgileri kullanarak toplumun sağlığını geliştirmek, öte yandan sağlık hizmetleri sunumunda bölgeler arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemek olarak belirtilmektedir (Başak, 2007: 135)

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve herkes tarafından faydalanabilmeyi sağlamanın en yaygın yolu tüm ülkelere birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olarak belirlenmiştir. Bu yolla kişilerin yaşam kalitelerinin ve sağlık standartlarının artırılması hedeflenmektedir.

Türk sağlık sisteminin ana omurgası sayılabilecek olan 224 sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*” un ilk yıllarında, ülke gereksinimleri için uygun bir uygulama olduğu ancak yıllar geçtikçe belirlenen ilkelerden sapmalar sonucu sağlık ocakları ve sosyalleştirme modelinin tanınmaz hale geldiği görülmektedir. Konuyla ilgili olarak çalışmasında Öztekin, sosyalleştirme modelinin ilkelerinde yapılan başlıca değişiklikler ve sorunlar sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunulmasında ciddi sorunlar ortaya çıktığını belirtmektedir (Öztekin, 2007: 5–10).

Türkiye’de bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerini ülke kalkınmasındaki önceliklerine göre geliştirmek, özendirmek amaçlı Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), 2001 yılında Vizyon 2023 Projesi ile yayınlamış olduğu “Sağlık ve İlaç Paneli Son Raporu” nda Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki sorunlarını rapor haline getirmiştir.

Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Diğer uzmanlık dalları gibi aile hekimliği uzmanlık dalının doğuşu da gereksinimler sonucu oluşmuştur. Türkiye’de sağlık sorunlarının çoğu birinci basamaktan yönetilebilir sorunlardır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda bulunan aile hekimi ayrı bir önem taşımaktadır. Aile hekimliğini Saatçi vd. sağlık sisteminin giriş kapısı olarak görmekte ve birinci basamakta önemli epidemiyolojik bilgi birikimi olduğunu belirtmektedir (Saatçi vd, 2006: 20). Ayrıca halk tarafından iyi tanınıyor olmak ve halkın verilen hizmete olumlu bakışı aile hekimliğinin gelişiminin önünü açacak bir katkıdır (Şahin ve Şahin, 2003: 29).

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 yukarıya doğru daralan bir piramit şeklinde ifade edilebilmesi esastır. Ülkemizde hizmet sunumunda bu piramidin neredeyse ters dönmüş olduğu belirtilmektedir (Akdur, 2006: 1-21). Bu karmaşık yapı ve etkin bir sevk zinciri uygulamasının getirilmemesi nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetleri verimlilikten uzaktır. 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 (DPT, 2001: 34).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, adından da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinde ilk başvuru noktası, ilk basamak olmalıdır. Verimli bir ilk basamak sağlık hizmeti sunumunun olmaması nedeniyle, bu görevler daha çok ikinci ve üçüncü basamak tarafından üstlenilmiştir. Bu durumun, ikinci basamak sağlık kurumlarında hasta yoğunluğuna, dolayısıyla sağlık hizmetinin sunumunda tıkanmalara yol açtığı görülmektedir. Her ne kadar 29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı resmi gazete ile “*Sağlık Uygulama Tebliği*” ile etkin bir sevk zinciri uygulamaya konulması amaçlanmış

ise de, uygulamada yaşanan sıkıntılar nedeniyle ertelenmiştir. Yapılan araştırmalar ikinci basamaktaki yığılmaların ve hizmet kalitesini ve etkinliğini düşüren ve büyük sıkıntılar veren sorunların büyük bir bölümünün, (yaklaşık % 80–90), birinci basamakta çözümlenebileceğini göstermektedir (DPT, 2001: 34).

Türk sağlık sisteminde yaşanan sorunlar birçok çalışmada yerini almış ve araştırmalara konu olmuştur. 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 (DPT, 2001: 4). Sağlık alanında yaşanan sorunları belli başlıklar altında toplayan Aktan, mevcut sorunları; mevzuatla ilgili, insan kaynakları yönetimi ile ilgili, yönetim ve örgütlenme ile ilgili, hizmet sunumu ile ilgili, enformasyon ili ilgili ve finansmanla ilgili sorunlar olmak üzere beş ana başlıkta toplayarak ifade etmiştir (Aktan, 2007: 692). Diğer bir çalışmada sağlık sorunlarının nedenleri olarak gayri safi milli hâsıla içinde sağlığın payının az olması, mevcut personel istihdamındaki hatalar ve sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı itibari ile aşırı merkeziyetçi olması gibi nedenler gösterilmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008: 122). Konuya ilişkin olarak detaylı bir çalışma yapan Pala, Türkiye’nin gelişmiş olan ülkelere göre sağlık düzeyinde (doğum oranları, bebek-çocuk ölüm oranları, önlenbilir ölüm hızları vb.) karşılaştırmasını yapmış ve ülkenin sağlık durumunu istatistiksel olarak yorumlamıştır (Pala, 2007: 7–8).

#### **2.4. AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ VE PİLOT UYGULAMA**

Sağlık sistemlerinin demografik değişim, ortalama gelir, yaşam koşulları gibi baskılar sonucu sağlık sorunlarını karşılayabilecek şekilde bazı değişikliklere gereksinim duyması söz konusudur.

Kalkınmanın göstergesi olan eğitim ve sağlık hizmetlerinin, ülkemiz açısından istenilen düzeyde olmadığı ifade edilmektedir. Bir altyapı ve istihdamın sağlanamaması, merkeziyetçi yapılanma, aşırı bürokrasi, sorumluluk taşımayan kamu personeli, sağlık

hizmeti sunumunda eşitliğin olmaması, hizmetin ülkenin her yerine eşit yayılamaması, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ücretlerinin teşvik edici olmaması, insan merkezli bir sistemin olmaması, istatistikî çalışmaların sağlıklı yapılamaması gibi birçok faktörler beraberinde sağlık hizmetleri ile ilgili yeni arayışların nedeni olarak gösterilmektedir (İlter, 2006: 16). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde yanlışlık ve olumsuzluklar yapıldığı iddiasında bulunan Öztekin bunun sonucunda da hizmet modelinin tıkanma noktasına geldiğini ve daha etkili ve verimli olmak adına sağlık sisteminde revize yâda değişikliği kaçınılmaz olarak belirtmiştir. Yine aynı dönemde, Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların “küreselleşme” anlayışı ile birçok ülkede gerçekleştirmeye çalıştıkları “sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi” çabaları ülkemizde 1989 yılından başlayarak sağlık hizmetlerinde “reform” adı altında yeni arayışları gündeme taşımıştır (Öztekin, 2006: 2).

Tıbbi bilgi birikimi hızla büyümekte ve karmaşıklaşmakta, bunun yanında tıbbi teknoloji de aynı hızla gelişmektedir. Bu gelişmeyle beraber tıp kavramının çok sayıda uzmanlıklara bölündüğü görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumu da bu gelişmelerden payını alarak, aşırı derecede karmaşıklaşmış, küçük dallara ayrılmış, disiplinler birbirinden kopmuş, yüksek ve pahalı teknolojilere bağımlı hale gelmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre verilmesi benimsenmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur (Ünalın, 2004: 11-12) .

Türk kamu yönetiminin hâkim karakterine uygun olarak merkezîyetçi-hiyerarşik yapılanma anlayışı ekseninde gelişen sağlık hizmetleri örgütlenmesi; hizmetin alıcısı vatandaşları, sistemle ilişkiye geçmelerinden başlayarak tedavi sürecinin tüm aşamaları boyunca, gündelik yaşantılarını sürdürdükleri aile ortamından soyutlanmış, atomize varlıklar olarak algılamaktadır. Dolayısıyla sistemin hizmete erişim ve sunum boyutu, temel bir yaşama zemini olan aile ortamını ve bu ortamın toplumsal dokusunu şekillendiren aile üyeliği kapsamındaki bireysel ilişkileri dışlayan örgütsel bir çerçevede işlemektedir (Saran, 2007: 11). Bu anlamda aile hekimliği ile bireysel ilişkili, bireyi ailesi ve toplum içinde bütün olarak inceleyen bir model amaçlanmaktadır.

Aile hekimi tüm aile fertlerinin doğumundan (hatta doğum öncesinden) ölümüne kadar sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisini aşan sorunlarda yönlendirme yaparak, sağlık koordinatörlüğünü üstlenir. Hatta sadece yönlendirme yapmakla kalmaz sonuç hakkında bilgi alır ve değerlendirmede bulunur. Genel anlamda kendisine kayıtlı kişilerin sağlık danışmanı ve savunucusu konumundadır.

Aile hekimliği uygulanan ülkelerde kişi memnuniyetinin arttığı, aile hekimi ve kendisine kayıtlı birey arasındaki ilişkinin süreklilik kazandığının saptandığı ifade edilmektedir. Aile hekimi, kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakın olması yâda kolay ulaşılabilir konumda olması yanında aile bireylerini her yönüyle (akut-kronik sağlık sorunları, çevre koşulları, yaşama koşulları vb.) tanımaktadır. Diğer yandan kapı tutuculuk (gatekeeper) aile hekiminin önemli bir görevidir. Başarılı bir sevk zinciri uygulamasının temel taşı özelliği olması ile de bireyin doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamaktadır. Böylece yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlayıp gereksiz yığılma ve hasta mağduriyetini engellemektedir. Sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli oluşunun yanında bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle sağlık sisteminin önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabileceği olasıdır (Aydın, 2004: 53).

Aile hekimliği, çok daha hızlı ve sağlıklı bir tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacaktır. En önemlisi de hastaların doktora erişimi kolaylaşacak, çok hızlı hizmet alabilecek ve zaman kaybı ile sağlık hizmetine erişebilmek için başvuru etik dışı yollar kalkacaktır (Uğurlu vd, 2004: 191). Aile hekimliği hizmetleri ile 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 amaçlanmaktadır. Etkili bir sevk zinciri uygulaması ile de ikinci basamakta yığılmayı engellemesi ile gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. İkinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaları yanında sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (Aydın, 2004: 49-50).



Aile Hekimliği sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlamayı amaçlar. 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. Bu eşgüdüm sağlama rolü, nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar özelliklerinden biri olan ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) oluşturur. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve tedavi düzenlemeleri, eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır (Sağlık Bakanlığı 2001).

Aile Hekimliği; bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Aile hekimi, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Aile Hekimliği hastalığın sadece belirli bir evresiyle sınırlı değildir ve kişilerin sağlıklı dönemleri de dâhil olmak üzere tüm yaşantılarını kapsar. Yani, kişiye gerek sağlıklı iken gerekse hastalığında sürekli hizmet sunan bir uygulamadır. Doktor hastasıyla ne kadar uzun süre birlikte olabilirse, organik hastalıkların belirti ve bulgularını saptaması ve bunları fonksiyonel sorunlardan ayırması o kadar kolaylaşacaktır. Duygusal ve sosyal çatışmalardan kaynaklanan sorunlar en iyi birey, ailesi ve sosyal geçmişi hakkında sıkı bilgilenmiş bir doktor tarafından çözülebilir. Bu bilgiler sadece hastanın davranış kalıpları ve değişen sıkıntı durumlarına tepkilerin uzun süre gözlenmesiyle elde edilen delillerden sağlanabilir. Bu bakış tarzı özellikle çocukların potansiyellerine tümünden erişmelerine yardımcı olma olanağı verir (WONCA, 2005: 8).

Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Problemler, toplum ortamında çalışan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise

hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir (WONCA, 2005: 9).

Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Hastasını şahsen tanıyan bir doktor, sadece o anki rahatsızlığa bakım hizmeti veren doktordan daha insancıl ve kişisel bakım verdiği gibi bunu daha ekonomik olarak da yapar. Sorunların doğasını daha hızlı ve etkili değerlendirir. Olası tanıları ayırt edebilmek için pahalı laboratuvar ve radyolojik yöntemlere daha az ihtiyaç duyar. Hastalar sorunlarına kendileri tanı koyup gidecekleri uzmanları kendileri seçerse maliyet ve israf katlanır. Maliyet etkinliği olan sistem, sorunlara en mantıklı ve ekonomik yaklaşımı seçen tek bir doktorun olduğu sistemdir (WONCA, 2005: 9).

Aile Hekimliği hizmetlerine çok az bir gecikme ile çok kolay ulaşılabilir. Bu ulaşılabilirlik hem coğrafi hem de kültürel anlamda sağlanırken mali sorunlardan etkilenmemelidir. Aile Hekimliğinde sorunlar aile ve kişinin sosyal örüntüsü bağlamında ele alınır. Kişiler Aile Hekimleri ile tamamen gizlilik içinde görüşmeyi ve kendilerine ait tüm bilgilerin saklı kalmasını bekler.

Hastalar pek çok doktor tarafından ayrı ayrı görülür. Hiç birisi sorumluluğu tamamen üstlenmez, ancak kendi ile ilgili bölümle ilgilenir. Önemli kararlar verilir ancak kimse bundan kendini sorumlu hissetmez. Bu durumda olan hastanın; fizik durumunu, mizacını anlayan ve günlük yaşamının ayrıntılarını bilen bir hekime ihtiyacı vardır. Bu da ancak hastayı her anında takip etmiş olan ve yakından tanıyan aile hekimidir.

Maaşlardaki artıştan dolayı aile hekimliğinin maliyeti arttırdığı düşünülüyor. Aile Hekimliği birinci basamakta çalışan sağlık personeli sayısını azaltmış oluyor. Hekimler kendileri isterlerse yanlarında sözleşmeli kişiler çalıştırabiliyorlar. Ama sistem sadece 2 kişinin ücretini veriyor, eleman tasarrufu söz konusu. Ayrıca cari hizmet ödeneği diye ortalama 2500 TL civarı her aile hekimine ücret ödeniyor. Kamu kurumlarını kullanırlarsa aile hekimlerinden kira alınıyor, şu anda % 95 oranında kamu kurumları kullanılıyor. Hiçbir sağlık kurumunun elektrik, su, ısınma, tamir ve diğer cari giderlerini devlet karşılamıyor. Onları aile hekimleri, hizmet ödeneklerinden kendileri karşılıyor. Uygulamaya geçilen Kilis iline bakıldığında; tüm poliklinikler içinde 1.

basamağı kullanma oranının 2. ve 3. basamağa göre % 37-40'larda olduğunu görüyoruz, bu da maliyeti azaltan bir unsur. Ayrıca, aile hekimlerine artık bireyleri emanet ediyorsunuz, yani hekim 3000–3500 kişinin sağlık probleminden sorumlu oluyor. Bu durumun ülkenin hastalık yükü üzerine de olumlu etkileri olduğu görülebilir (İstanbul Tabip Odası, 2011).

Tüm Aile Hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişileri yaşadıkları mekânda bir kez olsun ziyaret etmesi gerekiyor. Aile hekimi, ilk defa uygulamaya geçilen bölgelerde bu ziyaret ile kayıtlı kişilerinin sağlık durumlarının tespitini yapar. Aile Hekimi bu ziyaretleri 8 ay içerisinde tamamlamalıdır. Mesai saatleri içerisinde yapılacak olan bu ziyaretlere ait program haftada 4 saati geçmemelidir. Aile Hekimi gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu her yerleşim birimine ayda en az 1 kere gitmelidir. Aile Hekimi gerek ev ziyareti gerekse gezici sağlık hizmeti vereceği yerleşim birimi için her ay gezi programı hazırlamalıdır. Her ay hazırladığı gezi hizmet programını ve bir önceki aya ait gezi beyanını ayın beşine kadar bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ne teslim edecektir. Hazırlanan program Aile Sağlığı Merkezi (ASM) de görünür bir yere asılmalıdır. Gezici Sağlık Hizmetleri kapsamında hazırlanan gezi programının köy / mahalle muhtarları vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü ziyaret edilecek bölgeye duyurulması sağlanmalıdır. Gezici Sağlık hizmetleri sırasında aile hekimleri sorumlu oldukları yerleşim birimlerinde ki kişilere koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri vermeleri esastır. Gebe-Loğusa ve bebek tespit / takibi, aşılama, eğitim, danışmanlık, yaşlılara, sosyal hastalığı olanlara, yatalak ve kronik hastalığı olanlara yönelik sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanı görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde aile hekimince uygun görüleni aile sağlığı elemanınca da yapılabilir. Bu durum gezi programı ve beyanında ayrıca bildirilir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik).

#### **2.4.1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması ve Sonrası**

06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve pilot uygulamanın esaslarını belirlemiştir. Bu Yönetmeliğin amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak, aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik

sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkeleri, iş tanımları, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve esasları belirlemektir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik).

Pilot uygulamaya ilk kez 15.09.2005 tarihinde Düzce İlinde başlanmıştır. 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane illerinde de uygulamaya geçilmesi ile il sayısı 7 olmuştur. 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya illeri ile beraber il sayısı 14'e ulaşmıştır. 2008 yılında Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana, Burdur, Kırıkkale, Yalova, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Kırşehir, Bilecik ve Erzurum illerinde uygulamaya geçilmesi ile il sayısı 31'e, 2009 yılında ise Trabzon, Rize, Uşak ve Bursa illerinin Aile Hekimliği uygulamasına geçmesiyle 35 ile ulaşılmıştır. Kalan 46 ilimizin de 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçmesiyle 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla ülkemizin tamamında aile hekimliğine geçilmiştir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla, 6 bin 367 aile sağlığı merkezinde 20 bin 185 aile hekimi görev yapmaktadır. Ayrıca 961 toplum sağlığı merkezi kurulmuştur. Bir yandan aile hekimliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması çalışmalarına devam edilirken bir yandan da mevzuat düzenlemeleri ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar dinamik olarak sürdürülmüştür.

#### **2.4.2. Aile Hekiminin Görevleri**

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Sağlık Bakanlığı Aile Hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarını aşağıdaki şekliyle belirlemiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010: Md.4);

1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürötmekle yükümlüdü.

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

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

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

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

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

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

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

e) Periyodik sağlık muayenesi yapar,

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

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

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

ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,

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

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

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

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

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

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

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,

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

şeklinde tanımlamıştır.

### **2.4.3. Aile Sağlığı Elemanın Görevleri**

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Aile hekiminin görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur.

Aile sağlığı elemanın görevleri (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010: Md.5);

1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4 üncü maddede

sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

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

a) Kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder,

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular,

c) Yara bakım hizmetlerini yürütür,

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

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

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

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

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

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

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

#### **2.4.4. Gezici Sağlık Hizmetleri**

Aile hekimliğine geçilen illerde gezici sağlık hizmeti bölgeleri, uygulama başlamadan önceki iki ay içinde, aile hekimliği uygulamalarına geçildikten sonra yapılmak istenen değişiklikler ise her yıl Ocak ve Temmuz aylarında il sağlık müdürlüğünün teklifi ve Bakanlığın uygun görüşüyle tespit edilir. Gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü aile hekimleri atama sırasında belirlenir. Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, bölgelerindeki dağınık yerleşim birimlerine belirli bir plan dâhilinde

periyodik olarak ulaşmaları ve bu şekilde hizmet vermeleri esastır. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaret yapar ve programını köy/mahalle muhtarlar vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü saat 12.00'ye kadar duyurulmasını sağlar. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile sağlığı elemanınca da yapılabilir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010: Md.6).

## **2.5. AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ SÜRECİNDE YAPILAN ELEŞTİRİLER**

Aile hekimliği modeline ilişkin olarak kamuoyu ve sağlık çevresinin nabzı yoklandığı takdirde sisteme ilişkin pek çok eleştiri ile karşı karşıya kalmak mümkündür. Bu eleştirilerden belki de en önemli sayılabilecek olanı; Dünya Bankası'nın 2003 yılında Türkiye ile ilgili sağlık raporunda söz ettiği üzere; "Aile hekimliğinin Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin en önemli adımı." ibaresidir. Anayasadaki hüküm gereği sosyal devlet ilkesi gereğince, Milli Eğitim, Milli Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri stratejik hizmetler olarak tanımlanmıştır. Bu hizmetlerin özelleştirilmesi kamunun genel menfaatlerine aykırı olarak öngörülmüştür. Bu açıdan insanların en tabii hakkı olan temel sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi en önemli eleştiri noktasını teşkil etmektedir (Top ve Gider, 2004: 72) .

Bir başka eleştiri konusu ise kurulmaya çalışılan aile hekimliği sisteminin yalnızca pratisyen hekimlere nasıl daha fazla ücret veririz mantığından ortaya çıkmış bir model şeklinde algılanması durumudur. İlgili kanunun 3. maddesinde belirtilen "en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için 6 katını, aile sağlığı elemanı için 1,5 katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar" ifadesi de bu eleştiriye desteklemektedir. Aynı zamanda cari gider olarak ödenmekte olan ücret sadece hekimin yönetiminde olup aile sağlığı elemanının bu ücret üzerinde hiçbir hakkının bulunmaması da bir başka eleştiri noktasıdır (Sağlık Memurları Derneği, 2011).

Mevcut sosyal devlet anlayışındaki hizmet uygulaması ülke genelinde büyük oranda uzun yıllar sorunsuz olarak uygulanmış gelmiştir. Uzun zaman içerisinde



uygulanmış ve oturmuş bir sistemin çoğunluğu uygulayıcılardan kaynaklanan bir takım aksaklıklar bahane edilerek kaldırılmaya çalışılması bu anlamda tartışılır bir noktadır. Her daim bir yapının yalnızca yıkılarak yeniden inşa edilmesi gerekmediği gibi, mevcut yapının güçlendirilmesi ve desteklenmesi yöntemiyle güncellenmesi de sağlanabilmelidir. Bu noktada yapılması gereken sistemdeki ve uygulayıcılardaki eksikliklerin giderilmesi şeklinde değerlendirilmelidir (Sağlık Memurları Derneği, 2011).

Modelin en önemli sorunlarından birisi ise Aile Hekimliğinin en temel özelliği olan Birinci Basamaktaki kapı tutuculuk (gatekeeper) görevinin sevk zincirinin işletilmemesiyle kaldırılmış olmasıdır. Kapı tutuculuk Aile Hekimliği modelinin olmazsa olmaz özelliklerindedir ve sistemi tamamlayan ana unsurdur. Kapı tutuculuğun ne olduğuna değinecek olursak işin özünde Birinci Basamakta yer alan Aile Hekimlerinin kendilerine kayıtlı nüfusa sağlık hizmetini ulaştırırken hastaların büyük bir çoğunluğuna ihtiyacı olan sağlık hizmetini vererek onları tedavi etmesi ve sağlıklarına kavuşmalarını sağlamasıdır. Böylece hastalar gereksiz yere daha maliyetli olan İkinci Basamağa başvurmayıp Birinci Basamakta tutularak tedavi edilmiş olurlar. Sevk zincirinin işletilmesiyle birlikte İkinci Basamağa başvuranların büyük bir bölümünün (%80-90) sorunlarının Birinci basamakta çözüme kavuşturulabileceği bilinmektedir. Etkin sevk zinciriyle birlikte İkinci Basamaktaki yığılmaların da önüne geçilerek hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin daha etkin ve kaliteli yürütülmesi imkanı da doğmuş olur. Bu da sağlık harcamalarının daha etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayarak ülke kaynaklarının israf edilmesinin önüne geçmemize yardımcı olur.

