



**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA MEMNUNİYET
DÜZEYİ: DENİZLİ UYGULAMASI**

Tancu SÖYLEYİCİ

**Haziran 2010
DENİZLİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA MEMNUNİYET
DÜZEYİ: DENİZLİ UYGULAMASI**

**Pamukkale Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı**

Tancu SÖYLEYİCİ

**Danışmanlar: Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN
Yrd. Doç. Dr. Süleyman Yaman KOÇAK**

**Haziran 2010
DENİZLİ**

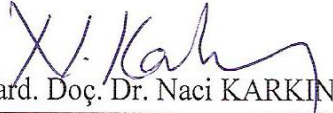
YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bilim Dalı öğrencisi Tancu SÖYLEYİCİ tarafından Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN ve Yrd. Doç. Dr. Süleyman Yaman KOÇAK yönetiminde hazırlanan “Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30.06.2010 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yasin SEZER

Jüri Başkanı



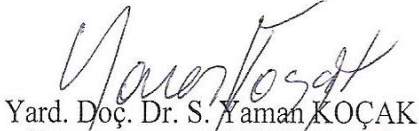
Yard. Doç. Dr. Naci KARKIN

Jüri Üyesi (Danışman)



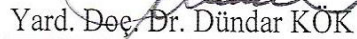
Yard. Doç. Dr. S. Burak HAŞILOĞLU

Jüri Üyesi



Yard. Doç. Dr. S. Yaman KOÇAK

Jüri Üyesi (2. Danışman)



Yard. Doç. Dr. Dündar KÖK

Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10./08./2010 tarih ve ...12/10... sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Doç. Dr. Bilal SÖĞÜT
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 :

Tancu SÖYLEYİCİ

TEŐEKKÜR

Bu alıŐma, pek çok insanın maddi ve manevi destekleri ile gerçekleştirilmiştir. İlk teŐekkürüm, bu tez çalışmasının hazırlanma sürecinde bilgi, destek ve yardımlarını bir an olsun esirgemeyerek, her zaman yanımda olan “ok Boyutlu iki Akademisyen” ve danıŐmanlarım Sayın Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN ile Yrd. Doç. Dr. Süleyman Yaman KOÇAK’a olacaktır.

Akademik eğitimime katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. İnan ÖZER, Doç. Dr. Yasin SEZER, Prof. Dr. Muhammet KÖSECİK, Yrd. Doç. Dr. H. Aliyar DEMİRCİ, Yrd. Doç. Dr. Zeynel Abidin KILINÇ ve Doç. Dr. S. Evin TORLAK hocalarıma en içten teŐekkür ve saygılarımı sunmak istiyorum.

Tez yazım süresince verdiği idari ve manevi desteğinden dolayı Denizli İl Sağlık Müdürü Dr. Erdoğan TAŐ’a, benimle aynı kaderi ve tezimin yazımı sırasında sıkıntılarımı paylaşan ve her zaman yanımda olan Yüksek Lisans arkadaşlarım Pelin ÖZEN, Serdar YAYLALI, M. Boran ÖZKAN ve özellikle Zeynep HÖBEL’e, bu yolda en önemli destek ve yardımlarını esirgemeyen çok özel iş arkadaşlarım İlknur KARA, Dilek DORUK, Hatice BOZBEK, Safinaz GÖZEN, Tahsin ÇAĞLAYAN ve Sıddıka ONGUN’a teŐekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak ve belki de en çok teŐekkür ve Őükranı, tüm eğitim ve özel yaŐamımda, yüksek lisans tez çalıŐmalarım sürecince özveri, destek ve sevgilerini hiç esirgemeyen eŐim Nihal, oğlum Ahmet Ozan ve kızım Beste Mina, annem Havana, babam Ahmet SÖYLEYİCİ hak etmektedir.

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİ: DENİZLİ UYGULAMASI

SÖYLEYİCİ, Tancu

Yüksek Lisans Tezi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanları: Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN

Yrd. Doç. Dr. Süleyman Yaman KOÇAK

Haziran 2010, 184 Sayfa

Günümüzde kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun bir zorunluluk olarak görülmesinin yanında, hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyi sağlıkta kaliteli hizmetin belirleyicisi olarak önem kazanmaya başlamıştır. Hasta memnuniyet düzeyinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda eksik yönlerin belirlenmesi ve buna yönelik politikalar oluşturulması açısından gereklidir. Türkiye’de siyasal iktidarların yanlış politika izlemelerinden dolayı işlevsizleşen sağlık ocakları uygulaması günün şartlarına cevap veremez hale gelmiştir. Mevcut durumda, ilk basamak sağlık hizmetleri sorununun çözülmesi amacıyla yeni bir hizmet modeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçiş planlanmış, bu çerçevede oluşması mümkün aksaklıkların önüne geçilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada, Denizli 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.

Çalışmanın birinci bölümünde, sağlık ve sağlık hizmetleri, aile hekimliği disiplini, ülkemizde aile hekimliğinin gelişimi, aile hekimliğine geçilme nedenlerinin yanında aile hekimliğini uygulayan ülkelere örnekler verilmiştir. Ayrıca, sağlıktaki sorunların çözümüne ilişkin Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan aile hekimliği uygulama modeli üzerinde durulmuştur.

İkinci bölümde, kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta/müşteri memnuniyeti, hasta memnuniyetinin önemi, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler, hasta memnuniyeti ölçme ve değerlendirme yöntemleri olmak üzere 6 ana başlık etrafında kavramlar ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde, Denizli ilinde sağlık hizmeti alan kişilere yönelik 750 kişinin katılımının sağlandığı, demografik bilgiler, aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi, hizmet sunulan sağlık kurumunun mekânının değerlendirilmesi, kayıt öncesi ve sonrası hizmeti, aile hekimi ile aile sağlığı elemanının davranışı ve aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyet başlıkları altında 30 sorudan oluşan bir anket çalışması yürütülmüştür. Veriler, SPSS 16.0 programına girilerek analizleri yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Kalite

ABSTRACT

THE PATIENT SATISFACTION LEVEL IN THE FAMILY MEDICINE PRACTICE: DENİZLİ CASE

SÖYLEYİCİ, Tancu

MSc Thesis in Public Administration

Advisor(s): Naci KARKIN, Asst. Prof. Dr.

Süleyman Yaman KOÇAK, Asst. Prof. Dr.

June 2010, 184 Pages

Together with the fact that the provision of health services at good quality is seen as an absolute necessity, the satisfaction level of the patients taking care is getting more and more importance as a determinative for the quality in the health services at the present time.

That the measurement of the level of patient satisfaction is required in order to define the deficiencies in the provision of health services and those policies designed for them. It is a fact that the health centers are dysfunctional due to false policies produced by political parties in power. A transition period is planned in the primary health services towards family medicine model for the solution to the present problems. By that transition, it is aimed to prevent the probable defects to be seen in the primary services.

In this study, the satisfaction level of the patients is measured by moving from the family medicine application model in Denizli. After all, applicable policy proposals are to be produced.

In the first chapter of the study, such subjects as health and health services, discipline of family medicine, the development of family medicine, the reasons for the transition to family medicine and the sample countries are paid attention. The family medicine model proposed by Turkish Ministry of Health (MoH) is at the core of the chapter.

In the second chapter, such issues as the notion of quality, patient/customer satisfaction, the factors that affect the user satisfaction, the methods of measurement and evaluation of the patient satisfaction are comprised of the chapter.

In the final chapter, an area research is conducted by the participation of 750 people that take health care in Denizli. In the research, the main tool was a questionnaire form consisted of 30 questions ranging from demographical questions to satisfaction from general practitioner. The data collected were analyzed in SPSS 16.0 program and the results are evaluated.

Keywords: Health Services, Family Medicine, Patient Satisfaction, Quality

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI.....	8
Sağlık ve Sağlık Hizmetleri ile İlgili Tanımlar.....	8
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı.....	13
1.1.3. Temel Sağlık Hizmetleri Türleri.....	15
1.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	17
1.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	18
1.1.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler.....	19
1.1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	20
1.1.4. Türk Sağlık Hizmetleri	20
1.1.4.1. Türk Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu	20
1.1.4.2. Türk Sağlık Hizmetlerinin Temel Sorunları	24
1.2. AİLE HEKİMLİĞİ	33
1.2.1. Disiplin Olarak Aile Hekimliği	33
1.2.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlarına İlişkin Tanımlar	34
1.2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	36
1.2.4. Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri.....	38
1.2.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri.....	40
1.2.6. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan AB Ülkelerinden Örnekler.....	42
1.3. TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ.....	46
1.3.1. Aile Hekimliği Sayılarının Tespiti ve Yerleştirme.....	46
1.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi.....	47
1.3.3. Eğitim ve Sertifikasyon.....	48
1.3.4. Çalışma Şekli.....	50
1.3.5. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü.....	51
1.3.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı.....	52
1.3.7. Çalışma Saatleri ve İzin.....	53
1.3.8. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim.....	54
1.3.9. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler.....	56
1.3.10. Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi.....	57
1.3.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri.....	58
1.3.12. Performans Kriterleri.....	58

1.3.13. Ödemelerde Uygulanacak Esas ve Usuller.....	59
1.3.13.1. Aile Hekimlerine Yapılacak Ödemeler	59
1.3.13.2. Aile Hekimlerinden Yapılacak Kesintiler	61
1.4. AİLE HEKİMLİĞİNE YÖNELTİLEN ELEŞTİRİLER.....	62

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	65
2.1.1. Kalite Kavramı.....	65
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	67
2.2. HASTA/MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	70
2.2.1. Hasta/Müşteri Memnuniyeti.....	70
2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	73
2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	75
2.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri.....	77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: DENİZLİ ÖRNEĞİ

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER.....	82
3.1.1. Araştırmanın Konusu.....	82
3.1.2. Araştırmanın Önemi.....	82
3.1.3. Araştırmanın Amacı.....	83
3.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi.....	83
3.1.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	84
3.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	87
3.1.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	88
3.1.8. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi.....	91
3.2. ALAN ARAŞTIRMASI SONUÇLARININ ANALİZ VE YORUMLARI	93
3.2.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi.....	93
3.2.2. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Verileri.....	94
3.2.2.1. Cinsiyet.....	94
3.2.2.2. Medeni Durumu.....	96
3.2.2.3. Yaş.....	98
3.2.2.4. Öğrenim Durumu.....	100
3.2.2.5. Meslek Türü.....	103
3.2.2.6. Sosyal Güvence.....	106
3.2.2.7. Aylık Gelir.....	106
3.2.2.8. Aile Hekimine Başvuru Nedeni.....	107
3.2.2.9. Tercih Edilen Sağlık Kurumu	108
3.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi.....	110
3.2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi.....	110
3.2.3.2. Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Edinme Noktası	111
3.2.3.3. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme	112

3.2.4. Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi	113
3.2.4.1. Hizmet B6lgesi.....	113
3.2.4.2. Yerleşim T6r6.....	115
3.2.4.3. Ulaşılabilirlik D6zeyi.....	117
3.2.4.4. Fiziki Koşul.....	119
3.2.4.5. Y6nlendirme Yazı ve Levha Durumu.....	122
3.2.4.6. Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu.....	122
3.2.5. Aile Hekimliğinde Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi.....	125
3.2.5.1. Kayıt ve Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı.....	125
3.2.5.2. Kayıt S6resi.....	125
3.2.5.3. Bekleme S6resi.....	128
3.2.6. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Hekiminin Değerlendirilmesi.....	130
3.2.6.1. Aile Hekiminin Davranışı	130
3.2.6.2. Muayene İletişimi.....	133
3.2.6.3. İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilendirme.....	133
3.2.6.4. Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme.....	134
3.2.6.5. Sağlık Bilgi ve Kayıtların İzlenmesi	135
3.2.7. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Sağlığı Elemanının Değerlendirilmesi	137
3.2.7.1. Aile Sağlığı Elemanının Davranışı.....	137
3.2.7.2. Aile Sağlığı Elemanının Hizmet Sunum.....	140
3.2.8. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi.....	140
3.2.8.1. Sunulan Hizmetin Değerlendirmesi	140
3.2.8.2. Eski ve Yeni Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması.....	141
3.2.8.3. Tercih.....	142
SONUÇ VE 6NERİLER.....	143
KAYNAKLAR	158
EKLER.....	170
ANKET	181
6ZGEÇMİŐ.....	184

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sağlığın Belirleyicileri	10
Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Modelleri	14
Şekil 1.3. Sağlık Hizmet Türleri.....	17
Şekil 1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	23
Şekil 1.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum Ve Aile Hekimliğine Geçildikten Sonra Oluşacak Olan Durum	30
Şekil 1.6. Türk Sağlık Sistemindeki Finansman Akışı.....	31
Şekil 2.1. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri.....	69

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1.1. Denizli İl Geneli Aile Hekimleri Performansı.....	59
Grafik 3.1. Denizli İli Aile Sağlığı Merkezleri Dağılımı	88
Grafik 3.2. Denizli İli Aile Hekimlikleri Dağılımı.....	89
Grafik Ek1: Denizli İl Geneli Aile Hekimleri Performansı	170
Grafik Ek2: 33 Nolu Aİle Hekimi Performansı	170
Grafik Ek3: 34 Nolu Aİle Hekimi Performansı	171
Grafik Ek4: 35 Nolu Aİle Hekimi Performansı	171
Grafik Ek5: 36 Nolu Aİle Hekimi Performansı	171
Grafik Ek6: 37 Nolu Aİle Hekimi Performansı	172
Grafik Ek7: 38 Nolu Aİle Hekimi Performansı	172
Grafik Ek8: 39 Nolu Aİle Hekimi Performansı	172
Grafik Ek9: 40 Nolu Aİle Hekimi Performansı	173
Grafik Ek10: 41 Nolu Aİle Hekimi Performansı	173
Grafik Ek11: 69 Nolu Aİle Hekimi Performansı	173
Grafik Ek12: 70 Nolu Aİle Hekimi Performansı	174
Grafik Ek13: 71 Nolu Aİle Hekimi Performansı	174
Grafik Ek14: 72 Nolu Aİle Hekimi Performansı	174
Grafik Ek15: 141 Nolu Aİle Hekimi Performansı	175
Grafik Ek16: 159 Nolu Aİle Hekimi Performansı	175
Grafik Ek17: 160 Nolu Aİle Hekimi Performansı	175
Grafik Ek18: 188 Nolu Aİle Hekimi Performansı	176
Grafik Ek19: 189 Nolu Aİle Hekimi Performansı	176
Grafik Ek20: 190 Nolu Aİle Hekimi Performansı	176
Grafik Ek21: 191 Nolu Aİle Hekimi Performansı	177
Grafik Ek22: 215 Nolu Aİle Hekimi Performansı	177
Grafik Ek23: 216 Nolu Aİle Hekimi Performansı	177
Grafik Ek24: 217 Nolu Aİle Hekimi Performansı	178
Grafik Ek25: 218 Nolu Aİle Hekimi Performansı	178
Grafik Ek26: 219 Nolu Aİle Hekimi Performansı	178
Grafik Ek27: 220 Nolu Aİle Hekimi Performansı	179
Grafik Ek28: 221 Nolu Aİle Hekimi Performansı	179
Grafik Ek29: 224 Nolu Aİle Hekimi Performansı	179
Grafik Ek30: 231 Nolu Aİle Hekimi Performansı	180
Grafik Ek31: 253 Nolu Aİle Hekimi Performansı	180

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları.....	15
Tablo 2.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Örnekleri.....	71
Tablo 3.1. Denizli İli Aile Sağlığı Merkezleri Dağılımı.....	89
Tablo 3.2. Denizli İli Aile Hekimliği Dağılımı.....	89
Tablo 3.3. Denizli ili Sosyo-Ekonomiklik Gelişmişlik Düzeyi Endeksi.....	90
Tablo 3.4. Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi	93
Tablo 3.5. Ankete Katılan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı.....	94
Tablo 3.6. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	94
Tablo 3.7. Ankete Katılan Kişilerin Medeni Durum Dağılımı.....	96
Tablo 3.8. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	96
Tablo 3.9. Ankete Katılan Kişilerin Yaş Dağılımı.....	98
Tablo 3.10. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	99
Tablo 3.11. Ankete Katılan Kişilerin Öğrenim Durumu Dağılımı	100
Tablo 3.12. Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine İlişkin Kişilerin Öğrenim Durumunun Etkisi	101
Tablo 3.13. Ankete Katılan Kişilerin Meslek Durumu Dağılımı.....	103
Tablo 3.14. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Meslek Durumlarına Göre Dağılımı	104
Tablo 3.15. Ankete Katılan Kişilerin Sosyal Güvence Dağılımları.....	106
Tablo 3.16. Ankete Katılan Kişilerin Aylık Gelirine Göre Dağılımı.....	106
Tablo 3.17. Hastaların Aile Hekimine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı.....	107
Tablo 3.18. Hastaların Tercih Ettikleri Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı.....	108
Tablo 3.19. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi	109
Tablo 3.20. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi.....	110
Tablo 3.21. Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Edinme Noktasına Göre Dağılımı.....	111
Tablo 3.22. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Konusunda Bilgi Düzeyi.....	112
Tablo 3.23. Hastaların Hizmet Aldıkları Aile Sağlığı Merkezinin Bulunduğu Bölgeye Göre Dağılımı.....	112
Tablo 3.24. Aile Sağlığı Merkezinin Bulunduğu Bölgeye Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı	114
Tablo 3.25. Hizmet Alınan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Türüne Göre Dağılımı	115
Tablo 3.26. Hizmet Alınan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Türüne Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	116
Tablo 3.27. Aile Hekimine Ulaşabilirlik Düzeyinin Değerlendirilmesi	117

Tablo 3.28. Aile Sağlığı Merkezine Ulaşım Şartları Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	118
Tablo 3.29. Aile Sağlığı Merkezi Fiziki Durum Değerlendirilmesi	119
Tablo 3.30. Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Koşuluna İlişkin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı	120
Tablo 3.31. Aile Sağlığı Merkezi İçindeki Yönlendirme Yazı ve Levha Durumu.....	122
Tablo 3.32. Aile Sağlığı Merkezinin Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu	122
Tablo 3.33. Aile Sağlığı Merkezinin Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı	123
Tablo 3.34. Kayıt ve Tıbbi İşlem Uygulayan Personelin Davranışının Değerlendirmesi ...	125
Tablo 3.35. Hastaların Aile Hekimliğinde Kayıt İşlem Süresi Değerlendirmesi	125
Tablo 3.36. Kayıt İşlemlerinin Süresi Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı	126
Tablo 3.37. Hastaların Aile Hekimliğinde Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi	128
Tablo 3.38. Bekleme Süresi Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı	129
Tablo 3.39. Aile Hekiminin Muayene Odasında Karşılama, Nezaket ve Davranışının Değerlendirmesi	130
Tablo 3.40. Aile Hekimi Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Olan Etkisi	131
Tablo 3.41. Aile Hekiminin Muayenesi, Muayene Esnasında Dinlemesi ve Soru Sorulmasına Zaman Tanımasının Değerlendirilmesi	133
Tablo 3.42. Aile Hekiminin İlaç Kullanımı ve Yan Etkisi Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi	133
Tablo 3.43. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik ve Tedavinin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi	134
Tablo 3.44. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi ve Kayıtları İzlemesi (Aşılama, Bebek İzlem, Gebe Takip, Hastalık Takibi vb.) Konusunda Değerlendirilmesi	135
Tablo 3.45. Sağlık Bilgi ve Kayıtlarının Tutulmasına İlişkin Aile Hekimliği Uygulaması Memnuniyet Düzeyine Etkisi	136
Tablo 3.46. Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının (Ebe/Hemşire/Sağlık Memuru) Davranışının Değerlendirilmesi	137
Tablo 3.47. Aile Sağlığı Elemanının Hastaya Karşı Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi	138
Tablo 3.48. Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının (Ebe/Hemşire/Sağlık Memuru) Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmetinin Değerlendirilmesi	140
Tablo 3.49. Aile Hekimliğince Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi	140
Tablo 3.50. Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Ocakları Sistemine Göre Değerlendirilmesi	141
Tablo 3.51. Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri arasında tercih durumu	142

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇS	Ana Çocuk Sağlığı
AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Millî Hâsılat
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
İSO	International Organization for Standardization (Uluslararası Standardizasyon Örgütü)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PDC	Personel Dağılım Cetveli
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fon
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

GİRİŞ

Nüfusun artması, kentleşme düzeyinin gelişmesi, bilinçlenme oranının yükselmesi, gelir düzeyi artışı vb. değişkenlerin etkisiyle, tüm düzeylerdeki sağlık hizmetlerine olan talebin gittikçe artması ve sağlık hizmetlerinin daha fazla önem kazanması söz konusudur. Sağlık hizmetlerine olan talep artışını gereği gibi sağlık hizmeti arzıyla karşılamamanın yanında, kaliteli ve verimli bir hizmet sunumunu amaçlamak da önemlidir. Bunun için ülkeler kaynakları dâhilinde talepleri karşılayabilecek etkili politikalar üretmeye ve yeni sistemler geliştirmeye yönelmiştir. Bu konuya ilişkin ülkemizde, değişik yıllarda farklı politikalar üretilmiş, en son 59. ve 60. Hükümetin “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında değişik politikalar ürettiği görülmektedir. Bunlar içerisinde, Aile Hekimliği (AH) uygulaması oldukça dikkat çekicidir. Henüz pilot uygulama düzeyinde olan AH modelinin kamuya dönük (sağlık hizmeti alan kişilere) yansımaları araştırmak, hasta memnuniyetinin kişiye ilişkin faktörlerinden, sağlık kurumunun özelliklerinden ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak bu tezin temel amacı ve konusunu oluşturmaktadır.

Kuşkusuz ki toplumların gelişmişlik düzeyleri sağlık göstergeleri ile paralel ilerlemektedir. Türkiye açısından değerlendirildiğinde, Türk sağlık sisteminin; insan gücü ve sağlık altyapısı yönünden iyi durumda olmasına karşın, temel sağlık göstergeleri (bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı vd.) açısından bakıldığında aynı şeyi söylemek zordur. Bu anlamda Türkiye'nin sağlık düzeyinin özellikle gelişmiş ülkelere ve hatta bazı gelişmekte olan ülkelere nazaran geride olduğu söylenebilir. Türk sağlık sisteminin geri kalmışlığının göstergeleri arasında bazı unsurlar öne çıkmaktadır. Özellikle GSMH'dan sağlığa yetersiz pay verilmesi, sağlık kaynaklarının dengesiz ve verimsiz kullanımı, sağlıkta istihdam edilen insan gücündeki bölgeler arası dengesizlik, sağlıktaki insan gücüne ödenen ücretin yetersiz oluşu yanında kendi içinde de ücret dengesizliğinin olması, sağlık mevzuatının eski ve günün şartlarına yönelik olmaması, sağlık hizmetlerinin başı olan Sağlık Bakanlığı örgütünün bir kuruluş kanunun hala olmaması, yönetim ve organizasyon eksikliği, vatandaşların hizmetten etkin bir şekilde

yararlanmaması ve sonuçları düşünülmeden, popülist amaçlar güdülen uygulamaların siyasi müdahaleleri geri kalmışlığın nedenleri olarak sıralamak mümkündür.

Yıllara yayılan ve oldukça zorlayıcı hale gelen sağlık sistemindeki sorunlar artık reformları gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda, öncelikle, Dünya Bankası'nın desteği ile reform çalışmaları başlatılmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuş; toplumun farklı kesimlerine farklı şartlar çerçevesinde hizmet veren sosyal güvenlik kurumları, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmıştır. Bununla birlikte en önemli sağlık hizmetleri basamağı olan birinci basamak sağlık hizmetleri, ilk olarak Düzce ilinde hayata geçirilen ve daha sonra 10 pilot ilde devam ettirilen Aile Hekimliği (AH) modeli ile dönüşüme uğramaktadır. AH modeli ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir.

Birinci basamak sağlık kurumunda çözümlenemeyen sağlık sorunlarının çözümü için var olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, etkili bir sevk zinciri uygulaması getirilmemiş olması sebebiyle etkililik ve verimlilikten oldukça uzak ve gereksiz biçimde yoğundur. Sağlık sisteminde aile hekimliği modeli ile ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılma ve tıkanmaların önüne geçilmesi, daha etkili ve verimli ikinci basamak sağlık hizmeti sunumu amaçlanmaktadır. Bu anlamda AH uygulamasının bireyle ilişkili olmasının yanında, bireyleri atomize varlıklar olarak görmeyip, ailesi ve toplum içinde bir bütün olarak değerlendirdiği öngörülebilir. Dolayısıyla, sistemin hizmete erişim ve sunum boyutu, temel yaşama zemini olan aile ortamını ve bu ortamın toplumsal dokusunu şekillendiren aile üyeliği çerçevesinde şekillenmektedir.

Alanyazında sıklıkla söz edilen küreselleşme kavramı, sağlık sektörünü de oldukça derinden etkilemektedir. Küreselleşme, özel sektör açısından ezici bir rekabeti, kamu sektörü açısından da vatandaşı odak noktasına almak durumunda kalan bir yönetim anlayışını gündeme getirmiştir. Bunun yanında, ülkemizin son yıllarda yaşadığı ekonomik büyüme ve kalkınma da, sağlık sektöründe yansımaları bulmaktadır. Günümüzde sayı ve hizmet alanları hızla artan özel sağlık kuruluşlarına bakıldığında,

hizmet memnuniyeti noktasındaki çabaların giderek artan bir öneme sahip olduğu dikkat çekmektedir.

Özel sektörde yaşanan bu değişimin, kamu sektöründeki değişim açısından önemli bir ivme sağladığını söylemek mümkündür. Kamu sektörü, performans yönetimi konusunda özel sektör yönetiminden esinlenerek; kendi içinde etkinlik, etkililik, kalite, verimlilik gibi kavramlar çerçevesinde performans yönetimi olgusunu tartışmaya başlamıştır. Etkinliği sağlayabilmenin en önemli faktörü olan insan kaynaklarının etkin bir şekilde yönetilmesi gereği, kamu sektöründe de kabul görmeye başlamıştır. İnsan kaynaklarından en iyi şekilde yararlanmanın başlıca yollarından birisi olarak görülen performans yönetimi olgusu bütün kamu kurumlarında olduğu gibi, sağlık alanında faaliyet gösteren kurumlarda da önemini giderek artırmaktadır. Kamu yararı amacına yönelik verimlilik isteğinin gerçekleşmesi noktasında, insan faktörünün, yönetim sürecindeki en önemli kaynak olduğu kuşkusuzdur. Bu noktada, insan odaklı bir yönetim anlayışının benimsenerek, etkili, verimli ve başarılı bir örgütsel ortamın öncelikle paydaşlar olarak çalışanları memnun etmekten geçtiği dikkate alınması gereken bir zorunluluktur.

Bilindiği üzere, özel sektörde çalışanlar kâr odaklı amaca yönelik faaliyette bulunurken kamu kurumlarında ise hizmet odaklı bir anlayış söz konusudur. Kamu kurumlarında uygulanacak bütün faaliyetlerin önceden belirlenmiş kanunlara göre yürütülmesi gerekliliği; anlık stratejik kararlar almayı ve kişiye yönelik ayrı değerlendirme kriterleri uygulayabilmeyi engellemektedir. Bu nedenle, kamu örgütlerinde performans ölçülmesi ve değerlendirilmesi özel sektöre göre daha zor ve sıkıntılı gerçekleşmektedir. Bununla birlikte kamu alanında performans uygulamasına ilk başlayan kurumların başında Sağlık Bakanlığı gelmektedir. Bu yönde bir çalışma 2004 yılı başında uygulamaya konulan mevcut ücretlendirmeye ek olarak, performansa dayalı ücretlendirmeyi hayata geçirmek için döner sermaye gelirinden ek ödeme uygulamasına başlanması olarak örneklendirilebilir.

Performans yönetimi ile amaçlanan, sağlık hizmetlerinde kaliteli bir hizmet sunmaktır. Kaliteli bir hizmetin tüm alanlar içinde gerekli olmasının yanında insan sağlığının söz konusu olduğu bir hizmet sektöründe kaliteye olan ihtiyacın uç noktada

önem taşıdığını söylemek mümkündür. Buradan hareketle sağlıkta dönüşümün bir parçası olan aile hekimliği uygulamasının başarıya ulaşabilmesi için de aile hekimleri için bazı performans kriterleri belirlenerek ilgili kanun ve yönetmeliklerle bunlar ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili bilgi donanımı kadar hasta kişinin psikoloji noktasında duygularını ve düşüncelerini de bilmek gerekmektedir. Hastaların fikirlerini öğrenmenin en iyi yolu bu amaçla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanabilmekten geçmektedir. Bu açıdan çalışmada Aile Hekimliği uygulamasından yola çıkılarak, hastaların Denizli’de birinci basamak sağlık hizmetini değerlendirmesi yoluyla hasta memnuniyetini, bunu etkileyen faktörleri ve hasta memnuniyeti üzerine aile hekimliği uygulamasının etkisi araştırılmaya çalışılmıştır. Aile hekimliği uygulamasından hasta memnuniyetine yönelik yapılan bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci ve ikinci bölümler teorik, üçüncü bölümü ise alan araştırmasından oluşmaktadır. Çalışmanın teorik kısmını oluşturan veriler yurt içi ve yurt dışında yayınlamış kitap, dergi, makale sunum, gazete ve diğer araştırmalardan oluşturmaktadır. Bu verilere ulaşırken yayınevi, kütüphane ve internet kaynaklarından yararlanılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümde, sağlık ve sağlık hizmetleri, aile hekimliği disiplini, ülkemizde aile hekimliğinin gelişimi, aile hekimliğine geçilme nedenleri ve aile hekimliğini uygulayan ülkelerden de örnekler verilerek incelenmiştir. Özellikle hizmet kavramının tanımı ve özellikleri, sağlık hizmetlerinin tanımı ve gruplandırılması ile sağlık hizmetlerinin özellikleri hakkında bilgilere yer verilmektedir. Sağlık hizmetleri alanında ülkemizdeki mevcut durum ele alınmış ve sorunlar değerlendirilmeye çalışılmıştır. Değerlendirme neticesinde mevcut sorunların; finansman, örgütlenme, yönetim/işletme, insan kaynakları, enformasyon/değerlendirme ve hizmet sunumu ile ilgili sorunlar olmak üzere ana başlıklar altında toplanmıştır. Bu noktada ülkemizde sağlık alanında yaşanan sorunların, geçmişten günümüze etkin bir sağlık politikasının uygulanamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle 1961 yılı itibari ile yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık alanında birçok yenilikler getirmiş olmasına karşın uygulamada görülen eksiklikler nedeniyle istenilen etki ve verimlilikten uzak olduğu ifade edilebilir.

Ayrıca birinci bölümde sağlık sektöründe yaşanan sorunlara çözüm üretebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan aile hekimliği modeli ayrıntılı olarak anlatılmaya çalışılmıştır. Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne (AB) aday bir ülke olması ve AB ülkelerinde aile hekimliği modelinin yaygın olmasının, bu modele geçiş için önemli bir kriter olduğu düşünülmektedir. Aile hekimliği modeli ile ulaşılabilir, sürekli, bütüncül, entegre ve koordineli, bireye dayanan, aile ve toplumsal yönelimli, ekip hizmetine bağlı ve sağlık kaynaklarının etkili kullanıldığı bir sağlık hizmeti amaçlanmaktadır. Bu yönleriyle uygulamaya konulan aile hekimliği modelinin Türkiye açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada aile hekimliği uygulamasının ülke genelinde ve özellikle araştırmanın yapıldığı Denizli ilindeki uygulamasına yer verilmiştir. Aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinin tespiti Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde oluşturulduğu bilinmektedir. Bu yönetmelik kapsamında Denizli'de 4'ü merkez ilçede, 18'i ilçelerde olmak üzere 22 toplum sağlığı merkezi, 95 aile sağlığı merkezi oluşturulmuştur. Aile sağlığı merkezlerinde 261 aile hekimliği bölgesi oluşturulmuştur. Çalışmanın Denizli ili incelemesinde bu kısımlar ayrıntılı olarak incelenmektedir. Birinci bölüm sonunda da aile hekimliğine yöneltilen eleştirilere yer verilmektedir.

İkinci bölümde, müşteri kavramının tanımı ve önemi ile müşteri çeşitlerine değindikten sonra müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına yer verilmektedir. Devamında özellikle sağlık sektöründe müşteri memnuniyetinin önemi, müşteri memnuniyetinin ölçümü ve performans gelişimi konularına yer verdikten sonra müşteri tatminin, müşteri sadakatinin ve müşteri bağlılığının müşteri memnuniyetindeki yeri ve önemine ilişkin konulara değinilmiştir. Sağlık hizmetleri genellikle hizmete yönelik kullanılan kaynakların yeterliliği ve bu hizmetlerden yararlanan insan sayısı gibi nesnel öğeler ele alınarak değerlendirilmektedir. Ancak hastaların hizmet esnasında karşılaştığı davranışlar, hasta hakları ve hasta memnuniyeti gibi hususlar ikinci planda kalmaktadır. Hâlbuki kaliteli sağlık hizmetinin göstergesi alınan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyidir. İkinci bölümün son kısmında hizmet kalitesi ve hizmet performansı konularına yer verilmiştir sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, temel özellikleri, sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyeti, önemi ve etkileyen faktörler, hasta

memnuniyetinin ölçüm yöntemleri ile anket uygulama yöntem ve değerlendirilmesi konuları ele alınmıştır.