Ülkemizde özellikle ilaç firmalarının promosyonları doğrultusunda bazı tabiilerin reçete yazdıkları bilinmekte ve Sağlık Bakanlığınca defaatle yayımlanan genelgelerde sağlık kurum ve kuruluşlarına mesai saatleri içerisinde ilaç mümessillerinin alınmasının önüne geçilebilmektedir. Ancak aile hekimliği modelinde böyle bir kısıtlama olmaması nedeniyle ilaç mümessillerinin aile sağlığı merkezlerinin demirbaşları olması mümkündür. Bu şekilde ilaç kullanımının artması ve sağlık maliyetlerinin de yükünün artması olasıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarında görev yaparken aile hekimliği modeline geçilmesi suretiyle iş güvencesinin bir süre sonra ortadan kaldırılması, bu nedenle bütün sağlık çalışanlarının sözleşmeli hale getirilmesi

söz konusudur. Sağlık ocaklarında verilmekte olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasaya entegre edilmesi çabasıyla “herkesin bir doktoru olacak” söyleminden hareketle aile hekimliği sistemi hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Hekimleri patron/işveren konumuna getirerek yanlarında ebe ve hemşire gibi bir iki tane aile sağlığı elemanı çalıştırmasını koşullayan, hekimler dâhil hiçbir sağlık personelinin iş güvencesinin olmadığı sözleşmeli statüde çalıştığı aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar işletme mantığına göre yapılandırılmaktadır. Bu çerçevede; hekim işletmeci/patron, ebe ve hemşire gibi sağlık elemanları bu patrona bağlı işçi, hastalarda müşteri konumuna getirilmektedir. Bu noktada Dünya Bankası destekli aile hekimliği projesindeki kredilerden kontrolsüz ve hakkaniyetsiz bir şekilde tasarruf sağlanması kuvvetle muhtemeldir (Hamzaoğlu, 2006: 63; Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009: 641; Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006: 49).

### **2.5.1. Geçiş Sürecinde Olası Problemler ve Çözüm Önerileri**

Aile hekimliği uygulamasında tercih edilmeyen bölgedeki nüfusun durumu en önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna çözüm olarak Aile Hekimliği uygulamasında her ilçede o bölgenin toplum sağlığından sorumlu olacak Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) oluşturulmaktadır. Eğer uygulamada tercih edilmeyen bir bölge olursa bu merkezlerde görevli sağlık personeli bu bölgede çalışmak üzere görevlendirilebilecek olmasına karşın bu önlemlerin alınmasında gecikmeler yaşanmaktadır. Bu personele bu hizmeti yaptığı için ek bir ödeme yapılacaktır, ayrıca vatandaşların hekim seçme özgürlüğü de olacağı için eğer kendi bölgelerindeki hekimden memnun kalmazlarsa aynı ilçe içinde kalmak şartıyla başka bir hekimi de tercih edebileceklerdir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimliği uygulamasında uzman hekimlerin aile hekimliğine geçebilecekleri Sağlık Bakanlığı tarafından ifade edilmektedir fakat birinci basamakta görev alırken aynı zamanda ikinci basamaktaki uzmanlık hizmetlerini nasıl yerine getirecekleri netlik kazanmamıştır. Aile hekimliği uzmanları dışındaki diğer branşların uzman hekimleri de uygulamada yer almak üzere başvurabilecekler. Ancak uzmanlık dalları ne olursa olsun bu branşları ile ilgili uzmanlık hizmetlerini başka bir kamu veya özel sağlık kurumunda yapamayacaklar. Burada Aile Sağlığı Merkezlerinin uzmanlık isteyen İkinci Basamak Hizmetlerini yürütmeye elverişli tıbbi cihaz, donanım, yardımcı

personel ve imkânlarının yetersiz olduğu hatta olmadığı göz ardı edilmiştir. Bu şekilde bir uygulamanın mevcut yapılanmayla pratikte mümkün olamayacağı görülmektedir.

Mevcut aile hekimleri aynı zamanda gezici aile hekimliği görevlerini zaten fazla olan iş yüklerinden ötürü düzenli yapamayacakları öngörülmektedir. Uygulamada esas olan Aile Hekimlerinin bulunduğu bölgede gezici sağlık hizmeti vermesi gereken bir nüfus varsa bu hizmetini vermesidir. Bu hizmeti mesai saatleri dâhilinde daha önceden günlerini bildirmek şartıyla vereceklerdir. Gezici hizmetleri sunacakları gün yerlerine bir başka aile hekiminin bakacağı öncesinden Aile Sağlığı Merkezinde görülebilecek bir yerde duyurulacaktır. Asıl sorun da burada belki başlamakta genelde vatandaşın bu duyuruları görmediği, okumadığı veya görmezden geldiğidir. En doğrusu Aile Hekiminin hastalarına önceden gezici hizmete çıkacağını bizzat kendisinin hatırlatmasıdır.

Aile hekimliğinde kullanılacak sarf malzemeler sigorta kurumu tarafından mı yoksa il müdürlükleri tarafından mı karşılanacağı bunun ne şekilde olacağı netleşmelidir. Kullanılacak ve fatura edilmeyen sarf malzemeleri hekim tarafından karşılanacaktır. Hekimlere bu tür malzemeleri temin etmesi için ücret desteği verilmektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimliğinde eşlerden biri bir aile hekimini, diğeri başka bir aile hekimini seçebileceği söylenmektedir. Böyle bir durum Aile Hekimliği uygulamasının özüne ters düşmektedir. Aynı aileye mensup bireylerin uzun dönemde takibini tek bir hekimin yapması hem ailenin hastalık yapısını bilmesi ve takip etmesi açısından hem de ailenin genetik yatkınlığından kaynaklı muhtemel kronik hastalıklara karşın daha etkin koruyucu sağlık hizmeti sunabilmesine imkân verecektir. Çocukların durumu ise tam bir karmaşa olacaktır. Uygulamanın esasını kişilerin istediği hekimi seçmesi oluşturmaktadır. Mevcut sistemde olduğu gibi kişiler istedikleri hekimi tercih etmektedirler. Çocuklar ise yine ebeveynlerinin tercih ettiği hekime kaydettirilebilecektir. Bu tarz tercih hakkının yaratabileceği sıkıntı bazı hastalıkların bir yerde odaklanmasına rağmen fark edilememesi olacaktır. Ancak kullanılan bilgisayar programına kayıtlar doğru girildiği takdirde Toplum Sağlığı Merkezinde (TSM) veya İl Sağlık Müdürlüğündeki takip sisteminde bu durum ikaz mekanizmasını tetikleyecek ve hekimlere durum bildirilecektir. Uygulamada AHBS programındaki uyarı mekanizmalarının etkin kullanılmadığı bilinmektedir. Aile hekimi ile anlaşamayan bir

hasta, mevcut aile hekimini reddettiğinde sağlık hizmetini bir başka hekimden alabilecektir. Kişi 6 aydan kısa sürede olmamak şartı ile hekimini değiştirebilir, ancak bulunduğu yerdeki hekimi tercih etmeyen kişiler kendilerinden uzakta olan bir başka hekimi de tercih edebilecektir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Üniversite öğrencilerinin, yılın büyük bir kısmını okudukları yerde öğrenci olarak geçirdikleri için, burada bir hekime kayıt olmaları daha doğru olmasına rağmen aileleriyle birlikte ikamet ettikleri yerlerde Aile Hekimlerine kayıt olmakta okul döneminde ihtiyaç duyarlarsa daha doğru tabirle mecbur kalırlarsa okudukları yerlerde hekimlere kayıt olmaktadır.

Aile hekimliğinde denetleme kim tarafından ve nasıl yapılacağı ve hangi kriterlere göre ne sıklıkla yapılacağı netleşmelidir. İlçelerde oluşturulan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) aile hekimlerinin hizmetini denetleyecektir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlükleri de ilin tüm sağlık hizmetleri gibi bu hizmetleri de planlama ve denetleme yetkisine sahiptir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimi ile ikinci basamak hekimleri arasında sevkten doğacak bir rant olasıdır. Eğer böyle bir rant var ise mevcut sistemde de var olduğu kabul edilebilir. Aile hekimlerinin yapacakları sevk oranları doğrudan kendilerinin performansını etkileyecektir, yani aşırı sevk durumunda ücretlerde belirli oranlarda kesintiler söz konusudur. Her hekimin sevk oranı, sevk ettikleri branşlar sürekli takip edilecektir. Belli bir branş üzerinde yoğunlaşma tespit edilirse bu hekimler ilgili branşta eğitime alınacaktır.

Aile Hekiminin aile planlaması konusunda misyonu ne olacağı netleşmeli ve daha etkin hale getirilmelidir. Aile hekimi tüm modern aile planlaması konularında rehberlik verecektir. Sertifikası varsa Rahim İçi Araç (RİA) ve Menstrüel Regülasyon (MR) uygulaması yapabilecektir. Uygulamada bu yönler eksik kalmıştır, Sağlık Bakanlığının dönem dönem yapacağı sertifikalandırma eğitimleriyle modern aile planlaması hizmetlerine tüm toplumun rahatlıkla ulaşması sağlanmalıdır.

Aile hekimleri her ilacı yazamadığına göre kronik hastaların tedavisi aşamasında sıkıntılar yaşanabilecek, bu tip hastalar daimi olarak ihtiyaç duydukları ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmeli ve heyet raporlarına istinaden Aile Hekimlerince ilaçları takip edilebilmelidir. Aile Hekimlerinin her ilacı yazamaması geri ödeme kurumlarının kararı

ile ilaç maliyetlerini düşürmek için alınmış olan bir karar olmasına karşın uygulamada birçok zorluğa ve karışıklığa neden olmaktadır.

Aile Hekimleri öncelikli olarak mevcut sağlık ocaklarında görev yapmışlar ve görece düşük kira bedelleri ödemişlerdir. Aile Hekimliği sistemine sonrasından dâhil olan hekimler ise özellikle büyükşehirlerde yüksek kira bedelleriyle yer tutmak zorunda kalabilmekte, herkese sabit bir rakam karşılığı yapılan cari ödemeler kira bedellerini karşılamakta yetersiz kalabilmektedir. Bu tip maliyetleri düşürmek için istemeleri halinde kamu mekânları dışında bir yerde de grup halinde hizmet verebileceklerdir.

Aile hekimlerinin bir başka bölgeyi talep etmesi halinde, herkesin daha iyi imkânların olduğu yere gitme içgüdüleriyle hareket etmesinden dolayı bu durum kalkınmış bölgelerde yığılmaların oluşmasına sebep verebilecektir. Aile hekimleri bir başka bölgeyi talep ederlerse bu bölge için sıraya girecekler ve bu bölgede bir pozisyon boşaldığı takdirde sırada bekleyen hekimlerden puanı yüksek olanın ataması yapılacaktır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile Hekimliği çalışmalarının başlatılması ve topluma modelin tanıtılarak sistemden nasıl faydalanabileceklerini, neler getirdiğini ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin öneminin kavratılabilmesi böylelikle Aile Hekimliği kültürünün oluşturulabilmesi ve etkin yürütülmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile iletişime geçilerek bu konunun okullarda işlenmesi ve eğitim müfredatında yer alması sistemin bir an önce kurulup toplum tarafından etkin ve doğru bir şekilde kullanılmasının önünü açacaktır.

Aile Hekimliğinin ücretsiz olması sağlık harcamalarında artışa ve israfa neden olacağı düşüncesiyle mevcut ekonomik durumun bunu kaldıramayacağı ve sistemin kısa bir sürede çökeceği ve işlevini yitireceği bazı kesimlerce öne sürülmektedir. Sağlık Bakanlığı verileri ve hesaplamalarına göre İkinci ve Üçüncü Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelere doğrudan başvurular sadece %20 azaldığında bu maliyetin karşılığı tasarruf edilebilmektedir. Bunun üzerindeki azalmalarda ise sistem maliyeti düşmektedir. Uygulamada İkinci ve Üçüncü Basamağa doğrudan başvuruların önüne geçmek için Aile Hekimliğinin esası olan Sevk Zincirinin kaldırılmış olması başlı başına bir sorun olmuş ve maliyetleri artırmıştır. Bunun bir nebze önüne geçebilmek için doğrudan İkinci ve Üçüncü Basamağa başvurularda değişen oranlarda katılım payı ödeme uygulamasına başlanmış ve etkili olduğu gözlenmiştir.

Aile hekimliğinde acildeki pratisyen hekimlerin durumu belirsizlik arz etmektedir. Bu hekimler çalışmalarına devam edeceklerdir, ancak aile hekimliğinin etkili şekilde devreye girmesi ile acil servislere başvurular azalacak ve buralarda çok sayıda pratisyen hekimin istihdam edilmesine gerek kalmayacaktır. Bu hekimlerimiz de aile hekimliği, toplum sağlığı merkezi hekimliği gibi birinci basamak hizmetlerine yönleneceklerdir. Acil servislere başvuruda asıl olan hastanın ilgili branş uzmanlarınca değerlendirilmesidir, ancak bilindiği gibi acil servislerin kullanımı istismar edilmekte, aslında birinci basamakta sorunu çözülebilecek pek çok hasta doğrudan buraya başvurmaktadır. Bunun önünü alabilmek için acil durumlar dışında acil servislere başvurularda katılım payı ödenmesi uygulaması başlatılarak acil servislerin suiistimalinin önüne geçilmesi planlanmaktadır.

Aile hekimliğinde koruyucu sağlık hizmetleri kesintileri çok az olmakta bu da koruyucu sağlık hizmetleri sekteye uğratmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kesinti azami %15 olarak belirlenmiştir. Yani koruyucu sağlık hizmeti performansı düşük olan kişinin ücretinin %15'ine kadar kesinti söz konusu olabilecektir. Bu durumun uzun süre devam etmesi durumunda sözleşmenin feshine kadar varabilecek tedbirler alınabilme yolu açıktır. Ayrıca koruyucu hizmetlerin iyi verilmesi hekime olan başvuruları da azaltacağından hekimler iş yüklerini azaltmak için bu hizmetlerin iyi verilmesi gereği bilincine kısa sürede ulaşmaktadırlar (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Aile Hekimliğinde laboratuvar ve röntgen hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Bu tür tetkikler Toplum Sağlığı Merkezleri ve Sağlık Müdürlüğünün onayını almış özel merkezlerce yapılabilecektir. Bu tetkikler Bütçe Uygulama Talimatı çerçevesinde hekimlere fatura edilecektir. Hekimlere bu tetkikleri yaptırmaları için bütçe sağlanmaktadır. Uygulamada laboratuvar hizmetleri alınan numunelerin günlük olarak Sağlık Müdürlüklerinden gelen araçlarla alınıp ilgili hastaneler veya laboratuvarlarda çalışılmasıyla yürütülmektedir. Burada özellikle röntgen hizmetlerinin yeterince iyi yürütülemediği görülmektedir. Aile hekimliğine dâhil olmayan pratisyen hekimler de diğer sağlık personeli gibi oluşturulacak Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde görev yapacaklardır. Bu merkezler toplumun genelini ilgilendiren sağlık hizmetleri, aile hekimliği hizmetlerinin planlanıp değerlendirilmesi, lojistik hizmetler, idari hizmetler, adli tabiplik, çevre sağlığı hizmetlerini yürütecektir (Aile Hekimliği Portalı, 2011).

Kayıtlı olunan yer dışında hastalanan kişilerin nasıl muayene ve tedavi olacaklarını bilmemeleri durumlarını belirsizleştirmektedir. Bu durumdaki kişilerin acil bir müdahaleyi gerektiren hastalığı varsa acil servislerde müdahale edilecektir. Acil olmayan durumlarda da toplum sağlığı merkezlerinden muayene hizmeti alabileceklerdir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Mevcut pratisyen hekimlerin hekimlik yeterlikleri konusunda sıkıntı olduğu düşünülüyor. Aile hekimliği ile birlikte yanlış tanı alan hastalar sebebiyle oluşacak malpraktis uygulamalarının takibi belirsizdir. Cezai müeyyideleri hangi kişi ya da kurumun karşılayacağı netleştirilmeli, Aile Hekimi tek başına sorumlu tutulmamalı, Bakanlığın buradaki sorumluluğu ortaya konmalıdır. Henüz bir malpraktis yasası olmadığı için durum mevcut mevzuat üzerinden değerlendirilmektedir. Cezai müeyyideleri halen kişiler karşılamak durumundadır. Eğer kurumsal bir kusur varsa dahi bunun sorumlusu kişiler olarak belirlenmekte ve sorumlulara rücu ettirilmektedir.

Aile Hekimliği uzmanlarının sayısının yetersiz oluşu ve ihtiyacı karşılamadığından ötürü Pratisyen hekimler aile hekimliğinde sertifikasyon programına tabi tutulacaklardır. İlk aşamada 10 günlük bir uyum eğitimini takiben, 1 yıl sürecek hizmet içi eğitim verilecektir. Uyum eğitiminde aile hekimliği disiplinin kuralları, iletişim becerileri, kayıt sistemleri gibi klinik bilgi haricindeki bilgi ve beceriler verilecektir. İkinci aşama eğitimde ise klinik bilgi ve becerileri arttırmaya yönelik modüler tarzda tasarlanmış eğitim verilecektir. Bu durum uygulamada belirli uzmanlıklar gerektiren bazı hizmetlerin başlarda aksamasına neden olacaktır. Süreç içerisinde bu aksaklıkların üstesinden gelinip gelinmediği Bakanlıkça verilerin değerlendirilmesiyle takip edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010).

Sevk oranlarında ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kriterlere göre aile hekimlerine yaptırımlar olmasına karşın gereksiz ilaç yazan hekimler için bir yaptırımın olması gerekmektedir. Aile hekimleri reçete ettikleri ilaçların sayısı ve içeriği sınırlandırılmıştır ayrıca reçeteleri bilgisayar programına işlemek zorundadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın bu ilaçları merkezden takip edip sapmaları tespit ederek hekimleri ikaz edeceğini bildirmesine rağmen bugüne kadar bu konuda herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

Tabii ki Aile Hekimliği modelinin sistematik bir şekilde işler hale getirilmesi amaçlanıyorsa Sevk Zincirinin Sağlık Bakanlığının tabiriyle esnetilmeden ivedilikle uygulamaya geçirilmesi gerekir. Böylece birinci basamağın etkin bir şekilde poliklinik hizmetlerini verdiği ve ikinci basamağın etkin olarak asli işi olan yataklı tedavi hizmetlerine yönlendirildiği yapı oluşturulmuş olacaktır. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta tedavi edici hizmetlerden daha çok asli görevlerinden birisi hatta en önemlisi olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmeleri bireylerin sağlıklarını korumalarını ve daha sağlıklı kalmalarını sağlayacak olup bu da zamanla toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesini ve sağlık göstergelerimizin gelişmiş ülkeler seviyesine çıkmasını sağlayacaktır. Zaman içerisinde koruyucu hekimlikle birlikte pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar düşecek yerine daha etkin ve ucuz olan koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırma imkânı doğacaktır. Böylece ülke sağlık harcamaları kontrol altına alınıp maliyetler kısılmış olacaktır.

Tablo 2.1'den de anlaşılacağı üzere Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasının başladığı 2005 yılında ve sonrasında ilaç tüketimi kutu bazında artış göstermiştir. Bu rakamlar Aile Hekimlerine kişilerin daha çok reçete yazdırmak için başvurduklarını böylece sistemin ilaç kullanımını açısından maliyetleri artırdığını ve etkinliği azalttığını aynı zamanda kaynakların etkin kullanılmadığını göstermektedir.

**Tablo 2.1.** Kamu İlaç Harcaması (2002 Fiyatlarıyla) ve Tüketilen İlaç Miktarı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	5 yıllık artış (%)
Kamu İlaç Harcaması (milyon TL)	5.232	5.428	5.601	5.173	5.944	6.056	% 16
Tüketilen İlaç (milyon Kutu)	699	769	856	1.212	1.272	1.399	% 100

\* Sağlık Bakanlığı, 2008.

Aile Hekimliğiyle birlikte Verem Savaş Dispanseri (VSD) ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) kapanırsa tüberkülozlu ve kanserli hastaların takibi zorlaşacaktır. Bu hastalar Toplum Sağlığı Merkezleri ve aile hekimleri tarafından takip edilecektir. Bunun getirdiği risklerin başında Aile Hekiminin bu gibi konularda uzmanlaşmış olmamasından kaynaklanan tecrübe eksikliği sayılabilir. Diğer taraftan hep aynı hekim tarafından senelerce takip edilen bu gibi hastalıklarda kişiyi



hedef alan tedavi ve bakım hizmetleri evde bakım da dâhil olmak üzere verilme imkânına kavuşmakta; böylelikle kanser, verem gibi kronik ve senelerce tedavi gerektiren aynı zamanda tedavisi maliyetli olan bu hastalıkların takibi kolaylaşmakta, maliyetler düşmektedir.

## 2.6. AİLE HEKİMLİĞİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLİŞKİSİ

Birinci bölümde detaylı bir şekilde incelediğimiz Genel Sağlık Sigortası ile Aile Hekimliği uygulamasının Sağlıkta Dönüşüm Programının iki temel unsuru olduğunu belirtmiştik, burada ise aralarındaki ilişki ve birbirlerini tamamlayan yönleri üzerinde duracağız.

Sosyal güvenlik sisteminin dağınık kurumsal yapısının olumsuz etkileri kendisini en fazla sağlık finansmanı alanında göstermiştir. Toplumda yaşayan kişilerin belirli bir bölümü; yaşamlarının sadece son döneminde emeklilik uygulamasına, sosyal yardım ve hizmetlere ihtiyaç duyarlarken, toplumu oluşturan tüm bireyler ise bütün yaşamları boyunca koruyucu ya da tedavi edici sağlık hizmetine gereksinim duymaktadırlar. Sağlık bilgilerinin merkezi olarak saklanmaması ve harcamalarının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda israfa, aşırı sayıda bürokratik işleme, sağlık politikalarının belirlenmesinde de yanlışlıklara neden olmaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2005: 21).

Genel Sağlık Sigortası (GSS) çıkmadan toplumun tümüne ayırım gözetmeden eşit sağlık hizmet sunumunu hedefleyen bir modelin çeşitli sıkıntılarla karşılaşacağı kolayca tahmin edilebilecek bir durumdur. Bu nedenle aile hekimliği pilot uygulaması için birinci basamağa özel, yani aile hekimleri üzerinden sağlık hizmeti alan kişiler için kısıtlı da olsa sanal bir sağlık sigortası oluşturulmuştur. Bu yapılanma içerisinde aile hekimlerine muayene olmak için cepten ödeme veya sigorta kurumlarına yansıtılacak bir bedel olmayacak, temel laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri ücretsiz olarak yapılabilecektir. Bu uygulamada tek sıkıntı, ilaç temini aşamasında, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kişilerin durumudur. Genel Sağlık Sigortasının devreye girmesi ile

bu sıkıntı da ortadan kalkacaktır. Zorunlu Genel Sağlık Sigortası uygulaması önce 1 Ekim 2010 tarihine ertelenmiş son olarak da 1 Ocak 2012 tarihine ötelenmiştir.

01 Ocak 2012 tarihinden itibaren tam anlamıyla yürürlüğe girecek olan GSS ile tüm nüfusun sağlık güvencesine kavuşması amaçlanmaktadır. Sağlık güvencesinin teminatı olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri zaten Aile Hekimliği modeliyle yürütülmeye çalışılmaktadır. GSS ile birlikte değişecek olan hizmetin finansmanının SGK tarafından standarda ve resmiyete kavuşturularak ödenmesi olacaktır. GSS ve dolayısıyla Aile Hekimliği modelindeki en temel sorun sistemin gereklerinden olan sevk zincirinin getirilmemiş olmasıdır. Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesinde Birinci Basamaktan başlayarak Üçüncü Basamağa doğru daralarak piramit şeklinde yükselmesi gereken hizmet sunum yapılanması özellikle İkinci Basamakta halen istendiği ölçüde daralmayarak yükselmekte ve İkinci Basamakta yer alan Hastanelerin iş yükünü gereksiz yere artırmaktadır. Tüm bunların sonucunda sistemin hedeflerinden biri olan maliyetlerin düşürülmesi konusunda istenen rakamlara ulaşılamamaktadır. TÜİK verilerine göre sağlık harcamalarının 2001 yılı için GSYH'ye oranı 1,9 iken Aile Hekimliğinin ülke geneline yayıldığı tarih olan 2010 yılında 2,92 oranına yükselmesi hedeflere tam anlamıyla ulaşamadığını doğrular niteliktedir.

GSS'ye göre sağlık toplumsal değil, kişisel bir sorundur. Tasarıda sağlık için aynen şu ifade yer almaktadır, “..sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlıklarını korumaktan asli olarak sorumludurlar.” Konut, barınma, ısınma, beslenme ihtiyaçları yeterince sağlanamamış, açlık ve yoksulluk sınırında ücretlerle yaşamını sürdürmeye çalışan insanların sağlıklı olmalarını ve kendi sağlıklarını korumalarını beklemek ülkenin gerçeklerinden kopuk bir şekilde hayal dünyasında yaşamak demektir ve bilimsel bir yaklaşım değildir. Yetersiz koşullarda bulunmalarından dolayı sağlıklı olamadıklarında kişisel olarak vatandaş sorumluluğu tutmak sosyal devletin gereği olan sağlık hizmetlerini tüm topluma ihtiyacı olduğunda eşit bir şekilde ulaştıramadığımızı itiraf etmek demektir. Sonuçta; bilimsel açıdan bakıldığında, yapılmak istenen şeyin devletin sağlık hizmetleri üretiminden ve finansmandan mümkün olduğunca çekilmesi, sağlığın doğuştan kazanılan bir hak ve kamusal bir hizmet olmaktan çıkarılarak ve sağlık alanının serbest piyasanın ellerine teslim edilmesi olduğu açıkça görülmektedir. GSS'nin temel unsurlarından birini oluşturan aile hekimliği ise tüm bu oluşumu destekler nitelikte kurgulanan bir model niteliği taşımaktadır. Aile hekimi tasarıda,

“birinci basamakta görev yapan uzman hekim” olarak tanımlanmaktadır. Aile Hekimi, muayenehanesinde “Birey merkezli” çalışan ve insanlar hastalandıktan sonra onları tedavi etmeye uğraşan ve bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden ve pratisyen hekimliğin pek çok fonksiyonundan farklı bir pratik olarak karşımıza çıkmaktadır. Tasarıda, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmeti vereceği söylene de, bunun pratikte mümkün olamayacağı açıktır. Çünkü, aile hekimine en az 1.000, en çok 4.000 nüfusun bağlanması öngörülmekte; böylece, aile hekiminin bu 1.000-4.000 arasındaki nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden sorumlu olması beklenmektedir. Bir aile hekiminin, günde 30 hastaya baktığını ve bu hastalara ortalama 15 dakikalık bir muayene süresi harcadığını düşünürsek, bu toplam 7,5 saat yapmakta; şayet 50 hastaya baktığını düşünürsek, bu süre 12,5 saate çıkmaktadır. 1.000-4.000 nüfusun olduğu yerde en az 25-30 gebe, en az 50 bebek, 12-60 ay arasında en az 275 çocuk, en az 600 tane doğurgan dönemde kadın var demektir. Bir aile hekimi hem 7,5 veya 12,5 saat poliklinik yapıp, hem de bu insanlara koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl verebilir? Bu soruya verilebilecek tek cevap vardır o da Aile Hekiminin koruyucu hekimlik hizmetlerini geri plana atarak tedaviye odaklanmasıdır. Zaten modelin işleyişinde de koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilemediği ya da yetersiz verildiği görülmektedir (Çalışma ve Toplum, 2006: 160-161).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA KİLİS İLİ ÖRNEĞİ

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI, KAPSAMI VE YÖNTEMİ

##### 3.1.1. Araştırmanın Amacı

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili ayrıntılar kadar hasta kişinin duygularını ve düşüncelerini de bilmemiz gerekir. Hastaların fikirlerini öğrenmenin en iyi yolu bu amaçla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır. EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği EQUIP (European Association for Quality in General Practice/ Family Medicine) tarafından hazırlanmış ve on yılı aşkın bir süredir çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenehanesini değerlendirmede kullanılan bir ölçek olup 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. Hatta İsviçre ve Fransa'da muayenehanesinde EUROPEP ölçeğini kullanan hekimlere meslek örgütleri tarafından sürekli tıp eğitimi puanı verilmektedir (Aktürk vd. 2002: 153- 160).

Biz de çalışmamızda EUROPEP ölçeğini kullanarak ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde yürütülmekte olan sağlık reformunun getirmiş olduğu Aile Hekimliği sistemini Kilis İli özelinde inceleyip hasta memnuniyet düzeylerini saptayarak hizmetin eksik yönlerinin belirlenmesi, uygulamada karşılaşılan sorunlar, buna karşın alınan tedbirler ve neler yapabileceğimizi tartışmaya açmak ve ülkemiz için yeni olan Aile Hekimliği sistemini ülkeye adapte ederek geliştirmeye ve iyileştirmeye katkı sağlamayı amaçladık. Bu amaçla EUROPEP ölçeğini Türkçeye çevirmiş olan sayın Zekeriya AKTÜRK'e ulaşılmış ve çalışmamızda kendisi ve arkadaşlarının çevirmiş olduğu ölçeği kullanmak üzere yazılı izin talebimiz iletilmiştir. Hocamız bu konuda kendisine ulaştığımız için memnuniyetlerini belirtmiş ve ölçeğin telif hakkının bulunmadığını, yazılı izne gerek olmadığını ve araştırma yapan herkesin

kullanımına açık olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca kendisine ulaşarak göstermiş olduğumuz nezaket için bizlere teşekkür etmiştir.

### **3.1.2. Araştırmanın Kapsamı**

Çalışma, Sosyal Güvenlik Reformunda Aile Hekimliğinin koruyucu hekimlikteki önemi ve reformun Genel Sağlık Sigortası ayağında Aile Hekimliğinde gelinen nokta ve bu bağlamda Kilis ili örneği ile sınırlandırılmıştır.

Çalışma genel olarak literatür taraması ile yürütülmüştür. Sosyal Güvenlik Reformu ve Aile Hekimliği konusundaki literatür taranmış, bu alanda yazılmış kitap, makale ve sunumlar incelenmiş ve konuyla ilgili elektronik kaynaklardan yararlanılmıştır. Dünyada ve ülkemizdeki uygulamalar literatür çerçevesinde analiz edilmektedir.

Araştırmada tanımlayıcı ve açıklayıcı bir yöntem kullanılmaktadır. Çalışma kesitsel tipte, analitik özellikleri olan bir araştırmadır.

#### **3.1.2.1. Araştırmanın evreni**

Çalışma Kilis ili örneğinde 2011 yılı içerisinde gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple, Kilis il merkezinde Aile Hekimliğinden aktif olarak faydalanan nüfus evren olarak seçilmiş, uygulamanın ildeki 15 yaş üstü tüm nüfusu kapsadığı göz ardı edilmemiştir. Kilis ili nüfusu Türkiye İstatistik Kurumunun çalışmanın yapıldığı yıl olan 2011 yılı güncel verilerinden hareketle projekte edilerek 87.939 olarak baz alınmıştır.

Araştırmanın evrenini 15 yaş ve üstü Kilis ilinde ikamet eden tüm bireyler oluşturmaktadır.

#### **3.1.2.2. Araştırmanın örnekleme**

Projeksiyon örnekleme seçimine ilişkin formüle dayalı olarak Yazıcıoğlu ve Erdoğan tarafından hazırlanan tablodan (Tablo 3.1) hareketle oluşturulacaktır. Tablo 3.1'e göre,  $\alpha = 0,05$  için,  $\pm 0,05$  (d) örnekleme hatasının kabulü durumunda,  $p=0,5$   $q=0,5$  için evrenimizin 100.000 kişiye kadar ki temsiline istinaden 383 rakamı bulunmaktadır. Buna göre, yaklaşık 350 kişi ile görüşülmesi hedeflenmiş, görüşmeyi kabul edip anketleri cevaplayan 350 kişiden toplanan anketlerden yapılan değerlendirme

sonucu kriterlere (eksik cevaplama, sorulan soruyu yanlış anlama vb.) uymayan anketler değerlendirme dışı bırakılmış olup toplam 263 anketin istatistiki analizi yapılmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 50).

**Tablo 3.1.**  $\alpha=0,05$  İçin Örneklem Büyüklükleri

Evren	± 0.03 örneklem hatası (d)			± 0.05 örneklem hatası (d)			± 0.10 örneklem hatası (d)		
	P=0.5 Q=0.5	p=0.8 q= 0.2	P=0.3 Q=0.7	p=0.5 q=0.5	P=0.8 Q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 Milyon	1067	683	896	384	245	324	96	61	81

\* Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004.

Bunun dışında odak grup ve derinlemesine mülakatla katılımcı sayısı gönüllülük esasına göre belirlenmiştir. Ayrıca karşılaştırma yapabilmek için doğrudan ikinci basamağa başvuran 80 kişilik bir kontrol grubuna da aynı anket uygulanmış, bu kişilere Aile Hekimlerine başvurmadan neden doğrudan Kilis Devlet Hastanesine başvurdukları da sorulmuş frekans, ortalama ve ortanca değerleri tablo halinde verilmiştir. Hastane kontrol grubunun sadece doğrudan hastaneye başvurunun nedenini ölçmeye yönelik belirlendiği, bu nedenle de karşılaştırma açısından hastaneye başvuran evreni yansıtmadığını belirtirken sayının 100'e yakın olması amaçlanarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

### 3.1.3. Araştırmanın Yöntemi

Veri toplamada araştırmacının literatürde birinci basamakta hasta memnuniyetine etkili demografik ve tıbbi faktörlerin yer aldığı çalışmalara uygun olarak hazırlanmış olduğu kişisel bilgiler formu ile EQUIP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) tarafından hazırlanmış ve 3 yıldır çeşitli Avrupa ülkelerinde hekim ve muayenehanesini değerlendirmede kullanılan bir ölçek olan EUROPEP (European Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeğinin Türkçe

versiyonu kullanılmıştır (Ek 1, Ek 2). İlk bölümde hastaya ait 9 sorudan oluşan kişisel bilgiler formu doldurulmuştur. Bu formula kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer ve son altı aydaki birinci basamak başvuru sayısı, öğrenim durumu öğrenilmiştir. İkinci bölümde 25 sorudan oluşan EUROPEP-TR ölçeği kullanılmıştır.

EUROPEP-TR geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002'de gerçekleştirilmiştir. Önce 25 sorudan oluşan EUROPEP ölçeği beş ayrı araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ortaya çıkan metinler üzerinde bir uzlaşma toplantısı yapılmış ve yeni bir metin ortaya çıkarılmıştır. Bu metin, tercüme konusunda tecrübeli bir araştırmacı tarafından İngilizceye geri tercüme edilmiştir. Orijinal metinle tercüme yeniden karşılaştırılmış ve son metin oluşturulmuştur. Türkçeleştirilmiş ölçek çeşitli şehirlerdeki araştırmacılar tarafından 1160 hastaya uygulanmıştır. Hastalar ölçekleri kendileri doldurmuş ve araştırmacılara teslim etmişlerdir. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için araştırmacıların konuyla ilgili görüşlerine başvurulmuş ve anket sorularının cevapsızlık oranlarına bakılmıştır. Bazı soruların cevapsızlık oranlarının beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun kısmen ülkemizdeki sağlık kültüründen, kısmen de soruların yapısından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma Kilis İl merkezinde mahalle bazında tabakalandırılmış örneklem yöntemiyle seçilmiş hanelere ziyaret şeklinde gerçekleştirilmiştir. Hane halkına araştırma hakkında bilgi verilmiş rızaları alınarak araştırmaya katılmayı ve soruları cevaplamayı kabul eden bireylere anketler verilmiştir. Kişilerin anketleri kendilerinin doldurması istenmiş, uygulayıcı tarafından sadece herhangi bir güçlükle karşılaştıklarında yardımcı olunmuştur.

Bu araştırmada, tutum ölçeği olarak, 5'li Likert ölçeği tercih edilmiştir. Likert ölçeği, en kullanışlı olarak kabul edilen soru formatlarından birisidir. Bu ölçekle hazırlanmış sorular, bireyin bir yargıya karşı gösterdiği tutuma ilişkin hazırlanmış cümle serileri içermektedir. Likert tipi ölçeklerde, iki tür cümle yapısı görülmektedir. Birinci tip yapı, yargıya ilişkin olumlu bir tutumu gösteren onaylama cümlelerini kapsarken, ikinci tip, sözü edilen yargıya karşı olumsuz bir tutumu gösteren onaylamama cümlelerini içermektedir (Köklü, 1995: 89). Sözü edilen ölçek çerçevesinde, çeşitli ifadeler veya yargılara katılıp katılmama ve bunun derecesi

ölçülür. Yaygın olarak 5'li Likert ölçeği tercih edilmektedir. Likert ölçeğinin seçenekleri, Çok İyi – Çok Kötü arasında yer alan, oransal cevaplardan oluşmaktadır (Altunışık vd., 2005: 107).

Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutları için ise, “Cronbach Alpha ( $\alpha$ )” tekniğine başvurulmuştur. Akgül ve Çevik'e göre alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu şöyle belirtilmektedir (Akgül ve Çevik, 2003: 435): Eğer alfa katsayısı;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  değerleri arasında ise, ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  değerleri arasında ise, ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  değerleri arasında ise, ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  değerleri arasında ise, ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Ölçeğin iç güvenilirliği için Cronbach alfa değeri 0,98 olarak hesaplanmıştır, bu değer ölçeğimizin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçeleştirilmiş EUROPEP ölçeğinin hastaların hekimi değerlendirmesinde uygun bir araç olduğu bulunmuştur (Aktürk vd. 2002: 153- 160).

Uygulanan anketteki demografik veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version 16. 0 istatistik programına aktarılmış, bu veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiş, istatistiksel açıdan anlamlılık analiz edilmiştir.

EUROPEP formundaki değişkenlere hastalar tarafından verilen puanların ortanca, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış, ortalamalar arasındaki istatistiksel farklılık bağımsız örneklem student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Aile hekimliği uygulaması örneklem grubunun değişkenleri bağımsız örneklem student-t testi, ki-kare ve gerekli durumda Mann-Whitney U testleriyle karşılaştırılmıştır. Korelasyon analizi yapılmıştır. Memnuniyet puanlarına etki eden faktörler için çapraz değerlendirmeler yapılmıştır.

Hipotezlerin test edilmesi sürecinde, anlamlılık düzeyi ( $\alpha$ ) = 0,05 olarak kabul edilmiştir. Alan araştırmasında kullanılan testlerin güvenilirlik düzeyi ise,  $1 - \alpha = 0,95$ 'tir. Yani, hipotezler, % 95 güvenilirlik düzeyinde test edilmektedir. İstatistiksel



anlamlılık  $p < 0,05$  olduğu durumlarda geçerlidir.

### 3.1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada Kilis ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin demografik özellikleri, aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi, hizmet verilen mekân, sunulan sağlık hizmetinin ve aile hekimi ile aile sağlığı elemanının değerlendirilmesi gibi belli başlı konular ele alınarak, aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet düzeyi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Alan araştırması sonrasında ortaya çıkan sonuçların, bu hipotezleri doğrulayıp doğrulamadığı incelenmiştir.

Bu çalışmanın temel hipotezi;

Hipotez 1 (H1)

**H<sub>0</sub>:** Kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durumu, yaş, öğrenim durumu, meslek türü, gelir durumu) ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durumu, yaş, öğrenim durumu, meslek türü, gelir durumu) ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

### 3.1.5. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırma birinci basamakta yapıldığı için evrenimiz olan tüm nüfusu temsil edecek örneklemin seçiminde ve ulaşılmasında zorluklar yaşandı. Daha fazla zamana ihtiyaç duyuldu. Okuryazar olmayan ya da soruları anlamakta zorluk çeken kişilerin anketleri, araştırmacı tarafından sorular okunarak dolduruldu. Özellikle EUROPEP'in "kayıtların gizliliği" ile ilgili sorusu katılımcılar tarafından zor anlaşıldı ve gereksiz bir konu olarak algılandı. Yanlış ve eksik doldurulan anketler analizlerin güvenilirliğini azaltarak yanlış bulgu ve sonuçlara ulaşılmasına sebep verebileceğinden değerlendirme dışı bırakıldı.

### 3.1.6. Araştırmanın Takvimi

Şubat 2010'dan itibaren konu ile ilgili literatür taramasına başlandı. Hasta memnuniyeti ve EUROPEP ile ilgili araştırmalar toplandı. Araştırmanın anketini oluşturma ve Kilis İli özeline uyarlama kısmı Kasım 2010'da tamamlandı. Anketlerin sahada uygulanması ise 15 Ocak - 15 Ağustos 2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın rapor haline getirilip basılması için harcamalar araştırmacı tarafından yapıldı. Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmadı.

## 3.2. KİLİS İLİNE AİT TEMEL VERİLER

Kilis 10 Haziran 1995 yılında Gaziantep ilinden ayrılarak Yalova ve Karabük'le beraber il olmuştur. TÜİK 2011 yılı verilerine göre Kilis İli nüfusu il, ilçe ve köyler dâhil toplam 124.452 kişidir.

### 3.2.1. Demografik Verileri

Tablo 3.2'de görüleceği üzere TÜİK 2011 yılı verilerine göre Kilis İl ve İlçe merkezleri nüfusu 87.939 olup Belde ve Köy nüfusu ise 36.513 kişidir. Toplam nüfusun %70'i merkezde yaşarken %30 ise kırsal kesimde yaşamaktadır. Türkiye genelinde ise bu oran 2011 yılı için %77'ye karşın %23 çıkmaktadır.

**Tablo 3.2.** Kilis ve Türkiye Nüfusu (2011 yılı)

	Toplam		İl ve ilçe merkezleri		Belde ve köyler	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Türkiye	73.722.988	74.724.269	56.222.356	57.385.706	17.500.632	17.338.563
Kilis	123.135	124.452	85.923	87.939	37.212	36.513

\* TÜİK, 2011.

TÜİK verilerine göre derlenen Tablo 3.3'te 2011 yılında nüfus artış hızı Kilis İli için %1,064 çıkmışken Türkiye genelinde %1,349 olarak gerçekleşmiştir. Kilis İlinin nüfus artış hızı Türkiye ortalamasına yakın olmakla birlikte ortalamanın altında kalmıştır.

**Tablo 3.3.** Nüfus Artış Hızı

	Toplam		Yıllık nüfus artış hızı (%)	
	2010	2011	2010	2011
<b>Türkiye</b>	<b>73.722.988</b>	<b>74.724.269</b>	<b>15,88</b>	<b>13,49</b>
Kilis	123.135	124.452	8,41	10,64

\* TÜİK, 2011.

### 3.2.2. Sosyal Güvenlik ve İşgücü Verileri

Sosyal Güvenlik Kurumu Kilis İl Müdürlüğü verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.4'te Kilis İline ait sosyal güvenlikle ilgili veriler yer almaktadır. Buradan toplam nüfusun (124.452) %21'inin 25.778 kişinin Yeşil Kart kapsamında olduğunu görmekteyiz. Bu da demektir ki Kilis'te yaşayan beş kişiden biri yoksulluk seviyesinin altında ve sosyal yardımlarla yaşamaktadır.

**Tablo 3.4.** Kilis İline Ait Sosyal Güvenlik Verileri (2011 yılı)

İl nüfusu	124.452
İş yeri sayısı	1.127
Toplam Sosyal Güvenlik Kapsamı (Aktif+ Pasif+ Yeşil kart)	124.178
Toplam Sosyal Güvenlik Kapsamı (Yeşil Kartlılar Hariç)	94.095
Sosyal Güvenlik Kapsamının (Yeşil Kart Hariç) Toplam il Nüfusuna Oranı (%)	75,61
Sosyal Güvenlik Kapsamı Dışında Kalan Nüfus	274
<b>Sosyal Güvenlik Kapsamında Aktif Çalışan kişi sayısı</b>	
Emekli Sandığı (4/c)	4.840
Bağ-Kur (4/b)	6.456
SSK (4/a)	9.546
Toplam	20.842
Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Aktif Çalışanların Toplam il Nüfusuna Oranı(%)	16,75
<b>Sosyal Güvenlik Kapsamında Aylık Alan Kişi Sayısı</b>	
Emekli Sandığı (4/c)	1.986
Bağ-Kur (4/b)	6.698
SSK (4/a)	2.865
Toplam	11.549
Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Emeklilerin Toplam il Nüfusuna Oranı(%)	9,28
<b>Sosyal Güvenlik Kapsamında Bakmakla Yükümlü Tutulanların (Yararlanıcıların) Sayısı</b>	
Emekli Sandığı (4/c)	11.788
Bağ-Kur (4/b)	25.534
SSK (4/a)	24.382
Toplam	61.704
Sosyal Güvenlik Kapsamındaki bakımakla yükümlü tutulanların oranı (%)	49,58
2022 sayılı yasadan yararlananların sayısı	4.305
2022 sayılı yasadan yararlananların oranı (%)	3,46
YEŞİL KARTLI SAYISI	25.778

\* SGK Kilis İl Müdürlüğü, 2011.

TÜİK verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.5'te Kilis İline ait işsizlik oranları ve işgücüne katılımı ilgili veriler yer almaktadır. Buradan Kilis İlinde işsizlik oranının %10,1 istihdam oranının ise %44,2 olduğunu görebiliriz. Türkiye genelinde ise işsizlik oranı %11,9 istihdam oranı ise %43 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlar Türkiye ortalamasına yakın oranlardır.

**Tablo 3.5.** Kilis İli Temel İşgücü Göstergeleri (2010 yılı)

	İŞGÜCÜNE KATILMA ORANI		İŞSİZLİK ORANI		İSTİHDAM ORANI	
	Oran (%)	Değişim katsayısı (%)	Oran (%)	Değişim katsayısı (%)	Oran (%)	Değişim katsayısı (%)
<b>Kilis</b>	49,2	5,4	10,1	23,2	44,2	6,5
<b>TÜRKİYE</b>	48,8	0,9	11,9	2,1	43	1,8

\* TÜİK, 2011.

### 3.2.3. Sağlıkla İlgili Veriler

TÜİK 2011 Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.6'da Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetle ilgili bulgular yer almaktadır. Kişilerin % 67,3'ü Sağlık Hizmetlerinden genel anlamda memnunken, memnun olmayanların oranı toplamda % 12,1 olarak bulunmuştur. Genel olarak Sağlık Hizmetlerinden memnuniyet oranı ise toplamda % 75,8 gibi yüksek bir rakamla gerçekleşmiştir.

**Tablo 3.6.** Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

	Çok memnun	Memnun	Orta	Memnun değil	Hiç memnun değil	Toplam
Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	8,5	67,3	12,0	10,3	1,8	100,0

\* TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Anketi 2011.