Kaliteli sağlık hizmetlerin sunumu, değişen global değerlerle artık bir zorunluluk olarak görülmektedir. Sağlık alanında kaliteli hizmetin belirleyicisi de, sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyidir. Memnuniyet düzeyinin belirlenmesi, daha etkili sağlık hizmetinin sunumu açısından eksik yönlerin görülmesi ve buna yönelik politikalar oluşturmak anlamında önemlidir. Memnuniyet ölçümünün temel amacı, kuruluşun performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Diğer yandan memnuniyete ilişkin araştırmaların periyodik hale getirilmelisinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Üçüncü bölümde ise; alan araştırması ile ilgili kısım yer almaktadır. Bu bölümde ilk olarak, araştırmaya ilişkin genel bilgilere yer verilmiştir. Genel bilgiler içerisinde, araştırmanın konusu, önemi, amaçları, alanı-yeri-yöntemi, hipotezleri, sınırlılıkları ve kullanılan ölçek veri analizi yöntemleri gibi bilgiler ele alınmıştır. Zaman ve maliyet açısından güç olması neticesinde araştırmada sınırlılıklara gidilmiştir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksine göre Denizli ilinde mevcut olan 5 bölgenin tümünden kırsal alan ve kentsel alandan olmak üzere örnekleme yapılmıştır. Bu şekilde sınırlılıklara gidilmesinin sonucunda oluşabilecek olan temsil sorunu çözümlenmeye çalışılmıştır. Hasta memnuniyetine ilişkin anket 30 aile hekimliği bölgesinde olmak üzere toplamda 750 kişiye uygulanmıştır. Özellikle hasta memnuniyetinde kişiye ilişkin faktörlerin, sağlık kurumunun özelliğinin ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin etkisi araştırılmaya çalışılmıştır. Kişisel faktörlerden cinsiyet, medeni durumu, yaş, öğrenim durumu ve ankete katılan kişilerin mesleğinin memnuniyet düzeyi üzerinde etkisi olup olmadığı araştırılmaya çalışılmıştır. Diğer yandan hizmet verilen sağlık biriminin fiziksel özelliği ile memnuniyet düzeyinin ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Kaliteli sağlık hizmetinin gereği olarak müşteriye karşı hizmet sunucusunun davranış ve yaklaşımı önemli bir etkidir. Bu noktadan hareketle hizmet sunucusu durumunda olan aile hekimi ve aile sağlığı elemanının davranışlarının memnuniyet düzeyine olan yansımaları ele alınmaya çalışılmıştır. Denizli ilinde aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler üzerinde uygulanan anket sonuçlarının analiz ve tabloları SPSS 16 istatistik paket programıyla yapılmıştır. Üçüncü bölümün son kısmında ikinci bölümde ele alınan aile

hekimliği uygulamasından memnuniyet bağlamındaki tablolara bağlı kalınarak, karşılaşılan sorunlar ve bu sorunlar çerçevesinde uygulanabilir çözümler önerileri oluşturulmaya çalışılmıştır. Son olarak, analiz sonucunda tespit edilen sorunlar kapsamında genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

İnsan, ruh ve beden bütünlüğü içerisinde muhteşem bir sistem çerçevesinde donatılmış özel bir varlıktır. İnsanın varoluşunun ve hayatta kalabilmesinin temel koşulu, ruh ve beden bütünlüğünün bozulmamasıdır. İnsanoğlunun varoluşundan bugüne kadar öncelikli amacının hayatta kalabilmek ve sağlığını koruyabilmek olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu çerçevede gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı, fiziksel devamı sağlamak üzerine şekillenmiştir. İnsan için öncelikli öneme sahip olan “*beden sağlığı*” zamanla birçok faktörün etkisiyle yeniden şekillenerek “*ruh ve beden sağlığı*”¹ şeklinde bir bütün olarak ele alınmaya başlanmıştır.

1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri ile İlgili Tanımlar

Sağlık ve hastalık kavramları her ne kadar birbirinin karşıtı biçiminde görünmesine karşın, sağlık teriminin tanımlanması genellikle hastalık kavramı üzerinden yapılmaya çalışılmıştır. Çünkü bir şeyin tam olarak anlaşılması, karşıtının en güzel biçimde tanımlanmasına bağlıdır. Bu sebeple sağlık ve hastalık iç içe geçmiş, birbirine bağımlı kavramlar olarak göze çarpmaktadır.

Hastalık kavramının birçok açıdan göreceli biçimde tanımlanması söz konusu olabilir. Sağlıktan basit yakınma ve sağlıktan sapma halleri, hekimlere göre hastalık olarak tanımlanırken, kişiler, kendilerini rahatsız etmeyen yakınmaları hastalık olarak kabul etmemektedir. Benzer biçimde, sağlık kavramına ilişkin üzerinde her kesimin uzlaşabileceği ortak bir kavramsallaştırma yapmak oldukça basit görünmesine karşın, alanyazında üzerinde tüm kesimlerce oйдаşım sağlanmış bir sağlık kavramına rastlanmamaktadır (Tatar ve Tatar, 1998: 11).

¹ Alman bilim insanı ve edebiyatçısı Goethe'nin “*İnsanlar önce para kazanmak için sağlıklarını, sonra da sağlıklarını korumak için paralarını harcarlar*” sözü sağlığın ne denli kıymetli bir servet olduğunu ortaya koymaktadır.

Hastalık kavramına ilişkin değişik tanımlarla karşılaşılabilir. Hastalık; tıbben bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması hali olarak ifade edilmektedir (Gerek, 2004: 156). Yalın biçimi ile hastalık, sağlık durumundan çeşitli nedenlerle sapma olarak tanımlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) hastalığı, organizmanın yaralanması veya çeşitli nedenlerle homostatik dengenin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum olarak tanımlamıştır (Bostan, 2006: 20). Diğer bir tanıma göre de hastalık, farklı etmenler nedeniyle organ ve sistemlerin görev yapamaz duruma gelmesi şeklinde yorumlanmıştır (Hayran, 1998: 1).

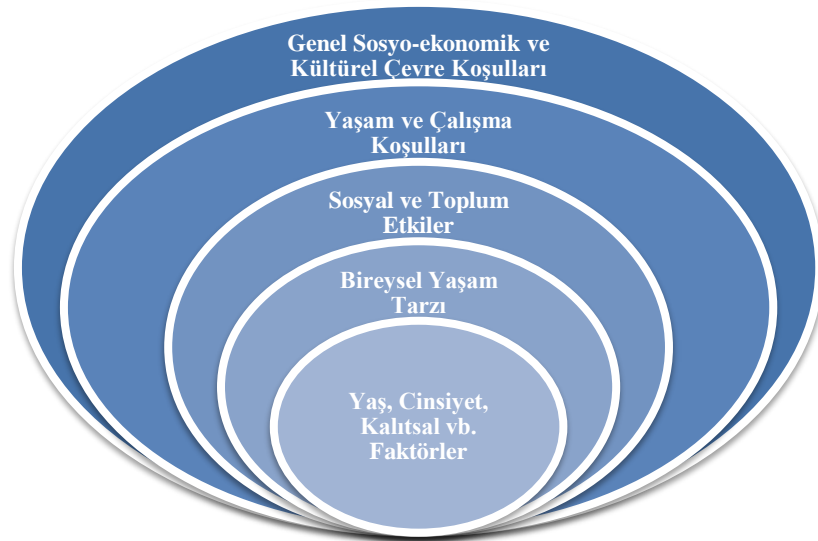
Bu çerçevede sağlık kavramı, geleneksel olarak hastalığın olmayışı biçiminde algılanmış ve bu çerçevede yorumlandığı görülmektedir. Medikal çevrelerin hastalık kavramından bağımsız bir sağlık tanımı geliştirememiş olmasının da, sağlık kavramının, hastalığa bağlı olarak değerlendirilmesi sürecinde etkisi olmuştur (Akdur, 2006: 17). Bugün alanyazında yaygın kullanımı olan sağlığın tanımı ise, 1946'da DSÖ anayasasında yer alan evrensel tanımdır.

DSÖ' ne göre sağlık, "*sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali*"² olarak değerlendirilmektedir³. Yakın zamanda DSÖ' nün bu tanımına "*sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme*" hali de eklenmiştir. Bu tanımın, değişen gereksinimlere göre yeniden düzenlenebileceği ve hayata verilen anlam çerçevesinde yeniden şekillenebileceği ifade edilmektedir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). Bu bağlamda, sağlık kavramının içeriğinin zaman içerisinde bireyden bireye, toplumdan topluma değiştiğini gözlemek mümkündür. Bu algıdaki değişikliğin, bireyin ve toplumun ekonomik, sosyal, kültürel, eğitim, gelişmişlik düzeyi gibi değişkenlerden etkilenerek şekillendiği bilinmektedir (Akdur, 2006: 17).

² DSÖ' nün sağlık tanımında ifade edilen "*sosyal yönden tam iyilik hali*" ile sağlığın sadece kişisel bir olgu olmasının yanında, toplumsal (sosyal) yönünün de olduğuna dikkat çekilmektedir (Karkın, 2007: 29-30). Bununla birlikte, "*Sağlık hizmetleri bünyesinde taşıdığı dışsallıklar nedeniyle etkilerini sadece ülke sınırları içinde değil, dünyanın belli bölgelerine, hatta tüm dünyaya yaymaktadır.*" ifadesi sağlık ve ilgili diğer kavramların evrenselliğini ortaya koymaktadır (Mutlu, 2006: 31).

³ Türk Sağlık Sisteminin alt yapısını oluşturan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde sağlık, "*yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali*" olarak tanımlanmaktadır.

Alanyazın incelendiğinde bazı faktörlerin sağlık durumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Sağlığın belirleyicisi olarak belirtilen bu faktörler beş temel etmene bağlı olarak iç içe daireler biçiminde değerlendirilmektedir. Dairelerin merkezinde önemli oldukları kabul edilen ve değiştirilemeyeceği belirtilen kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, genetik vb.) ile birey yer almaktadır. Bireyi, sırasıyla bireyin yaşam tarzı, sosyal ve toplumsal etkiler, yaşam ve çalışma koşulları (yaşam, çalışma, eğitim, sağlık vb.) ile genel sosyo-ekonomik ve kültürel çevre koşulları çevrelemektedir (Figueras vd, 2004: 136-137).



Şekil 1.1. Sağlığın Belirleyicileri
Kaynak: Figueras vd. 2004: 137

Sağlığın göstergesi olarak değerlendirilen bu faktörler, nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik sistem ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altında bulunmaktadır (Kısa, 2002: 2). Sağlığın çok yönlü olan bu etkileşiminde, kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak için yapılacak hizmetlerin ve verilecek politik kararların çok yönlü olma gerekliliği (veya zorunluluğu) ortaya çıkmaktadır⁴ (Fişek atfen Dirican, 1997: 57). Hâlbuki sağlık alanında mükemmel bir sistemin oluşturulabilirliği sorunsaldır. Çünkü sağlığı belirleyen etmenler arasında yer alan; hizmet anlayışı, talepler, hasta ihtiyaçları ve verilen sağlık hizmetleri; zamana, mekâna, bireye ya da hayat standartlarına göre değişim göstermektedir (Sezen, 2006: 28).

⁴ Diğer yandan sağlık hizmetleri, “yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler” (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 8).

Sağlık; Maslow'un gereksinim merdiveninde de ilk basamağı oluşturan fizyolojik ihtiyaçlar tanımı içerisinde en önemli ilk basamağı oluşturmaktadır (Baran, 2006: 3). Sağlık özünde, bireylerin imkânları dâhilinde satın alabileceği hizmetten ziyade devletin herkese, her zaman, her yerde sunmakla yükümlü olduğu bir görev olarak düşünülmesi gerekmektedir. Evrensel kabul edilebilecek bir yargı, herkesin sağlık hizmetlerine erişebilmesini ve sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlar ölçüsünde kullanma yönünden eşit şansa ve olanağa sahip olmasını gerektirmektedir.

Söz konusu olan bu durum, Türkiye özelinde değerlendirildiği zaman, 1961 ve 1982 Anayasalarında:

1961 anayasasının 49. maddesinde “*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir*” denilmektedir.

Yine, 1982 anayasasının 59. maddesinde ise “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir*” şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık ile ilgili mal ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların tümünün oluşturmuş oldukları yapı, *sağlık sektörü* olarak ifade edilmektedir. Sağlık mal ve hizmetlerini taşıdığı özellikler nedeniyle, diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele almak söz konusudur. Bunun yanında, sağlık sektörünün sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere ilişkin malları da kapsadığı dikkate alınır, mal ve hizmet konusunda ek bir ayırım daha yapılması bir gerekliliktir. Alanyazın incelendiğinde hizmetleri, mallardan ayıran karakteristik özelliklerden söz edildiği görülmektedir⁵. Bu çerçevede, sağlık

⁵ Hizmet sektörünü inceleyen Bostan, alanyazında hizmet sektörünün özellikleri olarak **Hizmetin dokunulamazlığı** (mal fiziki bir nesneyken, hizmet bir düşünce, bir fiil veya bir faaliyet olması), **Hizmet üretim ve tüketimin ayrılmazlığı** (hizmet üretimde kullanıcıların aktif olarak üretim sürecinin içerisinde bulunması veya hizmet personeli ile işbirliği halinde olması ve hizmet üretiminin tüketimi ile eş zamanlı olması) ve **Hizmetin stoklanamaması** (hizmet fiziki bir nesne olmadığı için stoklanamaması) gibi özelliklerin yer aldığını belirtmektedir (2007: 16).

hizmetlerini inceleyen Bostan, hizmet sektörünün genel özellikleri yanında sağlık hizmetlerinin de kendine özgü başka özelliklerinin varlığını dile getirmektedir.

Bunlar (Bostan, 2007: 16);

- Uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- İşlevsel bağımlılık çok yüksektir.
- İnsan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Pahalı hizmetlerdir.
- İkili otorite hattı bulunmaktadır.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. İkamesi yoktur.
- Hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür biçiminde sıralanmaktadır.

Bu çerçevede, insan sağlığının korunması yönünde sağlık sektörünün gerçekleştirdiği tüm faaliyetler, sağlık hizmetleri olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerini Akdur, insan sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü şeklinde dile getirmektedir (Akdur, 2006: 17). Başka bir görüş ise sağlık hizmetlerini; insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve sağlıklı olma durumunun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetler olarak tanımlamaktadır (Aslantekin, 2007: 57). Konuya ilişkin olarak yasal mevzuata bakıldığı zaman, 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun” 2. maddesinde sağlık hizmetlerinin:

“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlandığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde siyasal, yönetsel veya diğer açılardan kaynaklanabilecek değişik amaçlar olması olasıdır. Yine de temel amacın; sağlığın korunması ve buna yönelik olarak politikalar geliştirmek olduğu görülmektedir. Bunun yanında çevreden gelebilecek ve sağlığı olumsuz etkileyebilecek fiziki, sosyal, biyolojik etkenlerin ortadan kaldırılmasının yanında, sağlığı destekleyecek uygun yaşam ortamının sağlanması, sosyo-ekonomik ve kültürel çevre koşullarının geliştirilmesi diğer amaçlar içerisinde yer alabilir.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı

Sağlık hizmetleri çok geniş kitleyi ilgilendiren, bu çerçevede kamu sektörü tarafından üretilen (özellikle koruyucu hizmetler), ancak faydasının bölünebilir olması çerçevesinde de özel sektör tarafından da üretilen hizmetlerdir (özellikle ikincil ve üçüncül hizmetler). Bu bağlamda değerlendirilirse, çevre kirliliği, bulaşıcı hastalıklar ve bunlarla mücadele, etkin aşılama hizmetleri vb. hizmetlerin sunucusu genelde kamu kurumlarıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak bilinen ve uygulanan iki model; hizmetin devlet tarafından ve özel sektör tarafından sunumu, sağlık hizmetleri bağlamında da geçerlidir. Temel olan bu iki model dışında, karma yöntemler olarak değerlendirilebilecek birçok alternatif sunum modelleri geliştirilmiştir (Aktan ve Işık, 2007: 15) ⁶. Sağlık hizmetlerinin sunum modelleri aşağıda yer alan matris yöntemiyle ele alınmıştır

⁶ Sağlık hizmetleri doğrudan piyasa üretici birimlerince sunumu, doğrudan devlet tarafından vergilerle finanse edilerek sunumu, Merkezi devlet tarafından bir fiyat karşılığında sunumu, Merkezi idare tarafından verilen yetki çerçevesinde yerel yönetimler tarafından sunumu, İhale yöntemi ile sunumu, İmtiyaz yöntemi ile sunumu, Sübvansiyon yöntemi ile sunumu, Kupon yöntemi ile sunumu, Kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar tarafından sunumu, Yönetim devri yöntemi sunumu, Kiralama yöntemi ile sunumu, Ortak girişim yöntemi ile sunumu, Yap-işlet-sahip ol veya yap-işlet-devret yöntemi ile sunumunu şeklinde sınıflandırılmıştır.

		KAMU	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU		ÖZEL
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FINANSI	KAMU	MERKEZİYETÇİ YÖNTEM (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur.) <ul style="list-style-type: none"> YERELLEŞTİRME YÖNTEMİ (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir.) 	1	2	<ul style="list-style-type: none"> İHALE YÖNTEMİ (Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı vs.) HAVALE (SEVK) YÖNTEMİ (Örneğin, hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması) KUPON YÖNTEMİ (Örneğin, düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi) SÜBVANSİYON YÖNTEMİ (Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanması)
	ÖZEL		Kişi cebinden (ilave) para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti satın alabilir, (Örneğin, devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması)	3	4

Şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Modelleri

Kaynak: Aktan ve Işık, 2007: 19

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

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

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

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

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikâyet edilen konu, yetersiz finansman kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli yürütülebilmesinin temel koşulu, yeterli finansman kaynağıdır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 2). Sağlık hizmetlerinin finansmanında, temel olarak, kamu kaynakları ve özel kaynaklar kullanılmaktadır. Kamu kaynaklarına örnek olarak; genel vergiler, özel amaçlı vergiler, sosyal sigorta ödemeleri, borçlanma vd. gösterilirken, özel kaynaklara örnek olarak da; özel sigorta, işverenin finansmanı, toplumsal finansman, katkı payları, doğrudan cepten ödeme ve döner sermaye gelirleri gösterilmektedir (Uz, 1998: 93-94). En çok kullanılan finansman kaynaklarının kamu-

özel çerçevesinde ayrımını yapan Tatar, finansman kaynaklarını aşağıdaki şekliyle sıralamıştır:

Tablo 1.1. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

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

Kaynak: Tatar, 1996: 44

Sağlık hizmetlerin sunum modeli ne olursa olsun sağlık hizmetleri kamusal bir hizmet niteliğinde olup sunulan hizmet bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu hizmetlerin sunulmaması durumunda, toplumun sağlık düzeyinde büyük düşüşlerin yaşanabileceği ifade edilmektedir (Berksoy ve Işık, 2006: 87).

1.1.3. Temel Sağlık Hizmetleri Türleri

Günümüzde bilimsel ölçütlere göre yönlendirilen, tıbbi tanı ve tedavi süreçlerini kapsayan “*Batı tipi*” sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler vb. şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Asya) tıbbı ya da “*alternatif tıp*” olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimi de söz konusudur. Genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan, bilimsel ölçütler ışığında bulgulara ve neden sonuç ilişkilerine dayanan “*Batı tipi tıp anlayışı*”, sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir (Altay, 2007: 34).

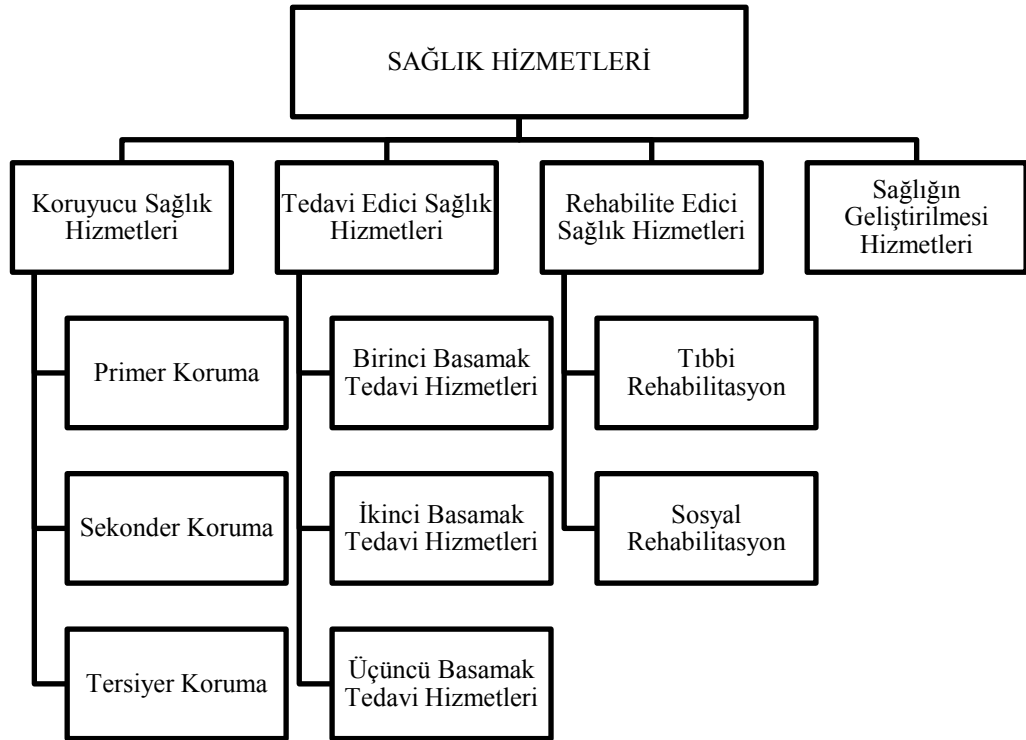
Kavram olarak temel sağlık hizmetleri, ilk kez Kazakistan’ın başkenti AlmaAta’da 1978 yılında DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu) tarafından düzenlenen bir uluslararası konferansta ortaya konulmuştur (Hayran, 1998: 27). Toplumların sağlık düzeylerinin geliştirilmesinde önemli rol oynayan temel sağlık hizmetleri, bir ülkenin sağlık sisteminin ayrılmaz parçası olması yanında, sosyal ve ekonomik açıdan kalkınmanın en önemli ölçütüdür.

Türkiye'de sağlık sektöründeki bir takım gelişmelerin OECD ülkelerinin ortalamasına yaklaşmakta olduğu görülmektedir. Ancak son gelişmelere rağmen, Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, Türkiye'nin sağlık seviyesini OECD'nin diğer üst-orta gelirli ülkelerin sağlık durumlarına göre biraz aşağılarda görüldüğü bildirilmiştir^{7 8}. Gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık düzeyinin önemini Orhaner *“Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir”* şeklinde açıklamaktadır (Orhaner, 2006: 3).

Bu çerçevede, temel sağlık hizmetleri birey, aile ve toplumun ulusal sağlık sistemleri ile ilk temasa geçtikleri kademeler olarak değerlendirilmektedir (Öz, 2004: 24). Sağlık hizmetleri bir bütün olmakla beraber anlaşılabilirliği sağlamak amacıyla alanyazında ayrımlara gidildiği görülmektedir. Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanmaktadır (Orhaner, 2006: 3). Şekil 1.3 de Sağlık hizmetlerinin türleri gösterilmiştir.

⁷ Dünya Bankası'nın 2003 verilerine göre Türkiye vatandaşlarının sağlık statüsü bakımından orta gelir düzeyindeki ülkelerin birçoğundan geri durumda bulunmaktadır. Yaşam süresi beklentisi açısından OECD üyesi ülkelerin ortalamasının yaklaşık on yıl gerisinde olduğumuz belirtilmektedir. Yine bebek ve anne ölümleri açısından orta gelir düzeyindeki ülkelerin en üst sıralarda yer aldığımız ve gebelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi tıbbi yardım alamadığı belirtilmektedir. Göz çarpıcı bir değerlendirme de doğumların yalnızca beşte ikisinde bir hekim hazır bulunduğu, çocukların üçte ikisi tam olarak aşılmadığıdır (Erençin ve Yolcu, 2008: 122).

⁸ Ülkemiz bebek ve ana ölüm oranlarının sadece Avrupa Birliği üye ülkelerinde değil, komşu ülkelerimiz Suriye, İran, Azerbaycan, Gürcistan ve Bulgaristan'dan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Hayran, 1998: 36).



Şekil 1.3. Sağlık Hizmet Türleri⁹

1.1.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; hastalıktan önce, hastalık ve sakatlık riskinin en aza indirgenmesi veya engellenmesi, erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesi olarak değerlendirilmektedir. Hastalıklar oluşmadan bireyleri ve toplumu korumak için verilen hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde ele alınmaktadır. Sağlığı korumak, tedavi etmekten daha ekonomik olması yönüyle sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık hizmetleri, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Özellikle ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak koruyucu sağlık hizmetlerin etkinliği değişebilmektedir. Bu bakımdan sağlık hizmetleri içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerinin ülke gelişmişliği açısından önemli bir gösterge olduğu kabul edilmektedir (Altay, 2007: 34).

⁹ Bazı metinlerde, koruyucu sağlık hizmetleri primer, sekonder ve tersiyer koruma ayrımı yerine, çevresel sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri üç bölümde değerlendirilebilir (Hayran, 1998: 17):

Primer Koruma (Birincil): Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması durumudur.

Sekonder Koruma (İkincil): Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması halidir.

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

Diğer bir görüşe göre koruyucu sağlık hizmetleri; çevresel sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki şekilde tanımlanmıştır¹⁰ (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 8):

Çevresel sağlık hizmetleri: Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek sağlıklı bir çevre yaratılması hizmetlerini,

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri: Bağışıklama (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerini ifade etmektedir.

1.1.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasından itibaren sağlık durumunun düzeltilmesi için verilen her türlü hizmeti ifade eder. Muayene, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat vb. uygulamalar tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir.

¹⁰ Kişiye yönelik sağlık hizmetleri sağlık personeli tarafından, Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise veteriner, kimya ve çevre mühendisleri gibi meslek grubunda bulunanların yardımlarıyla yürütülmektedir.

“*Tedavi edici sağlık hizmetleri korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkı sağladığı*” biçiminde de ifade edilmektedir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 8).

Tedavi edici hizmetler  basamakta ele alınır¹¹. Basamaklar halinde ele alınmasının sebebi, basamaklar arası hasta sevk sisteminin¹² gerekliliğine vurgu yapmak içindir. Bu basamaklar (Soyluoğlu, 2009):

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Tedavilerin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlara örnek olarak Aile Hekimlikleri, Sağlık Ocakları, Ana ocuk Sağlığı Merkezleri, Kurum Hekimlikleri vb. gösterilebilir.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir. Sağlık Bakanlığına bağlı il ve ilçe sağlık hastaneleri ve diğer kamu veya özel genel amaçlı hastanelerdir.

nc basamak tedavi hizmetleri: Özel dal hastaneleridir. En yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, sanatoryumlar, kalp-damar hastaneleri gibi. Denizli ili Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi nc basamak tedavi hizmetlerine uygun bir örnektir.

Tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin önemli diğer alt bölümleri, acil yardım birimleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri veren birimlerdir (Bodur, 1991: 10)

1.1.3.3. Rehabilite edici hizmetler

Rehabilite edici hizmet, özellikle kaza, savaş ve felaketler gibi beklenmedik ve ani ortaya çıkan ve insanların iş göremez olmalarına yol açan ve/veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrası hastaların topluma yeniden kazandırılmaları

¹¹ Tedavi edici hizmetleri bazı yazarlarca ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde hizmetleri şeklinde sınıflandırmaktadırlar. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir (Yıldırım, 1994: 12).

¹² Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektörünce ve sağlık çalışanı tarafından yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet verenlerin memnun olduğu bir ortamda üretilmesi için, mutlaka basamaklar halinde, kademeleşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zincirinin bulunması gerekir (Akdur, 2006: 40).

ve böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmelerini sağlamaya yönelik hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Altay, 2007: 35). Rehabilitasyon hizmetleri, sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Bu hizmetlerin konusunu, kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vb. oluşturmaktadır. Bu hizmetler, söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmalarının yanında, kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacına yöneliktir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 9). Rehabilitasyon hizmetinin içerisinde; tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki kavram yer almaktadır (Hayran, 1998: 19):

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesini içerir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerdeki protezlerinin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetlerdir.

1.1.3.4. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın, bireylerin yaşam tarzlarından veya alışkanlıklarından ortaya çıktığı bilinmektedir (Kısa, 2002: 37-38).

1.1.4. Türk Sağlık Hizmetleri

1.1.4.1. Türk sağlık hizmetlerinin genel durumu

Türk sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi planlama ve yönetimle yürütülmesi durumudur. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığınca merkezden yönetilmeye çalışılmaktadır. Merkezi bir görünüm sergileyen sağlık hizmetleriyle ilgili olarak Karkin, Sağlık Bakanlığı'nın

hizmet alanına giren sağlık hizmetlerinin her yönü ile bakanlığın sorumluluk sahası içerisinde yer aldığını ifade etmektedir (Katkın, 2007: 79). Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan kuruluşların yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlanması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden veya taşra teşkilâtına verilen yetki genişliği çerçevesinde yürütülmektedir¹³.

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi, 1980'li yıllardan bu yana tüm ülkeleri etkisi altına alarak ülkeleri, sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun, yeni arayışlara yöneltmiştir (Çiçek, Kara, Koyuncu'ya atfen Aslantekin, 2007: 59). Ülkemizde 1980'li yıllardan itibaren iktidara gelen hükümetlerin sağlık alanındaki temel çabası, sağlık sektörünü yeni sağ politikalar çerçevesinde küresel saate uyarlanmış resmi politikaya uygun hale getirmek olmuştur (Özdemir vd, 2003: 207). Türkiye'de sağlık politikalarında 1980'li yıllarda yaşanan değişimin temelindeki serbestleşme ve özelleştirmeler, Erdoğan'ya göre, çeşitli hükümetlerin politikaları ile uygulamaya konulmuştur. Ancak, başta Türk Tabipler Birliği olmak üzere demokratik kitle örgütleri, sendikalar veya diğer örgütlü toplumun karşı çıkışları ile süreçte duraklama ve gerilemeler söz konusudur (Erdoğan, 2007: 8).

Türkiye'de, örneğin, 1990 sonrası sağlık reformlarının ortak yönü, gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan sağlık hizmet sunum ve finansman modellerinin bir benzerinin ülkemizde de uygulamak istenmesidir. 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" un ortaya çıktığı dönem dikkate alınır, dönem itibari ile Türkiye'deki nüfusun kent/kır ayrımı, kırsal alanın lehine olduğu görülmektedir. Gelişen ve değişen kentleşme olgusu, ilgili yasa çerçevesinde oluşmuş mevzuatı, amacından uzaklaştırmış ve sorunlara cevap veremez duruma getirmiştir. Konuyla ilgili olarak bir çalışmada kentleşme olgusu ve sağlık hizmetlerine etkisi şöyle ifade edilmektedir:

“Nüfus yapısında küçük de olsa yaşanan değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de sağlık hizmeti sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yönünde çalışmalara, başka bir

¹³ Ancak, merkeze danışmadan iş görme çerçevesinde il örgütlerine devredilen bazı yetkiler olsa da, bu yetkiler henüz sınırlı ve kısıtlı düzeydedir. Oldukça hantal bir yapı içinde, hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir.

değişle kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir“ (DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), 1997: 1).

Son yıllarda dikkat çeken bir başka konu da devletin sağlık hizmetlerindeki rolüdür. Özelleşme ile birlikte önceleri bizzat kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen birçok hizmetin özel sektöre yaptırılıyor olması ve kamu hizmeti kavramındaki daralma, sağlık sektöründe de hissedilmektedir. Ancak, sosyal devlet anlayışı gereği ülkemizde devletin sağlık konusunda sorumlulukları halen devam etmektedir. Devletin temel sorumlulukları arasında, vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetine zamanında ulaşabilmesi ve ona uygun hizmetin verilmiş olduğundan devletin emin olması çıkmaktadır (Sur, 2005: 14).

1961 Anayasasında Türkiye Cumhuriyeti yapısı sosyal devlet olgusuyla tanımlanırken, sosyal devletin en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tümünden sorumlu olduğu söylenebilir. Ancak 1982 Anayasası ile devletin pozisyonunun sağlık hizmetlerine ilişkin zorunlu sorumluluğundan çok, planlayan ve denetleyen bir role dönüştüğü görülmektedir.