TÜİK'in 2011 yılı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'ndan elde ettiğimiz Tablo 3.7'de sosyal güvencesi olan bireylerin % 52,1'i, sosyal güvencesi olmayan bireylerin ise % 58,9'u hastalandıklarında ilk olarak devlet hastanesine başvurduklarını belirtmişlerdir. Buna karşın hastalandıklarında aile sağlığı merkezine başvuranların oranı sosyal güvencesi olanlarda % 28,9 iken sosyal güvencesi olmayanlarda da buna yakın bir rakamla %27,8 olarak gerçekleşmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere ikinci basamakta yer alan devlet hastanesine başvurular birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezlerine başvuruların yaklaşık iki katıdır. Rakamlar göstermektedir ki Aile Hekimlerine başvuru oranları hizmete olan güven, alışkanlıklar gibi çeşitli nedenlerden ötürü halen istendik rakamlara ulaşamamıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularda bu rakamları destekler niteliktedir.

**Tablo 3.7.** Hastalıkta İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu

Sağlık Kuruluşları	Sosyal Güvencesi var	Sosyal Güvencesi yok
Devlet hastanesi	52,1	58,9
Aile sağlığı merkezi	28,9	27,8
Özel hastane	11,3	7,2
Üniversite hastanesi	3,6	1,0
Özel poliklinik/tıp merkezi	1,6	1,4
Toplum sağlığı merkezi	1,5	1,9
Kurum doktoru	0,5	-
Özel muayenehane	0,4	0,4
Şimdiye kadar hiç başvurmadı	0,2	1,4
Toplam	100,0	100,0

\* TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Anketi 2011.

TÜİK 2011 Yaşam Memnuniyeti Araştırması verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.8'de Hastalıkta ilk başvurulan sağlık kuruluşunu tercih nedeniyle ilgili bulgular yer almaktadır. Buradan Aile Sağlığı Merkezlerinin verdiği hizmetten memnuniyet oranları % 17,8 olarak gerçekleşmişken Devlet Hastanelerinin hizmetinden memnuniyet oranları iki katına yakın bir rakamla % 26,6 olarak bulunmuştur. Bu rakamlar göstermektedir ki Aile Hekimlerinin bir çoğunun uzman olmayışı gibi nedenlerden ötürü Aile Sağlığı Merkezlerindeki hizmetin uzmanlığına olan güvenin düşük olması hizmetten memnuniyet puanlarının % 10 gibi belirgin bir rakamla Devlet Hastanelerinden daha düşük çıkmasına neden olmuştur.

**Tablo 3.8.** Hastalıkta İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedeni

Tercih nedeni	Üniversite Hastanesi	Devlet Hast.	Özel Hastane	Toplum Sağlığı Merkezi	Kurum doktoru	Özel poliklinik /tıp merkezi	Özel muay.	Aile Sağlığı Merk.
Hizmetinden memnun olması	51,8	26,6	68,3	3,7	24,7	58,3	80,8	17,8
Zorunluluk	21,9	36,4	7,8	27,9	20,1	6,2	5,1	18,6
Bulunduğu yere yakın olması	14,9	29,4	16,0	67,7	50,5	25,2	6,0	59,7
Kuruluşta tanıdık birinin olması	7,0	1,4	3,7	-	-	5,1	4,9	0,9
Alışkanlık	1,6	5,5	1,3	-	-	2,1	-	2,1
Tavsiye	-	0,1	1,0	-	-	-	-	0,3
Diğer	2,7	0,6	1,9	0,7	4,7	3,1	3,2	0,6
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Anketi 2011.

Kilis Devlet Hastanesi'nden alınan verilere dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.9'da yıllara göre yapılan poliklinik muayene sayıları verilmiş olup bir önceki yıla göre değişimi yüzde olarak verilmiştir. Kilis İlinde Aile Hekimliği uygulamasına 12 Nisan 2010 tarihinde geçildiği göz önünde bulundurulunca 2010 yılı rakamlarındaki %5,5'lik düşüşü uygulamayla bağdaştırmak bilimsel açıdan doğru olmaz çünkü uygulamanın asıl olarak işletilip yaygınlaştığı zaman 2010 yılı sonudur ve 2011 yılı rakamlarını temel almak daha doğru olacaktır. Aile Hekimliğinin iddia edildiğinin aksine en azından Kilis İlinde İkinci Basamak olan hastaneye başvuru oranlarını azaltmadığı görülmekle birlikte bu değerlendirmelerin zaman içerisinde tekrarlanarak gözden geçirilmesi uygulamanın etkin olup olmadığını ölçmekte daha etik bir yaklaşım olacaktır. Uygulamanın İkinci Basamağa başvuru oranlarını azaltıp azaltmadığını söylemek için daha erkendir, zamanla bilimsel verilerin ışığında bu değerlendirmeyi yapmak ve böylece veriler ışığında modeli gözden geçirip geliştirmek daha uygun olacaktır.

**Tablo 3.9.** Kilis Devlet Hastanesi Poliklinik Muayene Sayıları

Yıllara Göre Poliklinik Muayene Sayıları (Acil Dâhil)				
Yıllar	2008	2009	2010	2011
Sayı	453.914	484.658	455.809	485.593
Değişim (%)	5,1	6,8	-5,5	6,5

\* Kilis Devlet Hastanesi, 2011.

Kilis İl Sağlık Müdürlüğü verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.10'da Kilis İli Devlet Hastanesi ve Aile Hekimliği uygulaması öncesi mevcut Sağlık Ocaklarında çalışan hekim sayıları verilmiştir.

**Tablo 3.10.** Kilis İli Hekim Sayıları ve Branşları (2008 yılı)

Kilis Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocaklarında çalışan hekimlerin branşlarına göre dağılımı				
Genel Cerrah	Ortopedi	Göz Hst.	Kad.Hst.	Çocuk Hst.
3	3	2	3	3
Çocuk Cerrahı	İlk ve Acil Yrd.Uzm.	KBB Uzm.	Patoloji Uzm.	Enfeksiyon Hst.
1	1	2	1	1
Kardiyoloji Uzm.	Göğüs Cerrahi Uzm.	Aile Hekimi	Fizik Ted.Uzm.	Sinir Cerrahi Uzm.
1	1	1	1	1
Üroloji Uzm.	Anestezi Uzm.	Dâhiliye	Biyokimya Uzm.	Mikrobiyoloji Uzm.
2	2	3	2	1
Plastik Cerrah	Psikiyatri Uzm.	Deri ve Zührevi Hst.	Radyoloji Uzm.	Pratisyen Hekim
1	1	1	2	56
<b>TOPLAM</b>				<b>96</b>

\* Kilis İl Sağlık Müdürlüğü, 2010.

Kilis İl Sağlık Müdürlüğü verilerine dayanarak oluşturulmuş olan Tablo 3.11'de Kilis İlinde gerçekleşen toplam doğum ve 0-5 yaş ölüm sayıları verilmiştir.

**Tablo 3.11.** Kilis İlinde Gerçekleşen Doğumlar ve Çocuk Ölümleri (2008 yılı)

Doğum ve Çocuk Ölüm Rakamları		
Toplam Doğum	0-5 Yaş Ölüm Sayısı	0-5 Yaş arası çocuk ölümlerinin doğuma oranı (%)
1482	25	1,7

\* Kilis İl Sağlık Müdürlüğü, 2010.



### **3.3. KİLİS İLİ SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ**

Kilis Valiliği'ne bağlı olan Kilis İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yapılanan Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları şeklinde bir örgütlenmeye sahip olan ilde 2010 yılı içerisinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

#### **3.3.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları**

Hastane müdahalesi gerektiren acil durumlar (trafik kazası, travma, kalp krizi vb) dışında, hastanın ilk temasa geçtiği sağlık personelinin bulunduğu ve genellikle kişinin yaşadığı toplumsal çevre içinde bulunan sağlık kuruluşudur. Kilis ili genelinde Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu olarak hizmet veren 4 Toplum Sağlığı Merkezi ve 14 Aile Sağlığı Merkezi vardır. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nün 12 Nisan 2010 yılından bu yana yürürlüğe koyduğu Aile Hekimliği uygulaması kapsamında ortalama 3200 kişiye bir Aile Hekimi düşecek şekilde toplamda 34 Aile Hekimi ile mahalle-sokak bazında örgütlenmeye gidilmiştir.

#### **3.3.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları**

Kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız sağlık tesisidir. Çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına hizmet verir, ancak Doğum Hastaneleri veya Çocuk Hastaneleri gibi hastalık türü, yaş veya cinse göre hizmet veren sağlık kuruluşları da ikinci basamak sağlık kuruluşudur. Kilis il merkezinde Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İkinci Basamak Sağlık Kuruluşu olarak 162 yatak kapasiteli Kilis Devlet Hastanesi hizmet vermektedir. Ayrıca bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ile bir özel hastane ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır.

### **3.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları**

Ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermeyi hedeflemiş sağlık kuruluşudur. Kilis il merkezinde Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu olarak hizmet veren hastane olmamasına karşın merkeze 60 km. mesafede olan Gaziantep Üniversitesi Hastanesi'nde hem eğitim ve uygulama hem de ileri tetkik ve tedaviler yapılarak Kilis'ten sevk edilen hastalara üçüncü basamak hizmeti sağlanmaktadır.

## **3.4. KİLİS İLİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI**

### **3.4.1. Kilis İli Aile Hekimliği Uygulama Süreci**

İl Sağlık Müdürlüğü'nün 12 Nisan 2010 yılından bu yana yürürlüğe koyduğu Aile Hekimliği uygulaması kapsamında ortalama 3200 kişiye bir Aile Hekimi düşecek şekilde toplamda 34 Aile Hekimi ile mahalle-sokak bazında örgütlenmeye gidilmiştir. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre; Kilis ilinde 2011 Haziran itibariyle ortalama 3200 kişi ve toplam 34 Aile Hekimi çarpımından Aile Hekimliği sistemine kayıtlı nüfus yaklaşık 110.000 kişi olarak gözükmektedir. Bu rakamın TÜİK 2011 yılı verilerine göre Kilis İli nüfusu il, ilçe ve köyler dâhil toplam 124.452 rakamından yaklaşık 15.000 eksik çıkması -(AHBS) Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin mükerrer kayıt yapmadığından hareketle aksi takdirde sisteme dâhil olmayan nüfus daha fazla olacaktır- kırsaldaki nüfusun tam anlamıyla sisteme dâhil edilemediğini düşündürmektedir. Sistemin Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemiyle (ADNKS) eşgüdümlü bir şekilde çalışmadığı, uyarı mekanizmasının etkin bir şekilde işlemediği veya İl Müdürlüğünde bu uyarıların dikkate alınmadığı düşünülmektedir. Üçüncü bölümde Aile Hekimliğinden bahsederken sistemin en temel özelliğinin Birinci Basamak Hizmetlerini tüm topluma ulaştırmak olduğunu vurgulamıştık. Kilis İlinde geçen bir yıla rağmen halen nüfusun % 13'ünün bir diğer deyişle yaklaşık her yedi kişiden birinin herhangi bir Aile Hekimine kayıtlı olmaması modelin asıl hedefine ulaşmaktan şimdilik uzak olduğunu göstermektedir. Aile Hekimliği sistemine kayıtlı olmayan nüfusun kırsal kesimde yaşayanların sisteme dâhil olmadığı veya kırsal nüfusun ihmal edildiğinin bir göstergesidir.

### 3.4.2. Kilis İli Aile Hekimliği Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar

Mevcut durumda Modelin nihai hedeflerinden olan koruyucu hekimlik hizmetlerinin etkin olarak sunulmadığı tedavi edici hizmetlerin ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bu kısa süreçte Aile Hekimlerinin hastalarını tam anlamıyla tanıma ve takip etme fırsatı bulamadıklarını unutmamak gerekir. Bu süreci hızlandırmak için yapılacak düzenlemelerle Aile Hekimlerinin özendirilmesi, AHBS sisteminin koruyucu hekimlik yönünün geliştirilmesi ve süreç içerisinde bu yönlü verilerin değerlendirilerek gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamaya geçirilmesi gerekir. Aile Hekimlerinin zamanla hastalarını daha yakından takip ederek ve tanıyarak gerekli olan koruyucu hizmetleri planlaması ve hastalığa yakalanmadan önlemesini veya başlangıç aşamasındayken kolaylıkla tedavi etmesini sağlayacak yapının süreç içerisinde oturması beklenmektedir. Burada tabii ki İkinci Basamak ile Aile Hekiminin eşgüdümlü çalışması gerekmektedir. İleri tetkik ve tedavinin gerektirdiği durumlarda Aile Hekimleri hastanelerden randevu alabilmeli, hastalarını uzmana yönlendirebilmelidir. AHBS programının tüm bu işlemleri yapabilecek şekilde geliştirilmesi ve Hastane Yönetim Bilgi Sistemleriyle (HYBS) koordineli çalışması gerekir.

Aile Hekimlerinin aileyi bir bütün olarak değerlendirerek onlara danışmanlık yapması ve psikolojik destek sunması gibi hizmetleri etkin olarak yürütemediği görülmektedir. Bu hizmetlerin de zamanla hastalarını daha yakından tanıyan hekimlerce daha etkin olarak yürütülebileceği düşünülmektedir.

Modelin hedeflerinden olan kolay ulaşılabilirliğin ilin küçük olması, nüfusun az olması, yerleşimin çok dağınık olmaması, coğrafik koşulların zorlu olmaması ve nüfusun genelde merkezde yoğunlaşmış olması sebebiyle Kilis İlinde iyi bir şekilde işlediği görülmüştür. Çoğu ASM modern yapılarda ve hastaların kolayca ulaşabileceği yerlerde yerdedir.

Pek çok hekim tarafından görülen hastaların yerine tek bir Aile hekimi tarafından uzun bir süreçte belki de yaşamı boyunca takip edilen hastanın tedavisinin daha kısa sürede, daha az maliyetle etkin olarak sunulması öngörülmektedir. Kilis İlinde memnuniyet bulgularının bu savı destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Aile Hekimleri; iş yükü, performans ölçütleri ve kesinti baskısı gibi nedenlerden

ötürü kendi bölgelerindeki nüfusu evlerinde en az bir kez ziyaret ederek sağlık sorunlarını tespit etmeleri gerekirken ev ziyaretlerini gerçekleştirilememektedir. Burada hekimin aile reisini veya hastayı çağırarak kayıtları tutması, çağrıya cevap vermeyen hastaların ise tespit edilerek evlerinde ziyaret edilmesi gibi bir uygulama getirilebilir.

Maaşlardaki artıştan dolayı aile hekimliğinin maliyeti arttırdığı düşünülmektedir. Aile Hekimliği birinci basamakta çalışan sağlık personeli sayısını azaltmış oluyor. Hekimler kendileri isterlerse yanlarında sözleşmeli kişiler çalıştırabiliyorlar. Ama sistem sadece 2 kişinin ücretini veriyor, bu yönüyle personel tasarrufu söz konusu. Ayrıca cari hizmet ödeneği diye ortalama 2500 TL civarı her aile hekimine ücret ödeniyor. Kamu kurumlarını kullanırlarsa aile hekimlerinden kira alınıyor, şu anda % 95 oranında kamu kurumları kullanılıyor. Hiçbir sağlık kurumunun elektrik, su, ısınma, tamir ve diğer cari giderlerini devlet karşılamıyor. Onları aile hekimleri, hizmet ödeneklerinden kendileri karşılıyor. Uygulamaya geçilen Kilis iline bakıldığında; İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre tüm poliklinikler içinde 1. basamağı kullanma oranının 2. ve 3. basamağa göre % 25-35'lerde olduğunu görüyoruz, bu da maliyeti azaltan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerine artık bireyleri emanet ediyoruz, yani hekim 3000–3500 kişinin sağlık probleminden sorumlu olmakta, bu durumun ülkenin hastalık yükü üzerine de olumlu etkileri zamanla görülecektir.

Aile Hekiminin gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu her yerleşim birimine ayda en az 1 kez gitmesi gerekmektedir. Aile Hekimleri gerek ev ziyareti gerekse gezici sağlık hizmeti vereceği yerleşim birimi için her ay gezi programı hazırlamakta ve bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ne teslim etmektedir. Hazırlanan programa çoğu zaman uyulamamakta veya kırsaldaki gezici hizmeti etkin bir şekilde yürütememektedir. Bazı hekimlerin veya onların yardımcıları olan Aile Sağlığı elemanlarının hiç uğramadığı köyler olduğu bizzat köylüler tarafından ifade edilmektedir.

Gebe-loğusa ve bebek tespit / takibi, aşılama, eğitim, danışmanlık, yaşlılara, sosyal hastalığı olanlara, yatalak ve kronik hastalığı olanlara yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yeteri kadar verilmediği veya verilemediği gözlenmiştir.

Aile Hekimliğine ilk geçişte yer ve mekân sorun teşkil etmiş genelde sağlık

ocaklarının kullanımından kaynaklanan mekânın ihtiyacı yeteri ölçüde karşılayamaması, eski, bakımsız ve yetersiz oluşu gibi problemler kısa zamanda giderilmiş özellikle hayırseverlerin de bağışları ve katkılarıyla Aile Sağlığı merkezleri yeni, modern, işlevsel, hizmetin yürütülmesine uygun ve temiz binalara kavuşmuştur. Bu durum başta 1 nolu, 2 nolu şeklinde isimlendirilmiş olan Aile Sağlığı Merkezlerinin birçoğuna hayırseverlerin isimlerinin verilmesinden de anlaşılabilir.

Geçmişten gelen alışkanlıklarla Aile Sağlığı Merkezleri başta sağlık ocağı gibi görülmüş ve genelde ilaç yazdırıp aşılarımızı yaptırdığımız sağlık merkezleri olarak görülmüş; hastalık durumunda tedavi amaçlı ikinci basamak sağlık kuruluşları olan Kilis Devlet Hastanesine başvurulmuştur. Vatandaş sisteme zamanla alıştıkça durumun değişmeye başladığı hatta bazılarının verilen hizmetin daha kolay ulaşılır olması, hep aynı hekime muayene olma böylelikle Aile Hekiminin artık kendisini tanıyor olması, Aile Hekiminin ihtiyaç duyulan tedaviyi daha hızlı ve etkin yürütebilmesi vb. sebeplerden ötürü artık Hastaneye gitmektense Aile Hekimine gitmeyi tercih ettiği sadece gerekli hallerde Hastaneyi tercih ettiği görülmüştür. Buna karşın bazı bireylerin ise Hastanedeki doktoru tanıyor olması, orada daha çok imkânın olduğu böylelikle tedavinin daha etkin ve doğru yapıldığı gibi yanlış yargılar veya alışkanlıklardan ötürü halen Hastaneyi tercih ettiği, Aile Hekimine ise zorunluluk olmadıkça gitmeyeceği tespit edilmiştir.

Kilis ilinde vatandaşların Aile Hekimliği sistemine kısa sürede adapte olması ve sistemi kolaylıkla benimsemesinin altında yatan başlıca nedenin aslında sistemin kısa sürede kurulup mükemmel şekilde işletilir hale getirilmiş olduğu sonucunu doğurmamalıdır. Aksine bunun çok uzun soluklu bir süreç olduğu ve zamanla olgunlaşacağı, süreç içerisinde sonuçların çok iyi analiz edilip sistemin gözden geçirilmesi hatta gerekli olduğu durumlarda revize edilmesi gerekliliğini unutmuyarak hareket etmek gerekmektedir. Vatandaşın sistemi kolaylıkla benimsemiş olmasının sebeplerinin başında mekânların yenilenmiş ve modern hale getirilmiş olmasından, hizmetin daha temiz ve düzgün yürütülme imkânına kavuşmasından ve son olarak ta Aile Hekimlerinin bir kısmının ya Kilisli olması ya da uzun zamandır Kilis ilinden yaşıyor olmasından gelmektedir.

Kilis halkının rahatına düşkün olması, özellikle küçük şehirlerde çok kısa mesafe yürüyüşlerin bile uzun yol olarak görülmesi vb. sebeplerden dolayı hizmetin kolay

ulaşılabilir olması Aile Hekimliğinin cazibesini artırmış, insanlar zamanla kolay ulaşılabildikleri hizmeti daha çok kullanır hale gelmişlerdir. Çalışmamızdan da çıkan sonuca göre Aile Hekiminden memnun kalan kişi Aile Hekimine daha sıklıkla gider hale gelmiş ve karşılıklı memnuniyet doğrultusunda bu ziyaretlerin sayısı veya sıklığı daha da artmıştır.

### **3.5. BULGULAR VE TARTIŞMA**

Anketin güvenilirliği Cronbach's Alpha testiyle 0,942 olarak bulunmuş olup çok güvenilir olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan 263 kişinin anketi değerlendirmeye alındı. Çalışmaya alınanların 130'u (% 49,4) kadın, 133'ü (% 50,6) erkekti. Grup içerisinde cinsiyet dağılımı açısından bir fark yoktu ( $p=0,501$ ).

#### **3.5.1. Demografik Bulgular**

Çalışmaya alınan kişilerin yaşları 15–75 yıl arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan gruptan 104 (% 39,5) kişi 25 yaş ve altındadır, bu da TÜİK verilerine göre Kilis ili nüfusunun yarısının 25 yaş ve altında olduğunu destekler niteliktedir. Çalışmadaki 27 (% 10,5) kişilik farkın ise 15 yaşın altındakilerin sorulara doğru cevap veremeyeceği ve anketin güvenilirliğini azaltacağı endişesiyle çalışmaya alınmamış olması, 25 yaş ve altı genç nüfus grubunun gündüz saatlerinde evde olmamaları vb. sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişilerin medeni durumları incelendiğinde grubun tümünde 151 (% 57,4) kişinin evli, 105 (% 39,9) kişinin bekâr, 7 (% 2,7) kişinin diğer (dul, boşanmış) olduğu saptanmıştır.

Kişilerin meslek durumlarının sorgulanması sonucu 72 (% 27,4) kişinin ev hanımı, 44 (% 16,7) kişinin öğrenci, 102 (% 38,8) kişinin memur ve işçi, 31 (% 11,8) kişinin esnaf, 14 (% 5,3) kişinin çiftçi olduğu saptanmıştır. Memur ve işçi sayısının % 38,8, ev hanımı % 16,7 gibi bir oranla fazla çıkmasının nedeni olarak araştırmanın genelde hafta sonları yürütülmüş olmasından dolayı ev hanımları, memur ve işçilerin ise

Kilis ilinde hafta sonları evde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişilerin yaşadıkları yerler sorgulandığında 205 (% 77,9) kişinin Kilis ili merkezinde, 29 (% 11,0) kişinin ilçe merkezlerinde, 18 (% 6,8) kişinin merkeze bağlı köylerde ve 11 (% 4,2) kişinin ise ilçeye bağlı köylerde yaşadığı saptanmıştır. Araştırmanın il merkezinde yürütülmüş olmasına karşın sayıca az da olsa ilçe ve köylerden araştırmaya dâhil olmuş kişilerin hem il merkezinde hem de ilçe veya köylerde ev sahibi olmalarından veya ziyaret edilen hanede misafir olmalarından kaynaklanıyor olduğu tespit edilmiştir.