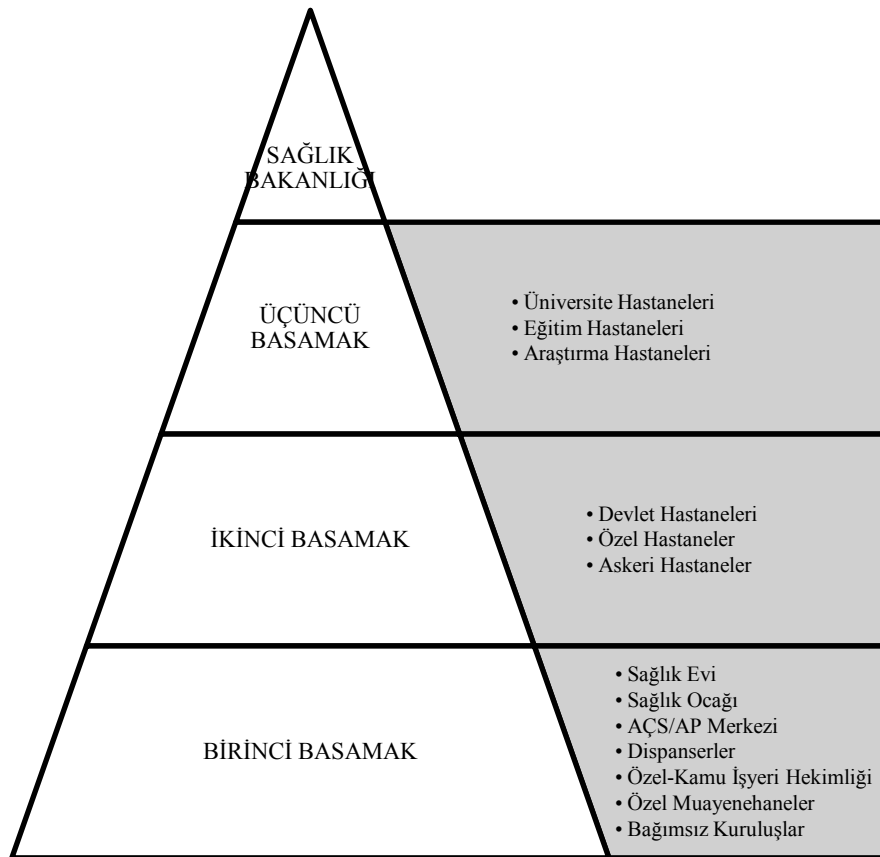
1982 Anayasası'nın *“Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler”* başlığı altında 56. maddede, *“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacı ile sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir”* hükmü yer almaktadır. Anayasa'nın 58. maddesinde, *“Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden uyuşturucu maddelerden... korumak için gerekli tedbirleri alır”*, 61. maddesinde, *“devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır”* Bu hükümlerle, devletin sağlık hizmetlerini denetleyen, bunun yanında da tüm toplum için planlayan otorite olduğu belirtilmektedir (Altay, 2007: 43).

Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi T.C. Sağlık Bakanlığı'nındır (Orhaner, 2006: 3). Sağlık Bakanlığı 24.01.1989 tarih ve 356 sayılı *“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”* ile sağlıkla ilgili her türlü faaliyeti planlama, denetleme ve uygulandıktan birinci derecede sorumlu olarak atfedilmiştir. Tedavi edici

hizmetlere diğerk bakanlıklar, iktisadi kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğerk özel kuruluşların da katıldığı ancak, koruyucu sağliık hizmetlerinin sadece Sağliık Bakanliğı tarafından yürütüldüğü ifade edilmiştir¹⁴ (DİE atfen Baran, 2005: 5).

Sağliık hizmetlerinin sunumunda ölkemizde kademeli bir sağliık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağliık Bakanliğı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almakta özellikle birinci basamak sağliık hizmetlerinin etkin gördürülmesinden de sorumludur (Altay, 2007: 45).

Türk sağliık sistemine sunulan sağliık hizmetlerini aşağıda verilen şekil ile açıklamak olanaklıdır:



Şekil 1.4. Türkiye’de Sağliık Hizmetlerinin Sunumu¹⁵
Kaynak: Sağliık Bakanliğı, 2004: 10

¹⁴ Devletin, “tedavi hizmetleri” alanında da faaliyet göstermesindeki amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağliığına olumlu katkıda bulunmak olarak açıklanmaktadır. Diğerk yandan koruyucu sağliık hizmetleri alanının karlı olmayışından dolayı özel sektör faaliyette bulunmak istemediğı belirtilmektedir (Altay, 2007: 36).

¹⁵ Aile Hekimliğı uygulanan illerde Sağliık Ocağı ve Sağliık Evleri kavramları olmayıp Toplum Sağliığı ve Aile Sağliığı Merkezleri vardır.

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: 140). 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*¹⁶” ile etkin bir sevk zinciri uygulamaya konulması amaçlanmış ise de, uygulamada yaşanan sıkıntılar nedeniyle uygulama 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).

1.1.4.2. Türk sağlık hizmetlerinin temel sorunları

1982 Anayasa’sının 56. maddesine göre devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Yasal olarak, Devlet, vatandaşın sağlığından sorumlu olduğunu kabul etmektedir. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı gibi, yararlananlar içinde memnuniyet oranının düşük olduğunu iddia etmek olanaklıdır.

¹⁶ 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren Pilot olarak Denizli, Isparta, Gümüşhane, Bayburt illerinde ve 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren de diğer Aile Hekimliğine geçen tüm illerde sevk uygulaması uygulanmaya konulacaktır

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 ifade etmiştir (Aktan, 2007: 692). Diğer bir çalışmada sağlık sorunlarının nedenleri olarak gayri safi milli hâsılanın içinde sağlığın payının az olması¹⁷, mevcut personel istihdamındaki hatalar ve sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı itibaren aşırı merkezîyetçi 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, önlenebilir ölüm hızları vb.) karşılaştırmasını yapmış ve ülkenin sağlık durumunu istatistiksel olarak yorumlamıştır (Pala, 2007: 7-8).

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, özendirme amaçlı TÜBİTAK, 2001 yılında Vizyon 2023 Projesi ile yayınlamış olduğu “*Sağlık ve İlaç Paneli Son Raporu*” nda Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki sorunlarını rapor haline getirmiştir.

¹⁷ Türkiye’de gayri safi milli hâsılanın (GSMH) yüzde 7,6’sı toplam sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Bu oran Almanya’da yaklaşık olarak yüzde 17, Yunanistan’da yüzde 7, OECD ülkeleri ortalaması (1997) yüzde 8’e yakındır. ABD, İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı yüzde 10 civarında seyretmektedir. Karşılaştırmada görüldüğü üzere Türkiye’de GSMH içinde sağlık hizmetleri için ayrılan pay gelişmiş ülkelerle oranla düşük değildir. Fark genel refah düzeyinden doğmaktadır. 2000 yılı itibariyle kişi başına sağlık harcaması Türkiye’de 200 ABD Doları civarında iken, bu miktar AB (15) ülkelerinde 10 kat, ABD’de ise 20 kat daha fazladır (Erençin ve Yolcu, 2008: 122).

Bu bağlamda, Türk sağlık sisteminin temel sorunlarını belli başlıklar altında toplamak olanaklıdır. Bunlar arasında örgütlenme, yönetim, istihdam, finansman, enformasyon ve sunum sorunları öne çıkmaktadır:

Örgütlenme ile ilgili sorunları: Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kuruluşların çok sayıda olmasıyla birlikte, hasta yataklarının % 95’i, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tümü kamu kesimine aittir (DPT, 2007: 1). Sağlık Bakanlığı ve DPT, sağlık politikalarının belirlenmesinden ve sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumlu kuruluşlardır. Dünya Bankası’ndan sağlık alanında kullanılmak üzere alınan kredilerin kullanımının koordinasyon ve yönetim sorumluluğunu Sağlık Bakanlığının dışında olan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü üstlenmiştir (Özkal, 2002: 46). 06.01.2005 tarih ve 5283 sayılı “*Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun*” ile birçok kuruma bağlı sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluş Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi ile sağlık hizmeti üreten kamu kuruluşlarının sayısını bir ölçüde azaltmıştır. Ancak hala Silahlı Kuvvetler, bir kısım yerel yönetimler, Üniversiteler, Kızılay gibi kurumlar kendi hastane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermekte ve bu bağlamda, örgütlenmeye ilişkin karmaşa hala devam etmektedir. Diğer yandan aynı sağlık hizmeti, aynı aileye, çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere aile hekimi, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastaneleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastaneler tarafından verilebilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara, işin sahipsiz kalmasına, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır (Aydın, 2004: 36). 27 Mayıs 2004 tarihinde kabul edilen 5179 sayılı “*Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun*” ile gıda denetimi Sağlık Bakanlığından alınarak Tarım Bakanlığına devredilmesi ile sağlık teşkilatının yükünü azaltmıştır. Bunun yanında, gıda denetimlerinde Belediyeler, Tarım Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında süregelen yetki karmaşası ortadan kalkmıştır.

Sağlık sektörünün, çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilemediği (DPT, 2001: 4) resmi ve resmi olmayan metinlerde yerini almıştır. Türk sağlık hizmetleri hem sunum hem de finansman olarak çok karmaşık ve parçalı bir yapıya sahiptir (Tatar ve Tatar, 1998: 121). 224 sayılı yasada kamu kurumlarına ait bütün hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devredileceği hükmü vardır. Buna göre, 1 Ocak 1984

tarihinde, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) dâhil, bütün kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri tamamlanmış olmalıydı. Ancak, bu yapılamamıştır. İlgili devir sürecinin, ancak 2005 yılında SSK ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle tamamlandığı görülmektedir fakat bu devir işleminin 224 sayılı kanunda öngörülen mantık içinde gerçekleştiği söylenemez (Öztek, 2007: 6). Birbirinin alternatifi olması gereken “dikey” ve “yatay” örgütlenme modelleri (AÇS (Ana Çocuk Sağlığı) merkezleri ve sağlık ocakları gibi) bir arada işletilmeye çalışılmaktadır (TÜBİTAK, 2001). Sağlık örgütlenmesinde kır ve kent yaşamına göre örgütlenme farklılığı ortaya konulmamıştır. 224 sayılı yasa nüfus sayısına göre sağlık ocağı sayısını belirlemeyi öngörmüş ancak göç olgusu nedeniyle bölgelerin değişen nüfus yapısını dikkate alan bir sağlık örgütlenmesi hedefi gerçekleştirilememiştir (Aktan, 2007: 695). Ayrıca çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilememesi hizmetin daha verimli kullanılmasına engel teşkil etmektedir. Yanlış organizasyon, görev tanımlarında eksiklikler, denetimsizlik ile bilgi eksiklikleri örgütlenmede sorun olarak yansımaktadır (Öztek, 2007: 5).

Yönetim / İşletme ile ilgili sorunları: Sağlık sektörü yönetim yapısındaki en önemli sorunun, aşırı merkeziyetçi olan ve yetkilerin üst seviyelerde toplanmış olduğu yönetim ve örgüt yapısı olduğu görülmektedir (Özkal, 2002: 47). Taşra teşkilatı yeterli yetişmiş insan gücü ile desteklense de yetki ve sorumluluğun merkezde olması sonucunda, uygulamada merkez teşkilatına bağımlılık sürmektedir (Aktan, 2007: 695). Merkeziyetçi yapının yanında karar alma ve uygulamaya ilişkin tüm yetkinin Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış olması ve siyasal etkilerin yoğunluğunun yanında, konuyla ilgili/ilişkili örgütlü toplumla yeterince işbirliği yapılamaması nedeniyle çoğu kez sağlık politikaları dönemselsel nitelik taşımaktadır.

Her iktidar değişikliğinde Sağlık Bakanlığı'nın temel hedeflerinin gerçekleşmesinde önemli rolleri olması gereken üst bürokratik yapı da kısmen/tamamen değişmekte ve uzun vadeli, istikrarlı bir sağlık politikası ve eylemi oluşturulamamaktadır (DPT, 2001: 4).

Ayrıca mevzuat açısından Sağlık Bakanlığı'nın hala bir kuruluş kanununun bulunmaması, Bakanlığın sorumluluk ve işlevlerinin “13.12.1983 tarihli ve 356 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”ye

göre yerine getirilmesinin yanında, yürürlükte olan diğer bazı yasal düzenlemelerin 1930’lu yıllara kadar gitmesi diğer bir sorundur (Erençin ve Yolcu, 2008: 123).

Sağlık hizmetlerinin yönetiminde tabiilerin etkisi son derece baskındır. Şüphesiz üretilen hizmetin sağlık olması, tabiilerin sözünü önemli kılmaktadır. Yalnız, sonuçta üretilenin bir kamu hizmeti olduğu dikkate alınır, yönetsel işlevlerin ve kimliklerin de önemi olması gerekir. Konuya ilişkin bir metinde, sağlık hizmetlerinde nitelikli yönetici yetersizliğinin bulunmasının yanında; yönetici eğitimi yerine, (yandaş) yönetici arandığı belirtilmektedir¹⁸ (TÜBİTAK, 2001).

Ülkemiz sağlık düzeyinin çok iyi düzeyde olmasının ve sağlık sektörünün içinde bulunduğu çıkmazın temelinde kaynak yetersizliği, sağlık insan gücü ve araç-gereç eksikliğinden ziyade “kötü yönetim”in ve hatta bazen “yönetimsizliğin” rol oynadığı belirtilmektedir (Hayran, 1998: 175). Sağlık örgütlenmesinde kır ve kent yaşamına göre örgütlenme farklılığı ortaya konulmamıştır (Aktan, 2004: 7). Sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdümün yetersizliği, nitelikli yönetici yetiştirme programlarının uygulanmaması ve yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince yararlanılamaması yönetimle ilgili yaşanan diğer sorunlardır (Erençin ve Yolcu, 2008: 123).

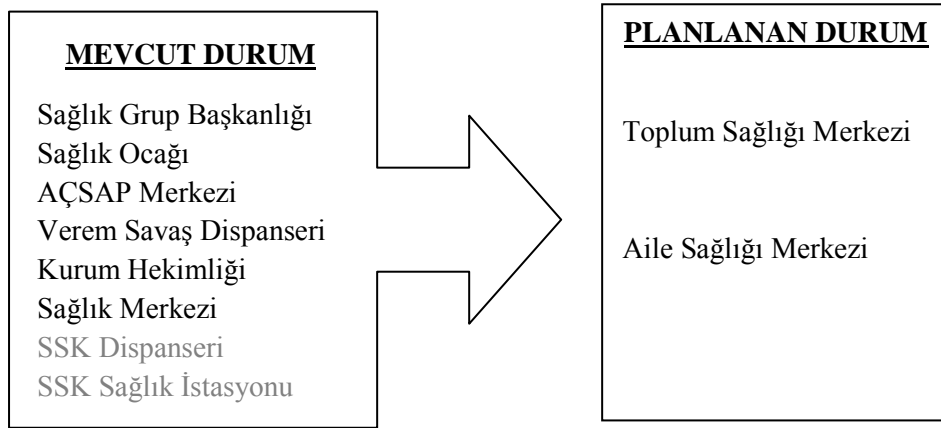
İnsan kaynakları ile ilgili sorunları: Sağlık sistemi içerisinde dikkat çeken noktalardan birisi de personel istihdamındaki yanlışlıklardır. Hekimlerin % 45’i üç büyük ilde toplanmış ve nüfusun % 30’una hizmet vermektedir. Ayrıca kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilmeyen hekimlerin de büyük bir kısmı bu illerde çalışmaktadır. Ülke genelinde birinci basamakta çalışan hekimlerin oranı % 15’dir. (Ata, 2006: 20). Ülke çapında hekim ve diğer sağlık personelinin dağılımında hem bölgesel hem de aynı il içinde kırsal–kentsel bölge bakımından farklılıklar göstermektedir. Kırsal alanda personel istihdamında sıkıntı yaşanırken, kentsel alanda yığılmalar ve atıl personel kapasitesinin oluşması söz konusudur. 10 Temmuz 2003

¹⁸ Hem merkez, hem de taşra teşkilatında sağlık yöneticilerin tıp fakültesi mezunu doktorlardan oluşmaktadır. Hâlbuki tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarına bakıldığında yönetim yâda yöneticilik konusunda her hangi bir ders verilmediği görünmektedir. Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde sağlık yönetimi profesyonel yöneticilere verilmektedir. Yönetim konusunda eğitim almış profesyonel sağlık yöneticileri kullanan ve sağlık hizmetinin sunulmasında çağdaş yönetim teknikleri uygulamayı amaçlayan sistem, daha kaliteli, etkili, verimli ve hesap sorulabilir bir hizmet anlayışını ortaya koymaktadır (Çevik, 2007: 246)

tarikh ve 25178 sayılı resmi gazete ile kabul edilen “*Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması*” ile ilgili kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır. Özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerleşim birimlerinde personel sıkıntısı aşılmaya çalışılmıştır. Ancak ilgili kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlere personel istihdamı Sağlık Bakanlığının illerdeki yanlış merkezi planlaması ile istenilen etki ve verim sağlanamamıştır. Asıl istihdamı gereken sağlık evlerine yerleştirme yapılamamıştır. Aile hekimliği uygulaması ile özellikle hekimlerde yaşanan bu sıkıntılar giderilmeye çalışılmıştır.

Sağlık alanında yaşanan sorunlarına karşın Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen çözümün, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı aile hekimliği modelinin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özelleştirilmesi daha sonra özelleştirilmesi olduğu iddia edilmektedir¹⁹ (Özdemir vd, 2003: 210). Türkiye’de uygulanması öngörülen aile hekimliği modelinin nasıl olması gerektiği 1989 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen birçok toplantıda ve iç görüşmelerde tartışılmış ve bu tartışmalar 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında Kanun*” ile son bulmuştur (Öztek, 2006: 2). Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri şekil 1.5’de açıklandığı üzere değişikliğe uğraması planlanmıştır:

¹⁹ Türkiye’deki sağlık sektörü reform çalışmalarının hastaneler boyutunda incelendiğinde kamu hastaneleri ilk aşamada devlet bütçesi ünitesi olmaktan çıkarılarak birer işletme haline dönüştürülmesi daha sonra da hastanelerin mülkiyeti ile özelleştirilmesi planlanmaktadır. 58. Hükümetin acil eylem planı ve sağlıkta dönüşüm gibi dokümanlarında da yer aldığı görülmektedir (Top ve Gider, 2004:71).

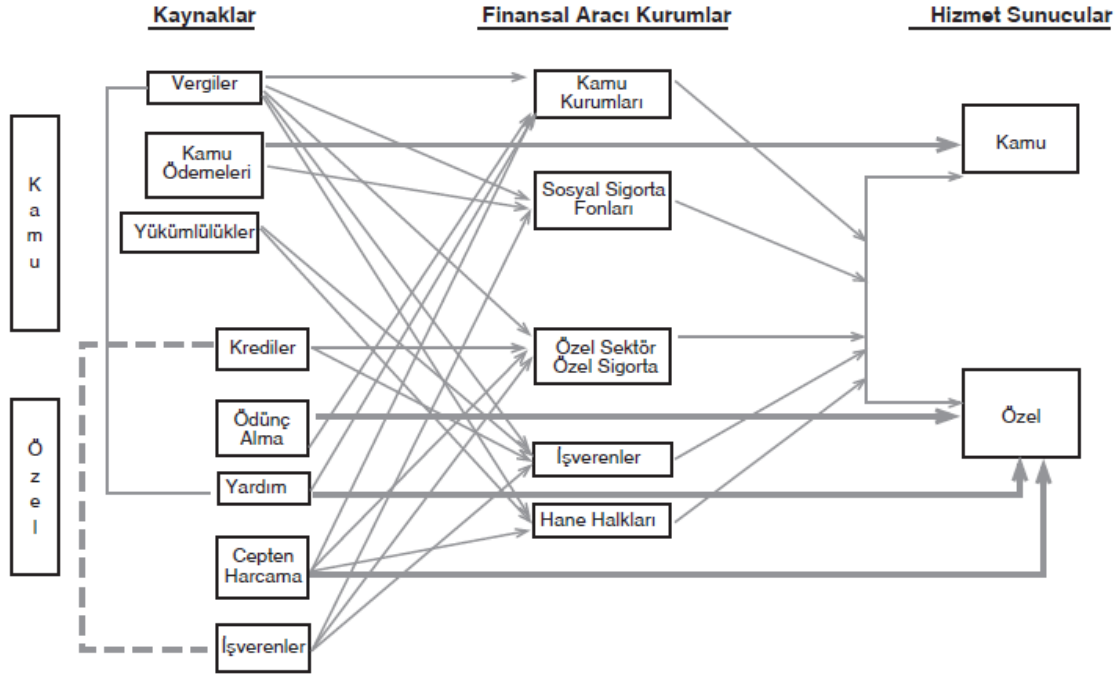


Şekil 1.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut ve planlanan sunum modeli.
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004: 72

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan bir modelin verimliliği (bütün toplumu kapsaması, maliyetinin düşük ve ulaşılabilir olması, hasta memnuniyeti vb.) ekonomik, sosyal, kültürel faktörlerin yanı sıra çalışanların da o modeli anlayıp benimsemiş olmalarına bağlıdır (Nur, 2009: 13-14). Aile hekimliğine geçişe gerekçe olarak, Avrupa'nın örnek alındığı ya da referans olarak gösterildiği görülmektedir. Oysa Avrupa Birliği'nde "*Aile Hekimliği – Practitioner*" ve "*Genel Pratisyenlik – General Practitioner*" terimleri çoğu kez eş anlamlı ve birbirlerinin yerine kullanılabilen terimlerdir. Bu terimlerden hangisi kullanılırsa kullanılsın uygulamalardaki esas amaç ya da endişe, koruyucu hizmetler ve kalitedir (Özdemir vd, 2002: 207-208).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışanlarının ülke geneline dağılımında önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu dağılımda kırsal-kentsel alanlar ve ülkenin doğusu ile batısı arasında önemli farklılıklar görülmektedir (Erençin ve Yolcu, 2008: 122-123). Doğu-batı bölgeleri veya kır-kent yerleşim yerlerine göre dağılımındaki dengesizliği Aktan, bölgelerarası kalkınmışlık farkı, eğitim ve teknolojik imkânların büyük illerde olması, sosyal imkânsızlık vs. neden olarak göstermektedir. Personel dağılımını düzenlemek üzere çeşitli yöntemlere (mecburi hizmet, özendirme ve tayinlerde bölgesel, kurumsal sıralama ve sınırlama vb.) başvurulmuş olmasına karşın sorun varlığını sürdürmektedir (Aktan, 2007: 693).

Finansman ile ilgili sorunları: Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu kadar finansman sistemi de oldukça karmaşıktır²⁰. Mevcut sağlık sistemimizde kamu sektörü ve özel kaynaklar ile finansal aracı kurumlar ve hizmet sunucuları arasındaki finansal ilişki aşağıda (Şekil 1.6) gösterilmiştir.



Şekil: 1.6. Türk Sağlık Sistemindeki Finansman Akışı
Kaynak: Kartal ve Mollahaliloğlu, 2004: 1

Gayri safi milli hâsıladan sağlığa yeterince kaynak ayıramamaktadır. Bina, araç ve gereç yetersizlikleri ve standardizasyonu–kalibrasyonunda çekilen sıkıntıların en büyük nedeni finans sıkıntısıdır (TÜBİTAK, 2001). Dünya genelinde ülkemizin sağlık harcamalarına bakıldığında sağlık hizmetleri için GSYİH'dan ayrılan payın düşük olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarından hizmetlere ayrılan paylar incelendiğinde maliyet etkinliği açısından en etkili çıktı sayılabilecek olan koruyucu hekimliğin payı % 1 civarındadır ki bu oranın düşüklüğü nedeniyle ayakta ve yatarak tedavi harcama tutarları önemli ölçüde yükselmektedir (Aktan, 2007: 698). İlaç harcamaları, özellikle son 5 yılda giderek artış eğilimi içerisine girmiştir. Gelişmiş ülkelerde tüm sağlık hizmetleri için harcanan paranın % 15'i ilaç tüketimini oluştururken, ülkemizde bu pay sosyal güvenlik kuruluşu harcamaları içinde % 50'yi aşmış durumdadır (Aktan, 2007: 698). Halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık

²⁰ Kurumlar hem hizmet sunumunu hem de finansmanını gerçekleştirmektedir. Etkin bir sağlık hizmetinin sunumu için gerek devlet bütçesinden gerekse özel kaynaklardan sağlanacak olan kaynakların tüm toplumun ihtiyacını karşılaması amacıyla yönelik olarak planlama yapılmalıdır.

güvencesinden yararlanamadığı gibi, bu imkânlardan yararlananlar da aldığı sağlık hizmetlerinden memnun değildir (DPT, 2001: 4-5).

Enformasyon ve değerlendirme ile ilgili sorunları: Sağlık ocağının “olmazsa olmaz” ilkelerinden biri de bölge nüfusunun sürekli olarak tespitidir. Bölgedeki her aile için bir “ev halkı tespit fişi” (ETF) doldurulur, her birey için ise birer “kişisel sağlık fişi” çıkartılır. Bu formlar uzunca bir süredir sağlık ocaklarının çoğunda bulunmadığı gibi, olan sağlık ocaklarında da etkili olarak kullanılmamıştır (Öztek, 2006: 8). Çağımız bilgi çağı olmasına karşın elektronik ortamda kayıt tutabilen sağlık kuruluşlarının sayısı çok azdır (TÜBİTAK,2001). Epidemiyolojik veriler (morbidite, mortalite vb.) başta olmak üzere sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili verilerde önemli ölçüde bilgi eksikliği vardır. Taşra teşkilatından bilgi akışının düzgün sağlanamaması toplanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğunu şüpheli kılmaktadır (Aktan, 2007: 698).

Hizmet sunumu ile ilgili sorunları: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerin toplumun sağlığı üzerindeki etkileri açısından ülke düzeyinde farklı sınıf, topluluk veya coğrafi bölgeye dâhil olanlar arasında sağlık hizmetlerine erişiminde önlenebilir eşitsizlikler bulunmaktadır. DSÖ, gelirin eşit olmayan şekilde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlikler nedeniyle Türkiye’nin sağlık durumu “kötü” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2004’den atfen Pala, 2007: 8). Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler, Türkiye’deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenebilir ve kontrol edilebilir nedenlerden kaynaklandığı gösterilmektedir²¹. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın % 2’ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir (DPT, 1997: 1).

Sevk zinciri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modelinin Türkiye’ye getirdiği bir yenilik olmasına karşın çeşitli araştırmalar sağlık ocaklarından hastanelere hasta sevki hızının % 6–10 dolayında olduğunu göstermiştir. Ancak, önceleri başarıyla uygulanan sevk zinciri daha sonraları işletilememiştir (Öztek, 2006: 7). Oysaki ikinci basamaktaki yığılmaları ile hizmet kalitesini ve etkinliğini düşüren ve büyük sıkıntılar

²¹ Demografik verileri ve sağlık göstergeleri gerek önlenebilir ölümler, gerekse korunabilir hastalıklar yönünden sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmamasının nedeni sağlık personeli ve kurumlarının yerinde, yeterli ve etkili kullanılmaması kaynak olarak gösterilebilir.

veren sorunların büyük bir bölümünün (yaklaşık % 80–90), birinci basamakta çözümlenebileceği göstermektedir (DPT, 2001: 34). Diğer yandan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında ilişkilerin kopuk olması hizmetlerin niteliğini düşürmektedir (Aktan, 2007: 697).

1.2. AİLE HEKİMLİĞİ

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 hizmetlerine sunumunda bölgeler arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemek olarak belirtilmektedir (Başak, 2007: 135)

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).

1.2.1. Disiplin Olarak Aile Hekimliği

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını yâda biçimini ifade etmektedir (Öztek, 2006: 2). Konuyla

ilgili olarak Bozdemir’de aile hekimliğini, hem bir tıp disiplini hem de sağlık hizmet sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde belirleyici rolü olan tıbbi bir uygulama şeklinde ifade etmektedir (Bozdemir, 2005: 15). Aile hekimliği ve genel pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlamaktadır. Diğer tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi aile hekimliğinin doğuşu da bir gereksinim sonucu oluşmuştur. Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “*tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği*” şeklinde savunulmuştur (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 23-24). Aile hekimliği iki önemli neden açısından farklı bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki, aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgilerin diğer branşlardan farklı olması, diğeri aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermesidir (Ungan ve Ceyhun, 2006: 21). Aile hekimliği tüm diğer klinik tıp dallarının aksine kendisini hastasıyla olan ilişkisi aracılığıyla tanımlar (Şahin ve Şahin, 2003: 29)

Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (WONCA, 2002: 8). Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimleridir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlar olarak tanımlanmaktadır (Dikici vd, 2007: 415).

1.2.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlarına İlişkin Tanımlar

Aile hekimliğinde geçen terimlerin tanımlanması birincil kaynak “*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*” ve aynı yönetmeliğe dayandırılarak hazırlanan “*Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*” ye göre:

Yerel Sağlık İdaresi: Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını,

Aile Hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teğhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri ²²,

Geçici Aile Hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile hekimini,

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

Geçici Aile Sağlığı Elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile sağlığı elemanını,

Aile Sağlığı Merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimini ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetini,

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini,

²² Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu ile devlet memuru hekimlerimizin yetersiz kaldığı yerlerde serbest olarak Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti: İkinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetini,

Gezici Sağlık Hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, il sağlık müdürlüğüne tespit edilen belde, köy ve mezra ve benzeri yerleşim yerlerine, Bakanlıkça belirlenen aralıklarla giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,

Hizmet Bölgesi, Hizmet Grubu Ve Hizmet Puanı: 8.6.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanları

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM): Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezini ifade eder.

1.2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi

Tıpta uzmanlaşmada artışın bir sonucu olarak, yirminci yüzyılın ortalarına doğru tıp fakültelerinden kaybolan genel pratisyenler, 1960’lardan sonra aile hekimliği/genel pratisyenlik bölümleriyle yeniden üniversitelere girmeye başlamıştır (Başak vd, 2005: 174). Aile hekimi kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan aile hekimi uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de aile hekimi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Algın vd, 2004: 257) .

Aile hekimliği uzmanlık dalının Türkiye'deki 24 yıllık gelişimini Ungan ve Ceyhun şu şekilde açıklamaktadırlar ²³;

- 1983'te "Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde Aile Hekimliği Uzmanlığı yer almıştır.
- 1984'te, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı (hiç fonksiyonel olmasa da) kâğıt üzerinde kurulmuştur.
- 1985'te, aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve SSK' ya bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır.
- 1990'da Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alan asistanlar Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ni kurmuşlardır (o zamanki adı AHUD) ve 1993 de ilk Aile Hekimliği Bilimsel kongresi İstanbul'da düzenlenmiştir.
- 1993 Temmuz ayında, Uzmanlık Derneği'nin yoğun çabaları ile Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur ve bu kararın ardından 1993 Eylül'ünde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği AD kurulmuş ve asistan eğitimine başlamıştır.
- 1994'de Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir aile hekimliği akademik kadrosuna ilk kez bir aile hekimliği uzmanı görevlendirilmiştir.
- 1995'te Avrupa topluluğu üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az iki yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır.
- 1996'da, Avrupa topluluğu bu zorunlu eğitim süresini iki yıldan üç yıla çıkarmıştır.
- 1996'da Türkiye'de iki aile hekimliği uzmanına aynı sınavda ilk kez aile hekimliği dalında doçentlik unvanı verilmiştir.
- 1998 Mart ayında, 2.3.1998 tarih, 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile AHUD Türkiye adını kullanma hakkını almış ve TAHUD olarak ülkemizi alanında Dünya'da temsil etme yetkisini kazanmıştır.
- 2001'de ülkemizden ilk kez bir aile hekimliği uzmanı WONCA nın yönetim kurullarından birine seçilmiştir.

²³ Avrupa Birliği'ne katılmayı hedefleyen Türkiye'de, bir uzmanlık alanı olarak aile hekimliği eğitiminin başlama tarihi, 1985 yılıdır. Yükseköğretim Kurulu'nun 1993 Temmuzunda aldığı karardan sonra da, ilk aile hekimliği anabilim dalları kurulmaya başladığı belirtilmektedir (Başak vd, 2005: 175).

- 2001'de ülkemizde ilk kez Avrupa aile hekimliğinin bir bilimsel kongresi (EGPRN) düzenlenmiştir.
- 2004'te, Aile hekimliği Pilot uygulamasına dair kanun çıkmıştır.
- 2005'te, WONCA Avrupa kongresi 2008'de İstanbul'da yapılmak üzere Türkiye'ye TAHUD tarafından kazandırılmıştır (Ungan, 2008: 19).

1.2.4. Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri

Sağlık sistemleri 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 arayışlar gündeme taşınmıştır (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 hizmet sunabilen bir hekim tipine ihtiyaç duyulmuştur (Ünalın vd, 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 konumundadır²⁴.

Aile hekimliği uygulanan ülkelerde kişi memnuniyetinin arttığı, aile hekimi ve kendisine kayıtlı birey arasındaki ilişki süreklilik kazandığı 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*) görevi 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

²⁴ 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, 2006: 19).

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)

1.2.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri

Ulaşılabilirlik: Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Yaş, cinsiyet, dil, din vb. gibi kişisel özelliklerine bakılmaksızın hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız sağlık hizmetleri sunar (WONCA, 2002: 33). Sadece coğrafi anlamda değil, ekonomik ve kültürel anlamda da kolay ulaşılabilir bir hizmet sunar (Ünal, 2004: 12).

Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin sadece hastalık evresinde değil, sağlıklı dönemlerde de sunulmasını kapsar. Bireyi doğumundan ölümüne tüm yaşamı boyunca izlemektedir (Ünal, 2004: 12). Sistem hasta gereksinimlerine göre sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktan sorumludur (Dikici vd, 2007: 414). Aile hekimliği yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme kadar sürmelidir (WONCA, 2002: 11).