Son altı ay içerisinde birinci basamak sağlık hizmeti olan aile hekimine başvuru sıklığında birinci sırada 103 (% 39,2) kişiyle en çok 3 ila 5 kez, ikinci sırada 1-2 başvuruyla 79 (% 30,0) kişi olduğu görülmüş olmakla birlikte 81 (%30,8) kişinin yani her üç kişiden birinin ayda bir veya daha sıklıkla aktif olarak aile hekimine başvurduğu görülmüştür. Her üç kişiden birinin ayda bir veya daha sıklıkla aktif olarak aile hekimine başvurması ve bu kişilerin memnuniyet puanlarının yüksek olması göstermektedir ki Kilis İlinde her üç kişiden biri şu an için Aile Hekiminden aldığı hizmeti beğenmekte ve aktif olarak yararlanmaktadır.

Toplam 263 kişiden 90'nın (% 34,2) eğitim düzeyinin üniversite ve üstü olduğu saptanmıştır. Kalan 173 kişinin öğrenim durumu sırasıyla şöyledir; 26'sı (% 9,9) okuryazar değil, 65'i (% 24,7) okuryazar / ilkököl - ortaokul mezunu, 82'si (% 31,2) lise mezunudur. Araştırmada her üç kişiden birinin eğitim düzeyinin üniversite ve üstü çıkmasının sebebi bilimsel araştırmaları üniversitede okuyan veya mezun eğitilmiş kişilerin daha önemli bulması ve bilimsel çalışmalara katılmayı kolaylıkla kabullenmeleri olarak düşünülmüştür.

Tüm gruptaki bireylerin 81'inin (% 30,8) 0-500 TL arasında aylık hane halkı geliri olduğu tespit edilmiştir. Bu da demektir ki Kilis ilinde her 3 kişiden yaklaşık birisi açlık sınırının altında veya sosyal yardımlarla yaşamaktadır. 97 kişi (% 36,9) ise gelirinin 501 ila 1000 TL olduğunu beyan etmiştir. 2500 TL ve üstü geliri olanların sayısı ise 24 (% 9,1) kişi gibi düşük bir düzeyde kalmıştır. 1000 TL üzeri gelir düzeyindekilerin sayısına bakacak olursak, sayının arttığı ve 85 (% 32,3) kişi olduğu buna karşın 1000 TL ve altı gelir düzeyinde toplam 178 (% 67,7) kişi olduğu görülmüştür. Burada gelirle ilgili rakamların düşük çıkmasının sebebi olarak kaçakçılık

gibi unsurlardan ötürü kayıt dışı (vergilendirilmemiş) kazancın gizlenmesi düşünülebilir.

Grubun tamamının sosyodemografik özellikleri Tablo 3.12’de özetlenmiştir.



**Tablo 3.12.** Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler		Toplam	
		Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	130	49,4
	Erkek	133	50,6
Yaş	25 yaş ve altı	104	39,5
	26-35	75	28,5
	36-45	41	15,6
	46-55	22	8,4
	56 ve üstü	21	8,0
Medeni durum	Evli	151	57,4
	Bekar	105	39,9
	Diğer	7	2,7
Meslek	Ev hanımı	72	27,4
	Çiftçi	14	5,3
	Esnaf	31	11,8
	Memur-İşçi	102	38,8
	Öğrenci	44	16,7
Yaşanan yer	İl merkezi	205	77,9
	İlçe merkezi	29	11,0
	Merkeze bağlı köy	18	6,8
	İlçeye bağlı köy	11	4,2
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	26	9,9
	Okur- yazar / İlk-Orta okul mezunu	65	24,7
	Lise	82	31,2
	Üniversite	90	34,2
Gelir düzeyi	0-500 TL	81	30,8
	501-1000 TL	97	36,9
	1001-2500 TL	61	23,2
	2501 TL ve üstü	24	9,1
AH son 6 ayda kaçınıcı başvuru	1-2	79	30,0
	3-5	103	39,2
	6-10	56	21,3
	11 ve üstü	25	9,5
<b>TOPLAM</b>		<b>263</b>	<b>100</b>

Sosyal güvenlik sistemine ilişkin son düzenlemelerin en temel özelliği, parametrik düzenlemelerin ötesine geçerek, yapısal bir dönüşümü ortaya çıkarmasıdır. Yapılan düzenlemeler kapsamında, kamu sosyal güvenlik sistemi cazibesini yitirmekte ve refah rejiminde piyasanın rolü genişlemektedir. Ancak refah devleti hizmetlerinin

sunumunda ortaya çıkan piyasa başarısızlıkları, söz konusu hizmetlere ilişkin olarak piyasanın rolünün dikkatli bir biçimde analiz edilmesini gerekli kılmaktadır. Artan işsizlik ve yoksulluk karşısında sosyal korumaya olan gereksinim artarken; sosyal güvenlik sisteminin sosyal olan özünün erimesi ve piyasalaşma süreci ile bireyin kendi kaderi ile baş başa bırakılması gibi bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durum artan sosyal yardımlar ile dengelenmeye çalışılıyor gibi görünse de, söz konusu düzenlemelerin geleceği belirsizdir. Primsiz rejime ilişkin, yararlanma şartları, yardımların miktarı ve dağıtımına ilişkin düzenlemeler, sistemin aktörleri, sistemin finansman kaynakları ve denetimine ilişkin yasal çerçevenin henüz ortaya çıkmaması önemli açmazları gündeme getirmektedir.

**Tablo 3.13.** En Zengin %20lik Kesimle En Yoksul %20lik Kesim Arasındaki Fark

HARCAMA KALEMİ	FARK (katı)
Eğitim	56,6
Sağlık	4,8
Gıda	2,2
Giyim	6,9
Konut	4

\* TTB, 2005.

Türk Tabipler Birliğinin 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada verilmiş olan tablo dikkat çekici rakamlar vermekte ve durumun vahametini ortaya koymaktadır. Tablo 3.13 en zengin %20'lik kesimle en yoksul %20'lik kesimin barınma, eğitim ve sağlık gibi temel hizmetlere yapmış oldukları harcamalar arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Çalışmada üstünde önemle durulması gereken ve sosyal devleti zedeleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışma bizlere özel sektör temelli yürütülen kamu niteliği taşıyan hizmetlerde yoksul kesimin zengin kesime oranla hizmetten yararlanma ve hizmeti kullanmanın çok büyük oranlarda azaldığını göstermektedir. Aksine sosyal devletin hizmeti yoksul kesime ulaştıracak önlemler alması ve gerekli yasal düzenlemelerle teminat altına almış olması beklenir. Sosyal devlet olmanın da en temel şartlarının başında yoksul kesimi korumak gelir. Gelir dağılımındaki aşırı bozulma toplumda var olan eşitsizlikleri daha da artırmaktadır. Eğitimin adım adım paralı hale getirilmesi sonucu toplumun gelir düzeyi en yüksek dilimi ile en düşük dilimi arasında eğitim giderleri arasında 56,6 katlık bir farklılık oluşmuştur. Sağlıkta ise bu fark şu an için 4,8 kat olarak görülmektedir. "Sağlıkta Dönüşüm" programı sonrasında, hastaların müşteri, hastanelerinde sağlık işletmesine dönüştürülmesi ve özel sigortacılık anlayışına

uygun olarak oluşturulan Genel Sağlık Sigortası sonucunda bu farkın hızla artacağı tahmin edilmektedir (TTB, 2005: 23-24).

Ayrıca, “Genel sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesi olup bu husus gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından biri olarak değerlendirilmektedir” belirlenmesi ile doğru bir yaklaşım ortaya konmaktadır fakat yapılan düzenlemeler ve uygulamalar tüm bunlarla çelişmekte hatta ters düşmektedir. Ancak kanunda belirtildiği gibi; “belirlenmiş sağlık hizmetlerinin verilmesi” ve bunun da GSS kapsamındaki primler, katılım payları ile yapılacak olması; ne riskin paylaşıldığı bir dayanışmaya ne de toplumsal kesimler arasında var olan eşitsizlikleri telafi etmeye yönelik bir hak ve adalet anlayışına uygun düşmektedir. Sistem zengin, yoksul ayrımı yapmaksızın herkesten ödeme gücü olmayan yoksullar da dahil katılım payı talep ederek adeta yoksul kesimi en temel hak olan “Sağlık Hakkı”ndan mahrum ederek “sağlıksızlığa” mahkum etmektedir.

GSS prim oranı %12 olarak belirlenmekle birlikte yüksek gelir sahiplerini koruyan bir düzenlemenin de yapıldığı görülmektedir. “...alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır” (Madde 112). Buna göre prime kazancın alt sınırı asgari ücret (2011 yılı ikinci yarısı için brüt asgari ücret 837 TL baz alınarak hesaplanmıştır), üst sınırı ise bu ücretin 6,5 katı (5.440 TL) olacaktır. Böylece her bir sigortalı aylık 33 TL ile 652 TL arasında prim ödeyecektir. Ancak 5.440 TL'dan daha fazla gelire sahip olan GSS mükelleflerinin gelir düzeyleri ne olursa olsun, alınacak prim oranı 5.440 TL'nın %12'si olarak sabitlenmektedir. Bu durum yüksek gelir sahiplerinden alınacak GSS prim oranının reel gelirlere göre belirlenmemesi nedeniyle aslında “prime esas kazancın %12'si”nin altına düşmesi anlamını taşımaktadır. Bu durum en basitinden prim ödemelerine hedef alınan kesimlerin kimler olarak belirlendiğini de ortaya koymaktadır. Diğer bir sorunda, düzenli bir iş- geliri olmayan veya kayıt dışı istihdam edilen ancak asgari ücretin üçte birinden (279 TL) fazla geliri olanların tespitinde yaşanacaktır. GSS için prim toplanırken kişilerin gelirlerinin bilinmesi bir zorunluluktur. TÜİK'e göre Türkiye'de 11 milyon 400 bin kişi “kayıtdışı” çalışmaktadır. Devlet vatandaşının gelir durumundan haberdar da değildir.

Bu durumda GSS primi “neye göre” ve “nasıl” toplanacaktır? Çeşitli ülke deneyimleri incelendiğinde GSS için kayıtdışı ekonominin olmaması ve sağlık kayıtlarının güvenilir olmasının önemli olduğu görülmektedir. Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanları Kurulu'nun raporunda yer verildiği gibi, kayıt dışı ekonominin GSMH'ya oranının %61'lere ulaştığı ve sınırları içinde yaşayanları bile tam anlamıyla bilmeyen bir ülkede, GSS önemli finansal ve örgütsel sorunlarla karşı karşıya kalacaktır. GSS'ye fon yaratma, genel gerekçede “..sistemin temelini katkı oluşturmaktadır” şeklinde açık olarak belirtildiği gibi herkesten prim-katılım payı toplama esasına dayanmaktadır. Düzenli ve yeterli bir geliri olmayan, sürekli ekonomik sıkıntı içindeki kişilerden ve ailelerden prim toplanması ve ekonomik imkansızlıklarından ötürü bunun düzenli kılınmasının son derece zor olduğu bilinmelidir (TTB, 2005: 32-33).

### **3.5.2. Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular**

Genel olarak tüm grupta en yüksek ve en düşük puan verilen sorular incelendi. En yüksek puan verilen sorular en yüksekten düşüğe doğru sırayla “sizi muayene etmesi” 3,96; “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” 3,94; “sizi dinlemesi” 3,91; “işini tam yapması” 3,90 olarak bulundu. En düşük puan verilen sorular ise “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” 2,75; “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” 2,98; “Bekleme odasında harcadığınız zaman” 3,08; “Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması” 3,27 ve “size uygun zamanda randevu alabilmeniz” 3,33 olarak bulundu. Verilmiş olan puanların frekans dağılımı Tablo 3.14'te sunulmaktadır.

**Tablo 3.14.** EUROPEP-TR Sorularına Verilen Puanların Frekans Dağılımı

<b>EUROPEP Soruları</b>	<b>1 (n)</b>	<b>2 (n)</b>	<b>3 (n)</b>	<b>4 (n)</b>	<b>5 (n)</b>
1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	17 6,5%	30 11,4%	53 20,2%	69 26,2%	91 34,6%
2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	25 9,5%	27 10,3%	50 19,0%	76 28,9%	82 31,2%
3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	19 7,2%	30 11,4%	50 19,0%	62 23,6%	100 38,0%
4.Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	23 8,7%	34 12,9%	54 20,5%	57 21,7%	91 34,6%
5.Sizi dinlemesi	11 4,2%	19 7,2%	57 21,7%	57 21,7%	116 44,1%
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	7 2,7%	17 6,5%	41 15,6%	68 25,9%	120 45,6%
7.Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	19 7,2%	26 9,9%	54 20,5%	83 31,6%	79 30,0%
8.Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	14 5,3%	29 11,0%	58 22,1%	78 29,7%	81 30,8%
9.İşini tam yapması	10 3,8%	18 6,8%	55 20,9%	75 28,5%	103 39,2%
10. Sizi muayene etmesi	8 3,0%	23 8,7%	40 15,2%	82 31,2%	108 41,1%
11.Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, aşılama gibi)	22 8,4%	37 14,1%	42 16,0%	74 28,1%	84 31,9%
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	19 7,2%	41 15,6%	46 17,5%	70 26,6%	83 31,6%
13.Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	17 6,5%	31 11,8%	46 17,5%	70 26,6%	93 35,4%
14.Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	28 10,6%	39 14,8%	51 19,4%	63 24,0%	70 26,6%
15.Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	16 6,1%	35 13,3%	53 20,2%	66 25,1%	90 34,2%
16.Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	23 8,7%	44 16,7%	49 18,6%	56 21,3%	87 33,1%
17. Hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	19 7,2%	36 13,7%	54 20,5%	55 20,9%	90 34,2%
18.Doktor dışı personelin yardımı	35 13,3%	37 14,1%	48 18,3%	62 23,6%	76 28,9%
19.Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	40 15,2%	26 9,9%	53 20,2%	56 21,3%	80 30,4%
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	42 16,0%	40 15,2%	52 19,8%	59 22,4%	54 20,5%
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	56 21,3%	46 17,5%	37 14,1%	50 19,0%	53 20,2%
22.Bekleme odasında harcadığınız zaman	49 18,6%	36 13,7%	54 20,5%	53 20,2%	63 24,0%
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	20 7,6%	38 14,4%	55 20,9%	59 22,4%	86 32,7%
24. Hasta olduğunuzda önce aile hekimine muayene olup gerekliyse hastaneye sevk uygulamasını değerlendiriniz	15 5,7%	30 11,4%	49 18,6%	70 26,6%	92 35,0%
25. Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları	18 6,8%	20 7,6%	47 17,9%	67 25,5%	102 38,8%

### 3.5.3. Aile Hekimliğinde Temel Unsurlar Açısından Bulguların Değerlendirilmesi

EUROPEP'in 25 sorusunu literatüre uygun olarak dört ana başlık altında değerlendirdiğimizde altı soru hekim-hasta iletişimi ile ilgili idi (Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, sizi dinlemesi, görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi, sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması, tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması). Dört soru bilgilendirme ve destekle ilgiliydi (Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması, şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi, tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması, sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması). Beş soru tıbbi-tekniik bakımla ilgiliydi (Sizi muayene etmesi, işini tam yapması, günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi, şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi, hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler). On sorunun organizasyonla ilgili olduğu (Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması, doktor dışı personelin yardımı, uygun zamanlara randevu alabilmeniz, sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz, doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz, bekleme odasında harcadığınız zaman, uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda hazırlaması, önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi, hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları, sevk zinciri) saptanmıştır. İletişim konusunda "Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması" ve "Sizi dinlemesi" soruları memnuniyet düzeyi en yüksek olan sorular iken "Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması" memnuniyeti en düşük olan soru olmuştur. Bilgi ve Destek konusunda ise "Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi" sorusu memnuniyet düzeyi en yüksek olur iken "Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması" memnuniyet düzeyi en düşük çıkan soru olmuştur. Tıbbi ve Teknik Bakım konusuna değinir isek "Sizi muayene etmesi" sorusu memnuniyet düzeyi en yüksek olur iken "Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" memnuniyet düzeyi en düşük çıkan soru olmuştur. Organizasyon konusunda ise "Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları" sorusu memnuniyet düzeyi en yüksek olur iken "Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz" memnuniyet düzeyi en düşük çıkan soru olmuştur. Tablo 3.15'te bu gruplar içerisinde dört ve beş puan verenlerin toplam sayılarını ve yüzdelerini ayrıca değerlendirdik.

**Tablo 3.15.** EUROPEP-TR Sorularına 4- 5 Puan Verenlerin Ana Başlıklara Göre Dağılımı

<b>İletişim</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	188	71,50%
Sizi dinlemesi	173	65,80%
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	162	61,60%
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	160	60,80%
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	148	56,30%
<b>Bilgi ve destek</b>		
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	163	62,00%
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	156	59,30%
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	153	58,20%
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	133	50,60%
<b>Tıbbi-teknik bakım</b>		
Sizi muayene etmesi	190	72,30%
İşini tam yapması	178	67,70%
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	162	61,60%
Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	159	60,50%
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler	158	60,00%
<b>Organizasyon</b>		
Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları	169	64,30%
Hasta olduğunuzda önce aile hekimine muayene olup gerekliyse hastaneye sevk uygulamasını değerlendiriniz	162	61,60%
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	145	55,10%
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	145	55,10%
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	143	54,40%
Doktor dışı personelin yardımı	138	52,50%
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	136	51,70%
Bekleme odasında harcadığınız zaman	116	44,20%
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	113	42,90%
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	103	39,20%

Hangi sorulara dört ve beş puan (iyi ve çok iyi olarak nitelendiren) verildiğine bakacak olursak en yüksek 190 kişiyle (72,30%) “Sizi muayene etmesi” ikinci sırada 188 kişiyle (71,50%) “Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması” üçüncü sırada ise 178 kişiyle (67,70%) “İşini tam yapması” soruları gelmektedir. Hangi sorulara en az dört ve beş puan verildiğine bakacak olursak sırasıyla 103 kişiyle (39,20%) “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz”; 113 kişiyle (42,90%) “Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz” ve 116 kişiyle (44,20%) “Bekleme odasında harcadığınız zaman” soruları gelmektedir.

### 3.5.4. Demografik Değişkenlere Göre Hasta Memnuniyeti

%95 güven aralığında p'nin 0,05'ten küçük olduğu değerler farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir ( $p < 0,05$ ).

Yaşla memnuniyet puanlarının ilişkisi araştırıldığında diğer çalışmaların da araştırmamızla genel olarak örtüştüğü görülmüştür. Karadağ'ın Düzce ili genelinde ve Söyleyici'nin Denizli İlinde yapmış oldukları çalışmalarda yaş ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Her iki çalışmada memnuniyet puanlarının bizim çalışmamızda ki gibi yaş artıkça memnuniyet puanlarının belirli sorularda yükseldiğini göstermektedir. (Karadağ, 2007: 100; Söyleyici, 2010: 99).

Memnuniyet puanlarının yaşla ilişkisi araştırıldığında, tüm grupta doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz ( $p=0,005$ ), acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p=0,030$ ), bekleme odasında harcadığınız zaman ( $p=0,019$ ) soruları dışında yaş ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz ( $p=0,005$ ), bekleme odasında harcadığınız zaman ( $p=0,019$ ) sorularına yaşlılar daha yüksek puanlar vermesine karşın acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p=0,030$ ) sorusuna gençler daha yüksek puanlar verdiler. Genel olarak yaş artıkça memnuniyet puanlarının yükseldiği gözlemlendi. Bunun da belirli bir yaştan sonra insanların sağlık açısından beklentilerini düşürdüğü, baş gösteren sağlık sorunlarına karşın kendilerini hazırladıkları, gençlere göre daha sabırlı ve kanaatkâr oldukları, aile hekimlerine daha sık başvurmalarından ötürü gördükleri ilgiden dolayı memnuniyetlerinin arttığı gözlenmiştir. p'nin 0,05'ten küçük olduğu değerler farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir.  $p > \alpha = (0,05)$  olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_0$ ,  $H_1$  lehine kabul edilmiştir.

***H<sub>0</sub>:** Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

Cinsiyet konusunda, farklı araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında da cinsiyet ile memnuniyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmamızda genel olarak kadınların memnuniyet puanları erkeklerden daha yüksek olmasına karşın istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Karadağ'ın Düzce ili genelinde yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile memnuniyet arasında anlamlı bir



fark yokken Söyleyici'nin Denizli İlinde yapmış olduğu araştırmada farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu ortaya konmuştur. Her iki çalışmada memnuniyet puanlarının bizim çalışmamızda ki gibi kadınlarda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Karadağ, 2007: 99; Söyleyici, 2010: 95-96).

Memnuniyet puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında “Sizi dinlemesi” sorusunun en yüksek puan aldığını ve kadınların bu soruya 4,1 erkeklerin ise 3,8 puan verdiğini görmekteyiz. Erkeklerin en yüksek puan verdiği soru ise 4 puanla “Sizi muayene etmesi” sorusu olmuş, kadınlar ise bu soruya yine 4 puan vermiştir. “Sizi dinlemesi” ( $p < 0,05$ ) sorusu dışında sorulara kadınlarla erkekler tarafından verilen puanların farkının istatistiksel açıdan bir anlamlılık ifade etmediği saptanmıştır. Tablo 3.16'da cinsiyetin Hasta Memnuniyetine etkisi ile ilgili puanlar, standart sapma ve (anlamlılık) p değerleri verilmiştir. p'nin 0,05'ten küçük olduğu değerler farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir.  $p > \alpha = (0,05)$  olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_0, H_1$  lehine kabul edilmiştir.

***H<sub>0</sub>:** Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

**Tablo 3.16.** Cinsiyetin Hasta Memnuniyetine Etkisi

EUROPEP Soruları	cinsiyeti	Ort	Std. sapma	p-değeri
1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	kadın	3,7	1,316	0,504
	erkek	3,6	1,271	0,504
2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	kadın	3,6	1,398	0,704
	erkek	3,6	1,278	0,705
3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	kadın	3,7	1,338	0,579
	erkek	3,8	1,292	0,579
4.Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	kadın	3,7	1,391	0,313
	erkek	3,5	1,374	0,313
5.Sizi dinlemesi	kadın	<b>4,1</b>	<b>1,169</b>	<b>0,036</b>
	erkek	<b>3,8</b>	<b>1,264</b>	<b>0,035</b>
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	kadın	4	1,341	0,353
	erkek	3,9	1,284	0,353
7.Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	kadın	3,6	1,264	0,881
	erkek	3,7	1,236	0,881
8.Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	kadın	3,7	1,236	0,999
	erkek	3,7	1,236	0,999
9.İşini tam yapması	kadın	3,9	1,21	0,928
	erkek	3,9	1,103	0,928
10. Sizi muayene etmesi	kadın	4	1,21	0,995
	erkek	4	1,083	0,995
11.Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, aşılama gibi)	kadın	3,5	1,474	0,293
	erkek	3,7	1,243	0,294
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	kadın	3,7	1,334	0,223
	erkek	3,5	1,357	0,223
13.Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	kadın	3,8	1,307	0,159
	erkek	3,5	1,395	0,159
14.Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	kadın	3,3	1,512	0,842
	erkek	3,3	1,475	0,842
15.Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	kadın	3,6	1,382	0,848
	erkek	3,7	1,218	0,848
16.Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	kadın	3,5	1,426	0,810
	erkek	3,5	1,379	0,811
17. Hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	kadın	3,6	1,458	0,683
	erkek	3,5	1,417	0,683
18.Doktor dışı personelin yardımı	kadın	3,4	1,516	0,766
	erkek	3,3	1,401	0,766
19.Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	kadın	3,3	1,547	0,715
	erkek	3,4	1,499	0,715
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	kadın	2,9	1,542	0,448
	erkek	3,1	1,554	0,448
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	kadın	2,7	1,628	0,298
	erkek	2,9	1,652	0,298
22.Bekleme odasında harcadığımız zaman	kadın	3,1	1,517	0,593
	erkek	3	1,532	0,593
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	kadın	3,6	1,431	0,803
	erkek	3,5	1,318	0,803
24. Hasta olduğunuzda önce aile hekimine muayene olup gerekliyse hastaneye sevk uygulamasını değerlendiriniz	kadın	3,7	1,333	0,965
	erkek	3,7	1,371	0,965
25. Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları	kadın	3,8	1,405	0,478
	erkek	3,7	1,398	0,478

Medeni durumun memnuniyete etkisi araştırıldığında, bizim çalışmamızla birlikte Karadağ'ın ve Söyleyici'nin yapmış oldukları çalışmalarda evli olanların memnuniyet düzeylerinin genel olarak bekârlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiş olmakla birlikte istatistiki açıdan birkaç soru dışında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karadağ, 2007: 101; Söyleyici, 2010: 97).