Bütüncülük: Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir (Ünalın, 2004: 13). Aile hekimleri Goicoechea'ya göre, bakımını üstlendikleri, sağlık hizmeti sundukları insanlarla ilişkileri sadece sağlığın fiziksel unsurları ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri ile de ilgilenirler. Bu nedenle aile hekimleri insanlık adına en önemli ve en temel grup olarak ailelere hitap ederler (Goicoechea, 1999: 13)

Entegre ve Koordine: Koruyucu hekimlik uygulamalarını, tedavi ve rehabilite edici uygulamalarla bütünleştirir. Aile hekiminin çözemediği sağlık sorunları için danışmanlık görevinde bulunarak ikinci basamağa sevk işlemi ve sonuçların geri dönüşü ile değerlendirilmesini yapar. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda önemli rol oynar (Ünalın, 2004: 12). Konsültasyon, sevk, takip yöntemleri ile sağlık hizmet basamakları arasında koordinasyon sağlar (Aktürk, 2005: 25).

Kişisellik: Hastalık merkezli olmaktan çok birey merkezlidir. Bireyin gereksinimlerine göre sunduğu hizmeti şekillendirir (Ünalın, 2004: 13). Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir (Dikici vd 2007: 414). Kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir (WONCA, 2002: 10).

Aile ve Toplumsal Yönelim: 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 (Ünalın, 2004: 13). Aile hekimi uygulamada uğraştığı hastalıkların birçoğunda başarı sağlamak için Sur ve Köse, hastalığın bireysel, ailevi ve sosyal boyutları bir arada değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Sur ve Köse, 2009).

Gizlilik ve Yakınlık: Aile hekimi ile bakımını üstlendiği kişiler arasında yaşam boyu sürekli ve yakın bir ilişki vardır. Bundan dolayı da aile hekimi için temel etik değer ve kişinin hakkı olan, kişisel gizliliği korunması önemlidir (Ünalın, 2004: 13).

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 (Ünalın, 2004: 11-12). Ekip halinde çalışan sağlık kurumlarının sürekli mesleki gelişim konusunda daha istekli oldukları ve yine bu tip kurumların, aldıkları hizmet içi eğitim sonrasında davranış değişikliği ya da yönetim becerileri edinmede daha etkin olduğu ifade edilmektedir (Ünalın ve Uzuner, 2005: 39).

Savunuculuk: Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle ilişkilerde, bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yanındadır (Aktürk, 2005: 31). Hastanın kendi sağlığı için verilecek kararlarda daha fazla söz ve sorumluluk sahibi olabilmesi için bilgilendirilmesini gözetir (Ünalın, 2004: 13).

Özgün Görüşme ve Klinik Karar Verme Süreci: Etkili bir iletişim zaman içinde doktor ve hasta arasında bir ilişki kurulmasını sağlar. Aynı anda farklı yakınma ve hastalıkları değerlendirebilir. Toplumdaki rahatsızlıkların prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır (Ünalın, 2004: 13). İletişim becerilerini kullanarak kurulacak olan hasta-hekim ilişkisi ile hastanın gereksinimleri doğrultusunda hizmet sunumunun planlanmasını kolaylaştıracağını ve böylece aile hekimliğinin insancıl ve hasta merkezli olacağı belirtmektedir (Ünalın ve Uzuner, 2005: 39).

Sağlık Kaynaklarının Etkili Kullanımı: Dünyanın her tarafında kaynaklar kısıtlı olduğuna göre aile hekimleri bu kaynakları yönlendirmede kilit noktası olarak görülmektedir Aile hekimi bu kaynakları kullanırken hastasının maksimum yararını düşünmek sorumluluğunu taşır (Ünalın, 2004: 13). Aile hekimi kaynakları yönlendiren bir karar vericidir. Uzman hekime sevklerde, hastaneye sevklerde, araştırma ve değerlendirme uygulamalarında birinci derecede önem taşır (Dikici vd, 2007: 414).

1.2.6. Aile Hekimliği Modelini Uygulayan AB Ülkelerinden Örnekler

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 23'te biri olan Hollanda' da 8500 aile hekimi görev yapmaktadır. Aile hekimlerinin “kapı kontrol (gate keeper)” sorumlulukları bulunur ve hastalar sadece bir aile doktoruna kayıtlıdırlar. Kural olarak aile hekimliği ofisleri otomobille 10-15 dakika içerisinde erişilebilir olmalıdır ki nüfus yoğunluğunun Türkiye'den 22 kat daha fazla olan Hollanda'da bu durum daha kolay olmaktadır (km² başına 385'e 85 kişi düşmektedir). Her bir Aile hekimi, ortalama 2300 hastadan sorumludur. AH'leri kendisine başvuran sağlık sorunlarının %95' ini çözer. Uzmanlara sevk oranı %3 ve diğer birinci basamak çalışanlarına sevk oranı %2'dir (örn. fizyoterapistlere) (Wayenburg vd, 2007: 23). Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 26-27)

İngiltere: 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 işe (hizmet başı ödeme) endekslidir. Belirli düzeyde çocuk aşılması ve servikal sitoloji takibi gibi bazı hizmetler ayrıca ücretlendirilmektedir (Aydın, 2004: 22-26). 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, 2009). 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. Aile hekimlerine temelde kendilerine kayıtlı kişi sayısına göre ödeme yapılmakla birlikte, özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme de yapılmaktadır (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004: 24-25).

Almanya: 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 yürütülmektedir. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır (Aydın, 2004: 26-27). Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek 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. Tıp fakültelerindeki 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. Ancak serbest hekim olarak hastane 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, 2009).

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 8:00 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 kişiler 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 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 başınadır (Uludag Üniversitesi, 2009).

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, 2009).

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, ameliyatlar için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulmayacağı 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).

1.3. AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ

1.3.1. Aile Hekimliği Sayılarının Tespiti ve Yerleştirme

Aile hekimliği birimi bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Mevcut duruma göre bir veya daha fazla aile hekimliğinin beraber görev aldıkları yapılanmaya da Aile sağlığı merkezi olarak ifade edilmektedir. Aile sağlığı merkezleri aile hekimliği sisteminin temel birimini oluşturmaktadır (Uğurlu vd, 2004: 194). Denizli ilinde aile hekimliği bölgeleri 3000-3500 nüfus kriteri ve özellikle kırsal alanlar yöresinin ulaşım özellikleri ile hekim istihdamındaki kolaylıklar dikkate alınarak oluşturulmuştur. Bunun yanında izin, mazeret ve eğitim hizmetleri sırasında aile

hekimleri birbirlerinin hastalarına bakabilmeleri ve hizmetin aksamaması için mümkün olduğu ölçüde en az 2 aile hekimi birbirine yakın olacak şekilde düzenleme yapılmıştır (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009).

Aile hekimliği bölgelerinin tespitinden sonra sözleşmeli çalıştırılacak aile hekimleri, kadrosu veya pozisyonu pilot ilde olmak şartı ile sırası ile: kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanı tabipler, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği eğitici eğitimi alarak sertifikalandırılmış ve asgari beş kez birinci aşama uyum eğitimi verdiğini belgeleyen uzman tabip/tabipler, kamu kurum ve kuruluşlarından birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde çalışan tabip/diğer uzman tabipler ve kamu kurum ve kuruluşlarında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan tabip/diğer uzman tabipler arasından aile hekimliği uygulamasında görev almak için müracaat edenler, alt gruplar halinde Sağlık Bakanlığı Atama nakil yönetmeliğinde açıklanmış olan il ve ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi puanları esas alınarak hizmette geçirilen süreler ile hesaplanan hizmet puanına göre sıralaması listesi oluşturulmuştur. Belirlenen aile hekimi çalışma bölgelerine, en yüksek hizmet puanı olan personelden başlanarak tercihlerine göre yerleştirme yapılmıştır.

Yerleştirme işlemi sonunda boş kalan aile hekimliği bölgelerine Denizli ilinde görevli pratisyen hekimleri geçici görevlendirme ile hizmet verilmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu ile 657'ye tabii hekimlerimizin yetersiz kaldığı yerler için serbest olarak Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili, kamu görevlisi olmayan uzman ve pratisyen hekimler için sözleşme imzalama hakkı tanınmıştır. Nitekim ilk olarak 28.02.2007 tarihinde boş kalan aile hekimliği bölgeleri için Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne yerleştirme kurası yapılmıştır.

1.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi

“Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge”sine göre, toplum sağlığı merkezi; bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile

sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi” olarak tanımlanmıştır (2005:1).

Her il ve ilçede sorumluluk bölgesi; mülki sınırlarla sınırlı, bir “toplum sağlığı merkezi” kurulması öngörülmüştür. Büyükşehirlerde ise Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı her ilçede bir tane, nüfusu 100.000’den fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir tane toplum sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştür. Toplum sağlığı merkezlerinin bir önemli özelliği de aile sağlığı merkezlerinde görev almak istemeyen personelin buralarda görevlendirilecek olmasıdır. Denizli’de 4’ü merkezde, 18’i ilçede olmak üzere toplam 22 toplum sağlığı merkezi oluşturulmuştur. İlçelerde oluşturulan TSM’lerin birçoğu ASM’leri ile aynı binada hizmet vermektedir.

Yönergeye göre TSM’nin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şöyle tespit edilmiştir: idari ve mali hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi, lojistik hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, hizmet içi eğitim hizmetleri, kayıtların tutulması ve ASM’nin denetim hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, adli tıbbi hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi, afet organizasyonu, kurullara ve komisyonlara katılım, yeşil kart hizmetleri ve Sağlık Müdürlüğü’nün verdiği diğer görevleri kapsamaktadır.

1.3.3. Eğitim ve Sertifikasyon

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan yeni döneme geçişte birçok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev alması planlanmıştır. Dolayısı ile geçiş dönemi eğitimi büyük önem kazanmaktadır (Aydın, 2004: 78). Aile hekimliği uygulamasında başlangıç olarak bir sertifikasyon eğitimi öngörülmüş, daha sonra da müfredatı önceden belirlenmiş meslek içi eğitim amaçlanmıştır. Müfredatın uygulanmasıyla birlikte aile hekimliği görevini yapacak hekimler ile ilgili olarak Avrupa Birliği normlarında uzmanlık eğitimi düzeyine gelecekleri belirtilmektedir (Uğurlu vd, 2004: 194). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile hekimliği uygulamasında 2017 yılından itibaren yeni sözleşme imzalayacak hekimlerin aile hekimliği uzmanı olmasının, birinci basamak

sağlık hizmetinin geleceği için atılmış önemli bir adım olarak ifade etmektedir (Kalite Eğitim ve Koordinasyon Birimi, 2009: 2).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliğine ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre “aile hekimliği uzmanı olanlar ile bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler aile hekimi, sağlık meslek liseleri veya yüksek öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu bölümünden mezun olanlar aile sağlığı elemanı olabilirler” şeklinde de bir tanımlama mevcuttur.

Aile Hekimliği sürecinde adaptasyon eğitimlerinin iki aşama halinde sürdürülmesi öngörülmüştür. Denizli ilinde 20 Mart 2006 ile 18 Nisan 2007 tarihleri arasında hekimlere yönelik 10 günlük birinci aşama adaptasyon eğitimleri 14 grup halinde tamamlanmıştır. Aile sağlığı elemanı için 3 günlük adaptasyon eğitimleri de 1 Mayıs 2006 tarihi ile 11 Ekim 2006 tarihleri arasında 8 grup şeklinde düzenlenmiştir. Düzenlenen bu eğitim ile aile hekimliği uygulamasının temel özellikleri kavramaları, bu özelliklere uygun tutum geliştirmeleri, kendi öğrenme gereksinimlerini tanımlayabilmeleri, var olan bilgilerini tazelemeleri ve hekimlik uygulamalarında kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmalarını amaçlanmıştır²⁵ (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009). Aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimlerinin %78,6'sı Dünya Bankası'nca sağlanan kredilerle gerçekleştirilmiştir. Aynı dönemde pilot illerde aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimi alan hekim oranı ise %97 düzeyindedir (Bebitoğlu vd, 2006: 12).

İkinci aşama eğitimleri Sağlık Bakanlığınca, temelinde Aile Hekimliği Daire Başkanlığı'na bağlı olan Aile Hekimliği Eğitim Merkezi (AHEM) tarafından oluşturulmuş olan Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Merkezi (AHUZEM) tarafından yapılacaktır. Sanal yapıdaki AHUZEM ile ilgili, www.ahuzem.gov.tr adresi üzerinden elektronik öğrenme (e-öğrenme) modülü ile eğitimlerin yapılması planlanmaktadır. İkinci aşama eğitimi ile aile hekimliği geçiş döneminde birinci aşama eğitimini tamamlamış hekimlere aile hekimliği uygulamalarında kullanacakları aile hekimliği disiplininin temel konuları, birinci basamak için gerekli iletişim becerileri, klinik

²⁵ Adaptasyon eğitimler için Üniversitelerin Aile Hekimliği Ana Bilim Dallarındaki akademisyenlerden destek alınmıştır (Bebitoğlu vd, 2006: 11)

beceriler, koruyucu sağlık bakımı ve birinci basamakta sık karşılaşılan klinik konularında bilgi, beceri ve tutum kazandırmak amaçlanmaktadır (AHUZEM, 2009).

Oluşturulmuş olan bu interaktif eğitim sistemi, Türkiye Sağlık Kurumu'nun hazırlamış olduğu uzaktan eğitim teknik altyapısını kullanarak gerçekleştirilecek eğitimlerle ilgili bilgi ve destek hizmetlerini yürütmek üzere planlanmıştır. Aile hekimliği geçiş dönemi eğitimlerinin hazırlığı sırasında çok sayıda Tıp Fakóltesinin özellikle Aile Hekimliği Anabilim Dallarını ile birlikte çalışılmıştır (AHUZEM, 2009).

Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu olmayıp, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınmaları söz konusudur. Aile sağlığı elemanları da bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabileceklerdir. Bununla birlikte aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az %80'ine katılmak zorundadır (RG, 2005:4).

1.3.4. Çalışma Şekli

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna göre aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışacak olan personeli ile (öncelikle kendilerinin talebi ve kurumlarının veya bakanlığın muvafakati) devlet memurluğuna mani halleri olmaması şartı halinde sözleşme yapılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile sözleşme imzalamaya vali veya görevlendireceği merci yetkilidir. Sözleşme süresi, bir yıl olarak bütçe yılı itibarıyla sınırlı tutulmuştur. Talep olmaması veya ihtiyaç olması halinde bakanlık personelini buraya atayabilmektedir. Atama Sağlık Bakanlığı Atama Ve Nakil Yönetmeliği hükümlerine göre yapılmaktadır. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ve devlet memurluğuna mani halleri olmaması şartı ile de kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yaparak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilmektedir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmaktadır. Ayrıca bu personelin kadroları ve daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluğu ile ilişkileri devam etmektedir. Bu personel,

talepleri halinde eski görevlerine atanabilmektedir. Bununla birlikte sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmektedir. Bunun yanında aile hekimine ve aile sağlığı elemanlarına kazanç getirici bir başka işte çalışma yasağı getirilmiştir. Görevleri dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleklerinin icrasından menfaat temin edemezler (Uğurlu vd, 2004: 194, Aydın, 2005: 74, Ersoy, 2006: 42,). Ancak aile hekimleri Tıpta Uzmanlık Sınavına girme yâda farklı görevlere başvurusuna engel değildir (RG, 2010: 4).

Sözleşmenin herhangi bir suretle sona ermesi durumunda kadro veya personel dağılım cetveline (PDC) bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri döner. Ancak kadrosunun bulunduğu kurumun aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde de eski görev yerinin bağlı bulunduğu TSM'ye ataması yapılır. Göreve başlamasına müteakip 30 gün içinde kendisinin talebi ve müdürlüğün onayı ile aynı il içindeki PDC açık olan ve doluluk oranına göre ihtiyaç olan kadroya bir defaya mahsus ataması yapılır (RG, 2010: 4).

1.3.5. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre; aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen dönemde Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Herhangi bir nedenle bölgedeki aile hekimleri tarafından kayıt edilemeyen kişi, il sağlık müdürlüğü tarafından listesinde yakın konumdaki en az kişi kaydı olan aile hekimine kaydı yapılmıştır (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009). İl'e ikamet amacıyla yeni gelen kişiler istedikleri aile hekimine kayıt yaptırabilmektedir. Kayıt olmamaları durumunda Sağlık Müdürlüğüne nüfus olarak uygun aile hekimine kaydı yapılır.

Denizli ilinde aile hekimliği uygulaması başlamasından itibaren 6 ay sonra kişiler, buldukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmişlerdir. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunlu kılınmıştır.

Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009)

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

Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmet almak üzere başka bir aile hekimine kayıtlı olamazlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterler ise, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alabilirler. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermek ile yükümlü tutulamaz (RG, 2005: 3).

Diğer taraftan “ kişinin başka doktor alternatifinin bulunması” halinde: “*Tıbbî etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb.) olması, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması durumlarının olması halinde aile hekimi hastayı kabul etmeyebilir*” (Uğurlu vd, 2004: 195) hükmü ile de aile hekimine kısmi olarak hasta seçme hakkı tanınmıştır. Hekim seçme ve değiştirme özgürlüğünün kısıtlandığı alan olarak da kırsal bölgelerde ikamet edenler gösterilmektedir. Alternatifi olmamasından dolayı kırsal bölgelerde oturanlar, hekimlerini seçemeyeceklerdir (Öztek, 2006: 2).

1.3.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı

Aile hekimliği uygulaması ile kayıtlı kişilerin sürekli olarak aynı doktor tarafından takip edilmesi hedeflenmiştir. Aile hekimi yıllık izne veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakacak olan geçici süreli aile hekimi Sağlık Müdürlüğüne atanmaktadır. Ayrıca hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırılmaktadır.

Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları ile hizmetin devamlılığı sağlanır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları yangın, deprem, sel felaketi gibi olağanüstü durum ve hallerde çalışma saatleri ile bağlı olmaksızın çalıştırılabileceği ifade edilmektedir (Ersoy, 2006: 37). Bununla birlikte çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir.

Denizli’de 2006 yılında ETF (Ev halkı tespit fişi) nüfusu 878.899 iken, Aile Hekimliği Uygulaması’nın başladığı ilk ay aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 881.311, aile hekimliği uygulamasının 30. ayına gelindiğinde bu sayı 960.280’ye çıkmıştır (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 24.09.2009). Şu anki mevcut sistemde hastaya bakan doktor ile hastanın karşılaşılma ihtimali çok da yüksek değildir. Özellikle nöbet ertesi izin ve gezici hizmet nedeniyle aile sağlığı merkezinde bulunamayan hekimin hastaları merkeze geldiğinde aile hekimine ulaşamamaktadır. Bu hekim seçme özgürlüğünün ve hizmet sürekliliğinin önündeki en büyük engeldir.

İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan “geçici bakım belgesi” almaktadır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile doktoruna verir (Aydın, 2004: 82). Acil durumlarda kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden kayıt yaptırmaksızın sağlık hizmeti alır veya hastaneye sevk edilir. Aile hekimi bu konumdaki kişiler için herhangi bir ücret talep edemez (Ersoy, 2006: 36).

1.3.7. Çalışma Saatleri ve İzin

Kanun ve yönetmeliklere göre aile hekimleri tam gün esasına göre çalışmaktadır. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak yerel sağlık idaresince onaylanması şartı ile aile hekimi tarafından belirlenebilecektir. Aile hekimlerin çalıştığı gün ve saatleri mutlaka çalıştığı yerin görünür bir yerinde belirtmesi gerektiğini ifade etmektedirler (Uğurlu vd, 2004: 213).

Denizli'deki uygulamada aile hekimleri için çalışma saatleri hafta içi 08.00–12.00 13.00–17.00 saatleri olmak üzere haftalık 40 saat olarak belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilmektedir.

Aile hekimine ücretsiz izin, askerlik, gebelik veya analık izni, hastalık ve kabul edilebilir belgelenen mazeret nedeni ile 91 güne kadar izin verilebilir. Ancak sürenin 91 günü geçmesi durumunda olan aile hekimleri durumlarını belgelemek şartıyla hakları saklı tutulur denilmektedir (Uğurlu vd, 2004: 213). Aynı *Aile Hekimliği Hizmet Sözleşmesine* göre askerlik, doğum, emeklilik ve diğer hallerde 2 ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilir. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden hekimlerin bir yıl süre ile aile hekimi olamayacakları da belirtilmiştir.

Askerlik nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler terhis tarihinden itibaren bir ay, doğum nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler doğum nedeni ile kullandığı ücretli izin süresinin bitimi tarihinden başlayan bir yıllık süre içerisinde müracaatları üzerine, ayrılmadan önceki çalıştıkları ilde, ilk boşalan aile hekimliğine sıralama dışı başlatılabilmektedir (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009).

Aile Hekimi yıllık izinde veya hastalık izninde bulunduğu süre boyunca yerine bakacak olan geçici süreli aile hekimi İl Sağlık Müdürlüğüne atanacak ve hizmetin devamlılığı sağlanacaktır (RG, 2005: 3).

1.3.8. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Aile hekimi, hastanın uzman hekime başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir, hastaya verilen hizmetleri izler ve hizmetler arasında koordinasyon sağlar. Bu anlamda hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder. Bu da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında bir bağ ve denge oluşturur. Böylece ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını önleyebilecektir. (Uğurlu vd: 2004: 196). Aile hekimi ikinci ve üçüncü basamakta verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler. Bu şekilde aile hekimi kendisine bağlı hastanın sağlık düzeyi konusunda bilgi sahibi olmaktadır (Ersoy, 2006: 40). Kanuna göre aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır.

Alınacak katkı payı tutarı Sağlık, Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca müştereken belirlenmektedir (RG, 2004: 2).

Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılması öngörülmüştür. Bununla birlikte yönetmeliğe göre (RG: 2005: 6), öngörülen sevk oranını aşan aile hekimleri, sevk ettiği vakaların niteliğine göre hizmet içi eğitime tabi tutulabileceklerdir.

Yönetmelikte (RG, 2005: 6-7), aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verecek olan ilk mercidir. Hastayı gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk eder. Aile hekimi, sevk formuna, sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sevki yalnızca aile hekimi yapabilir. Aile hekimi sevk sonrası verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler ve hizmet birimleri arasında gerekli koordinasyonu sağlar. Aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılacaktır. Üst basamaktan geri bildirim yapılması zorunludur.

29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı resmi gazete de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Uygulama Tebliği” ile 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren Pilot olarak 4 ilde (Denizli, Isparta, Gümüşhane, Bayburt) ve 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren de diğer Aile Hekimliğine geçen tüm illerde sevk uygulaması uygulanmaya konulması planlanmıştır.

Tebliğ ile ilk müracaatın aile hekimliğine yapılması zorunludur. Acil haller dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderler kurumca ödenmeyecektir. Acil hal nedeniyle aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderlerin ödenebilmesi için acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve kurumca kabul edilmesi şarttır. Ödeme ile ilgili diğer şartta sağlık hizmeti sunucuları ile Sosyal Güvenlik Kurumunun sözleşme

imzalamış olması şarttır. Acil müracaat dışında sözleşmesi olmayan kurumlara hiçbir tedavi gideri kurumca karşılanmamaktadır. Tebliğ ile etkili birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ile ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmalar önlenmesi amaçlanmıştır.

Her ne kadar Tebliğin kapsam maddesinde ayrı bir madde olarak belirtilmemiş olsa da, daha önce SGK tarafından 2008/59 nolu genelgede ve “ Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinde” belirtilen, ebeveynleri hiçbir sosyal güvencesi olmayan 18 yaş altındaki çocukların bile kapsama alınması sağlık sektörüne ve halka üzerinde pozitif etki yaratmaktadır.

Denizli’de sevk kesintisi uygulaması aile hekimliği uygulamasının sekteye uğramaması için geçici bir süre uygulamaya konulmamıştır. Sağlık Uygulama Tebliği de uygulamalarda yaşanan aksaklıklar ve genel tepkiler dolayısıyla 1 Temmuz 2009 tarihine kadar ertelenmiştir.

1.3.9. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Aile hekimliğinde öne çıkan bir diğer özellik, mobil sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Mevcut şartlarda mağduriyeti fazla olan kırsal bölgeye ulaşmak için aile hekimliği uygulamasının en önemli unsurlarından biri gezici sağlık hizmetidir (Aydın, 2004: 87).

Gezici sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ziyaret yapması esastır. Programını köy/mahalle muhtarlar vasıtasıyla en geç bir önceki haftanın son iş günü saat 12.00’ye kadar duyurulmasını sağlamakla görevlidir (RG, 2005: 2-3).

Aile hekimi, gezici sağlık hizmetini bakanlıkça başka bir uygulama başlatılmadığı takdirde, köylere kendi aracı ile ulaşım sağlamaktadır. Görevlendirilmiş olan aile hekimlerine ise araç ilçe sağlık idaresince sağlanmaktadır. Muayene için olması durumunda bölgedeki boş sağlık ocağı veya sağlık evi kullanılabilir (Uğurlu vd, 2004: 197-198)

Gezici sağlık hizmetleri öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri için yapılır. Bu kapsamda verilecek hizmetler şunlardır: ev ziyaretleri, gebe ve bebek takipleri, aşılama hizmetleri, aile hekiminin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleridir. Standart muayene hizmetleri ancak yukarıda sayılan hizmetler bittikten sonra verilebilir. Hizmet sunumunda problem yaratmaması amacıyla gezici hizmet verilen köylerin muhtarlarına hizmetin özellikleri bildirilir.

Aile hekiminin gezici hizmet vereceği nüfus 1500'ün üstü ise ayda en az 32 saat, 501–1500 ise ayda en az 16 saat olacak şekilde düzenleme yapar ve İl Sağlık Müdürlüğüne bildirir. Aile hekimi her ay gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu her yerleşim birimine en az 1 kez gitmekle yükümlüdür. Her ayın hangi günlerinde hangi saatler arasında hangi yerleşim birimine gezici hizmet vereceğine dair listeyi bir önceki ayın 15'ine kadar TSM'ye teslim eder. Bu listeyi aile sağlığı merkezinde görünür bir yere asar. Listede makul sebeplerle değişiklik talebi İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı ile yapılabilir. Yolların kapanması vb. mücbir sebeplerle gezici sağlık hizmetinin yerine getirilememesi durumunda mülkî idare amirinin onayı ile mücbir sebep kalkana kadar gezici sağlık hizmeti iptal edilebilir (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009).

1.3.10. Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

25.05.2010 tarihinde yürürlüğe giren yeni aile hekimliği yönetmeliği ile cezaevi, çocuk ıslahevi, çocuk yuvaları, huzurevi ve yuvalar gibi özellik arz eden toplu yaşam alanları için yerinde sağlık hizmeti sunumuna olanak tanınmıştır. Öncelikle sağlık müdürlüğü'nün hizmetinin belirlenmesi ve bakanlıkça da onaylanması şartına bağlanmıştır. Bu kişilerin doğrudan aile hekimlerine başvuru imkânları olmadığı yâda aile hekimini seçme hakkı olmadığından toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri bir yâda birden fazla aile hekiminin sunacağı hizmeti vermekle yükümlü yerinde hizmet birimi açılabilmesi yönünde yasal düzenlemeye gidilmiştir. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimliği hizmetlerini asgari olarak sunmakla yükümlüdürler. Aile hekimi tarafından da bu kişilerin kayıtları alınmakta ve ziyaretler ilk 100 kişiye kadar haftada 3 saatten az olmamak üzere; 750 kişiye kadar haftada en az bir kere; 750 ve üstü kayıtlı kişiye haftada en az iki kez ziyaret gerçekleştirilmelidir. Cezaevi ve ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır

(RG, 2010: 2-3). Denizli ilinde önceki yönetmelikte görülen boşluk üzerine Kocabaş Cezaevi için ayrı aile hekimliği bölgesi oluşturulmuştur.

1.3.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

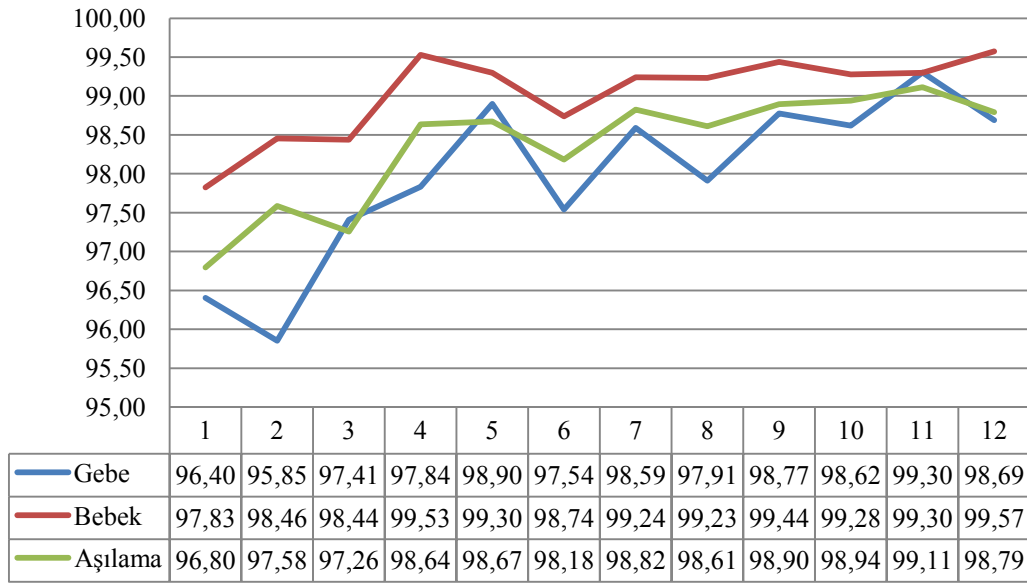
Yönetmeliğe göre, aile hekimi tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı birimde yapacaktır. Diğer laboratuvar hizmetleri TSM bünyesinde sürdürülecek veya İl Sağlık Müdürlüğü'nün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılacaktır (RG, 2005:6). Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelemesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir (Aydın, 2004: 89). Her aile hekimine kendisine kayıtlı hastaların tetkik ve tahlil işlemleri için her ay için 2.603,00 TL limit tanınmıştır. Kanuna göre belirlenen limiti aşmamak kaydıyla bu tetkik ve tahlillerin ücreti ödenecektir. Bu miktarı ay itibari ile aştığında aştığı miktar aile hekimi tarafından karşılanır.

1.3.12. Performans Kriterleri

Yönetmeliğe göre, aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınmaktadır (RG, 2005: 4). Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanmasına dair usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenmiştir²⁶. Buna göre performans kriterleri ücretlendirme de esas alınmaktadır.

2008 yılı il geneli aile hekimlerinin aylık performans göstergeleri Grafik 1.1'de verilmiştir. Örneklem yöntemiyle seçilen ve anket uygulaması yapılan 30 aile hekiminin performans göstergeleri Ek-2 olarak tezimiz sonunda verilmiştir.

²⁶ Performans kriterlerindeki temel mantık koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesidir (İlter, 2004: 26)

Grafik 1.1. Denizli İl Geneli Aile Hekimleri Performansı

1.3.13. Ödemelerde Uygulanacak Esas ve Usuller

1.3.13.1. Aile hekimlerine yapılacak ödemeler

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

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

- Kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar,
Aile hekimliği uzmanı ise 2.723,84 TL
Uzman tabip veya tabip ise 2.045,69 TL,
- 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1,3562 TL, esas alınır.

Aile hekimliği uygulamaları için bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için kişi başına 0,5427 TL; serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için ise kişi başına 2,712 TL hesaplamaya esas alınır (Denizli Sağlık Müdürlüğü, 2009). Eğer kayıtlı kişi sayısı 4000'den fazla ise fazla olan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılamamaktadır.

Sosyo-Ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine çalıştığı bölgeye göre sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti ödenir. Bu ödemede 657 sayılı Kanunun 152 nci maddesi uyarınca çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararının ekinde yer alan “Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli” esas alınır. Ancak Denizli ilinin cetvele dâhil olmaması nedeniyle aile hekimlerine bu ödemeye ilişkin olarak herhangi bir ücret ödenmemektedir.

Tetkik ve Sarf Malzemeleri Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılır. Yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılır; belgelendirilemeyen kısım için herhangi bir ödeme yapılamaz. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçmemektedir.

Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin %100'ü ödenir. 2009 yılı için Denizli'de aile hekimlerine ödenen sarf giderleri ve aile sağlığı merkezi giderleri 2.603,00 TL'dir.

Gezici Sağlık Hizmetleri Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine kırsalda verdiği gezici sağlık hizmeti giderleri için yapılacak ödemelerde gezici sağlık hizmeti kapsamındaki nüfus;

- 500 den az ise tavan ücretin %0'ı,
- 500 ila 1000 kişi ise tavan ücretin %10'u,
- 1001 ila 1500 kişi ise tavan ücretin %20'si,
- 1501 ila 2000 kişi ise tavan ücretin %30'u,
- 2001 kişiden fazla ise tavan ücretin %40'ı,

esas alınır.