Medeni durumun memnuniyete etkisi araştırıldığında farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu  $p < 0,05$  değerleri için Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ( $p=0,000$ ), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ( $p=0,049$ ), Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi ( $p=0,027$ ), Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (aşılama, sağlık taraması vb.) ( $p=0,039$ ), Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ( $p=0,023$ ), Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ( $p=0,009$ ), Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ( $p=0,005$ ), sorularının medeni durumla ilgisi saptanmış olup, evliler daha yüksek puanlar vermişlerdi. Diğer sorular açısından medeni durumla istatistiksel açıdan anlamlılık gösterebilecek bir ilişki saptanmadı. Medeni durumuna göre memnuniyet derecesine bakıldığında yedi soru dışında medeni duruma göre bir farklılaşma görülmemiştir.  $p$  değeri  $\alpha = (0,05)$  değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_0$ ,  $H_1$  lehine kabul edilmiştir.

***H<sub>0</sub>:** Kişilerin medeni durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

Eğitim düzeyinin memnuniyete etkisi araştırıldığında ise çalışmamızla birlikte Karadağ'ın ve Söyleyici'nin yapmış oldukları çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe genel anlamda memnuniyet puanlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Bu da göstermektedir ki insanlar eğitim seviyeleri yükseldikçe beklentileri de artmakta ve bu oranda da hizmetten elde ettikleri memnuniyet azalmaktadır (Karadağ, 2007: 102; Söyleyici, 2010: 102).

Grupta eğitim düzeyi yükseldikçe 11 soruya verilen puanların anlamlı bir şekilde düştüğü gözlemlendi (Bkz. Ek.3). Bunlar farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu  $p < 0,05$  değerleriydi; işini tam yapması ( $p=0,017$ ), Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p=0,045$ ), Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması ( $p=0,003$ ), Sağlık

durumunuza bağı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması ( $p=0,009$ ), Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ( $p=0,000$ ), Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $p=0,010$ ), Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması ( $p=0,000$ ), doktora telefonla ulaşmanız ( $p=0,000$ ), Bekleme odasında harcadığınız zaman ( $p=0,002$ ), Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları ( $p=0,001$ ), Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi ( $p=0,038$ ). Eğitim düzeyinin yükselmesiyle 11 soruya verilen puanların istatistiki açıdan anlamlı bir şekilde ( $p<0,05$  olduğu durumlar) düşmesini eğitimle birlikte insanların hizmet kalitesinden beklentisinin doğru oranda yükseldiğinin ve beklentilerinin arttığını, artan beklentilere karşın hizmetin bu beklentileri tam anlamıyla her zaman karşılayamadığını söyleyebiliriz. Buradan hareketle öğrenim durumları bağlamında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında anlamlı bir fark vardır.  $p < \alpha = (0,05)$  olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_1, H_0$  lehine kabul edilmiştir.

***H<sub>1</sub>:*** *Kişilerin öğrenim durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.*

Karadağ'ın çalışmasında meslekle memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuşken çalışmamızla birlikte Söyleyici'nin yapmış olduğu çalışmada ise meslekle memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karadağ, 2007: 104; Söyleyici, 2010: 105).

Mesleğin memnuniyete etkisi araştırıldığında; Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi ( $p=0,000$ ), sizin özel durumunuzla ilgilenmesi ( $p=0,034$ ), Sizi dinlemesi ( $p=0,021$ ), Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması ( $p=0,047$ ), Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi ( $p=0,015$ ), doktora telefonla ulaşmanız ( $p=0,004$ ), Bekleme odasında harcadığınız zaman ( $p=0,013$ ), Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları ( $p=0,000$ ), Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması ( $p=0,047$ ) soruları dışında ( $p<0,05$  olduğu değerler) anlamlı bir fark görülmedi. Buradan hareketle aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında 9 soru dışında anlamlı bir fark yoktur.  $p > \alpha = (0,05)$  değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_0, H_1$  lehine kabul edilmiştir. Öğrencilerin genel anlamda memnuniyet düzeylerinin ev hanımı, memur ve işçilerden daha düşük olduğu gözlenmiştir.

*H<sub>0</sub>: Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

Çalışmamızla birlikte Karadağ'ın çalışmasında gelir düzeyiyle memnuniyet arasında anlamlı bir fark bulunmamışken, Söyleyici'nin yapmış olduğu çalışmada ise gelir düzeyiyle ilgili herhangi bir karşılaştırmaya yer verilmemiş sadece ankete katılanların bizim çalışmamızda da olduğu gibi büyük bir çoğunluğunun yoksulluk sınırının altında yaşadığı tespitinde bulunulmuştur (Karadağ, 2007: 106-107; Söyleyici, 2010: 107).

Gelir düzeyinin memnuniyete olan etkisi araştırıldığında; sizin özel durumunuzla ilgilenmesi (p=0,034), Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi (p=0,021), Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması (p=0,047), Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması (p=0,008) soruları (p<0,05 olduğu değerler) dışında anlamlı bir fark görülmedi. Buradan üst gelir düzeyindekilerin aile hekimlerinden daha çok ilgi bekledikleri veya bu yöndeki beklentilerinin daha az karşılandığı çıkarılabilir. Genel olarak üst gelir düzeyinde olanların memnuniyet puanlarının alt gelir basamaklarındakilere göre daha düşük olduğu tespit edildi. Bu da göstermektedir ki gelir arttıkça yani insanların refah düzeyi arttıkça hayattan beklentileri ve yaşama bakışları değişmiş bununla paralel olarak hizmet kalitesinden beklentileri de artmıştır.

*H<sub>0</sub>: Kişilerin gelir düzeyi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

Çalışmamızla paralel olarak Karadağ'ın çalışmasında başvuru sıklığıyla memnuniyet arasında anlamlı bir fark bulunmuşken, Söyleyici'nin yapmış olduğu çalışmada ise başvuru sıklığıyla ilgili herhangi bir karşılaştırmaya yer verilmemiştir (Karadağ, 2007: 113-114).

Başvuru sıklığının memnuniyete olan etkisi araştırıldığında ise iki soru dışında toplam 25 sorudan 23'ünde (p<0,05) farkın istatistiki açıdan bir anlam ifade ettiği tespit edildi. İstatistiki açıdan anlamlı bir farkın olmadığı sorular ise; kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, sizi muayene etmesi oldu. Başvuru sayısı arttıkça puanların doğru orantılı olarak arttığı ve özellikle ayda bir ve üzeri başvurularda yani aile hekimini düzenli ziyaret eden bireylerde memnuniyet puanlarının birden yükseldiğini söyleyebiliriz. Bu da gösteriyor ki insanlar aile hekimlerinden memnun kaldıkça yani beklentileri

karşılandıkça daha sık gelmeye başlamıştır. Zamanla hekimleriyle birbirlerini daha iyi tanıyan hastalar kaynaşmış, hekime karşı çekingenliğini atmış ve kendilerini daha rahat ifade eden hastalar hekimlerini daha sık ziyaret etmeye başlamıştır. Buradan hareketle başvuru sayısı bazında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında anlamlı bir fark vardır.  $p < \alpha = (0,05)$  olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak  $H_1, H_0$  lehine kabul edilmiştir.

***H<sub>1</sub>:** Kişilerin Aile Hekimliğine başvuru sıklığı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.*

### **3.5.5. Doğrudan İkinci Basamağa Başvuranlara İlişkin Bulgular**

Çalışmaya alınan kişilerin yaşları 15–75 yıl arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan gruptan 26 (% 32,5) kişi 25 yaş ve altındadır. Geriye kalan 24 kişi (%30,0) 26-35 yaş aralığında, 14 kişi (% 17,5) 36-45 yaş aralığında son olarak 8'er kişi (% 10,0) 46-55 yaş aralığı ve 56 yaş ve üstündeki gruptan oluşmaktadır. Genç yaş grubundakilerin sayısının yüksek çıkması gençlerin bilimsel çalışmalara önem vermeleri ve ilgi göstermelerinden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yaşlı grupta okuma yazma bilmeyenlerin sayısının artması da bu çalışmalara sıcak bakmamalarının bir diğer sebebidir. Kişilerin medeni durumları incelendiğinde grubun tümünde 39 (% 48,8) kişinin evli, 35 (% 43,8) kişinin bekâr, 6 (% 7,5) kişinin diğer (dul, boşanmış) olduğu saptanmıştır. Kişilerin meslek durumlarının sorgulanması sonucu 22 (% 27,5) kişinin ev hanımı, 23 (% 28,8) kişinin öğrenci, 19 (% 23,8) kişinin memur ve işçi, 10 (% 12,5) kişinin esnaf, 6 (% 7,5) kişinin çiftçi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin oranının (% 28,8) yüksek çıkmasının sebebi olarak bilimsel araştırmaları önemsemeleri ve katılmayı kolaylıkla kabul etmeleri düşünülmüştür.

Son altı ay içerisinde ikinci basamak sağlık hizmeti olan Kilis İli Devlet Hastanesine başvuru sıklığında birinci sırada 36 (% 45,0) kişiyle en çok 3 ila 5 kez, bu oran Aile Hekimliğine 3 ila 5 kez başvuru oranıyla (% 39,2) da örtüşmektedir. İkinci sırada 1-2 başvuruyla 19 (% 23,8) kişi olduğu görülmüş olmakla birlikte 25 (%31,2) kişinin yani her üç kişiden birinin ayda bir veya daha sıklıkla aktif olarak Kilis Devlet Hastanesine başvurduğu görülmüştür. Bu oran Aile Hekimliğine ayda bir veya daha sıklıkla aktif olarak başvuranların oranıyla (30,8) örtüşmektedir. Her üç kişiden birinin

ayda bir veya daha sıklıkla aktif olarak hastaneye başvurması ve bu kişilerin memnuniyet puanlarının yüksek olması göstermektedir ki Kilis İlinde her üç kişiden biri şu an için hastaneden aldığı hizmeti beğenmekte ve aktif olarak yararlanmaktadır. Şunu da belirtmeden geçmemek gerekir Aile Hekimliğinden memnuniyet puanları Kilis Devlet Hastanesinden memnuniyet puanlarından genel olarak daha yüksek çıkmıştır.

Toplam 80 kişiden 26'sının (% 32,5) eğitim düzeyinin üniversite ve üstü olduğu saptanmıştır. Kalan 54 kişinin öğrenim durumu sırasıyla şöyledir; 11'i (% 13,8) okuryazar değil, 25'i (% 31,2) okuryazar / ilkokul - ortaokul mezunu, 18'i (% 22,5) lise mezunudur. Araştırmada her üç kişiden birinin eğitim düzeyinin üniversite ve üstü çıkmasının sebebi bilimsel araştırmaları üniversitede okuyan veya mezun eğitilmiş kişilerin daha önemli bulması ve bilimsel çalışmalara katılmayı kolaylıkla kabullenmeleri olarak düşünülmüştür. Aile Hekimliğine başvuranlara yönelik uyguladığımız ankette de üniversite ve üstü düzeyde eğitimi olanların oranı (% 34,2) yüksek çıkmıştır. Rakamların uyumlu olması anketlerimizin güvenilirliğini artırmakta ve doğru sonuçlara ulaştığımızı ispatlamaktadır.

Tüm gruptaki bireylerin 25'inin (% 31,2) 0–500 TL arasında aylık hane halkı geliri olduğu tespit edilmiştir. Bu da demektir ki Kilis ilinde her 3 kişiden yaklaşık birisi açlık sınırının altında veya sosyal yardımlarla yaşamaktadır. 23 kişi (% 28,8) ise gelirinin 501 ila 1000 TL olduğunu beyan etmiştir. 2500 TL ve üstü geliri olanların sayısı ise 11 (% 13,8) kişi gibi düşük bir düzeyde kalmıştır. 1000 TL üzeri gelir düzeyindekilerin sayısına bakacak olursak, sayının arttığı ve 32 (% 40,0) kişi olduğu buna karşın 1000 TL ve altı gelir düzeyinde toplam 48 (% 60,0) kişi olduğu görülmüştür. Doğrudan ikinci basamağa başvuranlarla Aile Hekimliğine başvuranların gelir düzeyiyle ilgili rakamlar birbiriyle örtüşmektedir, bu da uygulanan anketlerin güvenilirliğini ve gerçekçiliğini bir kez daha göstermiştir.

Tablo 3.17. Aile Hekimine başvurmayıp doğrudan İkinci Basamağa başvuranlarla ilgili frekansları (n) ve yüzdeleri vermektedir.

**Tablo 3.17.** Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri (Hastane Grubu)

Özellikler		Toplam	
		Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	42	52,5
	Erkek	38	47,5
Yaş	25 yaş ve altı	26	32,5
	26-35	24	30,0
	36-45	14	17,5
	46-55	8	10,0
	56 ve üstü	8	10,0
Medeni durum	Evli	39	48,8
	Bekar	35	43,8
	Diğer	6	7,5
Meslek	Ev hanımı	22	27,5
	Çiftçi	6	7,5
	Esnaf	10	12,5
	Memur-İşçi	19	23,8
	Öğrenci	23	28,8
Yaşanan yer	İl merkezi	46	57,5
	İlçe merkezi	20	25,0
	Merkeze bağlı köy	8	10,0
	İlçeye bağlı köy	6	7,5
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	11	13,8
	Okur- yazar / İlk-Ortaokul mezunu	25	31,2
	Lise	18	22,5
	Üniversite	26	32,5
Gelir düzeyi	0-500 TL	25	31,2
	501-1000 TL	23	28,8
	1001-2500 TL	21	26,2
	2501 TL ve üstü	11	13,8
Hastaneye son 6 ayda kaçınıcı başvuru	1-2	19	23,8
	3-5	36	45,0
	6-10	17	21,2
	11 ve üstü	8	10,0
Neden Aile Hekimine başvurmadan doğrudan Hastaneye başvurduunuz	Aile Hekimliğini/Hekimimi bilmiyorum	14	17,5
	Aile Hekimim yetersiz/bilgisiz/ilgisiz	11	13,8
	Hastane bana daha yakın/kolay geliyor	15	18,8
	Hastane daha iyi hizmet/tedavi veriyor	26	32,5
	Kronik Hastalığımдан dolayı Hastanede devam eden tedavim var	14	17,5
<b>TOPLAM</b>		<b>80</b>	<b>100</b>



Genel olarak doğrudan İkinci Basamağa başvuran grupta en yüksek ve en düşük puan verilen sorular incelendi. En yüksek puan verilen sorular en yüksekten düşüğe doğru sırayla “sizi muayene etmesi” 3,54; “sizi dinlemesi” 3,51; “Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi” 3,50; “Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” 3,50 olarak bulundu. En düşük puan verilen sorular ise “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” 2,12; “Bekleme odasında harcadığınız zaman” 2,14; “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” 2,19; “size uygun zamanda randevu alabilmeniz” 2,42 ve “Doktor dışı personelin yardımı” 2,80 olarak bulundu. Verilmiş olan puanların frekans dağılımı Tablo 3.18’de sunulmaktadır.

**Tablo 3.18.** EUROPEP-TR Sorularına Verilen Puanların Frekans Dağılımı (Hastane Grubu)

EUROPEP Soruları	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)
1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	2 2,5%	9 11,2%	46 57,5%	21 26,2%	2 2,5%
2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	3 3,8%	9 11,2%	38 47,5%	26 32,5%	4 5,0%
3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	3 3,8%	7 8,8%	39 48,8%	25 31,2%	6 7,5%
4.Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	4 5,0%	6 7,5%	32 40,0%	32 40,0%	6 7,5%
5.Sizi dinlemesi	2 2,5%	6 7,5%	29 36,2%	35 43,8%	8 10,0%
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	2 2,5%	2 2,5%	29 36,2%	36 45,0%	8 10,0%
7.Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	3 3,8%	6 7,5%	38 47,5%	30 37,5%	3 3,8%
8.Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	3 3,8%	11 13,8%	34 42,5%	27 33,8%	5 6,2%
9.İşini tam yapması	0 0,0%	6 7,5%	38 47,5%	29 36,2%	7 8,8%
10. Sizi muayene etmesi	0 0,0%	7 8,8%	34 42,5%	28 35,0%	11 13,8%
11.Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, aşılama gibi)	4 5,0%	9 11,2%	28 35,0%	30 37,5%	5 6,2%
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	3 3,8%	9 11,2%	32 40,0%	27 33,8%	8 10,0%
13.Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1 1,2%	7 8,8%	34 42,5%	27 33,8%	11 13,8%
14.Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	7 8,8%	6 7,5%	39 48,8%	22 27,5%	6 7,5%
15.Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1 1,2%	6 7,5%	34 42,5%	30 37,5%	9 11,2%
16.Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	6 7,5%	20 25,0%	29 36,2%	20 25,0%	4 5,0%
17. Hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	3 3,8%	9 11,2%	37 46,2%	27 33,8%	4 5,0%
18.Doktor dışı personelin yardımı	10 12,5%	16 20,0%	36 45,0%	16 20,0%	2 2,5%
19.Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	25 31,2%	15 18,8%	24 30,0%	13 16,2%	3 3,8%
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	31 38,8%	13 16,2%	28 35,0%	6 7,5%	2 2,5%
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	35 43,8%	13 16,2%	22 27,5%	7 8,8%	3 3,8%
22.Bekleme odasında harcadığınız zaman	29 36,2%	18 22,5%	27 33,8%	5 6,2%	1 1,2%
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	13 16,2%	11 13,8%	31 38,8%	16 20,0%	8 10,0%
24. Hasta olduğunuzda önce aile hekimine muayene olup gerekliyse hastaneye sevk uygulamasını değerlendiriniz	3 3,8%	14 17,5%	32 40,0%	17 21,2%	13 16,2%
25. Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları	6 7,5%	10 12,5%	29 36,2%	28 35,0%	7 8,8%

Aile Hekimliğine başvuranlarla doğrudan İkinci Basamağa başvuranları karşılaştırdığımızda her iki grupta da en yüksek puan alan soru “sizi muayene etmesi” 3,96’ a karşı 3,54; “sizi dinlemesi” 3,91’e karşı 3,51 puanla paralellik göstermekle birlikte puanların Aile Hekimliğine başvuranlarda daha yüksek olması memnuniyet düzeylerinin İkinci Basamağa göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Her iki grupta da en düşük puan ana soru ise “doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” 2,75’e karşı 2,12; “sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz” 2,98’e karşı 2,19 ve “size uygun zamanda randevu alabilmeniz” 3,33’e karşı 2,42 olarak paralellik göstermiş. “Size uygun zamanda randevu alabilmeniz” sorusunda memnuniyet düzeyi Aile Hekimliğinde 3,33 çıkmışken doğrudan İkinci Basamağa başvuranlarda 2,42 gibi düşük bir puanda çıkması kişilerin Hastaneden kendilerine uygun zamanlarda randevu alabilmelerinin daha zor olduğunu ve bu konudan şikâyetçi olduklarını göstermektedir.

Aile Hekimliği uygulamasında memnuniyet düzeyleri (Bkz. Tablo 3.14) ile ilgili tabloda görüldüğü üzere memnuniyet düzeyleri daha çok 5 (Çok İyi) ve 4 (İyi) puanlarda gerçekleşirken doğrudan İkinci Basamağa başvuranlarda ise 3 (Orta) ve 4 (İyi) puanlarda gerçekleştiği Tablo 3.18’den anlaşılabilir. Memnuniyet puanlarının İkinci Basamakta daha düşük çıkmasının nedenlerinden birisi olarak kronik hastalığından dolayı hastaneye giden hastaların yaşam beklentilerinin düşük olması, kendilerini hastalıklarından dolayı mutsuz ve bezgin hissetmeleri vb. olumsuz durumlar düşünüldü. Tabii ki Kilis Devlet Hastanesinin iş yükünün fazla olması, kalabalık ve stresli ortam, poliklinik muayenelerde artan kuyruklar ve bekleme zamanı da memnuniyet puanlarının düşük çıkmasının başlıca nedenleri olarak görülmektedir.

Doğrudan İkinci Basamağa başvuranlara neden Aile Hekimine başvurmadıkları sorulduğunda ise (Bkz. Tablo 3.17) en çok 26 kişiyle (%32,5) “Hastane daha iyi hizmet/tedavi veriyor”; ikinci sırada 15 kişiyle (%18,8) “Hastane bana daha yakın/kolay geliyor”; üçüncü sırada 14’er kişiyle (%17,5) “Kronik Hastalığımдан dolayı Hastanede devam eden tedavim var” cevabıyla “Aile Hekimliğini/Hekimimi bilmiyorum” cevabı ve son olarak 11 kişiyle (%13,8) “Aile Hekimim yetersiz/bilgisiz/ilgisiz” cevapları gelmektedir. Buradan da anlaşılmaktadır ki vatandaş nezdinde Aile Hekimlerinin yetersiz ve bilgisiz olduğu buna karşın Hastanelerde bilgi ve imkânlar açısından birikimin daha fazla olduğu gibi yanlış bir inanış mevcuttur. Tabii ki hastanelerde

imkânlar daha fazladır ama basit bir migren veya soğuk algınlığı durumunda ileri teşhis ve tedavi imkânlarına ihtiyaç olmadığı da su götürmez bir gerçektir. Görülmektedir ki Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği uygulamasını vatandaşa yeterince anlatamamıştır; Aile Hekimi gerekli hallerde yani kendi uzmanlığını aşan durumlarda zaten hastalarını İkinci Basamaktaki uzmanlara yönlendirmektedir. Aslında Birinci Basamakta çözülen birçok sorun hasta açısından da daha etkin ve etkili olmaktadır, hastaya hem zaman hem para tasarrufu sağlamakta hem de daha kolaylıkla sorunlarını çözüme kavuşturma imkânı tanımaktadır. Şayet etkin bir şekilde işletilirse iyi bir Birinci Basamak modeli olan Aile Hekimliği Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin de gelişimine katkı sağlayacaktır.

## SONUÇ

Aile hekimliği çağdaş bir birincil sağlık bakımı sunma felsefesidir. DSÖ'nün toplum sağlığını geliştirmek amacıyla belirlediği 21.yüzyıl hedeflerine, aile hekimlerinin gündelik uygulamalarında belirlenmiş olan ilkeler çerçevesinde çalışmaları sonucunda ulaşılacaktır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında başlanan tedavilerin ilgili uzman hekimler ile işbirliği içerisinde ayakta ve evde takibini gerçekteştirmek koşuluyla başarılı bir sonuca ulaşacaktır. Kanıta dayalı çağdaş tıp uygulamaları ile aile hekimlerinin kendilerine bağlı nüfusun sağlığını koruyup, geliştirmeleri mümkün görünmektedir.

Türkiye'nin ekonomik anlamda kazandığı başarılarla rağmen vatandaşımızın genel sağlık düzeyi ülkenin ödeyebileceği ve sağlayabileceğinin altındadır. Ülkemiz sağlık sektörünün giderek yoğunlaşan sorunları, artık sektörün yeniden yapılanmasının kaçınılmazlığı ve bu yapılanmanın ertelenemezliğini açıkça ortaya koymaktadır. Mevcut sağlık hizmetleri arzının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği, sağlık göstergelerindeki olumsuz sonuçlar ve genel bir hoşnutsuzluk, bu olumsuzlukların doğal sonucu olmaktadır.

Tüm bu olumsuzlukların giderilmesi için başlatılan sağlıkta dönüşüm çalışmaları ve bu çalışmaların en önemli bölümü olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve aile hekimliği uygulamasına geçiş mümkün olan en kısa zamanda tamamlanmalıdır. Uygulamanın; tüm ülke geneline sağlıklı bir şekilde yaygınlaştırılabilmesi için alınacak geri bildirimlerin değerlendirilmesi sayesinde işleyişteki hataların tespit edilerek giderilmesi ve geliştirilmesiyle mümkün olabilecektir. Yalnız burada ülkemize özgü sosyal ve coğrafı yapıyı göz ardı etmemek gerekir. Aile hekimliği modelini doğrudan batıdaki örneklerinden almaktansa ülkemize özgü bir model geliştirmekte fayda vardır. Ülkemizde her ne kadar nüfus yapılanmamız

kırsaldan kente doğru bir gelişim seyri göstermekte olsa da halen kırsal yerleşimin yoğun olduğu bölgeler mevcuttur ve bazı bölgelerde de ulaşım ve iletişim günümüzde bile büyük bir problem teşkil etmektedir. Bu ve benzeri ülkemize özgü nedenlerden ötürü Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile getirilen Sağlık Evleri model içine entegre edilerek karma bir model geliştirilebilir. Süreç içerisinde görüldüğü üzere Sağlık Evleri ülkemiz kırsal kesiminin sağlık düzeyi ve yaşam kalitesi üzerine çok büyük katkıları olmuş bir modeldir, burada özveriyle çalışan ebeler buldukları köylerde gerek yaşam tarzları gerek bilgi ve becerileri ile örnek alınan kişiler haline gelmişlerdir. Özellikle temizlik ve hijyen konusunda çok büyük gelişimler yaşanmış toplumsal alışkanlıklar değişmiştir, bununla birlikte salgın ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konusunda çok büyük mesafeler alınmış bulunmaktadır. Yıllarca başarıyla yürütülmüş ve maliyet açısından da tek ebeyle yürütülen yerinde hizmetten dolayı etkililik ve etkinlik yakalanmıştır. Böylesi başarı göstermiş bir uygulamayı adeta kaldırıp çöpe atmak toplumumuza özellikle kırsala yapılmış büyük bir haksızlıktır. Bunun yerine Sağlık Evleri Aile Hekimliği modeli içerisinde korunarak bu Sağlık Evlerinin kendilerine en yakın Aile Hekimlerine bağlanarak onlarla koordineli çalışmaları sağlanabilir. Böylelikle Aile Hekimleri için büyük güçlüklerle ve verimsiz bir şekilde yürütmüş oldukları ayrıca maliyetli bir hizmet olan Mobil Hizmet uygulamasına da ihtiyaç kalmayacaktır. Ebelerin kontrolünde olan kırsal kesim sağlık hizmetleri gerekli hallerde ebelerin hastayı aile hekimine veya acil durumlarda en yakın sağlık kuruluşuna yönlendirmesiyle daha etkin bir şekilde yürütülmüş olacaktır. Mobil hizmet uygulaması belirli günlerle sınırlı yani sağlık hizmetinin asli özelliği olan devamlı ve bütüncü yaklaşımdan uzak olarak verilen bir hizmettir. Çoğu zaman hedef kitleye tam anlamıyla ulaşamayan ve Aile Hekimlerinin asli işlerini yapmalarına engel olan mobil hizmete çıktıkları günlerde kendilerine bağlı olan nüfusa hizmet veremedikleri toplumun tüm kesimlerini rahatsız eden verimsiz bir uygulamadır. Bu uygulamadan derhal vazgeçilmeli ve buna alternatif yukarıda belirtmiş olduğumuz gibi bir çözüm geliştirilmelidir.

Kilis ilinde yapmış olduğumuz üçüncü bölümde detaylarıyla değindiğimiz araştırmadan da anlaşılacağı üzere Aile Hekimliği uygulamasında kırsal kesimin hizmetten yararlanma imkânı zorlaşmış ayın belirli günlerine sıkıştırılmıştır. Uygulamanın en büyük açmazlarından birisi olan mobil hizmet etkin bir şekilde verilememekle birlikte hizmetin kurgulanmasında da birçok sıkıntı halen

giderilememiştir. Kilis'te kırsal nüfusun daha çok ikinci basamak olan hastaneye başvurduğu ve birçoğunun daha aile hekimini bile tanımadığı görülmektedir. Zaten model de kurgulanırken il merkezi temelli kurgulanmıştır. Batılı örnekleri temel alınarak kurgulanmış olan modelin en büyük açmazı da budur zaten. Burada ihmal edilen ülkemizin ve toplumumuzun dağınık coğrafya, azalan kırsal nüfusa rağmen halen batılı ülkeler düzeyine gerilemeyişi, özellikle kırsal alandaki coğrafi ulaşım zorlukları gibi gerçekleri modelin belirli konularda yetersiz kalmasına ve kırsal nüfusun sağlıkla ilgili göstergelerine olumsuz etkisiyle zamanla daha da net olarak görülebilecektir. Üçüncü bölümde de değindiğimiz gibi modelin ülkemiz şartlarına uygun hale getirilmesi kaçınılmazdır. Bizim önerimiz çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulardan da yola çıkarak Aile Hekimliğiyle birlikte eski uygulamada var olan Sağlık Evlerini kapatmayarak sisteme entegre etmek böylece kırsaldaki sağlık hizmetlerini ebeler ve sağlık çalışanları aracılığıyla yerinde yürütmek şeklinde olacaktır. Bu Sağlık Evleri kendilerine yakın Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı ve koordineli çalışarak gerektiğinde hastayı buralara yönlendirecek ve tedavilerini takip edecektir. Bilindiği üzere Sağlık Evlerinin Sosyalleştirme Kanunuyla birlikte ülkemiz kırsal alan sağlık düzeyine çok büyük katkıları olmuş ve büyük başarılarla imza atmıştır. Yapmamız gereken ülkenin sosyodemografik değişimine uygun olarak bu Sağlık Evlerini yeniden organize ederek işler hale getirip Aile Hekimliği sistemine entegre etmektir. Aksi takdirde önümüzdeki yıllarda özellikle kırsal alanda salgınlar ve bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık problemlerine sıklıkla rastlanır olacaktır. Bu durum kırsal kesimin sağlık göstergelerini zamanla olumsuz yönde etkileyecektir.

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin reformu olarak gündeme gelen düzenleme gerekçeleri ve uygulamalarının sistemin özgün sorunlarını çözmekten uzak; bu anlamda refah devletinin krizi karşısında ortaya atılan reform reçetelerinin bir yansıması olduğu açıktır. Bu reçeteler, her şeyden önce gelişmiş ve cömert sosyal koruma sağlayan refah devletlerinin krizi kapsamında gündeme gelmekte; yaşanan gelişmeler o ülkelerde bile radikal dönüşümlerin ortaya çıkamadığını göstermektedir. Buna karşın Türkiye'de, sosyal güvenlik sisteminin gelişimi ve kapsamı gelişmiş refah devleti anlayışına sahip ülkelere göre oldukça sınırlı kalmakta; sistemin yaşadığı sorunlar gelişmiş bir refah devletinin sınırlarına ulaşılmışından değil; tam tersine sistemin üzerinde yükseldiği ekonomik ve sosyal yapıdaki sorunların sistemi ciddi olarak sıkıntıya düşürmesinden kaynaklanmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin uzun dönemli sürdürülebilirliği

açısından ciddi sorunlar yaşadığı kabul edilmektedir. Ancak kalıcı sürdürülebilirlik sağlamak, sistemin başta emeklilik yaşını yükseltmek olmak üzere prim gelirlerini artıran ve giderleri azaltan aktüeryal hesaplar gibi yüzeysel müdahaleler ile sağlanamayacaktır. Bu gerçeklik daha önce yaşama geçirilen düzenlemelerde de görülmüştür. Ayrıca, yapılan düzenlemeler ile sisteme ilişkin katkı ve karşılık arasındaki ilişkinin kopartılması, sistemin cazibesini yitirerek, temel sorun olan kayıt-dışılığı da besleyebilecek bir potansiyel yaratmaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan sorunların analizi, sisteme yönelik yeniden yapılanmanın, sosyal korumanın vatandaşlığa bağlı bir hak temelinde tanımlandığı; sosyal güvenliğin gelişiminde öncelikli unsur olan sendikal örgütlenme sorunlarının aşıldığı; riskleri tazmin etmekten çok, önlemenin ön planda tutulduğu; sosyal sigorta ve sosyal yardımların bir bütün olarak algılandığı; sosyal güvenliğin işsizlikle mücadele ve istihdam politikaları ile desteklendiği; kayıt dışı istihdamın denetim altına alındığı ve sosyal güvenlik sisteminin siyasi popülizm aracı olmayacak şekilde kurgulandığı bir yapı içerisinde söz konusu olabileceğini göstermektedir. Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı sorunların çözümüne yönelik yeniden yapılanma, Türkiye’de toplumsal yapı ve çalışma yaşamının temel sorun alanları ile birlikte, bütünsel olarak değerlendirildiğinde işlevsel olacaktır.

Reformla hedeflenen sonuçlara Kilis İli örneğinde yapılan literatür taraması ve yapılmış olan çalışmaların sonuçlarında da görüldüğü üzere tam anlamıyla ulaşılamadığını göstermekle birlikte uygulamanın daha çok yeni olması doğru ve kesin bir değerlendirme yapacak kadar veriye ulaşmayı engellemiştir. Eldeki bulgulara dayanılarak söylenebilir ki; Aile Hekimliği uygulaması tam anlamıyla hayata geçirilememiş olmakla birlikte Kilis İlinde de görülebileceği gibi gelişmeye açıktır ve uygulamanın toplumun sağlık düzeyine yapacağı olumlu katkılar hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir. Bunun sonuçları uzun vadede daha net ve açık olarak görülebilinecektir. Şu an bile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan sevklerde azalmalar kaydedilmiş olup hastanelerin bu kuruluşlardan sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olmayan hastalarla gereksiz yere dolup taşmasını engellemiş böylece ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının iş yükünü azaltarak daha verimli, kaliteli ve etkin hizmet sunmalarına olanak vermiştir.



BAĞ-KUR'da tarım çalışanlarının asgari ücret ile yaşam düzeyleri arasında kalan tutara tekabül eden sağlık sigortası primleri devlet tarafından ödenmelidir. Geri ödeme listesine alınacak ilaçların tespitinde eşdeğer grupların ve hazırlanacak farmakoekonomik değerlendirme raporlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortasının başlangıçta neden olacağı ek maliyeti en aza indirmek için, kayıt dışındaki kişilerin kayıt altına alınması ve etkin bir kontrol sistemiyle gerçekten prim ödeme gücü olmayanların hakkaniyete uygun bir şekilde tespiti, dolayısıyla da prim ödeme gücü olan herkesten prim toplanması gerekmektedir.

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. Bakanlık verilerine göre 2006 yılında anne ölümleri yüz binde 28,5 (Avrupa ortalaması 18), bebek ölümleri binde 13 civarına düşürülmüştür.

Her dönüşümde ve reformda olduğu gibi eksiklikler ve aksamaların olması doğaldır; önemli olan toplumumuzun bu değişimin neden gerektiğini iyi kavrayabilmesidir. Bu reformun yararımıza olduğunu somut örnek ve verilerle kamuoyuna sunabilmek ve toplumun her kesiminin sunulan hizmetlere eşit ve adaletli bir şekilde ulaşabilmesini sağlayacak altyapıyı oluşturmak bu sistemin sağlıklı bir şekilde işlemesi için olmazsa olmazlardandır.

Aile Hekimliği uygulamasına geçmiş olan pilot bölgeler nüfusu az olan illerdir. Büyükşehirlerde Aile Hekimliği uygulamasına geçişin kaynak ve çalışan yetersizliğinden dolayı uzun bir sürece yayılması gerektiği Sağlık Bakanlığı'nca planlanmış ve uygulama takviminde Büyükşehirler daha ileriki yıllara bırakılmıştır. Büyükşehirlerden öncelikli olarak nüfusça üçüncü büyük ilimiz olan İzmir'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş ve başarı ile yürütülmekte olup sistem işler hale getirilmiştir. Bu da gösteriyor ki yeteri kaynak sağlanıp gerekli altyapı oluşturulduğunda Büyükşehirlerde korkulanın aksine sistemi kurup işler hale getirmek çok da zor olmayacaktır. Burada Ankara ve İstanbul'da Aile Hekimliği uygulamasına geçiş özellikle de İstanbul için meşakkatli ve zor olacağına benzemektedir. Çünkü İstanbul hem nüfus yoğunluğu çok fazla olan hem de kozmopolit bir ildir, varoşlarda bu sistemin işler hale getirilmesi bir az güç olacaktır. 2011 yılı itibarıyla en büyük illerimiz olan İstanbul

ve Ankara’ da Aile Hekimliği uygulaması başarıyla yürütülmekle birlikte söz konusu iller için daha sağlıklı verilere ulaşmak ve durumu değerlendirmek için zamana ihtiyaç vardır. İzmir örneği bizlere Aile Hekimliği uygulamasının Büyükşehirlerde de işler hale getirilebildiğini ve burada yaşayan insanlarca da benimsendiğini göstermiştir. Bu konuda farklı görüşlerinde olduğunu belirtmeden geçmek haksızlık olur. Özellikle TTB, HASUDER gibi meslek örgütleri ve çeşitli sendikalar İzmir İlinde Aile Hekimliği modelinin tutmadığını, vatandaşlar tarafından da desteklenmediğini, sağlık göstergelerinin de günden güne kötüye gittiğini vurgulamaktadırlar. İzmir, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun en iyi şekilde işlediği il olarak bilinmekteydi. Burada Sağlık Ocaklarının özellikle koruyucu hizmetleri çok etkin bir şekilde yürüttüğü ve halk tarafından da bu hizmetlerin çok iyi bir şekilde benimsendiği vurgulanmaktadır.

Sosyal Güvenlik reformu kapsamında getirilen Genel Sağlık Sigortasının en önemli unsurlarından olan Aile Hekimliği uygulamasında ülke olarak yolun başında olduğumuz ve daha çok yol kat etmemiz gerektiği su götürmez bir gerçektir. Bu uygulama zamanla serpilip gelişecek ülke geneline de yaygınlaştıkça taşların yerine oturduğu ve kendi dinamiklerini oluşturduğu görülebilecektir. Şunu da belirtmeden geçmek doğru olmaz; mevcut hükümetin uygulamaya geçiş ve ülke geneline yayılma süreci takvimini sürekli ötelediği ve belki de siyasi kaygılar gözeterek Aile Hekimliğinin tamamlayıcı unsuru olan sevk zincirini Sağlık Bakanlığı’nın kendi tabirleriyle “Esnek Sevk Zinciri” uygulamasıyla kısmen kaldırmış olması tartışmalıdır. Burada sağlık hizmetine ihtiyacı olan vatandaşa sevk zincirine uymaksızın istediği basamaktan; yani birinci, ikinci veya üçüncü basamaktan; hizmet alabilme olanağı getirilmiş fakat hastanın sevk zincirini takip etmeksizin doğrudan ikinci veya üçüncü basamağa başvurması halinde ödeyeceği katılım payını daha yüksek belirlemiştir. Bunu; kişiye hizmet sunucu olan doktor veya kurumu seçme hakkı olarak görebilsek de kendi içerisinde, satın alma gücü olanlara bu rahatlığı sağlayıp güçsüzlerin bundan mahrum kalmasına sebep olarak, toplumun farklı kesimlerinin anayasal bir hak olan “Sağlık Hakkı”na ulaşmasında adaletsizliklere yol açtığını ve ödeme gücü olanlara seçme hakkı getirdiğini görebiliriz.

Kısaca sevk zincirinden bahsetmek gerekirse, hasta olan kişinin acil durumlar dışında Birinci Basamak hizmeti olan Aile Hekimine başvurması, sonrasında Aile

Hekiminin yapacağı teşhis ve tedavinin yetersiz kalması veya hastalığın uzmanlık gerektirdiğinin hekimce tespiti ile kişinin İkinci ve Üçüncü Basamak hizmet sunucuları olan Hastanelere veya belirli branşlarda uzmanlaşmış Araştırma Hastanelerine sevk edilmesi olarak tanımlanabilir. Çok basit olan teşhis ve tedavilerin Hastanelere başvurulmadan Aile Hekimince yapılması hastanelerdeki gereksiz yığılmaları önlemiş aynı zamanda hastalığın tedavisinin Sosyal Güvenlik Kurumuna olan maliyetini de düşürmüştür. Aile Hekimlerinin yaşlı, gebe, loğusa ve çocukları düzenli olarak takip etmesiyle birlikte gebelikteki anomaliler, ölü doğumlar, ilk üç ay, altı ay ve bir yaş yetersiz ve/veya yanlış beslenme, hastalık ve ölümleri azalacaktır. Aile Hekiminin bu risk grubundakileri tanıyarak ve bilerek düzenli takip ediyor olması topluma Koruyucu Sağlık hizmeti sunmasını sağlayacak; düzenli takip ettiği için bu kişilerin hangi hastalıklara karşı dirençsiz olduğunu bilerek sağlığının korunmasında kişiye özel koruyucu ve bağışıklayıcı aşılar gibi hizmetleri sunarak, kişi hastalığa tutulmadan sağlık düzeyini azami düzeyde tutarak hem toplumun yaşam kalitesini arttırarak koruyacak hem de görece daha maliyetli olan tedavi edici sağlık hizmeti harcamalarının en az düzeye inmesini sağlayacaktır.

Ülkemizde genel sağlık sigortası reformu, sağlık alanındaki yıllardır süregelen sorunları büyük ölçüde çözüme potansiyeline sahiptir. Hizmetlerin sunumunun tek çatı altında toplanması hem erişim alanındaki adaletsizliği ortadan kaldıracak hem de idari maliyetleri düşürecektir. Bununla beraber, kapsamdaki genişlemeden dolayı ortaya çıkacak ek maliyetin aktüeryal dengeleri olumsuz etkilemesini engellemek için özellikle sağlanacak hizmetlerin kapsamı ve uygulanacak geri ödeme sistemi titizlikle belirlenmelidir. Yine bu amaca yönelik olarak, idari maliyetleri ve sistemdeki suistimalleri büyük ölçüde azaltacak olan otomasyon ağının geliştirilmesi, katılım paylarının etkin belirlenmesi, primi devlet tarafından ödenecek kişilerin objektif kriterlere göre tespit edilmesi önem arz etmektedir.

Maliyetlerin uzun vadede mevcut durumun sürdürülmesine kıyasla düşürülebilmesi için, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hedeflenen sevk zincirinin etkin bir şekilde işletilmesi, rekabete zemin hazırlayıcı şekilde hizmet sağlayıcılarının ruhsatlandırılmalarının sağlanması, ilaca ve tedaviye dayalı anlayıştan koruyucu sağlığa dayalı anlayışa geçilmesi gibi adımların hayata geçirilmesi zorunludur.

Aile hekimliği uygulamasında çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar memnuniyet düzeylerinin artmış olduğunu gösterse de çalışmanın il merkezinde yapılmış olmasından ve Aile Sağlığı Merkezlerinin konumlarından dolayı daha çok kolay ulaşılabilir olması modern yapılara kavuşmuş olması gibi fiziki koşullardan kaynaklandığı, hizmet kalitesinin memnuniyetteki etkisinin çok büyük olmadığı görülmektedir. Memnuniyeti etkileyen bir diğer etmense Aile Hekimlerinin uzun zamandır kk bir il olan Kilis'te yaşıyor olması ve vatandaşın bu hekimleri yakından tanıyor olması, onlara güven duyması ve artık onlarla kaynaşmış olmalarıdır. Eski uygulama olan Sağlık Ocaklarında da çalışmış olan bu hekimlerin eski mekânların fiziki yetersizliklerine rağmen vatandaşa kendilerini kabullendirmiş olmaları ve iyi bir diyalog kurmuş olmaları yeni uygulamada işlerini kolaylaştırmış ve yabancılık çekmelerinin önüne geçmiştir.

Sonuç olarak Kilis ili örneğinden de görüldüğü üzere Aile Hekimliği uygulamasıyla birlikte vatandaşın Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmıştır. Bu da Birinci Basamaktan yararlanma oranını artırarak hizmetin daha etkin sunumu noktasında hedeflere ulaşılabileceğini göstermekle birlikte uygulamanın daha yeni olmasından dolayı bu araştırmaların zaman içerisinde tekrarlanarak sağlık verilerinin hem yerelde hem de ulusal düzeyde belirli dönemlerde gözden geçirilerek Aile Hekimliği uygulamasının çıktılarının değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Uygulama gelişime açık ve zamanla değişerek ihtiyaçlara uyum sağlayabilecek düzeydedir.

## KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (2005). Resmi Gazete Sayısı: 25867, Resmi Gazete Tarihi: 06/07/2005
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2010). Resmi Gazete Sayısı: 27591, Resmi Gazete Tarihi: 25/05/2010.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu* (Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı). ATAUM Araştırma Dizisi No:25. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. s.1-21.
- Akgül A., Çevik O. (2003). *İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS’te İşletme Uygulamaları*. Emek Ofset, Ankara. s.435.
- Aktan, C.C. (2007). *Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran. Aura Kitapları, İstanbul. s. 691-700.
- Aktürk Z., Dağdeviren N., Şahin E.M., Özer C., Yaman H., Göktaş O., Filiz T.M., Topsever P., Onganer E., Aydın S., Yarış F., Maraş I. (2002). Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor EUROPEP ölçeği. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, İzmir*. 16 (3). s. 153-160.
- Altay, A. (2005). *Türkiye’de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi*. TÜGİAD, Ankara. s. 3.
- Altunışık R., Yıldırım E., Coşkun R. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya Kitapevi, Adapazarı. s. 107.
- Avcı, Y. T. (2005). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?”. *TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Madencilik Bülteni*, 73. s. 54-56.
- Aydın, B. (2004, Kasım). Sağlıkta Değişim. *SB Diyalog Dergisi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Yıl: 1, Sayı: 7. s. 4-53.
- BAĞ-KUR. (1995). *Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 14.09.1971 Sayı: 13956
- Başak, O. (2007, Temmuz-Eylül). Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 3. s. 135-139.