Görevlendirme suretiyle çalıştırılan aile hekimlerinin, bakanlıkça taşıt ve taşıta ilişkin zorunlu giderleri temin edilmediği takdirde, bu bentte öngörülen gezici sağlık hizmetleri giderleri aynı şekilde karşılanır.

1.3.13.2. Aile hekimlerinden yapılacak kesintiler

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

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

- Bir önceki ay sevk oranı % 15 den az ise % 0'ı,
- Bir önceki ay sevk oranı % 15 (dâhil)- % 20 (hariç) ise % 1'i,
- Bir önceki ay sevk oranı % 20 (dâhil) - % 25 (hariç) ise % 2'si,
- Bir önceki ay sevk oranı % 25 ve daha fazla ise % 5'i,

esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktar, aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür. Aile hekimliği uygulamanın geçiş dönemi olması ve sekteye uğramaması için Denizli ilinde sevk kesintisi uygulanmamıştır²⁷.

²⁷ Sevk oranına ilişkin yapılması planlanan sevk kesintisi Danıştay onbirinci dairesince görüşülen dava sonucunda sevk oranı ile aile hekiminin sözleşme ücreti arasında bağ kurulmak suretiyle brüt ücretten kesinti yapılmasının Anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle iptal edilmiştir (Danıştay kararı, 2005: 10).

Diğer kesintiler: Koruyucu hekimlik hizmetlerinde; **aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi** için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanır Bu takiplerde;

- Aylık başarı oranı % 90 (dâhil)-95 (dâhil) ise %1'i,
- Aylık başarı oranı % 80 (dâhil)-90 (hariç) ise %2'si,
- Aylık başarı oranı % 80 den daha düşük ise %5'i,

esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar ası, gebe ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemeden düşülmektedir.

Ancak, köy yolunun kar nedeniyle kapanması gibi mülki idare amirinin takdir edeceği mücbir sebepler ile aşı veya gebelik takibi yaptırılmaması gibi nedenlerle ihbar düzenlenmesine rağmen yerine getirilemeyen hizmetler bu hesaplamalarda dikkate alınmamaktadır. Bununla birlikte aile hekiminden yapılacak kesintilerin toplamının, hesaplanan brüt tutarın %20'sinden fazla olamayacağı da belirtilmiştir.

1.4. AİLE HEKİMLİĞİNE YÖNELTİLEN 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 2004 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 ²⁸.

²⁸ Türk sağlık sisteminin kamu hastane sektöründe 1980'lerden başlayarak tıbbi olmayan destek hizmetler (temizlik, çamaşırhane, güvenlik, mutfak vb) özel firmalar kanalıyla verilmeye başlanmıştır. 04.01.1985 tarihli Sağlık Bakanlığı genelgesi ile hastaneler temizlik hizmetlerini özel firmalardan satın alabilmesine olanak sağlamıştır. Sonraki uygulamalarda da bilgisayar bakım-onarım, mutfak, güvenlik vb hizmetlerin özel firmalar tarafından sağlanması özelleştirmenin varlığına işaret etmektedir. (Top ve Gider, 2004: 72)

Bir başka eleştiri konusu ise kurulmaya çalışılan aile hekimliği sisteminin yalnızca pratisyen tabiplere nasıl daha fazla ücret veririz mantığından ortaya çıkmış bir model şeklinde algılanması durumudur. Pilot uygulama ile ilgili 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.

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.

Ülkemizde özellikle ilaç firmalarının promosyonları doğrultusunda bazı tabiplerin 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 mümessilleri 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. Bu noktada Dünya Bankası destekli aile hekimliği projesindeki kredilerden kontrolsüz ve hakkaniyetsiz bir şekilde tasarruf sağlanması kuvvetle muhtemeldir.

Eğer ki hastanelerde yığılmanın önlenmesi için aile hekimliği modeli getirilmeye çalışılıyorsa bu yığılmaların sebebi ne vatandaş, ne hastane ne de mevcut sistem olarak görülmelidir. Bu noktada eleştiri odağını; basamak modelini aile hekimliği modelinde kabul eden ama mevcut olan sistemde bulunmasına rağmen uygulamayan hükümetler oluşturmaktadır.

Bu konuda bir başka eleştiri ise artan iş yükü altında ezilen sağlık çalışanlarının ev ziyaretleri yapamaması, bebeklerin, çocukların ve gebelerin sağlıklı bir şekilde izlenememesidir. Sevk işlemi ile ilgili olarak ta hekimlerin, artan sevk talebi ve reçete yazma baskısı altında ezilmeleri de bir başka eleştirel yönü olarak ortaya çıkmaktadır.

Model alınan aile hekimliği sisteminin uygulandığı batılı ülkelerin finansal kaynakları ve coğrafi yapıları göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'nin ekonomik olarak gelişmekte olan ülke statüsünde olması ve de coğrafi yerleşimin batılı ülkelerin aksine köy mezra gibi dağınık bir yapıda olması nedeniyle aile hekimliği uygulamasının bugünün Türkiye'si için henüz erken olduğu öngörülebilir.

09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun halen yürürlükte olup ve bugüne kadar 33 ilde uygulanmış olmasına rağmen aile hekimliği ile ilgili esas bir kanun çıkarılmamıştır. Bu da aynı zamanda uygulamada mevzuat eksikliğini gündeme getirmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1.1. Kalite Kavramı

21. yüzyılda globalleşme ile birlikte dünyada köklü yapısal değişiklikler oluşmaya başlamıştır. İşletmeler rekabet güçlerini ellerinde tutabilmek için sürekli değişikliklere ve yeniliklere açık olmak zorunluluğu ile karşı karşıya kalmışlardır. Her ne kadar kalite kavramı yeni bir kavram gibi görünse de, yaşanmışlıkların birikimi diğer bir ifadeyle bir sürecin birikimi olarak ta öngörülebilir.

Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup her zaman, her yerde ve her konuda önü alnamaz bir talep haline gelmiştir. Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen sübjektif bir kavram olup tanımlanması zor bir terim olarak belirtilmektedir (Hogston atfen Yılmaz, 2001: 70). Kalite genel anlamda müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması yâda şartların yerine getirilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Alanyazında kalite üzerine farklı tanımlamalar mevcuttur. Kalite “*bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin tümüdür*” şeklinde tanımlanabilmektedir (Özgener ve Küçük, 2008: 546; Çıraklı ve Sayım, 2009). Kaliteyi Morgil ve Küçükçirkin kısaca “*kullanıma uygunluk*” olarak ifade etmektedir (Morgil ve Küçükçirkin, 1995: 30). Uluslararası Standardizasyon Örgütü'nün (ISO) tanımına göre ise kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2001, 70).

Kalite kavramı artan rekabet şartlarıyla birlikte gündemi sık sık meşgul eden bir olgu haline gelmiştir. Kalite daha çok yönetsel birimler tarafından ele alınan ve uygulanmaya çalışılan bir konudur. Hâlbuki kalitenin başarısı, üst yönetimin desteği,

çalışanların katılımı ve en önemlisi ekip çalışması ile mümkündür. Kalite konusunda yapmış olduğu araştırmasında Alemdar, kalite sürecinde sürekli iyileştirme, sorun analizi ve çözümü, takım çalışmasının sağlanması, ileriye yönelik hedef oluşturma ve bu hedeflere ulaşmak için stratejik hedefler belirleme gibi fonksiyonların ancak çalışan personelin katılımı ile olabileceğini açıklamaktadır. Katılımın yaygın ve yeterli şekilde sağlanamamasının hem iç müşteri, hem de dış müşteri memnuniyetsizliğini ortaya çıkaracağını ifade etmektedir (Alemdar, 1997: 195).

Kalite çalışmalarında temel ilgi alanı 1950’lilerden 1980’e kadar “*Ürün Kalitesi*” iken 1980’den itibaren “*Hizmet Kalitesi*” yönünde bir değişim yaşanmıştır (Kömürcü, 2006: 12). 1980’li yıllarda ortaya çıkan Toplam Kalite Yönetimi 1990’lı yıllarda yaygınlaşan bir yönetim yaklaşımı olarak gündeme taşınmıştır. Günümüze ulaşana kadar Toplam Kalite Yönetimi felsefesi, insanlığın yaşadığı değişim ve yeniliklere paralel olarak yeni boyutlar kazanmıştır. Kalite kavramını Bayrak sadece verimlilik, maliyet, hız, karlılık gibi kavramlar bakımından değil, aynı zamanda en alt basamaktaki elemandan, en üst basamaktaki yöneticiye kadar tüm çalışanların yeterlilik ve performans düzeyleri gibi örgüt içi pek çok kriter açısından belirleyici rol oynadığı şeklinde ifade etmektedir (Bayrak, 1998: 46). Örgütlerde sürekli iyileştirmenin temel noktası mevcut durumu yetersiz bulma, sorunlara çözüm olabilecek alternatif çözüm yolları kullanma, görülen hataları ayıklamak yerine hatanın kaynağını ortadan kaldırmak ve özellikle insan faktörünü sürekli geliştirmek olarak kabul edilmektedir. (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 67). Başarılı organizasyonlar yaratmanın yolunun, insan kaynaklarını etkin kullanmaktan geçtiği bilinmektedir.

“Uygulamada hizmet kalitesindeki gelişmelerin, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırdığı, mevcut müşteriyile iş hacmini ve işletmenin rekabet gücünü arttırdığı ve hataların önlenmesi için harcanan emek ve maliyetleri azalttığı görülmektedir. Bu bakımdan hizmet işletmelerinin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini geliştirmek olmalıdır” ifadesi işletmeler için hizmet kalitesinin ne denli önemli olduğunu vurgulamaktadır (Zerenler ve Öğüt, 2007: 502). Diğer yandan, *“yetersiz kaynağa sahip ülkeler, doğru şekilde kullanılan kalite yöntemlerinin, kaynakların etkin kullanımını sağladığını keşfetmektedirler”* ifadesi ile de kalitenin özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler için önemini ortaya koymaktadır (Øvretveit & Serouri atfen Aydın, 2008: 21).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanunun yürürlüğe girmesi Musal vd göre, sağlık hizmetlerinde kaliteyi önem veren olumlu yaklaşımın başlangıcı olmuştur (Musal vd, 1995, 41).

Sağlık hizmetinde kalite, hastanın beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite) algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır. Buradan hareketle sağlık hizmetinde kalite; hastanın hizmetten beklediği performans ile hizmeti tüketerek aldığı performansa ilişkin memnuniyeti yâda memnuniyetsizliği şeklinde tanımlanabilmektedir (Pakdil, 2009: 2). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Zorlutuna uluslararası geçerliliği bulunan standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında hizmet süreci boyunca hasta beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanma hali olarak ifade etmektedir (Zorlutuna, 1997: 185). Göreceli bir kavram olarak sağlık gibi sağlık hizmet kalitesinin tanımlanması zor olduğu kadar, ölçülmesi de zor bir olgudur.

Kalite aynı hizmetin sunucusu yâda alıcısına göre farklı algılanabilmektedir. Şöyle ki “*Bir hekim açısından kalite, bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesi iken hasta açısından kalite, tedavi sürecinde hastalığın gerektirdiği teknik bakımı almanın yanı sıra, bakım esnasında iyi muamele görmesidir. Yöneticiler kaliteyi; hizmet üretimini hasta ihtiyaçlarını karşılayacak en az girdi kullanımı yoluyla gerçekleştirmek olarak görürken çalışanlar ise, hastaların mutluluğunun yanında kendi çalışma koşullarının da iyileştirilmesi*” şeklindeki algılanmaktadır (Şahin, 2009). Sağlık Hizmetlerinde Kalite; bir sağlık kurumundaki tüm faaliyetlerin, sürekli olarak gözden geçirilerek iyileştirilmesi ve tüm çalışanların katılımı dâhilinde takım çalışması yoluyla, iç ve dış müşterilerin beklentileri doğrultusunda süreçlerin iyileştirilmesi olarak öngörülebilir.

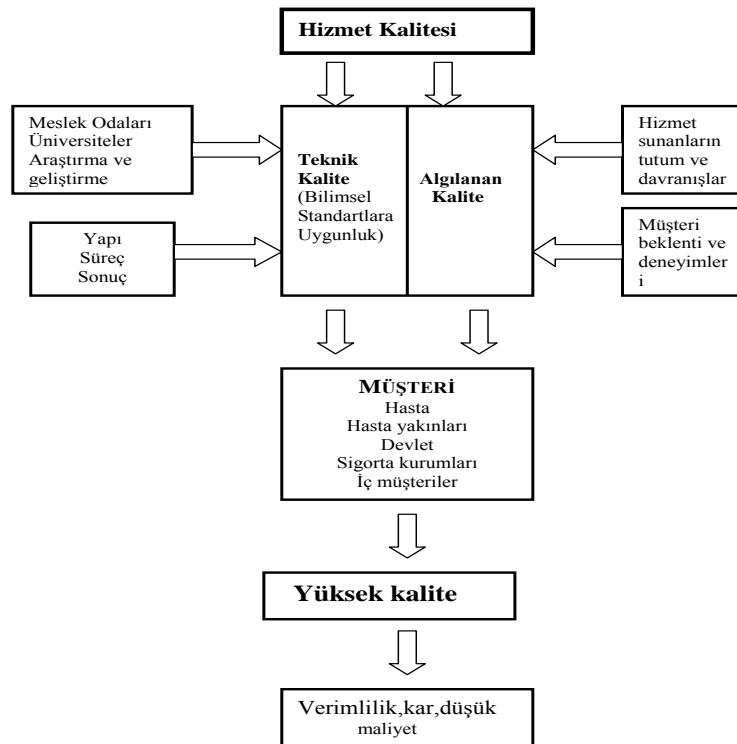
Sağlık kuruluşlarının sayısının ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların artması, bunun yanında hizmeti alanların ve de hizmeti sunanların mutsuzluğu gibi sebepler kalite yönetim sisteminin sağlık kuruluşlarında da kullanılmasını, uluslararası standartların uygulanmasını ve sürekli iyileştirme mekanizmalarının kurulmasını tetiklediği öne sürülmektedir (Öcal, 2005: 30). Bir adım daha ileri giden Kiymir, sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artışına bağlı olarak sadece sağlık kuruluşlarının yönetiminde değil sağlık politikalarının oluşturulmasında da modern yönetim uygulamalarına geçişin zorunlu olduğunu belirtmektedir (Kiymir, 1997: 178).

Darwin'in formüle ettiği "*en yetenekli olanlar yaşamlarını sürdürürler*" teorisinin ürün hizmetleri için geçerli olduğu fikrinden esinlenen Juran, sağlık hizmetlerinin de bağımsız olmadığını ifade etmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri yönetiminin kendinden önce yoğun rekabet ortamı içinde bulunan endüstri sektöründeki yönetim politikalarını kendine örnek alması gerektiğini ifade etmektedir (Kiymir, 1997: 177). Kaliteli hizmet her alan için gereklidir, ancak sağlık alanında ise zorunluluk olarak görülmelidir. Ülkemiz bu süreci biraz geriden takip etmekle birlikte özellikle son dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite kavramı ön plana çıkartılmaktadır. "*Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır*" (Çiçek, Kara, Koyuncu atfen Aslantekin, 2007: 59). Özellikle sağlık sektörü işbölümü ve uzmanlaşma derecesi en yüksek endüstriler içinde yer almakla birlikte, hizmet üretim sürecindeki birçok bölüm ve uzman birbiriyle etkileşim içinde bulunmaktadır. Bir bölüm yâda bir işgörenin işini gerektiği gibi yapmaması (örneğin sterilizasyonun yapılmaması) sağlık kurumu ve özellikle hasta açısından istenmeyen durumun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Kavuncubaşı, 1997: 260). Çalışma alanı insan olan sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda ortaya çıkabilecek bazı hataların geri dönüşü olmaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi daha da öncelikli hale getirmektedir. Çeşitli nedenlerle gerçekleşen tıbbi hatalar pek çok kişinin zarar görmesine ve bazen de ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinin güvenli ortamlarda üretilmesini ve sunulmasını sağlamak öncelikli olarak bir zorunluluk olarak görülmektedir (Aydın, 2004: 5).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin, sadece bakımın içeriği ile değil, hizmetin sunumu ve yönetimi ile de ilgili olduğu düşünülmektedir. Kalite konusunda bilinçlenmenin arttığı, sağlık hizmetlerinin finanse edilme şeklinin değiştiği ve sağlık hizmetlerini kullananların bu sebeplerle daha fazla beklenti içerisine girdiği öngörülmektedir (Kaya, 2005: 33).

Sağlık hizmetlerinde kalite “dosyalar arasına sıkışmış, belgelenen ancak pratikte varlığı hissedilmeyen bir kalite anlayışı yerine hastanın hizmete erişimini kolaylaştıran, doğru hastanın, doğru zamanda, doğru tedaviyle bulunduğu, hasta haklarının dikkate alındığı, önlenbilir hatalar yüzünden insanlarımızın zarar görmediği, hasta ve çalışan güvenliği konusunda uygulamaların gerçekleştirildiği, maliyet-etkililik prensibini dikkate alan bir yaklaşım” olarak özetlenebilir (Aydın, 2005: 65).

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Vincet K. Omachonu (1990) sentezci bir yaklaşımla, teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) bir boyutta ele almıştır (Şekil 2.1.). Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi teknik kalite ve tedavi sanatı tarafından belirlenmektedir (Kısa, 2002: 225).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri
Kaynak: Kısa, 2002: 225

2.2. HASTA/MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ²⁴

2.2.1. Hasta/Müşteri Memnuniyeti

Müşteri kavramı basit haliyle, “*bir mal veya hizmeti satın alan kişi*” olarak tanımlanabilir. Ancak günümüzde müşteri kavramının sınırları genişlemiştir. Müşteri sadece parayı ödeyen kişi olarak değil, kurumun ürettiği hizmetten yararlanan kişi veya kişi grupları olarak ifade edilmektedir (Kılınç, 2007-2008: 311). Başka bir alanyazında müşteri kavramı sadece ürün satın alanları değil, işletmenin ürettiği mal ve hizmetlerden etkilenen herkesi kapsamaktadır şeklinde ifade edilmektedir. Dolayısıyla; işletmenin bir bölümünün çıktılarını kullananlar veya bu çıktılarını etkilediği insanlar, organizasyonlar, sistemler veya süreçler de müşteri olarak tanımlanmaktadırlar (Sprague atfen Eroğlu, 2005: 5).

Rekabet ortamında kaliteyi yöneticiler veya kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirler. Bu nedenle müşterilerin kim olduğunun belirlenip, müşteri ihtiyaçlarının etkin bir biçimde karşılanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekir (Devebakan, 2005: 13). Yine başka bir çalışmada bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek ve beklentilerini karşılaması, yani müşterileri tatmin etmesi gerektiği belirtilmektedir (Kısa, 2002: 225).

Memnuniyet ise müşterinin seçtiği alternatifin en azından beklentilerini karşılayacağı veya aşacağı şeklinde satın alma öncesindeki değerlendirmesi olarak öngörülebilir (Devebakan, 2005: 14). Müşteri memnuniyetini Sandıkçı, bir davranış değil, algılama ve beklentilerden ortaya çıkan bir hissetme olayı olarak belirtmiştir. Eğer, işletme performansı müşteri istek ve beklentilerine eşit veya daha yüksek ise müşterinin memnun olması olasıdır (Sandıkçı, 2007: 43). Bir ürün veya hizmetin kullanımı sonucunda istenilen sonuç elde edilmiş ise burada müşteriye verilen değer pozitif demektir ve bu durumda müşteri memnuniyetinin yüksek olacağı kabul edilmektedir (Özkan vd, 2006: 62).

²⁴ Kamu yöneticilerine göre; kamunun sunmuş olduğu hizmetin alıcısına müşteri kavramının kullanılması uygun düşmemektedir. Müşteri herhangi bir mal yada hizmeti satın alıp almamak, firma yada ürün seçme konusunda serbest olduğu, oysaki adalet, güvenlik gibi kamu hizmetlerinin muhataplarının bunları başka bir yerden temin etme imkânlarının olmadığı öne sürülerek kamu hizmetlerinde, dolayısıyla kamu yönetiminde müşteri kavramının kullanılamayacağı iddia edilmektedir (Dalbay atfen Sezer, 2008: 148).

Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Sağlık işletmelerinin eskiden tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirerek, sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar müşteri olarak kabul edilmektedir. Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde Devedakan, iç müşteriler ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubuna dikkat çekmektedir (Devedakan, 2005: 13). Bu ifade doğrultusunda hizmet işletmesi olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin müşterileri de iç ve dış müşteriler olmak üzere iki grupta toplanabilir. İç müşteri, sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun temel çıktılarında (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterilerine örnek, Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Örnekleri

DIŞ MÜŞTERİLER	İÇ MÜŞTERİLER
<ul style="list-style-type: none"> - Hastalar, hasta ailesi ve çevresi - Refakatçiler, ziyaretçiler - Devlet - Diğer sağlık kurumları - Anlaşmalı kuruluşlar - Eczaneler - Dernekler - Medya - Sigorta şirketleri - Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları - İnşaat şirketleri - Çamaşırhane işletmeleri - Çiçek satıcıları - Müteahhitler 	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik personel ve destek personeli (laboratuvar teknisyeni, ev idarecisi vb) - Sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.) Kurum personeli (hekim, hemşire v.b) - Üst ve orta kademe yöneticileri - Pay sahipleri - Danışmanlar

Kaynak: Kavuncubaşı, 2002: 298

Hasta memnuniyetini Engiz, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Engiz, 2009). Diğer bir tanımlamaya göre hasta memnuniyeti hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin

kendisinden, sunum biçiminden ve hizmet ortamından memnun olması veya beklentilerinin gerçekleşmesidir (Yıldırım, 1999: 119)

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genellikle hizmete yönelik kullanılan kaynakların yeterliliği ve bu hizmetlerden yararlanan insan sayısı gibi nesnel öğeler ele alınmakta, hasta memnuniyeti gibi hususlar ise ikinci planda kalmaktadır (Ataç vd, 2003: 310). Ancak sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının çekirdeğini hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. Konuyla ilgili olarak Gülmez'de sağlık işletmelerinin, hastalarına sundukları hizmetin, kalitesini belirleme ve değerlendirme imkânına sahip olmadıklarından dolayı hizmet kalitesinin belirleyicisi olarak hasta memnuniyetini göstermektedir (Gülmez, 2005: 149). Hastalar da, almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter aldıkları ve bu kriterlerin uygunluğu nispetinde memnun oldukları ifade edilmiştir. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli strateji, hasta beklenti ve memnuniyetinin de dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir (Ataç vd, 2003: 310).

Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlı olmaktadır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık kurumları yöneticilerinin her müşteriyi tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerektiği belirtilmektedir (Woodruff ve Gardial atfen Kılınç, 2007-2008: 312). Sağlık işletmeleri kendilerinden hizmet talep eden müşterilerine kaliteli hizmet vermeli, maliyetleri aşağı çekecek yöntemler geliştirmeli, hizmet sunum sürecinin süresini optimum seviyeye çekebilmeli, teşhis koyma ve tedavi yöntemini seçmede sıfır hatayı hedeflemeli, hastaya durumu hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgi vermeli, mümkün olduğunca hastayı sağlığına kavuşturabilmeli, hastane sonrası yapması gerekenler hakkında hasta yeterince bilgilendirilip yönlendirilmeli ve müşterilerinin memnun olarak ayrılmasını sağlamalıdır. Sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini yakalayabilmek için Akgün ve Erdal iki temel noktayı yerine getirmesi gerektiğini belirtmektedir. İlki modern medikal bakımın gereği en uygun sağlık hizmetini vermek, diğeri de hasta hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerini karşılamak olarak belirtmişlerdir (Akgün ve Erdal, 1997: 221)

Diğer yandan Uğurlu “sağlık kurumları, varlıklarını devam ettirebilmek için, öncelikle hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamalıdır” ifadesi ile sağlık hizmetlerinde sadece hasta memnuniyetinin değil, çalışan memnuniyetinin de önemine dikkat çekmektedir (Uğurlu, 2004: 54). Yine Özer ve Çakıl hastalara (dış müşteri) sunulan hizmetin kalitesi iç müşterilere sunulan hizmetle doğru orantılı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu hizmetleri birbirini tamamlayan zincirin halkalarına benzeterek halkalarından birindeki kopukluğun dış müşterilere verilen kalitede aksamalara neden olabileceğini belirterek sadece hastanın değil sağlık çalışanının da memnuniyetinin önemli olduğunu ifade etmektedirler (Özer ve Çakıl, 2007: 141). Bunun için iç müşterisi olarak sağlık çalışanlarının, iş doyum düzeyinin ve buna etki eden unsurların saptanması önemlidir. İş doyum düzeyinin yükseltilmesi için yönetim gerekli koşulları sağlamalıdır (Çobanoğlu ve Çobanoğlu, 1997: 80). Yeni yönetim modellerinde örgütler iç müşterisinin memnuniyetinin sağlanması durumunda hizmet kalitesinin artacağını ve iç müşteri memnuniyetini dış müşteri memnuniyetinin göstergesi olarak kabul etmektedirler (George ve Weimerskirch atfen Karakaş, 1997: 137).

Sağlık hizmetleri diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Rekabete dayalı bir piyasada tüketiciler memnuniyetsizliklerini alış-veriş yerlerini değiştirerek gösterebilmektedir. Oysa sağlık hizmetinde bireylerin bağlı oldukları sağlık kurumlarını²⁵ seçme şansı sınırlıdır. Bu sınırlılık, ülkemizde ulusal sağlık hizmetlerinin sunulduğu Devlet Hastanesi gibi kurumlarda daha da belirgindir. (Yılmaz, 2001: 69).

2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin temel çıktısı olarak hasta memnuniyeti göstergesi sayesinde hizmet sürecinin yapısı gözden geçirilir. Sağlık kurumları bu sayede hasta gözü ile zayıf ve kuvvetli yönlerini görebilecek ve hizmetlerin iyileştirilmesi yolunda gerekli önlemleri alabilecektir.

²⁵ Ülkemizde sağlık hizmetlerinin %94’ü devlet tarafından kamu hizmeti olarak sunulmaktadır (Önder atfen Uysal, 2006: 28).

Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Özellikle de sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar. Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir. Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar. Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir (Özer ve Çakıl, 2007: 141). Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığı ileri sürülmektedir (Leebov ve Scott atfen Kısa 2002: 302-304). Bunlar;

İnsancıl nedenler: Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti alma hakkı gelmektedir. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekli olduğu kabul edilmektedir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zaman da hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır²⁶.

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

Pazarlama nedenleri: Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Yapılan araştırmalar, tatmin edilen hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklam ve tanıtımını yaptıkları, sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaştıkları saptanmıştır. Hastaların bu yöndeki davranışlarının, sağlık kurumunun pazar payının genişletilmesine çok önemli rol oynayabileceği söylenebilir.

²⁶ Türkiye’de hasta hakları yönetmeliği Resmi Gazetede 01.08.1998 tarihinde (Resmi Gazete No: 23420) yayınlanarak uygulamaya konulmuştur.

Sağlık kurumları hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklanmaktadır. Hasta sadakati, hastaların gereksinimleri olduğunda hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleri olarak tanımlayabiliriz. Yapılan araştırmalar hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça hasta sadakati oranı da arttığını ortaya koymaktadır.

Etkililik: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği ve hekim ile diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uydukları gözlenmektedir. Memnuniyet düzeyi yükseldikçe hastanın, hekimin tavsiye ve direktiflerine uyma, randevu ve kontrollerine sadık kaldıkları, verilen ilaçları uygun kullanım, hasta-hekim ilişkisini devam ettirme eğilimi memnuniyet düzeyi düşük hastalardan daha fazla olduğu belirtilmektedir. Diğer bir ifade ile memnuniyet arttıkça, tedaviye uyum artmaktadır (Türköz vd, 1997: 33)

Sağlık bakım işletmelerinin pazarlama ve rekabet gücü kazanabilmeleri ve bunu korumaları için hasta tatmini önemli bir unsurdur. Günümüz rekabet ortamında çok seçeneği olan müşteri daha seçici davranmakta, kolay tatmin olmamakta, en küçük olumsuzlukta ürününü aldığı işletmeyi değiştirmektedir. İşletmeler devamlılıklarını sağlamak amacıyla tamamen müşteriye odaklı olarak çalışmak zorundadırlar. Aynı şekilde sözü edilen etki her ne kadar sınırlılık olduğundan bahsedilse bile sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Ancak hasta tatminini sadece ölçmek yeterli değildir. Sağlık bakım kalitesini geliştirmek için bu ölçümün göstergelerinden yararlanmak gerekmektedir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları bağımsız bir aktivite olarak düşünülmemeli, sağlık işletmesinin genel performansını artırma yönünde de kullanılmalıdır.

2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik (kişilik, algılama, motivasyon, tutum, yenilikçilik düzeyi) ve üç temel sosyo-kültürel (sosyal sınıf, kültür, aile ilişkileri) ögenin müşteri memnuniyetini etkilediği görülmektedir (Engiz, 2009). Hasta memnuniyetini arttıran etkenler; muayene öncesi bekleme süresinin kısa olması, bekleme yerlerinin niteliği, hasta takibinin yapılması, muayene süresinin uzun olması, bürokrasinin az olması, teknik donanımın yeterli

olması şeklinde sıralanabilir. Bu etkenlerin özel sağlık kuruluşlarınca daha etkin kullanılması, hasta memnuniyet oranının kamuya nazaran daha yüksek olması ve talebin özel sağlık kurumları yönünde olmasına neden olarak gösterilmektedir (Balcı ve Gün, 2007: 433).

Yapmış oldukları çalışmalarda Özer ve Çakıl hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri hastaya, hizmet verene ve kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırmıştır (Özer ve Çakıl, 2007: 141-142).

Hastaya ilişkin faktörler: Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilediği olasıdır ²⁷.

Hizmet verenlere ilişkin faktörler: Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Hasta sağlık personeli etkileşimi hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Hastaların eskiden kullandıkları hastaneyi tekrar seçme eğilimlerini, hastanenin teknik ve klinik faktörlerinin etkilemediği, bireylerin aynı sağlık kurumunu tercih etmelerinde en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personelin kişilik özelliklerinin hastaya olan davranışı etkileyebileceği muhtemeldir. Gösterilecek nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlayabilecektir.

Hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörlerin başında sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları gelmektedir. Hastalarını memnun etmeyi hedefleyen tüm sağlık kuruluşlarının öncelikle çalışanlarını memnun etmek zorunda olduğu şüphesizdir.

²⁷ Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşıldığı gözlenmiştir. Örnek olarak bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında erkeklerin daha memnun oldukları sonucuna varılırken bazılarında da cinsiyeti ile memnuniyet arasında herhangi bir ilişki olmadığı gözlemlendiği gibi. (Yılmaz, 2001: 72)

Kurumsal faktörler: Yapılan pek çok araştırmada, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin, hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duyduğu ifade edilmektedir (Yılmaz, 2001: 73).

Sonuç olarak hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olarak, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden de etkilenmektedir.

2.2.4. Hasta Memnuniyeti Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Hasta memnuniyeti ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kendi başlarına değerlendirilmemeli aksine kuruluşun genel performans ve gelişim ölçümlerine paralel hale getirilmelidir. Dolayısıyla hasta görüş ve önerilerinin incelenme önceliklerine karar verilmeden önce yapılması gereken işlem bu çalışmanın kuruluşun genel durumu hakkında vereceği bilgidir.

Rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve edinilen sonuca göre harekete geçmek zorundadırlar. Hasta memnuniyetsizlikleri anlamanın en iyi yolunu Sandıkçı, mevcut durumu araştırmak ve hastalar ile görüşmek olarak belirtmektedir. Bu sebeple farklı araştırma yöntemleri kullanmak ve görüşmeler yapmak gerekmektedir (Sandıkçı, 2007: 42).

Hasta memnuniyeti ölçümü ile hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl buldukları, öncelik sırasına göre hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri, tercih nedenleri, beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar konusunda hizmet sunucusuna yön göstererek beklentileri karşılayacak şekilde hizmeti planlamasını sağlayabilmektedir (Pakdil, 2009: 6).

Hasta memnuniyeti ölçümlerinde dikkat edilecek temel kriterleri; amaçlara uygun hazırlanmış olması, çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması, kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması, sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması şeklinde ifade edilebilir (Engiz, 2009).

Bir araştırmada elde edilecek sonuçların daha sağlıklı ve geçerli olabilmesi için araştırmacı incelediği konuyu ölçebilecek en uygun yöntemi ve ölçümü uygun şekilde yürütmesi gerekir. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı neyi ölçeceğini bilmelidir. Bunu saptadıktan sonra ölçüm aracının ne olacağını, ölçümün nasıl ve hangi şartlarla yapılacağını karar vermelidir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1998: 11).

Ford, Bach ve Fottler'in (1997) çalışmalarının ışığı altında Zerenler ve Ögüt sağlık kuruluşlarında hasta tatmininin ölçümü ile ilgili yöntemlerin üstün ve zayıf yönlerini değerlendirmişlerdir. Bu yöntemleri; kalitatif yöntemler ve kantitatif yöntemler olarak iki grupta toplamak mümkündür (direkt ve indirekt diye de adlandırılmaktadır) (Zerenler ve Ögüt, 2007: 509). Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, bay müşteri teknikleri **kalitatif** araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) teknikler olarak belirtilmektedir. Yüz yüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise **kantitatif** araştırmalarda kullanılan temel teknikler olarak belirtilmektedir (Kısa, 2002: 309).

Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri de kuruluşun performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini, tatminini ve diğer algılamaları ile ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması ve de kuruluş performansı ile ilişkilendirilebilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır (Engiz, 2009).

Hasta memnuniyeti ölçme yöntemini belirlerken, *Ne tür veri toplanacak? Veri toplamasına kimler katılacak? Veri ne zaman, nerede ve nasıl toplanacak? Ne tür veriye ihtiyacımız var? Bu veriye neden ihtiyacımız var? Hâlihazırda ne tür verimiz var ve ne tür verileri elde etmeliyiz?* gibi sorulara cevap olma durumundadır. Yöntem bu sorular ışığında belirlenmelidir. En iyi yöntem veya yöntemleri seçmek kuruluşların stratejik amaçları olmalıdır.

Hasta memnuniyeti araştırmalarında kullanılan alternatif yöntemler; (Engiz, 2009).

Odak Grup Çalışması: Küçük bir hasta grubu (8 ile 12 kişi) ile yürütülür ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir.

Kritik Olay Değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorar ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ister.

Direkt Gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izler ve ihtiyaçları ve memnuniyetlerini yakından gözler. Alternatif olarak uygulayıcı bir hasta gibi de davranabilir.

Mektup ve Önerilerin İçerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından incelenir ve analiz edilir.

Yazılı Anketler: Hastaların hastanede kaldıkları belirli bir gün sonunda doldurmaları ya da evde doldurup yollamaları istenir.

Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadıkları arşivlenir (örneğin tepside bırakılan yemek çeşitleri).

Telefon Anketleri: Yazılı anketler gibidir ancak hastalar sorulara telefonda cevap verir.

Yüz Yüze Görüşme: Uygulayıcı hastaya belirli konulardaki görüşlerini yüz yüze görüşerek sorar.

Hasta memnuniyetinin ölçümüne yönelik yapılan araştırmalarda yaygın kullanılan ve araştırmamızda da yararlanılan anket yönteminin ayrıntılı olarak ele alınması yararlı olacaktır.

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem, anket yöntemidir. Anket uygulamasıyla gerçekleştirilen hasta memnuniyeti araştırmaları, diğer tekniklere göre daha fazla tercih edilen kantitatif (endirekt) araştırmalardır.

Anketler, daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsamaları nedeniyle sağlık sektöründe de en yaygın kullanılan yöntemdir. Herhangi bir konuda düzenlenecek anketin bazı temel özellikleri taşıması gerekecektir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istenen konuların gruplandırılması anket hazırlanırken dikkat edilecek hususlardır.

Anket yöntemi ile çok çeşitli konularla ilgili bilgi toplamak mümkündür. Anket yönteminin başarılı sonuç vermesi için geliştirilen anketin geçerli ve güvenilir olması gereklidir. Geçerlilik, ankette yer alan soruların ölçmek istedikleri şeyi Ölçme düzeyidir. Güvenilirlik ise, anketin aynı gruba aynı koşullarda bir kaç uygulanması durumunda aynı sonuçların alınmasıdır. Anket geliştirilmeden önce, hasta tatminini etkileyen temel hizmet boyutları belirlenmelidir. Daha sonra bu boyutları ölçmek için uygun sorular anlaşılır biçimde hazırlanmalıdır. Anketin çok fazla soru içermemesine ve görüntüsüne dikkat edilmelidir (Kısa, 2002: 310).

Hasta memnuniyetinin ölçümü için tasarlanacak bir anket üç temel alanda ortaya çıkacak kriterleri incelemeyi hedefleyecektir. Bu temel alanlar; i) kuruluşumuzun fizik, teknolojik ve insan gücü altyapısı (altyapısal), ii) kuruluşça gerçekleştirilen hizmetlerin üretim ve sunuluş süreçleri (süreçsel), iii) kuruluşça verilen hizmetlerin nimeti ve külfeti (çıktısal) (Engiz, 2009).

Ham veri tek başına hiçbir şey ifade etmeyecektir. Hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve memnuniyeti hakkında toplanan verilerin dikkatlice değerlendirmeye tabi tutulmaları gerekmektedir. Bu değerlendirme, mevcut performans hakkında bilgi verirken, gelişim için karşılaşılan fırsatları ve farklı fırsatlar arasından önceliklerin sıralanmasında ve gelişimin sağlanabilmesi için ana problemlerin belirlenmesinde yardımcı olabilecektir.

Son olarak hasta memnuniyeti ile ilgili araştırma sonuçlarının sürekli iyileştirme sürecinde kullanımını engelleyen birtakım kısıtlayıcılarında göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Pakdil,2009: 1-2)²⁸.

²⁸ Hastalar bazı durumlarda tıbbi müdahaleler nedeniyle, aldıkları hizmetin her aşamasını hatırlayamaz ve değerlendirememektedir. Örneğin hastanın operasyonda olduğu süre içindeki hizmetin kalitesini değerlendiremeyeceği gibi. Hastaların, psikolojik durumlarının sağlıklı insanlara göre daha hassas olmaları nedeniyle, aldıkları hizmetin her aşamasını objektif olarak değerlendirmeleri beklenemez. Hastalar kendileri ile ilgilenen birincil sağlık personelinin (doktor, hemşire) verdiği hizmeti değerlendirerek diğer hizmet süreçlerini de aynı değerlendirme skalasına alabilirler. Doktorundan memnun olan hastanın diğer aksaklıkları görmemesi, önemsememesi de unutulmamalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HASTA MEMNUNİYET DÜZEYİNİN TESPİTİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA DENİZLİ UYGULAMASI

3.1. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Araştırmaya ilişkin genel bilgiler bölümünde; alan araştırmasının konusu, önemi, amaçları, amacı, alanı – yeri – yöntemi, hipotezleri, sınırlılıkları, evreni, örnekleme, ölçek ve veri analiz yöntemleri hakkında bilgiler içermektedir.

3.1.1. Araştırmanın Konusu

Kaliteli sağlık hizmetlerin sunumu, değişen global değerlerle artık bir zorunluluk olarak görülmektedir. Sağlık alanında kaliteli hizmetin belirleyicisi de, sağlık işletmelerinden hizmet alan hastaların memnuniyet derecesidir. Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, hastaların istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlı olmaktadır. Memnuniyet derecesinin belirlenmesi, daha etkili sağlık hizmetinin sunumu açısından eksik yönlerin görülmesi ve buna yönelik politikalar oluşturmak anlamında önemlidir.

Denizli ilinde pilot olarak uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin memnuniyet derecesi ile bu kişilerin memnuniyetini etkileyen faktörler araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

3.1.2. Araştırmanın Önemi

Günümüz sağlık idareleri, sadece sağlık hizmeti sunumuna değil, hasta beklenti ve isteklerine de önem vermektedir. Bunun için hasta beklenti ve isteklerine daha duyarlı davranmaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerine yönelik iç ve dış

müşterilerine yönelik memnuniyet düzeyleri incelenmektedir. Bu şekilde eksik yönler tespit edilmekte ve politikalar oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde sağlık ocakları sisteminin yanlış politikalar sonucu tıkanma noktasına gelmesi yeni bir sağlık sistemini zorunlu kılmıştır. Bu amaçla aile hekimliği modeli ilk kez 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde pre-pilot olarak, 2006 yılında Denizli ili ile beraber 10 ilde de pilot olarak uygulanmaya başlamıştır.

25 Aralık 2006 tarihinden bu yana Denizli ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasının ülke çapında yaygınlaştırılması ve araştırmanın Denizli ilinde yapılması nedeniyle çıkartılacak sonuçlar büyük önem taşımaktadır.

3.1.3. Araştırmanın Amacı

Hizmet sektörünün her alanında olduğu gibi sağlık alanında da müşteri/hasta memnuniyetinin öneminin büyük olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Sağlık işletmeleri ancak müşterilerinin beklenti ve isteklerini karşılayabildikleri ölçüde başarı ve devamını sağlayabilmektedir. Aile hekimliği uygulamasında aile hekimini değiştirme serbestisi tanınmış olması bakımından kayıtlı kişilerin beklenti ve isteklerine karşılık zorunluluk olarak ifade edilebilir. Yapılan bu araştırmanın amacı Sağlık Bakanlığı tarafından Denizli ilinde pilot olarak uygulanmaya konulan aile hekimliği uygulaması kapsamında, hasta memnuniyetinin kişiye ilişkin faktörlerden, sağlık kurumunun özelliklerinden ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymaktır.

3.1.4. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi

Araştırma, Denizli ilinde aile hekimliklerinden sağlık hizmeti alan kişiler üzerinde gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın veri toplama kısmında, 30 sorudan oluşan 750 adet anket, 1-15 Haziran 2009 tarihleri arasında, aile sağlığı merkezinden sağlık hizmeti alan kişilere, yüz yüze (kişisel görüşme) anket yöntemiyle, elden dağıtılmış ve kendilerinden en yakın buldukları seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir. Yüz yüze anket yöntemi, cevaplama oranının anlaşılmayan sorular nedeniyle düşük çıkmasını önlemek yönünden tercih edilmiştir. Bunun yanında da cevaplayıcılardan sunulan hizmetlere

ilişkin öneri ve tavsiyelerini de almaya olanak sağlanmıştır. Geniş ve kapsayıcı bir örneklem üzerinde uygulandığı düşünülen anket uygulamasından elde edilen veriler, SPSS 16 istatistik paket programına girilmiş, öncelikle frekans analizi, daha sonra ise Ki-kare analizleri gerçekleştirilmiştir.

3.1.5. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada Denizli 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.

Hipotez 1 (H1)

H₀: 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.

H₁: 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.

Alt Hipotezler:

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

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

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

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

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

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

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

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

H₀: Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 2:

H₀: Sağlık sorunlarında tercih edilen sağlık kurumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Sağlık sorunlarında tercih edilen sağlık kurumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 3:

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

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

Alt Hipotezleri

H₀: Sağlık hizmeti alan kişilerin başvurdukları aile sağlığı merkezinin bulunduğu hizmet bölgesi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Sağlık hizmeti alan kişilerin başvurdukları aile sağlığı merkezinin bulunduğu hizmet bölgesi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

H₀: Aile sağlığı merkezinin yerleşim türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile sağlığı merkezinin yerleşim türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

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

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

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

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

H₀: Aile sağlığı merkezinin tıbbi cihaz ve donanım durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile sağlığı merkezinin tıbbi cihaz ve donanım durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 4:

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

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

Alt Hipotezler

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

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

H₀: Muayene için bekleme süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Muayene için bekleme süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 5:

H₀: Aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Alt Hipotezler

H₀: Aile hekiminin hastayı karşılaması, nezaket göstermesi ve davranışları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile hekiminin hastayı karşılaması, nezaket göstermesi ve davranışları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

H₀: Aile hekiminin hasta sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi (aşılama, bebek izlem, gebe takip, hastalık takibi vb.) ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

H₁: Aile hekiminin hasta sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi (aşılama, bebek izlem, gebe takip, hastalık takibi vb.) ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

Hipotez 6:

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

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

3.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sağlık modeli olarak sunulmakta olan aile hekimliği uygulaması üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı Denizli genelinde ve aile hekimliklerinden hizmet alan tüm kişilere uygulamak zaman ve maliyet açısından güç olmasından dolayı

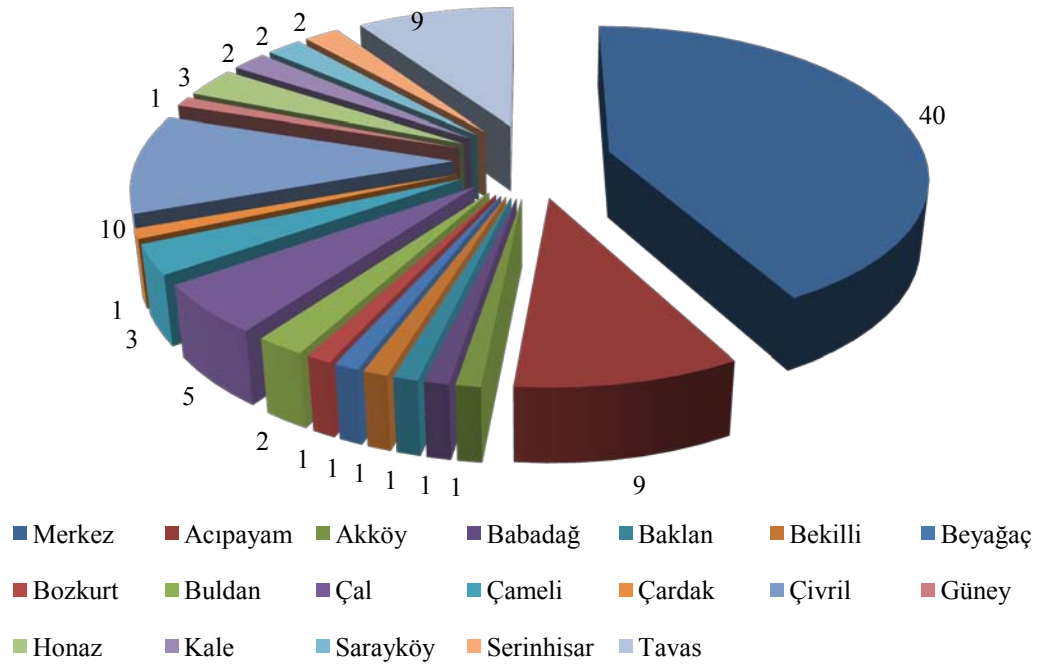
bazı sınırlılıklara gidilmiştir. Bu amaçla araştırma Denizli ilinde çeşitli kriterler ışığında seçilen 12 aile sağlığı merkezinde görevli 30 aile hekiminden hizmet alan kişileri kapsamaktadır. Çalışmanın diğer bir sınırlılığı da, kolayda örnekleme yöntemi ile her bir aile hekiminden hizmet alan 25'er kişiye uygulanmış olmasıdır. Bu şekilde anket 1-15 Haziran 2009 tarihleri arasında toplamda 750 kişiye uygulanmıştır.

3.1.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesine yönelik bu araştırma için Denizli ili seçilmiştir. Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Tüm aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler için bu araştırmayı yürütmek zaman ve maliyet yönünden zor olduğu için sınırlılıklara gidilmiştir.

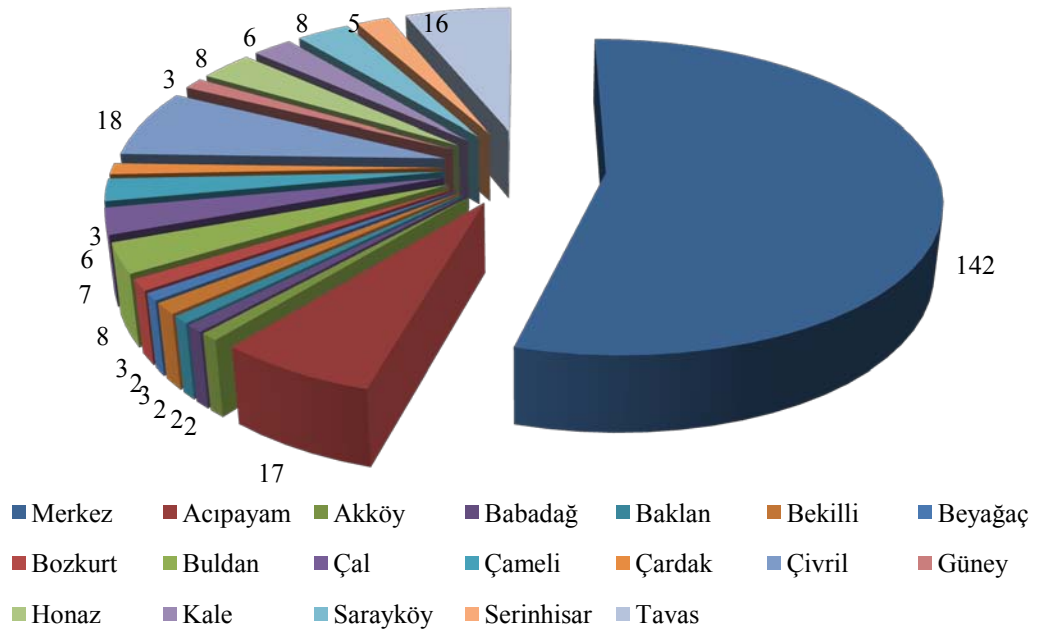
Denizli ilinde 95 aile sağlığı merkezi (ASM), 261 aile hekimliği bölgesi bulunmaktadır (Grafik 3.1/Tablo 3.1 ve Grafik 3.2/Tablo 3.2). Evreni oluşturan Denizli aile sağlığı merkezleri kent ve kır tipi ile il merkezi ve ilçe merkezi olmak üzere ayrılmıştır.

Grafik 3.1. Denizli İli Aile Sağlığı Merkezleri Dağılımı



Tablo 3.1. Denizli İli Aile Sağlığı Merkezleri Dağılımı

İlçe Adı	ASM Sayısı	İlçe Adı	ASM Sayısı
Merkez	40	Çameli	3
Acıpayam	9	Çardak	1
Akköy	1	Çivril	10
Babadağ	1	Güney	1
Baklan	1	Honaz	3
Bekilli	1	Kale	2
Beyağaç	1	Sarayköy	2
Bozkurt	1	Serinhisar	2
Buldan	2	Tavas	9
Çal	5	TOPLAM	95

Grafik 3.2. Denizli İli Aile Hekimlikleri Dağılımı**Tablo 3.2.** Denizli İli Aile Hekimliği Dağılımı

İlçe Adı	AH Sayısı	İlçe Adı	AH Sayısı
Merkez	142	Çameli	6
Acıpayam	17	Çardak	3
Akköy	2	Çivril	18
Babadağ	2	Güney	3
Baklan	2	Honaz	8
Bekilli	3	Kale	6
Beyağaç	2	Sarayköy	8
Bozkurt	3	Serinhisar	5
Buldan	8	Tavas	16
Çal	7	TOPLAM	261

Devlet Planlama Teşkilatınca 2004 yılında yayınlanan “İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasına” göre Denizli ilinde gelişmişlik grubuna dâhil beş ilçe merkezi mevcuttur (Tablo 3.3.). İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasına göre tek ilçe olmalarının nedeniyle 1. bölgeden Denizli merkez ilçesi ile 5. bölgeden Çameli ilçesi seçilmiştir. Diğer grupta bulunan ilçelerden de kura yöntemi ile 2. gruptan Honaz ilçesi, 3. gruptan Akköy ilçesi, 4. gruptan da Güney ilçesi seçilmiştir.

Tablo 3.3. Denizli İli Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Endeksi

DENİZLİ	872 İlçe İçinde Gelişmişlik Sırası	Gelişmişlik Grubu	Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Endeksi
MERKEZ	9	1	3,69197
HONAZ	126	2	0,93721
Sarayköy	150	2	0,71456
Babadağ	161	2	0,66462
Çardak	200	3	0,43032
Serinhisar	207	3	0,39827
Bozkurt	235	3	0,26045
Buldan	256	3	0,19298
AKKÖY	315	3	0,04098
Çivril	368	3	-0,09519
Çal	385	3	-0,11527
Tavas	403	3	-0,14984
Acıpayam	443	3	-0,21246
Bekilli	455	3	-0,23477
Baklan	490	4	-0,30078
GÜNEY	496	4	-0,3121
Beyağaç	516	4	-0,36165
Kale	522	4	-0,37328
ÇAMELİ	709	5	-0,7018

Kaynak: DPT, 2004

Seçilen ilçelerin içerisinde kent ve kır tipi olmak üzere de iki tür ASM alınmıştır. Buna göre;

- Birinci grup Denizli merkez ilçesinden; kent tipi olarak Karaman ASM (5 AH), Pelitlibağ ASM (4 AH) ve Yeşilyurt ASM (4 AH). Kır tipi ASM olarak da Uzunpınar ASM (1 AH).
- İkinci grup Honaz ilçesinden Honaz ASM (4 AH), belde olarak da Kocabaş ASM (1 AH).

- Üçüncü grup Akköy ilçesinden Akköy ASM (2 AH), kır tipi olarak bağlı beldesi olmadığından aynı gruptan Tavas ilçesi Nikfer ASM (1 AH)
- Dördüncü grup Güney ilçesinden Güney ASM (3 AH) yine burada da bağlı kır tipi ASM olmadığından aynı gruptan Kale ilçesi Gölbaşı ASM (1 AH)
- Beşinci grup Çameli ilçesinden Çameli ASM (3 AH), belde olarak ta Kirazlıyayla ASM (1 AH) olmak üzere toplam olarak 30 aile hekimi araştırmanın yapılacağı merkezler olarak seçilmiştir.

Bu şekilde Denizli ilinde mevcut beş grubun her birinden (merkez ilçeden 3) kent tipi ve kır tipi ASM'den örneklem alınmıştır. Kolayda örnekleme yöntemi ile her bir aile hekiminden hizmet alan 25'er kişi seçilerek araştırmada kullanılan anket formu uygulanmıştır. Bu şekilde toplamda 750 (yedi yüz elli) kişiye anket uygulanmıştır.

3.1.8. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi

Araştırmada kullanılan soru formu yedi kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım, aile sağlığı merkezine başvuran kişinin demografik bilgilerine ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu kısım, kişinin cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, hane geliri, başvuru nedeni, sağlık sorunu durumunda başvurulmak istenen mercii hakkında bilgilere ulaşılmasını sağlayacak tanımlayıcı sorular içermektedir. Diğer sorular ise; *“aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi”*, *“hizmet sunulan sağlık kurumunun mekânı”*, *“kayıt öncesi ve sonrası hizmeti”*, *“aile hekimi”*, *“aile sağlığı elemanını”* ve *“aile hekimliği hizmetleri”* başlıkları altında aile hekimliği uygulaması hakkında sorular içermektedir. Her bir kısımda yer alan sorular, çalışmanın hipotezlerinden birini ya da birkaçını test etmeye yönelik oluşturulmuştur. Çalışmanın sonuçlandırılmasında, çalışmanın alan araştırması sonucunda ortaya çıkan birincil veriler ve alan yazında yer alan ikincil veriler kullanılmıştır.

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).

Verilerin istatistiksel analizinde, *SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences)* paket programı kullanılmıştır. Anket formunun hazırlanışı, elde edilen verilerin veri işleme programına girişi ve verilerin analizi araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Analiz yapılırken, *Sıklık (f)* dağılımı ve karşılaştırmalı analiz tabloları oluşturulmuştur. Karşılaştırmalı tablolarda *Ki-Kare (X^2)* tekniği kullanılmıştır. Ki-kare testi, örneklem bağlamında yer alan değişkenler arasında (anlamlı) farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutları için ise, "*Cronbach Alpha (α)*" 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.

Bu araştırmanın *Alpha* katsayısı, 0,855 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, araştırmada kullanılan ölçek, geçerli ve yüksek derecede güvenilirdir.

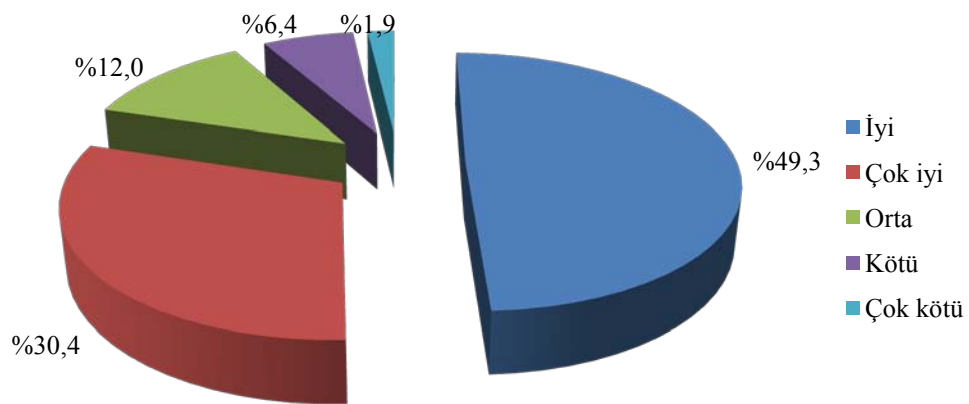
Hipotezlerin test edilmesi sürecinde, anlamlılık düzeyi (α) = 0,05 olarak kabul edilmiştir. Alan araştırmasında kullanılan testlerin güvenilirlik düzeyi ise, $1 - \alpha = 0,95$ 'tir. Yani, hipotezler, % 95 güvenilirlik düzeyinde test edilmektedir. Dolayısıyla, uygulanacak testlerden elde edilecek *p* değerinin, α değerinden (0,05) büyük olması durumunda, *null* hipotez (H_0); küçük olma durumunda, *alternatif* hipotez (H_1) kabul edilecektir. Tutum ölçeklerinin analizinde *Ki - Kare (χ^2) (Anlamlılık)* testinden yararlanılmıştır.

3.2. ALAN ARAŞTIRMASI SONUÇLARININ ANALİZ VE YORUMLARI

Bu çalışma 1 Haziran ile 15 Haziran 2009 tarihleri arasında örnekleme ile tespit edilen aile sağlığı merkezlerine başvuran hasta ve hasta yakınlarından anketi katılmayı kabul eden 750 kişi ile yapılmıştır. Araştırma bulguları şöyledir:

3.2.1. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

Tablo 3.4. Genel Olarak Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi



Genel olarak Aile Hekimliği Uygulamasını nasıl buluyorsunuz?	Sıklık (f)	Yüzde (%)	Toplam Yüzde (%) ³⁵
İyi	370	49,3	49,3
Çok iyi	228	30,4	79,7
Orta	90	12,0	91,7
Kötü	48	6,4	98,1
Çok kötü	14	1,9	100
Toplam	750	100	

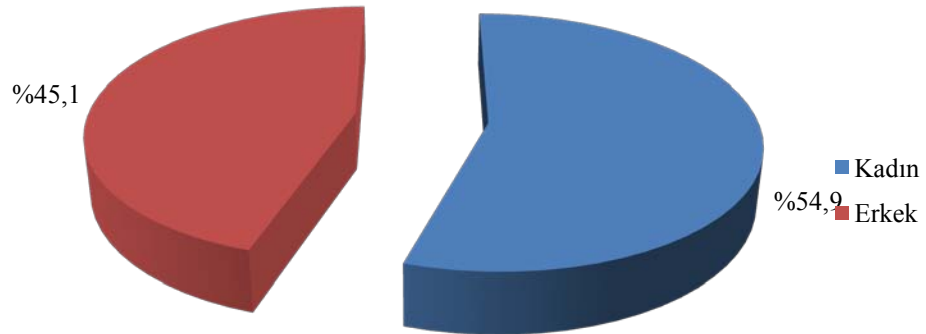
Tablo 3.4’de yer aldığı gibi, araştırmaya katılan kişilerin verilen sağlık hizmetleri (muayene, tedavi, aşı, tetkik-tahlil vb), aile sağlığı merkezlerine, aile hekimine ve aile sağlığı elemanlarına ilişkin görüşleri ışığında aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri açısından değerlendirildiğinde; 598 kişi (%79,7) iyi, 90 kişi (%12) orta, 52 kişi de (%8,3) kötü olarak değerlendirmiştir.

³⁵ Çalışmanın bundan sonraki bölümünde “Toplam Yüzde (%)” ifadesi yerine “T.Yüzde (%)” ifadesi yer alacaktır.

3.2.2. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Verileri

3.2.2.1. Cinsiyet

Tablo 3.5. Ankete Katılan Kişilerin Cinsiyet Dağılımı



Cinsiyet	Sıklık (f)	Yüzde (%)	Toplam Yüzde (%)
Kadın	412	54,9	54,9
Erkek	338	45,1	100
Toplam	750	100	

Araştırmaya katılan kişilerin, cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, 412 kişinin (%54,9) kadın; 338 kişinin (%45,1) erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.6. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı³⁶

Cinsiyet		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?					
		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	Toplam
Kadın	Sıklık (f)	140	199	50	19	4	412
	Grup İçi Yüzde (%)	34,0	48,3	12,1	4,6	1,0	100
	Gruplar Arası Yüzde (%)	61,4	53,8	55,6	39,6	28,6	54,9
	Toplam Yüzde (%)	18,7	26,5	6,7	2,5	0,5	54,9
Erkek	Sıklık (f)	88	171	40	29	10	338
	Grup İçi Yüzde (%)	26,0	50,6	11,8	8,6	3,0	100
	Gruplar Arası Yüzde (%)	38,6	46,2	44,4	60,4	71,4	45,1
	Toplam Yüzde (%)	11,7	22,8	5,3	3,9	1,3	45,1
Toplam	Sıklık (f)	228	370	90	48	14	750
	Grup İçi Yüzde (%)	30,4	49,3	12,0	6,4	1,9	100
	Gruplar Arası Yüzde (%)	100	100	100	100	100	100
	Toplam Yüzde (%)	30,4	49,3	12,0	6,4	1,9	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri		Sd		P Değeri	
		12,565		4		0,014	

³⁶ Çalışmanın bundan sonraki bölümünde “Grup İçi Yüzde (%)” ifadesi yerine “G.İ. Yüzde (%)” ifadesi, “Gruplar Arası Yüzde” ifadesi yerine “G.A. Yüzde (%)” ifadesi, “Toplam Yüzde (%)” ifadesi yerine “T.Yüzde (%)” ifadesi yer alacaktır.

Aile hekimine başvuran hastaların cinsiyet durumuna göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyetine ilişkin bir farklılaşma olup olmadığı Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Cinsiyet konusunda, farklı araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir. Bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında da cinsiyet ile memnuniyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Lookinland ve Pool 1998, Gray 1997, Larsson 1999, Okumuş ve ark. 1993, Özmen 1990, Tengilimoğlu 1996 atfen Yılmaz, 2001: 72). Aile hekimine başvuran kişilerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti incelendiğinde, kadınların %82,3'ünün (339 kişi) aile hekimliği uygulamasından memnun olduğunu, %12,1'inin uygulamayı orta olarak nitelendirdiği, %5,6'sının da uygulamadan memnun olmadığı görülmektedir. Diğer yandan erkeklerin kadınlara nazaran memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Erkeklerin %76,6'sı uygulamadan memnun olduğunu belirtirken, %11,8'inin uygulamayı orta, %9,6'sı da kötü olarak ifade etmiştir.

Konuya ilişkin gruplar arası farklılaşmalar ele alındığında da anlamlı farklılıklar göze çarpmaktadır. Aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti iyi olarak nitelendiren kişilerden %57,6'sı kadın iken %42,4'ü erkektir. Orta olarak nitelendirenlerin %55,6'sı kadın, %44,4'ü erkektir. Kötü olarak nitelendirenlerin %34,1'in kadın, %65,9'unun erkek olduğu görülmektedir.

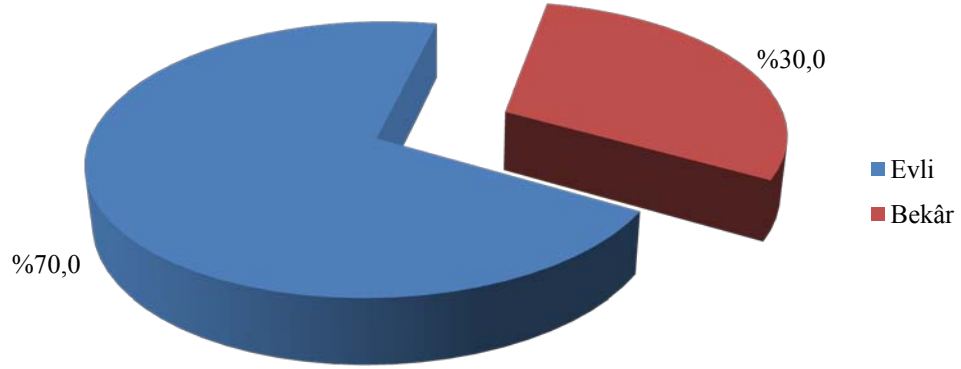
Ankete katılanların geneline bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnun olan kadın katılımcıların oranı %45,2, erkek katılımcıların oranı %34,5'dir. Aile hekimliği uygulamasından memnuniyetsizlik oranı %3'ü kadın, %5,2'si erkek olup cinsiyet durumlarına göre toplam memnuniyetsizlik oranı %8,3'dür.

Tablodaki karşılaştırmalı verilerden hareketle, ankete katılanların cinsiyet durumuna göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet durumuna bakıldığında kadın katılımcıların aile hekimliği uygulamasından erkeklere göre daha memnun oldukları görülmektedir. Buradan hareketle katılımcıların cinsiyet durumu ile aile hekimliğinden memnuniyet arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. p değeri ($p=0,014$), α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Kişilerin cinsiyeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.2.2. Medeni Durumu

Tablo 3.7. Ankete Katılan Kişilerin Medeni Durum Dağılımı



Medeni Durum	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evli	525	70	70
Bekâr	225	30	100
Toplam	750	100	

Ankete katılanların medeni durumu bazında veriler değerlendirildiğinde; katılımcıların 525'nin (%70) evli, 225' inin de (%30) bekâr olduğu görülmektedir. Tabloya göre, ankete katılanların ağırlıklı olarak evli oldukları görülmektedir.