- Başbakanlık (2005). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Ankara. s. 33-49.
- Bilgili, Ö. (2006). *Sosyal Güvenlik Klavuzu*. Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirler Odası, Yayın No:52. s. 316.
- Boelen C., Haq C., Hunt V., Rivo M., Shahady E. (2002) *Improving Health Systems: Contribution of Family Medicine*. A Guidebook Collaborative Project of WONCA and WHO. WONCA Publications, Singapur.
- Buğra, A. (2006). “Türkiye’de Sağ ve Sosyal Politika”. *Toplum ve Bilim Dergisi*, Sayı: 106. s. 43-67.
- Buğra, A. ve Adar, S. (2007). *An Analysis of Social Protection Expenditures in Turkey in a Comparative Perspective*. Social Policy Watch, Social Policy Forum.
- Bulutoğlu, K. (1981). *Kamu Ekonomisine Giriş*. Filiz Kitapevi, İstanbul. s. 286.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2005). *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara. s. 21.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2008 Mart). *Sosyal Güvenlik Reformu Kitapçığı*. Ankara.
- Çalışma ve Toplum. (2006). “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası-GSS.” *Dr. Tufan Kağan’ın Sunumu*. Sayı: 8, İstanbul. s. 160-161.
- Çelik, A. (2004). “AB Sürecinin En Uyumsuz Alanı: Sosyal Haklar”. *Birikim Dergisi*, Sayı: 184-185, İstanbul. s. 72-82.
- Çelik, A. (2006). “Sosyal Güvenlik Reform”unun Gerekçeleri ve Gerçekler. *TES-İŞ Dergisi Sosyal Güvenlik Sorunları*. s. 53-59.
- Deacon, B. (2000). Eastern European Welfare States: The Impact of Politics of Globalization. *Journal of European Social Policy*,10(2). s. 146-161.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1984). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989*. Yayın No: DPT 1974, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1989). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*. Yayın No: DPT 2174, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1995). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000*. Karar No: 374, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara. s. 3-157.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2007). *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara. s. 8-20.

- Dünya Bankası. (2003). *Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu*. İki Cilt, Rapor No:24358-TU. Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi.
- Dünya Sağlık Örgütü (1998). *21. Yüzyılda Herkese Sağlık*. WHO Publications, Copenhagen.
- Eich, F. (2010). *The importance of defined-benefit occupational pension schemes in selected OECD countries*. Pension Corporation Research. s. 2-6.
- Emekli Sandığı. (1998). *Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 17.06.1949 Sayı: 7235.
- Erdoğan, S . (2006). Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu. *Mülkiye Dergisi*, 252. s. 211-236.
- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 6. s. 118–136.
- Ersoy, F. (2005). Aile hekimliği. *SB Diyalog Dergisi*, Sayı: 9 Ocak 2005. s. 19.
- EURACT. (2005). *The European Definition Of General Practice / Family Medicine*. *European Academy of Teachers in General Practice*. (Network within WONCA Europe), Portekiz, s. 5–7.
- EUROSTAT (2008). *Eurostat Yearbook 2008*. s.238.
- Fişek, A. G., Özşuca, Ş., Şuğle, M. A. (1999). *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi:1946-1996*. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını, Ankara.
- Fişek, G. (2007). Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardımların Sosyal Politika Araçları İçerisindeki Yeri (“Genel’i” “Yerel’e” İndirmek), Hazırlayan: Berrin Ceylan Ataman. *Cahit Talas Anısına. Güncel Sosyal Politika Tartışmaları*, Yayın No: 595. Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara. s. 333-350.
- Fişek, N. (1976). “Genel Sağlık Sigortası’na Niçin Hayır?”, *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi: 1946-1996* içinde Derleyen: Gürhan Fişek, Şerife Özşuca, M.Ali Şuğle. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını. s.89-92.
- Fişek, N.H. (1968). *Sağlık İdaresinde Modern Eğilimler*. 20. Milli Türk Tıp Kongresi, İstanbul.
- Fişek, N.H. ve Dirican, M.R. (1974). Halk Sağlığında 50 yıl. *IV. Bilim Kongresi Tebliğleri-1973* içinde. Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Tıp Araştırma Grubu Yayını No.217.
- Fişek, N.H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara. s.47-120.
- Gökbayrak, Ş. (2003). Enformel Sektöre Yönelik Sosyal Koruma Modelleri. *Mülkiye Dergisi*, 239. s. 231-254.

- Gönencan, Z. (1985, Haziran). Osmanlılarda Sosyal Güvenlik. *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bülteni*. s. 5-6.
- Gül, S. (2006). *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*. Ebabel Yayınevi, Ankara. s. 147.
- Güler, B.A. (2003). “İkinci Dalga, Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon: Kamu Yönetimi Temel Kanunu”. *Kamu Yönetimi İncelemeleri: Mülkiye’den Perspektifler, AÜ SBF Tartışma Metinleri, No:57*. s. 1-34.
- Güler, B. A. (2005). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995*. 2. Baskı. İmge Kitabevi, 192-194.
- Gümüş, E. (2007). Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği. *Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri, 22.Maliye Sempozyumu, Antalya*. Süleyman Demirel Üniversitesi Maliye Bölümü.
- Güzel, A. (2005). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü? *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı: 4. s. 60–75.
- Güzel, A. (2006). Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü? *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2006/1 Özel Sayı. s. 171-178.
- Hamzaoğlu, O. (2006). Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. *İktisat Dergisi*, Sayı: 479. s. 63.
- Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I. (2009). *Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine, “AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu” içinde*. Derleyen: İ. Uzel ve B. Duru. Phoenix Yayınevi, Ankara. s. 641.
- ILO. (2006). *Social Security for All: Investing in Global, Social and Economic Development*. Issues in Social Protection Discussion Paper. No: 16, Ceneva. s. 5.
- İlter, B. (2006, Eylül-Ekim). Neden Aile Hekimliği. *Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*, Yıl: 1, Sayı: 1. s.16–18.
- Karadağ, Z. (2007). *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara. s. 99-114.
- Kılıç, B. ve Aksakoğlu, G. (1995). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kurumsal Yaklaşımlar. *Toplum ve Hekim Dergisi Özel Sayı*, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt: 9, Sayı: 64–65.
- Korkusuz, R. ve Uğur, S. (2009). *Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş*. Karahan Kitabevi, Yayın No:70. s. 4.
- Köklü, N. (1995). Tutumların Ölçülmesi ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Seçenekler, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 28 Sayı: 2, s.81-92.
- Lee, K. Goodman, H. (2002). *Global Policy Networks: The propagation of the health care financing reform since the 1980s*. In Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health Care Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press, Cambridge. s. 97-119.



- Makal, A. (2007). Cumhuriyet'ten 21. Yüzyıla Türkiye'de Çalışma İlişkileri. Hazırlayan: Berrin Ceylan Ataman. *Cahit Talas Anısına. Güncel Sosyal Politika Tartışmaları*, Yayın No: 595. Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, s. 511-539.
- Mulligan, C. and Sala-i-Martin X. (1999). *Social Security in Theory and Practice (1): Facts and Political Theories*. NBER Working Papers, No: 7118. s. 10-26.
- Ollila, E. Koivusalo, M. Baru, R. (2002). *Globalization and National Health Policies: Guest Editors' Introduction*. Global Social Policy 2 (3). s. 243-245.
- Özdemir, A. M. ve Yücesan Özdemir, G. (2006). Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri. *İktisat Dergisi*, Sayı: 478. s. 49.
- Öztek Z. (2006, Mayıs). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt: 25, Sayı: 2. s.1-6.
- Öztek Z. (2007, Temmuz). *HASUDER, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER). s.1-15.
- Pala K. (2007). *Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?* Milliyet İnceleme Ödülü, Bursa. s. 7-8.
- Saatçi E. ve Sezer H. (1996). *Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları*. Aile Hekimliği II, (der.) Haluk Çağlayaner. İletişim Yayıncılık, s. 49-70.
- Saatçi E. İnan M, Akpınar E. (2006). Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Sayı: 10. s. 20-24.
- Sağlık Bakanlığı (1993). *Ulusal Sağlık Politikası*. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2001). *Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri – Sağlık 21*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara. s. 14-29.
- Sandholzer H., Yaman H. (2006). Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları. *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2. s. 32-33
- Saran U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 4. s. 10-15.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2007). *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 20.05.2006 Sayı: 26173
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2007). *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 16.06.2006 Sayı: 26200
- Sosyal Sigortalar Kurumu. (2002). *Sosyal Sigortalar Kanunu*. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih: 31.07.1964, 01.08.1964 Sayı: 1176611779.

- Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Denizli. s. 95-107.
- Stanko, D. (2004). *Social Security in Theory and Practice: An Essay*. EconWPA Public Economics Working Papers. No: 0401007. s. 19.
- Stanovnik, T. (2004). *Contribution Compliance in Central and Eastern European Countries: Some Relevant Issues*. International Social Security Review, 57(4), s. 51-65.
- Şahin Ö., Şahin E.M. (2003). Aile Hekimliğinin Toplumda Tanınma Durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Turkish Journal of Family Practice*, Cilt: 7, Sayı: 1, s. 28-32.
- Talas, C. (1983). *Sosyal Ekonomi*. S Yayınları, Ankara. s. 323-331.
- Top M., Gider Ö. (2004). Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme. *TÜSİAD Görüş Dergisi*, Sayı: Eylül-Ekim, s. 68-74.
- TÜİK (2006). *2005 Gelir Dağılımı Sonuçları*. TÜİK Haber Bülteni, Sayı:207.
- TÜİK (2008 ). *2007 Yoksulluk Çalışması Sonuçları*. TÜİK Haber Bülteni, Sayı:192.
- TÜİK (2009). *Hanehalkı İşgücü Araştırması*. 2009 Nisan Dönemi Sonuçları Haber Bülteni, Sayı:124.
- TÜİK (2012). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2012*. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- Türk Sanayici ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) (1997, Ekim). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri*. Yayın No: TÜSİAD-T/97-10/217, İstanbul.
- Türk Tabipler Birliği (2001). *Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat*. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara. s. 3-43.
- Türk Tabipler Birliği (2005). *Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabipleri Birliği Görüşleri*. TTB Yayınları, Ankara. s. 23-33.
- Uğurlu M., Korukluoğlu S., Üstü Y., Doğusan A.R., Kasım İ. (2004). *Aile Doktorunun Görevleri*. Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF), T.C. Sağlık Bakanlığı, s.189-193. [http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH\\_Kurs\\_Notlari.pdf](http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH_Kurs_Notlari.pdf) (20.09.2011)
- Ungan, M. (2004). *Aile Hekimliği*. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı'na sunulan bildiri, Afyon: 23–26 Nisan 2004, s. 7.
- Ünalın, P. (2004). *Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri*. Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF), T.C. Sağlık Bakanlığı, s.11-15. [http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH\\_Kurs\\_Notlari.pdf](http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH_Kurs_Notlari.pdf) (20.09.2011)
- Üner R., Fişek N. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, No: 256, Ankara. s. 109–119.

- Ünlüoğlu İ., Paycı S.Ö. (2004). *Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği*. Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF), T.C. Sağlık Bakanlığı, s.23-29.  
[http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH\\_Kurs\\_Notlari.pdf](http://aile.tsm.gov.tr/ah/upload/dosyalar/dokuman/AH_Kurs_Notlari.pdf) (20.09.2011)
- Wayenburg C.V., Weel C.V., Yaman H. (2007). Hollanda'da Aile Hekimliği. *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 4, s. 23-25.
- WEB\_1 Aile Hekimliği Portalı web sayfası.  
<http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=287> (10.08.2011)
- WEB\_2 Dünya Sağlık Bildirgesi-Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi (1998). Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri. <http://www.ailehekimirehberi.com/aile-tanimi.htm> (10.04.2010)
- WEB\_3 Hekimoğlu, L (2007). Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği. <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=Cevap&TopicID=218> (21.07.2011).
- WEB\_4 İstanbul Tabip Odası web sayfası (2011). <http://eski.istabip.org.tr/icerik/aile-hekimligi-trajedisinde-son-nokta/> (05.08.2011)
- WEB\_5 İstanbul Tabip Odası web sayfası (2005). IMF Niyet Mektubunu Onayladı Sağlığımız ve Sosyal Güvenliğimiz IMF'nin İpoteği Altına Girdi.  
<http://www.istabip.org.tr/index.php/kurumsal/kurullar/yonetim-kurulu/basin-aciklamalari/55-05/298-imf-niyet-mektubunu-onaylad-salmz-ve-sosyal-guevenliimiz-imfnin-potei-altina-girdi-14122005-.html> (11.08.2010)
- WEB\_6 İş ve Sosyal Güvenlik Haber Platformu web sayfası.  
<http://www.isvesosyalguvenlik.com/anasayfa/dosya11.htm> (11.08.2011)
- WEB\_7 Sağlık Memurları Derneği web sayfası. <http://www.saglikmemurlari.org/ahk.htm> (08.10.2011)
- WEB\_8 Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistikleri (2009).  
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/> (17.11.2011)
- WEB\_9 Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı web sayfası. <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ah.html> (20.04.2011)
- WEB\_10 Ungan M., Ceyhun G. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği  
<http://www.ailehekimligi.com.tr/Default.aspx?Ctrl=HTML&HTMLID=29> (11.07.2011)
- WHO (2003). *Aging and Health, A Health Promotion Approach for Developing Countries*. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. s. 35–60.
- WONCA EUROPE (2005). *The European Definition Of General Practice / Family Medicine*. The European Society of General Practice/ Family Medicine. Europe, s. 6-10.
- World Bank (1994). *Averting Old Age Crisis: Policies to Protect The Old and Promote Growth*. A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press.

- Yazgan, T. (1969). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi*. İktisadi Araştırmalar Vakfı Yayını, İstanbul. s. 27–29.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Detay Yayıncılık, Ankara. s. 50.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2008). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. *Mülkiye Dergisi*, XXXII (Sayı: 260). s. 157-192.
- Yılmaz, G. A. (2006). *Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar (OECD Ülkeleri ve Türkiye’de)*. Arıkan Yayınları, İstanbul. s. 7.
- Yöney, H. ve Yavuz, D. G. (2010). *Tıpta Uzmanlık Seçimi*. Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 778, ISBN: 978-975-400-329-1. s. 26-31.
- Yurdadoğ, V. (2006). *Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara. s. 164.

**EKLER**





**EK-3. Eğitim Düzeyinin Memnuniyete Olan Etkisi**

EUROPEP Soruları	Eğitim Düzeyi	N	Ort	Std. sapma	p-değeri
1.Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	okur yazar değil	26	3,88	1,177	
	ilk okul-orta okul	65	3,78	1,317	
	lise	82	3,79	1,293	
	üniversite ve üstü	90	3,43	1,290	
	Toplam	263	3,68	1,292	
2.Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	okur yazar değil	26	3,62	1,267	
	ilk okul-orta okul	65	3,51	1,348	
	lise	82	3,80	1,319	
	üniversite ve üstü	90	3,43	1,358	
	Toplam	263	3,59	1,336	
3.Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	okur yazar değil	26	3,88	1,071	
	ilk okul-orta okul	65	3,66	1,395	
	lise	82	3,82	1,316	
	üniversite ve üstü	90	3,61	1,321	
	Toplam	263	3,71	1,313	
4.Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	okur yazar değil	26	3,69	1,258	
	ilk okul-orta okul	65	3,69	1,236	
	lise	82	3,59	1,465	
	üniversite ve üstü	90	3,40	1,444	
	Toplam	263	3,56	1,383	
5.Sizi dinlemesi	okur yazar değil	26	3,88	1,143	
	ilk okul-orta okul	65	3,91	1,195	
	lise	82	4,02	1,342	
	üniversite ve üstü	90	3,81	1,170	
	Toplam	263	3,91	1,226	
6.Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	okur yazar değil	26	4,08	1,017	
	ilk okul-orta okul	65	4,02	1,293	
	lise	82	4,11	1,296	
	üniversite ve üstü	90	3,69	1,395	
	Toplam	263	3,94	1,312	
7.Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	okur yazar değil	26	3,65	1,164	
	ilk okul-orta okul	65	3,82	1,286	
	lise	82	3,73	1,334	
	üniversite ve üstü	90	3,46	1,153	
	Toplam	263	3,65	1,248	
8.Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	okur yazar değil	26	3,50	1,393	
	ilk okul-orta okul	65	3,69	1,286	
	lise	82	3,74	1,195	
	üniversite ve üstü	90	3,61	1,196	
	Toplam	263	3,66	1,234	
9.İşini tam yapması	okur yazar değil	26	3,85	1,190	
	ilk okul-orta okul	65	4,02	1,152	
	lise	82	4,15	,957	



	üniversite ve üstü	90	3,61	1,260	
	Toplam	263	3,90	1,155	,017
10. Sizi muayene etmesi	okur yazar değil	26	3,85	1,084	
	ilk okul-orta okul	65	4,03	1,131	
	lise	82	4,09	1,124	
	üniversite ve üstü	90	3,83	1,192	
	Toplam	263	3,96	1,145	,462
11.Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, aşılama gibi)	okur yazar değil	26	3,62	1,203	
	ilk okul-orta okul	65	3,60	1,356	
	lise	82	3,83	1,284	
	üniversite ve üstü	90	3,29	1,448	
	Toplam	263	3,57	1,363	,076
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	okur yazar değil	26	3,54	1,174	
	ilk okul-orta okul	65	3,77	1,247	
	lise	82	3,83	1,377	
	üniversite ve üstü	90	3,14	1,354	
	Toplam	263	3,55	1,347	,003
13.Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	okur yazar değil	26	3,65	1,129	
	ilk okul-orta okul	65	3,88	1,305	
	lise	82	3,84	1,356	
	üniversite ve üstü	90	3,33	1,406	
	Toplam	263	3,66	1,355	,038
14.Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	okur yazar değil	26	3,65	1,198	
	ilk okul-orta okul	65	3,40	1,356	
	lise	82	3,51	1,517	
	üniversite ve üstü	90	2,86	1,562	
	Toplam	263	3,27	1,491	,009
15.Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	okur yazar değil	26	3,81	1,132	
	ilk okul-orta okul	65	3,83	1,193	
	lise	82	3,98	1,154	
	üniversite ve üstü	90	3,17	1,416	
	Toplam	263	3,65	1,299	,000
16.Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	okur yazar değil	26	3,62	1,388	
	ilk okul-orta okul	65	3,74	1,241	
	lise	82	3,68	1,332	
	üniversite ve üstü	90	3,09	1,504	
	Toplam	263	3,49	1,400	,010
17. Hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	okur yazar değil	26	3,46	1,421	
	ilk okul-orta okul	65	3,75	1,275	
	lise	82	3,87	1,293	
	üniversite ve üstü	90	3,02	1,550	
	Toplam	263	3,51	1,435	,000
18.Doktor dışı personelin yardımı	okur yazar değil	26	3,69	1,350	
	ilk okul-orta okul	65	3,62	1,168	
	lise	82	3,26	1,570	
	üniversite ve üstü	90	3,14	1,540	
	Toplam	263	3,35	1,457	,125

19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	okur yazar değil	26	3,62	1,235	
	ilk okul-orta okul	65	3,32	1,393	
	lise	82	3,51	1,635	
	üniversite ve üstü	90	3,08	1,560	
	Toplam	263	3,33	1,521	
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	okur yazar değil	26	3,58	1,172	
	ilk okul-orta okul	65	3,12	1,398	
	lise	82	2,90	1,754	
	üniversite ve üstü	90	2,78	1,512	
	Toplam	263	2,98	1,547	
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	okur yazar değil	26	3,77	1,070	
	ilk okul-orta okul	65	2,95	1,605	
	lise	82	2,80	1,717	
	üniversite ve üstü	90	2,27	1,578	
	Toplam	263	2,75	1,640	
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	okur yazar değil	26	3,69	1,158	
	ilk okul-orta okul	65	3,45	1,392	
	lise	82	3,01	1,674	
	üniversite ve üstü	90	2,70	1,465	
	Toplam	263	3,08	1,523	
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	okur yazar değil	26	3,69	1,225	
	ilk okul-orta okul	65	3,77	1,296	
	lise	82	3,63	1,301	
	üniversite ve üstü	90	3,20	1,486	
	Toplam	263	3,52	1,373	
24. Hasta olduğunuzda önce aile hekimine muayene olup gerekliyse hastaneye sevk uygulamasını değerlendiriniz	okur yazar değil	26	3,58	1,172	
	ilk okul-orta okul	65	3,80	1,240	
	lise	82	3,73	1,415	
	üniversite ve üstü	90	3,51	1,416	
	Toplam	263	3,66	1,350	
25. Hizmet verilen yerin genel olarak fiziki koşulları	okur yazar değil	26	3,58	1,701	
	ilk okul-orta okul	65	4,02	1,231	
	lise	82	4,00	1,155	
	üniversite ve üstü	90	3,28	1,522	
	Toplam	263	3,71	1,400	

## ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Ali Rıza ÖZDEMİR
2. Doğum Tarihi: 16.10.1976, ANKARA
3. Unvanı: Öğretim Görevlisi
4. Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık İdaresi	Hacettepe Üniversitesi	1998-2003
Y. Lisans	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	Pamukkale Üniversitesi	2010-2012
Doktora	-	-	-

5. Yabancı Dil: İngilizce (ÜDS:73.75 Yazışma: Çok İyi, Konuşma: İyi), Almanca (Az)
6. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri
  - 6.1. Yüksek Lisans Tezleri
  - 6.2. Doktora Tezleri
7. Yayınlar
  - 7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)
  - 7.2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler
  - 7.3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler
  - 7.4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler
  - 7.5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler
  - 7.6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler
  - 7.7. Diğer yayınlar
8. Projeler
9. İdari Görevler
  - Ankara Büyükşehir Belediyesi Eğitim Kültür Daire Başkanlığı - Eğitim
  - Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri- Taşınır Kayıt Kontrol
  - Pamukkale Üniversitesi Denizli Meslek Yüksekokulu
  - Kilis Yedi Aralık Üniversitesi Dış İlişkiler Ofisi - Akademik Danışman

## 10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

SAYED

Sağlık İdarecileri Derneği

HUMED

## 11. Sertifikalar-Sempozyum-Ödüller

TSE EN-ISO 9001:2000 Standardı Eğitim Programı-2008

Sözlü İletişim Teknikleri Eğitim Programı-2008

TSE EN-ISO 9001:2000 Standardının 2008 Versiyonu Eğitim Programı-2009

TSE Değişim ve Sürekli İyileştirme Eğitimi (Kaizen)-2009

Pamukkale Üniversitesi Mevzuat Bilgilendirme Eğitimi-2010

10. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi 23-25 Mayıs 2008, Denizli

II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu 4-5-6 Kasım 2010, Denizli

9. Ulusal Paramedik Çalıştayı 8-9 Nisan 2011 Çukurova Üniversitesi SHMYO, Adana

Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu 11-12-13 Nisan 2011, İstanbul

## 12. Son iki yılda verdiğiniz lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler için aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
2011-2012	Güz	Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv Bilgisi-III	2	4	30
		Sağlık Kodlama Sistemleri	2	4	30
		Temel Bilgi Teknolojisi Kullanımı	2	1	60
		Halkla İlişkiler	3	0	30
		İnsan Kaynakları Yönetimi	2	0	60
		İletişim Teknikleri	2	0	30
		İleri Bilgisayar Kullanımı	2	1	30
	İlkbahar	Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv Bilgisi-II	2	0	60
		Sağlık Hizmetleri Yönetimi	2	0	60
		Tıp Sekreterliği	2	4	30
		Tıp Kütüphaneciliği	2	0	30
		Yazışma Teknikleri-II	3	6	30
		Çevre Koruma	2	0	30