Tablo 3.8. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Evli	Sıklık (f)	423	61	41	525
	G.İ. Yüzde (%)	80,6	11,6	7,8	100,0
	G.A. Yüzde (%)	70,7	67,8	66,1	70,0
	T. Yüzde (%)	56,4	8,1	5,5	70,0
Bekâr	Sıklık (f)	175	29	21	225
	G.İ. Yüzde (%)	77,8	12,9	9,3	100,0
	G.A. Yüzde (%)	29,3	32,2	33,9	30,0
	T. Yüzde (%)	23,3	3,9	2,8	30,0
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100,0
	G.A. Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100,0
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		0,808	2	0,668	

Katılımcıların, medeni durumu ile “*Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?*” sorusuna ilişkin görüşlerinde bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.8’de gösterilmektedir.

Ankete katılan kişilerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde; evli olanların %80,6’sının (423 kişi) uygulamadan memnun olduğu, %11,6’sının uygulamayı orta düzeyde, %7,8’inin de uygulamayı kötü bulduğu görülmektedir. Bekârların içinde de aile hekimliği uygulamasından memnun olanların oranı %77,8’dir. Orta olarak ifade edenlerin oranı %12,9, memnun olmadığını ifade edenlerin oranı da %9,3’dür.

Tablo gruplar arası veriler ışığında değerlendirildiğinde evli olanların memnuniyet araştırmasına katılım oranı %70 düzeyindedir. Aile hekimliği uygulamasını iyi olarak ifade edenlerin %70,7’si evli, %29,3’si bekârdır. Diğer yandan aile hekimliği uygulamasını kötü olarak ifade edenlerin %66,1’i evli, %33,9’u bekârdır.

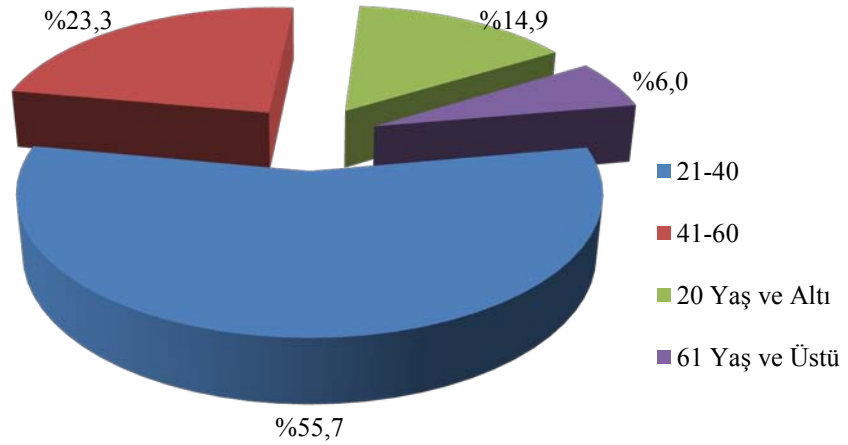
Ankete katılan tüm katılımcılar içerisinde tablo değerlendirildiğinde %56,4 evlilerin, %23,3 bekârların memnun olduğu görülmektedir. Memnuniyetsizlik oranına bakıldığında da %5,5’inin evli, %2,8’inin bekâr olduğu görülmektedir. Netice itibari ile memnuniyet düzeyinin evlilerde, bekârlara oranla %2,5-3 oranda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Medeni durumuna göre memnuniyet derecesine bakıldığında medeni durumu göre bir farklılaşma görülmemiştir. p değeri ($p=0,668$) α (0,05) değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1’e ilişkin olarak H_0 , H_1 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.2.3. Yaş

Tablo 3.9. Ankete Katılan Kişilerin Yaş Dağılımı



Yaş Aralıkları	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
21-40	418	55,7	55,7
41-60	175	23,3	79,1
20 Yaş ve Altı	112	14,9	94,0
61 Yaş ve Üstü	45	6,0	100
Toplam	750	100	

Araştırmaya katılan kişilerin yaş aralıklarına bakıldığında; 418 kişilik (%55,7) grubun genç nüfus grubuna (21-40 yaş) dâhil olduğu görülmektedir. 175 kişi (%23,3) 41-60 yaş aralığında, 112 kişi (%14,9) 20 yaş ve altı ile 45 kişinin de (%6) 61 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Dağılım Türkiye'nin genç ve dinamik nüfus yapısı ile örtüşmektedir. TÜBİTAK Vizyon 2023 araştırmasında 65 yaş ve üzerindeki oranını %5,9, 20-39 yaş aralığını %60 düzeylerinde bildirmiştir (2007). Bu açıdan yapılan anket uygulamasının realist olduğu sonucuna varmak olanaklıdır.

Tablo 3.10. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı

Yaş		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
20 Yaş ve altı	Sıklık (f)	93	19	112
	G.İ. Yüzde (%)	83,0	17,0	100
	G.A. Yüzde (%)	15,6	12,5	14,9
	T. Yüzde (%)	12,4	2,5	14,9
21-40	Sıklık (f)	327	91	418
	G.İ. Yüzde (%)	78,2	21,8	100
	G.A. Yüzde (%)	54,7	59,9	55,7
	T. Yüzde (%)	43,6	12,1	55,7
41-60	Sıklık (f)	145	30	175
	G.İ. Yüzde (%)	82,9	17,1	100
	G.A. Yüzde (%)	24,2	19,7	23,3
	T. Yüzde (%)	19,3	4,0	23,3
61 Yaş ve üstü	Sıklık (f)	33	12	45
	G.İ. Yüzde (%)	73,3	26,7	100
	G.A. Yüzde (%)	5,5	7,9	6,0
	T. Yüzde (%)	4,4	1,6	6,0
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		3,538	3	0,316

Yaşa göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyine ilişkin farklılaşma olup olmadığı tablo 3.10'da verilmiştir.

Yaşa göre memnuniyet düzeyini yüksek olarak nitelendirenlerin %83'ü (93 kişi) 20 yaş ve altı, %82,9'u 41-60 yaş aralığında, %78,2'si 21-40 yaş aralığında, %73,3'ü 61 yaş üstüdür. Diğer yandan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini orta ve altı olarak nitelendirenlerin %17'si 20 yaş ve altı, %21,8'i 21-40 yaş aralığında, %17,1'i 41-60 yaş aralığında, %26,7'si de 61 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

Yaşa göre dağılımın gruplar arası dağılımında ise memnuniyet düzeyi yüksek olanların %54,7'si 21-40 yaş aralığında, %24,2'sini 41-60 yaş aralığında, %15,3'ünü 20 yaş ve altı, %5,5'i 61 yaş ve üstü grubu oluşturmaktadır.

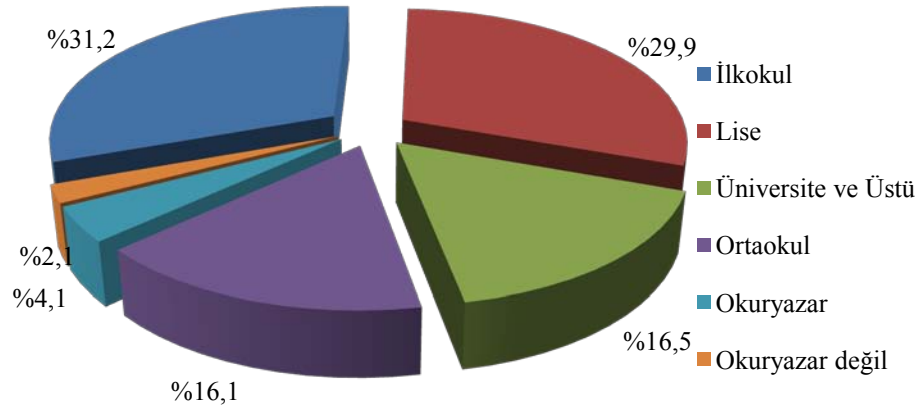
Tüm katılımcıların içinde memnuniyet düzeyini yüksek olarak nitelendirenlerin içinde 21-40 yaş aralığı % 43,6'sını, 41-60 yaş aralığı %19,3'ünü, 20 yaş ve altı %15,6'sını, 61 yaş ve üstü de %4,4'ünü oluşturmaktadır. Memnuniyet düzeyini orta ve altı olarak nitelendirenler içinde en büyük pay %12,1 ile 21-40 yaş aralığına aittir.

Genel olarak tablo değerlendirildiğinde memnuniyet düzeyinin 20 yaş ve altı ile 41-60 yaş aralığında daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak tablonun karşılaştırmalı verileri hareketle aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile ankete katılan kişilerin yaş durumları arasında anlamlı ilişki gözlenememiştir. p değeri ($p=0,316$) α (0,05) değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_0 , H_1 lehine kabul edilmiştir.

H_0 : Kişilerin yaşı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.

3.2.2.4. Öğrenim Durumu

Tablo 3.11. Ankete Katılan Kişilerin Öğrenim Durumu Dağılımı



Öğrenim Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İlkokul	234	31,2	31,2
Lise	224	29,9	61,1
Üniversite ve Üstü	124	16,5	77,6
Ortaokul	121	16,1	93,7
Okuryazar	31	4,1	97,9
Okuryazar değil	16	2,1	100
Toplam	750	100	

Ankete katılanların öğrenim durumuna ilişkin oran dağılımları şu şekildedir: İlkokul mezunu %31,2 (234 kişi), lise mezunu %29,9 (224 kişi), üniversite ve üstü %16,5 (124 kişi), ortaokul %16,1 (121 kişi), okuryazar %4,1 (31 kişi) ve okuryazar olmayan ise %2,1 (16 kişi)'dir. Tablo incelendiğinde ankete katılanların %97,9'luk kısmının okuryazar olduğu görülmektedir. Denizli ilinin 2008 TÜİK verilerine göre okuryazar oranı %93,1 olarak bildirilmiştir. Bu anlamda yapılan ankette %5 gibi bir oranda sapma olduğu görülmektedir. Sapma nedeni, okuryazar olmayanların ankete katılmak yâda fikir beyan etmek istemediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 3.12. Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine İlişkin Kişilerin Öğrenim Durumunun Etkisi

Öğrenim Durumu		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
İlkokul	Sıklık (f)	208	17	9	234
	G.İ. Yüzde (%)	88,9	7,3	3,8	100
	G.A. Yüzde (%)	37,0	20,7	15,3	33,3
	T. Yüzde (%)	29,6	2,4	1,3	33,3
Ortaokul	Sıklık (f)	102	9	10	121
	G.İ. Yüzde (%)	84,3	7,4	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	18,1	11,0	16,9	17,2
	T. Yüzde (%)	14,5	1,3	1,4	17,2
Lise	Sıklık (f)	166	33	25	224
	G.İ. Yüzde (%)	74,1	14,7	11,2	100
	G.A. Yüzde (%)	29,5	40,2	42,4	31,9
	T. Yüzde (%)	23,6	4,7	3,6	31,9
Üniversite ve Üstü	Sıklık (f)	86	23	15	124
	G.İ. Yüzde (%)	69,4	18,5	12,1	100
	G.A. Yüzde (%)	15,3	28,0	25,4	17,6
	T. Yüzde (%)	12,2	3,3	2,1	17,6
Toplam	Sıklık (f)	562	82	59	703
	G.İ. Yüzde (%)	79,9	11,7	8,4	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,9	11,7	8,4	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		27,742	6	0,000	

Öğrenim durumlarına göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.12'de verilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından genel memnuniyet düzeyine bakıldığından ilkokulu mezunların içinden %88,9'unun memnun olduğu (208 kişi), %7,3'ünün uygulamayı orta olarak değerlendirdiği, %3,9'unun memnun olmadığı saptanmıştır.

Ortaokul mezunlarının %84,3'ü uygulamadan memnun olduğunu, %7,4'ü orta olarak nitelendirdiğini, %8,2'si uygulamadan memnun olmadığını ifade etmiştir. Lise mezunlarının memnuniyet düzeyleri ele alındığında %74,1'i aile hekimliği uygulaması için iyi, %14,7'si orta, %11,2'si kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Üniversite mezunlarında memnuniyet düzeyi diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmektedir. Hasta beklentilerinin eğitim durumuyla aynı oranda arttığı savı bu tabloda da kendini göstermektedir. Diğer bir ifadeyle eğitilmiş hastalara nispeten daha az eğitim almış veya hiç almamış hastalara göre sağlık kurumundan daha fazla bir beklenti içinde olmaktadır. Araştırmaya göre üniversite mezunu içinden %69,4'ü aile hekimliği uygulamasının iyi olduğunu, %18,5'i orta düzeyde olduğunu, %12,1'i de kötü olduğunu ifade etmiştir.

Gruplar arası aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyine bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnun olanların %37'si ilkököl mezunu, %29,5'i lise mezunu, %18,1'i ortaokul mezunu, %15,3'ü üniversite mezunudur. Memnuniyet düzeyi düşük olanlar içinde ise %42,4'ü lise, %25,4'ü üniversite mezunu, %16,9'u ortaokul mezunu, % 15,3'ü ilkököl mezunudur.

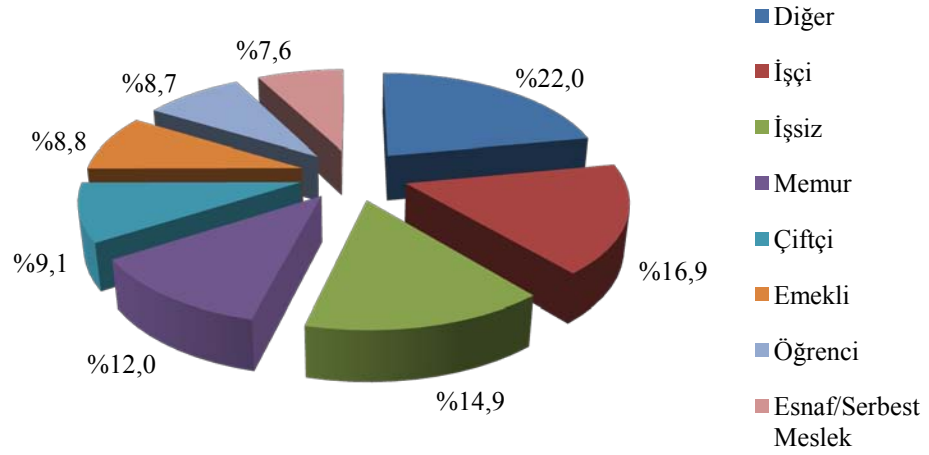
Tüm katılanlar içinde memnuniyete yönelik düzenlenen ankette %29,6'sı ilkököl mezunu olup aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini belirtmiştir. Bunu sırasıyla %23,6 ile lise, %14,5 ile ortaokul, %12,2 üniversite mezunu izlemektedir.

Tablodaki karşılaştırmalı verilerden hareketle, ankete katılanların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerinin lise ve üniversite mezunlarına göre ilkököl mezunlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buradan hareketle öğrenim durumları bağlamında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında anlamlı bir fark vardır. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.2.5. Meslek Türü

Tablo 3.13. Ankete Katılan Kişilerin Meslek Durumu Dağılımı



Meslek	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Diğer	165	22,0	22,0
İşçi	127	16,9	38,9
İşsiz	112	14,9	53,9
Memur	90	12,0	65,9
Çiftçi	68	9,1	74,9
Emekli	66	8,8	83,7
Öğrenci	65	8,7	92,4
Esnaf/Serbest Meslek	57	7,6	100
Toplam	750	100	

Araştırmaya katılanların meslek grubu olarak çoğunluğunun 165 kişi (%22) ile diğer gruptakilerin yer aldığı görülmektedir. Bu durumun ev hanımı, vasıfsız olanların diğer olarak kendilerini ifade ettiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Meslek grubu dağılımında diğer dışındakilerin 127 kişinin (%16,9) işçi, 90 kişinin (%12) memur, 68 kişinin (%9,1) çiftçi, 66 kişinin (%8,8) emekli, 65 kişinin (%8,7) öğrenci ve 57 kişinin (%7,6) esnaf/serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir. İşsiz yanıtı verenlerin sayısı 112 (%14,9) kişidir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) üçer aylık dönemler itibariyle her ay kamuoyuna duyurduğu Hane halkı İşgücü Araştırmasının "Eylül-Ekim-Kasım" dönemini kapsayan "Ekim 2009" sonuçlarına göre Türkiye Geneli işsizlik oranı %13, Tarım dışı işsizlik oranı %16 ve genç nüfus (15-24) işsizlik oranı da %24 olarak bildirilmiştir. Denizli ilinin sanayi kenti olması ankete katılanların işsizlik oranını desteklemektedir. Bu açıdan bakıldığında yapılan anket uygulamasının realistiği doğrulanmaktadır.

Tablo 3.14. Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeylerinin Meslek Durumlarına Göre Dağılımı

Meslek		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
Esnaf/Serbest Meslek	Sıklık (f)	50	7	57
	G.İ. Yüzde (%)	87,7	12,3	100
	G.A. Yüzde (%)	8,4	4,6	7,6
	T. Yüzde (%)	6,7	0,9	7,6
İşsiz	Sıklık (f)	94	18	112
	G.İ. Yüzde (%)	83,9	16,1	100
	G.A. Yüzde (%)	15,7	11,8	14,9
	T. Yüzde (%)	12,5	2,4	14,9
Öğrenci	Sıklık (f)	54	11	65
	G.İ. Yüzde (%)	83,1	16,9	100
	G.A. Yüzde (%)	9,0	7,2	8,7
	T. Yüzde (%)	7,2	1,5	8,7
Diğer	Sıklık (f)	133	32	165
	G.İ. Yüzde (%)	80,6	19,4	100
	G.A. Yüzde (%)	22,2	21,1	22,0
	T. Yüzde (%)	17,7	4,3	22,0
Çiftçi	Sıklık (f)	54	14	68
	G.İ. Yüzde (%)	79,4	20,6	100
	G.A. Yüzde (%)	9,0	9,2	9,1
	T. Yüzde (%)	7,2	1,9	9,1
Emekli	Sıklık (f)	52	14	66
	G.İ. Yüzde (%)	78,8	21,2	100
	G.A. Yüzde (%)	8,7	9,2	8,8
	T. Yüzde (%)	6,9	1,9	8,8
İşçi	Sıklık (f)	100	27	127
	G.İ. Yüzde (%)	78,7	21,3	100
	G.A. Yüzde (%)	16,7	17,8	16,9
	T. Yüzde (%)	13,3	3,6	16,9
Memur	Sıklık (f)	61	29	90
	G.İ. Yüzde (%)	67,8	32,2	100
	G.A. Yüzde (%)	10,2	19,1	12,0
	T. Yüzde (%)	8,1	3,9	12,0
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100,0
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri		Sd
		12,076		0,098

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin kişilerin meslek türlerine göre farklılaşma olup olmadığı Tablo 3.14'de gösterilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyetine yönelik olarak mesleğine göre dağılım incelendiğinde; Esnaf/Serbest meslek sahibi kişilerin (%87,7) daha memnun oldukları görülmektedir. Esnaf/Serbest meslek sahibi kişilerden sonra aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini yüksek olarak ifade edenler sırasıyla İşsiz (%83,9), ğrenci (%83,1), diğer (%80,6), çiftçi (%79,4), emekli (%78,8), işçi (%78,7) ve memur (%67,8) sınıfıdır. Uygulamadan görüldüğü zere memnuniyetini düşük olarak ifade eden sınıf %32,2 ile memur sınıfıdır. Tablo aktif çalışan ve çalışmayan olarak incelendiğinde de aktif çalışan kesimin (%22,5) alışmayan kesime (%18,4) oranla memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu gözlenmektedir.

Verilerin gruplar arası değerlendirilmesine bakıldığında, uygulamadan memnun olanların içinde %44,3'ünün aktif çalışanların, %55,7'sinin de aktif çalışmayanların olduğu görülmektedir. Uygulamadan memnuniyet düzeyine bakıldığında düşük olarak nitelendirenlerin %50,7'si aktif çalışan, %49,3' aktif çalışmayan grubuna dâhildir.

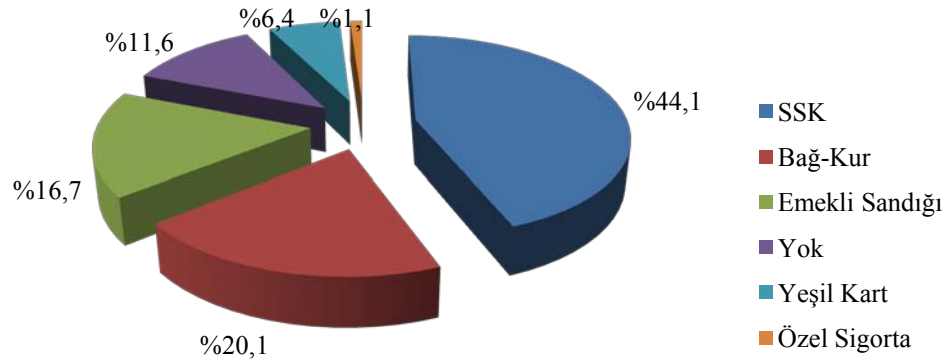
Ankete katılanların tümüne bakıldığında; %22,2'lik kesim diğer sınıfa dâhil ve memnuniyet düzeyi yüksektir. %19,1'lik kesim memur ve memnuniyet düzeyi düşüktür. %21,1'lik kesim yine diğer sınıfa dâhil ancak memnuniyet düzeyleri düşüktür.

Buradan hareketle aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında anlamlı bir fark yoktur. p değer (p=0,098) α (0,05) değerinden büyük olduğu için, Hipotez 1'e ilişkin olarak H_0 , H_1 lehine kabul edilmiştir. Ancak %10 düzeyinde bu hipotez kabul de edilebilir.

H₀: *Kişilerin meslek türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur.*

3.2.2.6. Sosyal Güvence

Tablo 3.15. Ankete Katılan Kişilerin Sosyal Güvence Dağılımları

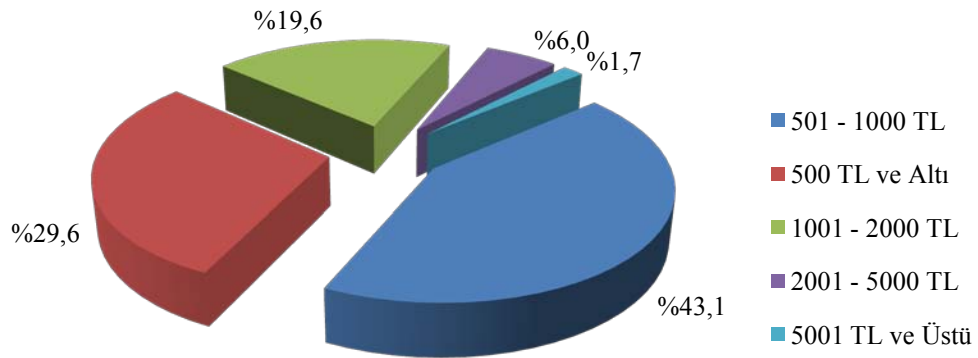


Sosyal Güvence	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
SSK	331	44,1	44,1
Bağ-Kur	151	20,1	64,3
Emekli Sandığı	125	16,7	80,9
Yok	87	11,6	92,5
Yeşil Kart	48	6,4	98,9
Özel Sigorta	8	1,1	100
Toplam	750	100	

Araştırmanın uygulandığı tarih aralığında aile hekimliklerine başvuranların sosyal güvencesine göre dağılımında 331 kişinin (%44,1) SSK'lı, 151 kişinin (%20,1) Bağ-Kur'lu, 125 kişinin (%16,7) Emekli Sandığına tabii olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %11,6'sı hiçbir sağlık güvencesi yoktur. 48 kişinin (%6,4) yeşil kartlı ve 8 kişinin (%1,1) de özel sigortalı olduğu görülmektedir.

3.2.2.7. Aylık Gelir

Tablo 3.16. Ankete Katılan Kişilerin Aylık Gelirine Göre Dağılımı

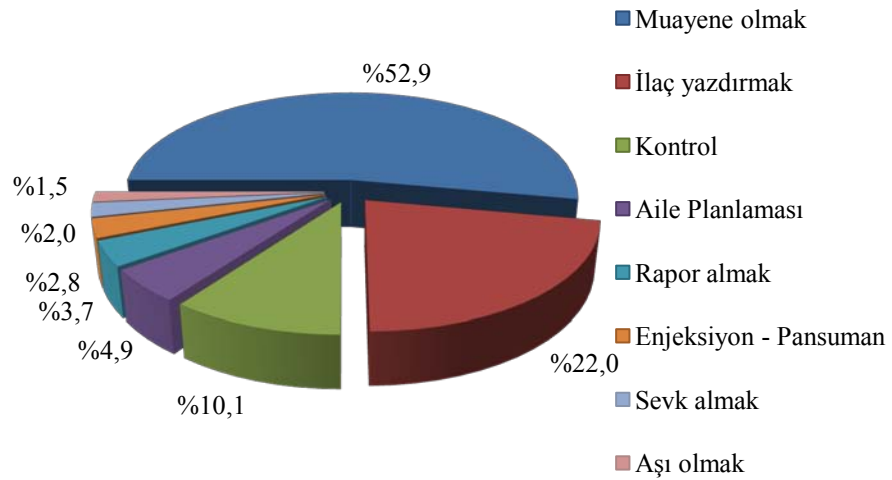


Aylık Geliri	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
501 - 1000 TL	323	43,1	43,1
500 TL ve Altı	222	29,6	72,7
1001 - 2000 TL	147	19,6	92,3
2001 - 5000 TL	45	6,0	98,3
5001 TL ve Üstü	13	1,7	100
Toplam	750	100	

Tablo 3.16’da görüldüğü gibi araştırmaya katılanların aylık gelir durumu dağılımında 323 kişinin (%43,1) 501-1000 TL aralığında, 222 kişinin (%29,6) 500TL ve altında, 147 kişinin (%19,6) 1001-2000 TL aralığında, 45 kişinin (%6) 2001-5000TL aralığında 13 kişinin de (%1,7) 5001 ve üstü gelir düzeyinde oldukları görülmektedir. Dağılıma göre Türk-İş’in Eylül 2009 döneminde açıklamış olduğu (açlık sınırının 750 TL, yoksulluk sınırı 2 bin 442 TL) rakamlar göz önünde tuttuğumuzda ankete katılan kişilerin %92,3 bir orandaki grubun yoksulluk sınırı altındadır.

3.2.2.8. Aile Hekimine Başvuru Nedeni

Tablo 3.17. Hastaların Aile Hekimine Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

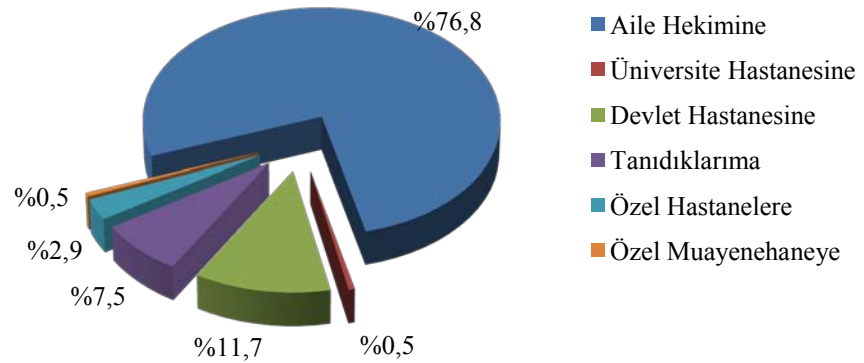


Başvuru Nedeni	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Muayene olmak için	397	52,9	52,9
İlaç yazdırmak için	165	22,0	74,9
Kontrol için	76	10,1	85,1
Aile Planlaması için	37	4,9	90,0
Rapor almak için	28	3,7	93,7
Enjeksiyon - Pansuman için	21	2,8	96,5
Sevk almak için	15	2,0	98,5
Aşı olmak için	11	1,5	100
Toplam	750	100	

Aile hekimliği sistem olarak etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunmak ve ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz başvurular ile yığılmaları önleyerek hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir. Araştırmaya katılanların başvuru nedenine göre incelendiğinde %98,5'lik kesiminin birinci basamak sağlık hizmeti almak üzere başvurdukları görünmektedir. Asıl amacı etkin 1. Basamak sağlık hizmeti sunmak olan aile hekimliği hizmetlerine (muayene, kontrol, aşılama, aile planlaması vd.) bu denli yüksek oranda olması verilen hizmetin etkinliğini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılanlardan 397 kişi (%52,9) muayene olmak için, 165 kişi (%22) ilaç yazdırmak için, 76 kişi (%10,1) kontrol amaçlı, 37 kişi (%4,9) aile planlaması hizmeti almak için, 28 kişi (%3,7) sağlık raporu almak için, 21 kişi (%2,8) enjeksiyon pansuman için, 15 kişi (%2) sevk almak için ve 11 kişi de (%1,5) aşı olmak için aile hekimliğine başvurmuşlardır.

3.2.2.9. Tercih Edilen Sağlık Kurumu

Tablo 3.18. Hastaların Tercih Ettikleri Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı



Başvuru Yeri	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Aile Hekimine	576	76,8	76,8
Devlet Hastanesine	88	11,7	88,5
Tanıdıklarına	56	7,5	96,0
Özel Hastanelere	22	2,9	98,9
Üniversite Hastanesine	4	0,5	99,5
Özel Muayenehaneye	4	0,5	100
Toplam	750	100	

Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunlarında hangi sağlık kurumunu tercih ettikleri sorusuna 576 kişi (%76,8) Aile hekimine olduğunu ifade etmiştir. Bu veriler Denizli ilinde kişilerin Aile Hekimine duydukları güveni göstermektedir. Başvuru yeri olarak aile hekiminden sonra 88 kişi (%11,7) devlet hastanesine, 56 kişi (%7,5) çevresindeki tanıdıklarına, 22 kişi (%2,9) özel hastaneye, 4 kişi (%0,5) üniversite

hastanesine, 4 kişi de (%0,5) özel muayenehanelere başvurmayı düşündüğünü belirtmiştir.

Tablo 3.19. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Başvuru Noktası		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Aile Hekimine	Sıklık (f)	480	61	35	576
	G.İ. Yüzde (%)	83,3	10,6	6,1	100
	G.A. Yüzde (%)	80,3	67,8	56,5	76,8
	T. Yüzde (%)	64,0	8,1	4,7	76,8
Diğer	Sıklık (f)	118	29	27	174
	G.İ. Yüzde (%)	67,8	16,7	15,5	100
	G.A. Yüzde (%)	19,7	32,2	43,5	23,2
	T. Yüzde (%)	15,7	3,9	3,6	23,2
TOPLAM	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		22,555	2	0,000	

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin kişilerin tercih ettikleri sağlık kurumuna göre farklılaşma olup olmadığı Tablo 3.19'da gösterilmiştir.

Bağlı bulunduğu aile hekimine başvurmayı tercih edenlerin %83,3'ü (480 kişi) aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi, %10,6'sı orta ve %6,1'i kötü olarak beyan etmiştir. Aile hekiminin dışında diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi daha düşük olduğu görülmektedir. Diğer kurumlara başvurmayı düşünenlerin %67,8'i uygulamayı iyi, 16,7'si orta ve %15,5'i kötü olarak nitelendirmiştir.

Tablonun gruplar arası değerlendirilmesine bakıldığında, uygulamadan memnun olanların içinde %80,3'ü aile hekimini, %19,7'si diğer sağlık kurumlarını tercih etmektedir. Uygulamayı orta olarak ifade edenlerin %67,8'si aile hekimini, %32,2'si diğer sağlık kurumlarını, kötü olarak ifade edenlerin %56,5'i aile hekimini, %43,5'i diğer sağlık kurumlarını tercih etmektedir.

Tablo geneline bakıldığında ankete katılanların %64'ü aile hekimini tercih edip uygulamadan memnundur. Diğer sağlık kurumunu tercih edenlerden memnun olanların oranı %15,7'dir. Uygulamayı kötü olarak nitelendiren kişilerden aile hekimini tercih edenlerin oranı %4,7, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin oranı %3,6'dır.

Türk sağlık sisteminde her dönem yaşanan sıkıntıların başında etkin bir sevk zinciri uygulaması getirilememiş olmasıdır. Sevk zinciri uygulaması ile etkin 1. basamak sağlık hizmeti hedeflenirken, daha çok 2. basamağı tercih edenler arasında da sevk uygulaması memnuniyetsizlik yaratmıştır. Yaradılış gereği insan tercihlerine kısıtlama getirilmesi memnuniyetsizliği ortaya çıkartacaktır.

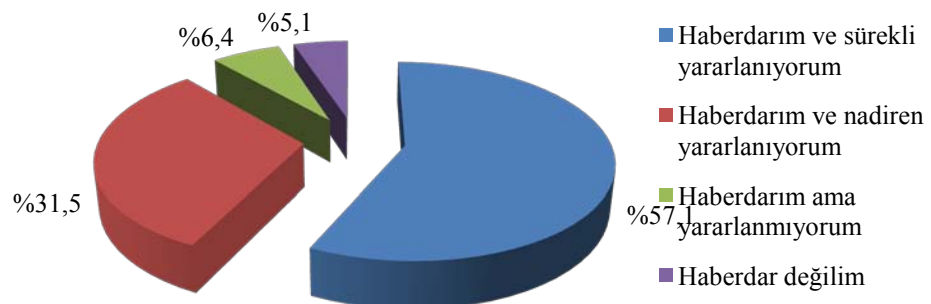
Ankete katılan kişilerin Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri ile sağlık kurumu tercihleri arasında anlamlı bir farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 2'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Sağlık sorunlarında tercih edilen sağlık kurumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi

3.2.3.1. Aile Hekimliği Uygulamasından Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi

Tablo 3.20. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Haberdar Olma ve Yararlanma Düzeyi

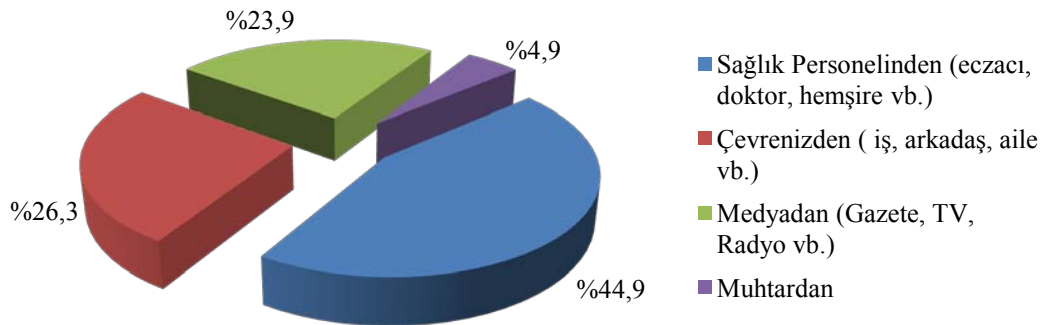


AHU Haberdar Olma Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Haberdarım ve sürekli yararlanıyorum	428	57,1	57,1
Haberdarım ve nadiren yararlanıyorum	236	31,5	88,5
Haberdarım ama yararlanmıyorum	48	6,4	94,9
Haberdar değilim	38	5,1	100
Toplam	750	100	

Araştırmaya katılan kişilerin aile hekimliği uygulaması konusunda haberdar olma durumuna bakıldığında, %94,9 oranında haberdar oldukları anlaşılmaktadır. Haberdar olma oranının bu denli yüksek olmasında Denizli Sağlık Müdürlüğü'nün tanıtım faaliyetlerinin etkisi görülmektedir. Haberdar olması yanında aile hekimliği hizmetlerinden sürekli yararlananlar 428 (%57,1) kişidir. 236 kişi (%31,5) nadiren yararlanmakta, 48 kişi (%6,4) haberdar olmasına karşın aile hekimliği hizmetlerinden yararlanmamaktadır. Araştırmaya katılan 38 kişi (%5,1) de aile hekimliği uygulamasından haberdar değildir.

3.2.3.2. Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Edinme Noktası

Tablo 3.21. Aile Hekimliği Uygulamaları Hakkında Bilgi Edinme Noktasına Göre Dağılımı

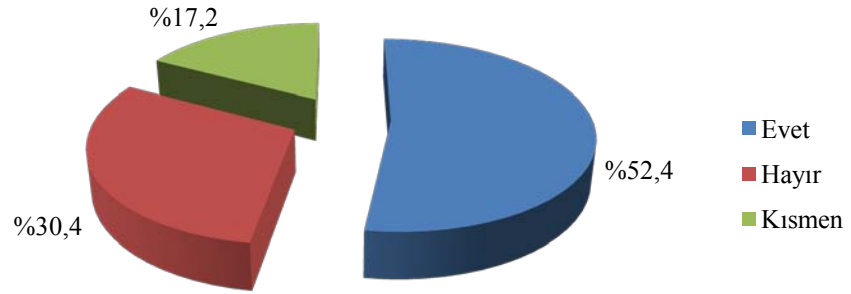


AHU Haberdar Olma Mercisi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Sağlık Personelinden (eczacı, doktor, hemşire vb.)	337	44,9	44,9
Çevrenizden (iş, arkadaş, aile vb.)	197	26,3	71,2
Medyadan (Gazete, TV, Radyo vb.)	179	23,9	95,1
Muhtardan	37	4,9	100
Toplam	750	100	

Tablo 3.21'de görüldüğü gibi "Aile hekimliği uygulamaları hakkında nereden bilgi sahibi oldunuz?" sorusuna araştırmaya katılanların 337 kişisi (%44,9) Sağlık personelinde, 197 kişisi (%26,3) çevresinden, 179 kişisi (%23,9) Medyadan ve 37 (%4,9) kişisi muhtardan bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

3.2.3.3. Aile Hekimini Seçme ve Değişirme

Tablo 3.22. Aile Hekimini Seçme ve Değişirme Konusunda Bilgi Düzeyi



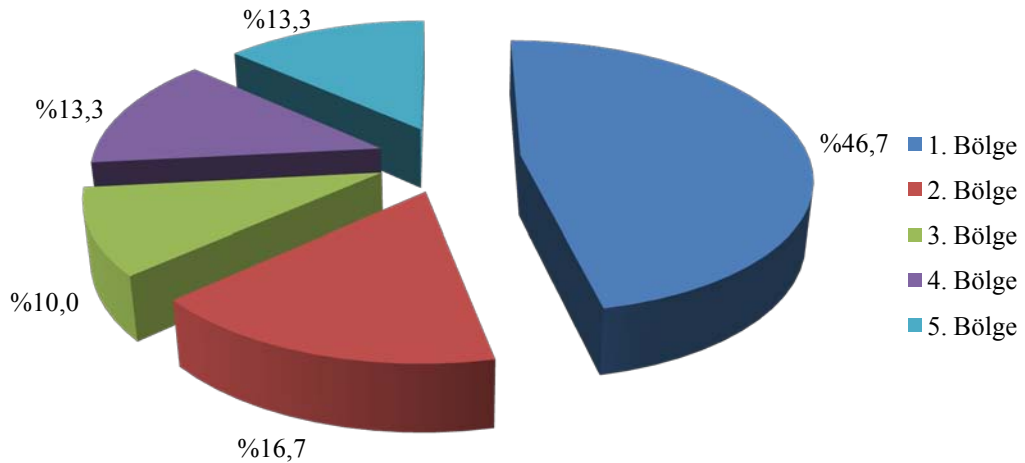
Seçme ve Değişirme Konusunda Bilgi Düzeyi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Evet	393	52,4	52,4
Hayır	228	30,4	82,8
Kısmen	129	17,2	100
Toplam	750	100	

Aile hekimliği uygulamasından haberdar olma oranının yüksek olmasına karşın aile hekimini seçme ve değişirme konusunda araştırmaya katılan hastaların bilgi seviyesi aynı düzeyde değildir. Seçme ve değişirme konusunda bilgi sahibi olduğu sorusuna 393 (%52,4) kişi evet cevabı verirken, 228 (%30,4) kişi hayır, 129 (%17,2) kişi de kısmen olarak belirtmiştir.

3.2.4. Aile Sağlığı Merkezlerinin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Hizmet Bölgesi

Tablo 3.23. Hastaların Hizmet Aldıkları Aile Sağlığı Merkezinin Bulunduğu Bölgeye Göre Dağılımı



Bölgesi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
1. Bölge	350	46,7	46,7
2. Bölge	125	16,7	63,3
4. Bölge	100	13,3	76,7
5. Bölge	100	13,3	90,0
3. Bölge	75	10,0	100
Toplam	750	100	

Araştırmanın Denizli genelini kapsamaları için ilçelerin sosyo-ekonomiklik gelişmişlik seviyesine göre farklı bölgelerinde anket uygulaması yapılmıştır. Ankete katılanlardan %46,7'si (350 kişi) 1.bölgede, %16,7'si (125 kişi) 2.bölgede, %13,3'er (100'er kişi) 4. ve 5.bölgelerinde ve %10'u (75 kişi) 3.bölgede gerçekleşmiştir.

Tablo 3.24. Aile Sağlığı Merkezinin Bulunduğu Bölgeye Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı

Bölgesi		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
1. Bölge	Sıklık (f)	288	34	28	350
	G.İ. Yüzde (%)	82,3	9,7	8,0	100
	G.A. Yüzde (%)	48,2	37,8	45,2	46,7
	T. Yüzde (%)	38,4	4,5	3,7	46,7
2. Bölge	Sıklık (f)	109	12	4	125
	G.İ. Yüzde (%)	87,2	9,6	3,2	100
	G.A. Yüzde (%)	18,2	13,3	6,5	16,7
	T. Yüzde (%)	14,5	1,6	0,5	16,7
3. Bölge	Sıklık (f)	47	16	12	75
	G.İ. Yüzde (%)	62,7	21,3	16,0	100
	G.A. Yüzde (%)	7,9	17,8	19,4	10,0
	T. Yüzde (%)	6,3	2,1	1,6	10,0
4. Bölge	Sıklık (f)	67	18	15	100
	G.İ. Yüzde (%)	67,0	18,0	15,0	100
	G.A. Yüzde (%)	11,2	20,0	24,2	13,3
	T. Yüzde (%)	8,9	2,4	2,0	13,3
5. Bölge	Sıklık (f)	87	10	3	100
	G.İ. Yüzde (%)	87,0	10,0	3,0	100
	G.A. Yüzde (%)	14,5	11,1	4,8	13,3
	T. Yüzde (%)	11,6	1,3	0,4	13,3
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		35,675	8	0,000	

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile hizmet verilen aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölge arasında farklılaşma olup olmadığı Tablo 3.24'de verilmiştir.

Ankete katılanların başvurdukları Aile sağlığı merkezinin bulunduğu hizmet bölge bazında memnuniyet düzeylerine bakıldığında memnuniyet düzeyi en yüksek bölge %87,2 (109 kişi) oran ile 2. bölge olduğu görölmektedir. Bölgeyi sırasıyla %87 ile 5. bölge, %82,3 ile 1. bölge, %67 ile 4. bölge, %62,7 ile 3. bölge takip etmektedir. Memnuniyet düzeyini orta-kötü olarak ifade edenler içinde %37,3'ü 3. bölgede, %33'ü 4. bölgede, %17,7'si 1. bölgede, %13'ü 5. bölgede, %12,8'i 2.bölgede oldukları görölmektedir.

Bölgeler bazında memnuniyet düzeyine yönelik verilen tablo gruplar arası yorumlandığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi olarak niteleyenler içinde %48,2'si (228 kişi) 1.bölge, %18,2'si 2.bölge, %14,5'i 5.bölge, %11,2'si 4.bölge ve %7,9'u 3.bölge grubunda yer almaktadır. Memnuniyet düzeyini kötü olarak niteleyenlerin içinde %45,2'si 1.bölge, %24,2'si 4.bölge, %19,4'ü 3.bölge, %6,5'i 2.bölge ve %4,8'i 5.bölge başvuranıdır.

Memnuniyet düzeyleri tüm katılımcılar bazında değerlendirildiğinde 1.bölgeden aile hekimliğini iyi olarak nitelendirenlerin oranı %38,4'dür. Aile hekimliği uygulamasını orta-kötü olarak niteleyen 4.bölgenin genel katılım içinde payı %4,4'dür. Bölgeler bazında memnuniyet düzeyi en düşük bölge 3.bölge ve 4.bölge olduğu görölmektedir. Memnuniyet düzeyi 2. ve 5.bölgede yüksek olduğu görölmektedir. 5.bölge her ne kadar sosyo-ekonomiklik gelişmişlik endeksine göre kötü görünmesine karşın gerek hizmet veren aile hekimlerinin özverisi, gerekse Denizli Sağlık Müdürlüğü'nün alt yapı olarak olumlu destekleri memnuniyet düzeyini yükseltmiştir. Aile hekimliği uygulamasından önce sağlık ocakları sisteminde özellikle kırsal alanlarda personel istihdamında sıkıntılar olduğu gerçektir. Aile hekimliği uygulaması ile istihdamda sıkıntı yaşanan bölgelere personel istihdamı sağlanarak bu bölgedeki kişilere hizmet sunumunun sağlanması memnuniyeti olumlu yönde etkilemiştir.

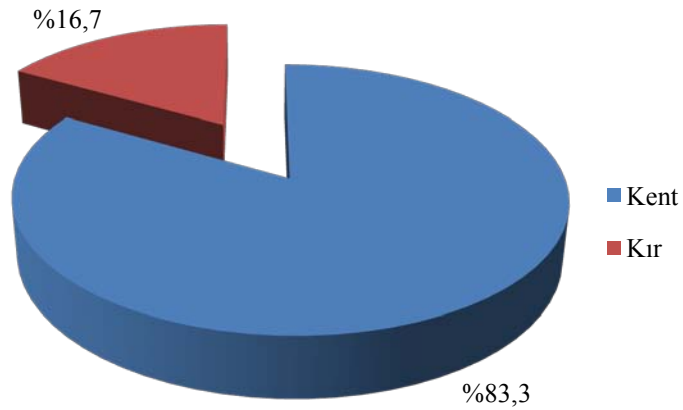
Buradan hareketle aile sağlığı merkezinin bulunduğu bölge bağlamında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet noktasında anlamlı bir fark vardır. p değeri

($p=0,000$) α (0,05) değerin den küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Sağlık hizmeti alan kişilerin başvurdukları aile sağlığı merkezinin bulunduğu hizmet bölgesi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.4.2. Yerleşim Türü

Tablo 3.25. Hizmet Alınan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Türüne Göre Dağılımı



Yerleşim Türü	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Kent	625	83,3	83,3
Kır	125	16,7	100
Toplam	750	100	

Araştırmanın hedef grupları içinde il veya ilçe merkezleri ve beldeler de dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılanlar içinde 625 kişi (%83,3) kentsel alanda aile hekimliklerinden hizmet almış iken, 125 kişi (%16,7) de kırsal tip aile sağlığı merkezlerinden hizmet almıştır.

Tablo 3.26. Hizmet Alınan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Türüne Göre Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Kır/Kent		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kent	Sıklık (f)	509	71	45	625
	G.İ. Yüzde (%)	81,4	11,4	7,2	100
	G.A. Yüzde (%)	85,1	78,9	72,6	83,3
	T. Yüzde (%)	67,9	9,5	6,0	83,3
Kır	Sıklık (f)	89	19	17	125
	G.İ. Yüzde (%)	71,2	15,2	13,6	100
	G.A. Yüzde (%)	14,9	21,1	27,4	16,7
	T. Yüzde (%)	11,9	2,5	2,3	16,7
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		7,811	2	0,020	

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile başvuru alan aile sağlığı merkezinin kır yâda kentte olması arasında farklılaşma olup olmadığı tablo 3.26'da gösterilmiştir.

Ankete katılanlar içinde kent merkezinde olanların aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini %81,4'ü (509 kişi) iyi, %11,4'ü orta ve % 7,2'si kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Kırsal bölgede hizmet alanlar içinde memnuniyet düzeyinin kent merkezine göre biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Verilere göre memnuniyetini iyi olarak niteleyenlerin oranı %71,2, orta olarak niteleyenlerin oranı %15,2, kötü olarak niteleyenlerin oranı %13,6'dır.

Gruplar arası tablo değerlendirildiğinde, iyi olarak niteleyenlerin içinde %85'i kent, %14,9'u kırsal bölgededir. Kötü olarak niteleyenlerin içinde %72,6'sı kent, %27,4'ü kırsal bölgededir.

Tüm katılımcılar içinde anketçilerin dağılımına bakıldığında, %67,9'su kent merkezli ve uygulamadan memnun olduğunu, %11,9'u kırsal merkezli ve uygulamadan memnun olduğunu ifade etmiştir. %15,5'i kentsel merkezli ve memnuniyet düzeyini

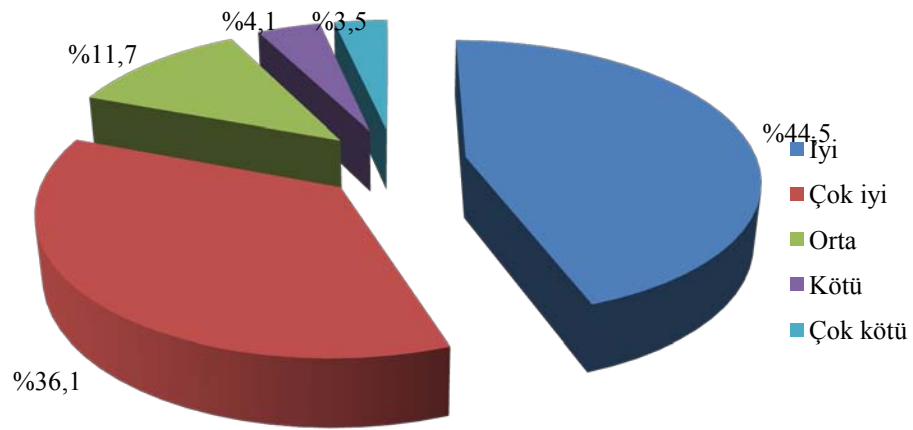
orta-kötü olarak, %4,8'si kırsal merkezli ve memnuniyetini orta-kötü olarak ifade etmiştir.

Tabloların analizi sonucunda aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile hizmet alınan aile sağlığı merkezinin kırsal yâda kentsel alanda olması arasında anlamlı bir farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,020$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Aile sağlığı merkezinin yerleşim türü ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.4.3. Ulaşılabilirlik Düzeyi

Tablo 3.27. Aile Hekimine Ulaşılabilirlik Düzeyinin Değerlendirilmesi



Ulaşılabilirlik Düzeyi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	334	44,5	44,5
Çok iyi	271	36,1	80,7
Orta	88	11,7	92,4
Kötü	31	4,1	96,5
Çok kötü	26	3,5	100
Toplam	750	100	

Sağlık kurumunun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik gibi konular hastaların memnuniyet derecesini yakından ilgilendirmektedir. Aile sağlığı merkezinin ulaşılabilirlik düzeyine ilişkin olarak araştırmaya katılanlardan, 605 kişi (%80,7) ulaşım şartlarını iyi, 88 kişi (%11,7) orta, 57 kişi (%7,6) kötü olarak belirtmiştir. Denizli ilinde ulaşılabilirlik düzeyindeki memnuniyetin bu denli yüksek

olmasında Denizli Sağlık Müdürlüğüne iyi planlama yapılmış olması yanında sistemin üzerine inşa edildiği eski sağlık ocaklarının yerleşke olarak iyi planlanmış olmasıdır.

Tablo 3.28. Aile Sağlığı Merkezine Ulaşım Şartları Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Başvurduğunuz aile hekiminize ulaşılabilme düzeyini (rahatlıkla ulaşabiliyor musunuz) değerlendiriniz		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık (f)	531	74	605
	G.İ. Yüzde (%)	87,8	12,2	100,0
	G.A. Yüzde (%)	88,8	48,7	80,7
	T. Yüzde (%)	70,8	9,9	80,7
Orta	Sıklık (f)	51	37	88
	G.İ. Yüzde (%)	58,0	42,0	100,0
	G.A. Yüzde (%)	8,5	24,3	11,7
	T. Yüzde (%)	6,8	4,9	11,7
Kötü	Sıklık (f)	16	41	57
	G.İ. Yüzde (%)	28,1	71,9	100,0
	G.A. Yüzde (%)	2,7	27,0	7,6
	T. Yüzde (%)	2,1	5,5	7,6
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100,0
	G.A. Yüzde (%)	100,0	100,0	100,0
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100,0
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,1442	2	0,000

Aile sağlığı merkezine ulaşılabilirlik düzeyi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında farklılaşma olup olmaması tablo 3.28’de verilmiştir.

Ankete katılmayı kabul eden kişiler içinde aile sağlığı merkezine ulaşım şartlarını iyi olarak ifade edenler içinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek olarak belirtenlerin oranı %87,8 (531 kişi), memnuniyet düzeyi düşük olarak belirtenlerin oranı %12,2’dir. Ulaşım düzeyi orta olanlardan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların oranı %58, düşük olanların oranı %42’dir. Aile sağlığı merkezine ulaşım şartlarını kötü olarak niteleyenlerin %28,1’i memnuniyetini yüksek % 71,9’u memnuniyetini düşük olarak açıklamıştır.

Gruplar arası verilere bakıldığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti yüksek olanlar içinde, ulaşım şartları iyi olanların oranı %88,8, orta olanların oranı %8,5 ve kötü olanların oranı %2,7'dir. Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşük olanlar içinde de %48,7'si ulaşım şartlarının iyi olanların, %24,3'ü orta olanların ve %27'si kötü olanların olduğu görülmektedir.

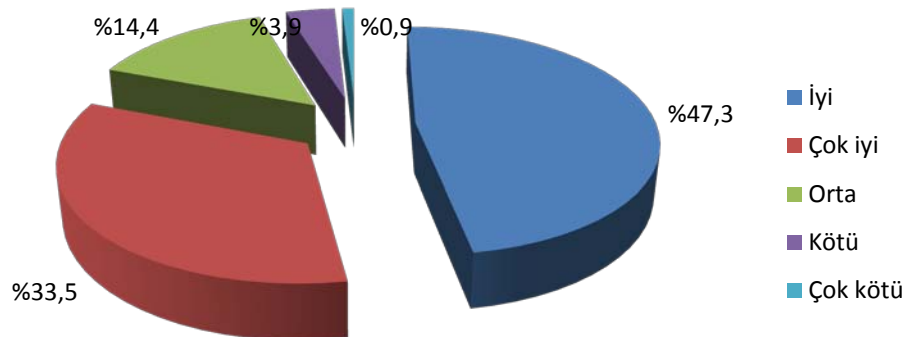
Genel katılımcı düzeyinde tablo ele alındığında %70'lik bir oranın aile hekimliği uygulamasından memnun olduğu ve ulaşım şartlarının da iyi olduğu görülmektedir. Yine ulaşım şartları iyi olup aile hekimliği uygulamasından memnuniyeti düşük olanların oranı %9,9'dur. Ulaşım şartları orta-kötü olanların %10,4'ü aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşüktür.

Sağlık kurumunun ulaşım şartları hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi kaçınılmazdır. Hastalık ve hastalık psikolojisi ile kötü olan fertlerin bir de zor ulaşım şartlarının bulunması memnuniyet düşürmesi doğaldır. Tabloların analizi sonucunda ulaşım şartları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,00$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Aile sağlığı merkezine ulaşım şartı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.4.4. Fiziki Koşul

Tablo 3.29. Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Durumunun Değerlendirilmesi



ASM Fiziki Koşulları	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	355	47,3	47,3
Çok iyi	251	33,5	80,8
Orta	108	14,4	95,2
Kötü	29	3,9	99,1
Çok kötü	7	0,9	100
Toplam	750	100	

Aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşullar olarak değerlendirilmesinde araştırmaya katılan 607 kişi (%80,8) iyi, 108 (%14,4) kişi orta, 36 (%4,8) kişi kötü olarak nitelendirmişlerdir. Fiziki koşul olarak da memnuniyetin yüksek olmasının nedeni yine bina olarak bakımları yapılmış olan eski sağlık ocaklarının kullanılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 3.30. Aile Sağlığı Merkezinin Fiziki Koşuluna İlişkin Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyinin Dağılımı

Başvurduğunuz aile hekimliğinizin fiziki koşulları (sıcaklık, temizlik, oturulacak yerler v.s.) konusunda görüşünüz nedir?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık (f)	529	77	606
	G.İ. Yüzde (%)	87,3	12,7	100
	G.A. Yüzde (%)	88,5	50,7	80,8
	T. Yüzde (%)	70,5	10,3	80,8
Orta	Sıklık (f)	56	52	108
	G.İ. Yüzde (%)	51,9	48,1	100
	G.A. Yüzde (%)	9,4	34,2	14,4
	T. Yüzde (%)	7,5	6,9	14,4
Kötü	Sıklık (f)	13	23	36
	G.İ. Yüzde (%)	36,1	63,9	100
	G.A. Yüzde (%)	2,2	15,1	4,8
	T. Yüzde (%)	1,7	3,1	4,8
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,158	2	0,000

Ankete katılan kişilerin başvuruda buldukları aile sağlığı merkezinin fiziki koşulları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyine ilişkin farklılaşma olup olmadığı tablo 3.30'da verilmiştir.

Aile sağlığı merkezinin fiziki durumunu iyi olarak belirten katılımcıların %87,3'ünün memnuniyet düzeyi yüksek, %12,7'sinin memnuniyet düzeyi düşüktür. Fiziki şartlarını orta olarak belirtenler içinde %51,9'u uygulamadan memnuniyeti yüksek, %48,1'i düşüktür. Fiziki şartlarını kötü olarak belirtenler içinde %36,1'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini yüksek olarak belirtmesine karşın %63,9'u uygulamadan memnuniyetini düşük olarak ifade etmiştir.

Gruplar arası veriler değerlendirildiğinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların %88,5'i aile sağlığı merkezinin fiziki şartlarını iyi, %9,4'ü orta ve %2,2'si kötü olarak belirtmiştir. Memnuniyet düzeyi düşük olanlarında %50,7'si fiziki şartları iyi, %34,2'si orta ve %15,1'i kötü olarak belirtmişlerdir.

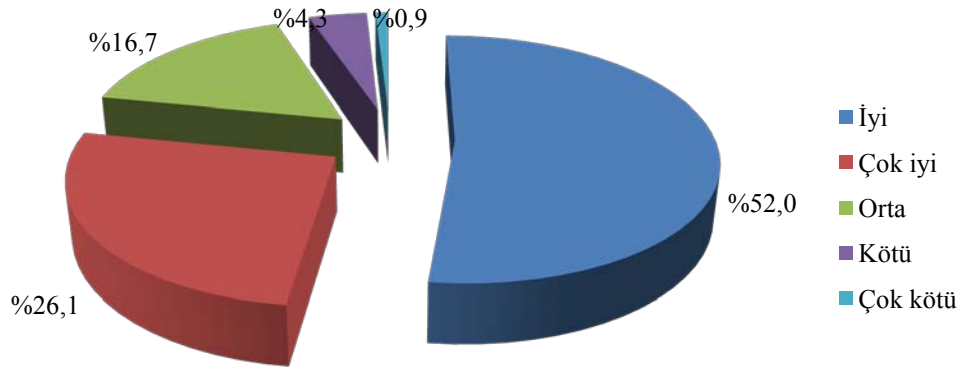
Tüm katılımcılar içinde tablo değerlendirildiğinde %70,5'i fiziki şartları iyi ve memnuniyet düzeyini yüksek olarak belirtmiştir. %10,3'ü fiziki şartlarını iyi ancak uygulamadan memnuniyet düzeyini düşük olarak belirtmiştir. Fiziki şartları orta olarak ifade eden %7,5'i memnuniyet düzeyini yüksek, %6,9'u memnuniyet düzeyini düşük olarak ifade etmiştir. %1,7'si fiziki şartları kötü ancak uygulamadan memnuniyeti yüksek, %3,1'i fiziki şartları kötü uygulamadan memnuniyeti de düşüktür.

Tablonun incelenmesi sonucunda sağlık kurumunun fiziki şartları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşma vardır. p değeri ($p=0,00$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1 H_0 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.4.5. Yönlendirme Yazı ve Levha Durumu

Tablo 3.31. Aile Sağlığı Merkezi İçindeki Yönlendirme Yazı ve Levha Durumu

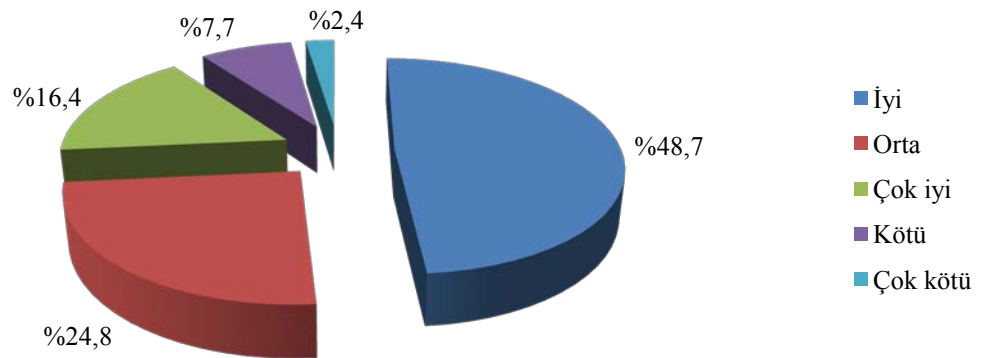


ASM Yönlendirme Yazı ve Levha Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	390	52,0	52,0
Çok iyi	196	26,1	78,1
Orta	125	16,7	94,8
Kötü	32	4,3	99,1
Çok kötü	7	0,9	100
Toplam	750	100	

Aile sağlığı merkezi içinde istenilen yerin yönlendirme yazı ve levha konusunda 586 kişi (%78,1) iyi olarak ifade ederken, 125 (%16,7) kişi orta, 39 kişi (%5,2) kötü olarak fikrini beyan etmiştir.

3.2.4.6. Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu

Tablo 3.32. Aile Sağlığı Merkezinin Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu



ASM Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	365	48,7	48,7
Orta	186	24,8	73,5
Çok iyi	123	16,4	89,9
Kötü	58	7,7	97,6
Çok kötü	18	2,4	100
Toplam	750	100	

Hasta muayenesinde, tanı ve tedavi sürecinde aile hekimine yardımcı olacak olan tıbbi cihaz ve donanımın önemi yadsınamaz. Ankete katılan kişilerin aile hekiminin tıbbi cihaz ve donanım yeterliliğine 488 kişi (%65,1) iyi olarak değerlendirirken 186 kişi (%24,8) orta, 76 kişi de (%10,1) kötü olarak değerlendirmektedir.

Tablo 3.33. Aile Sağlığı Merkezinin Tıbbi Cihaz ve Donanım Durumu Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı

Başvurduğunuz aile hekiminizin tıbbi cihaz ve donanımın yeterliliğini değerlendiriniz?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
İyi	Sıklık (f)	425	42	21	488
	G.İ. Yüzde (%)	87,1	8,6	4,3	100
	G.A. Yüzde (%)	71,1	46,7	33,9	65,1
	T. Yüzde (%)	56,7	5,6	2,8	65,1
Orta	Sıklık (f)	130	39	17	186
	G.İ. Yüzde (%)	69,9	21,0	9,1	100
	G.A. Yüzde (%)	21,7	43,3	27,4	24,8
	T. Yüzde (%)	17,3	5,2	2,3	24,8
Kötü	Sıklık (f)	43	9	24	76
	G.İ. Yüzde (%)	56,6	11,8	31,6	100
	G.A. Yüzde (%)	7,2	10,0	38,7	10,1
	T. Yüzde (%)	5,7	1,2	3,2	10,1
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		87,240	4	0,000	

Ankete katılan kişilerin başvurdukları aile sağlığı Merkezinin tıbbi donanım ve cihaz durumuna göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri Tablo 3.33'de verilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini iyi olarak ifade edenlerin dağılımına bakıldığında, %87,1'i donanım ve cihaz durumunu iyi, %69,9'u orta ve %56,6'sı kötü olarak nitelendirmişlerdir. Uygulamadan memnuniyetini kötü olarak ifade edenlerin dağılımı %4,3'ü donanım ve cihaz durumunu iyi, %9,1'i orta ve %31,6'sı kötü olarak nitelendirmişlerdir.

Gruplar arası veri dağılımına bakıldığında da aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi olarak ifade edenlerin içinde %71,1'i donanım ve cihaz durumunu iyi, %21,7'si orta ve %7,2'si kötü olarak görmektedir. Uygulamadan memnuniyeti kötü olarak ifade edenler içinde tıbbi donanım ve cihaz durumunun dağılımı %33,9'u iyi, %27,4'ü orta ve %38,7'si kötü şeklindedir.

Tablonun bütününe bakıldığında %56,7'si uygulamadan memnuniyetini iyi ile tıbbi donanım ve cihaz durumunu da iyi olarak ifade etmiştir. %17,3'ü uygulamadan memnuniyetini orta, %5,7'si kötü olarak ifade edip tıbbi donanım ve cihaz durumunu iyi olarak ifade etmiştir. Tıbbi donanım ve cihaz durumunu %8,4'ü iyi, %7,5'i orta ve %4,4'ü kötü olarak ifade edip uygulamadan memnuniyetini orta-kötü beyan etmiştir.

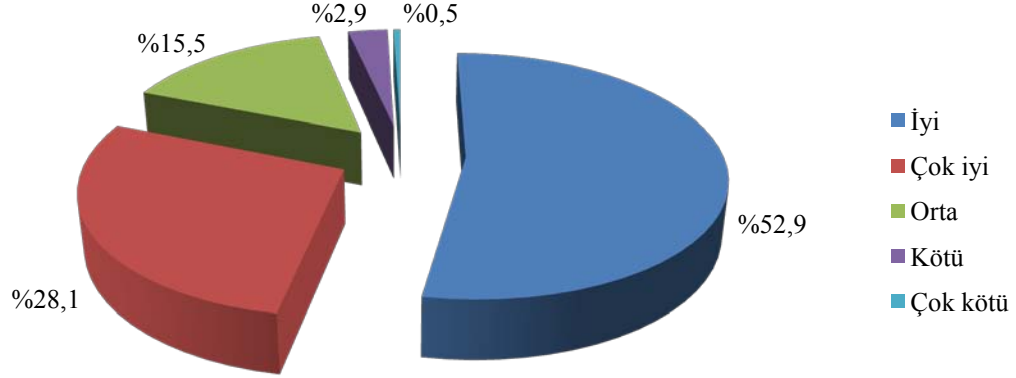
Veriler ışığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile aile sağlığı merkezinin tıbbi donanım ve cihaz durumu arasında anlamlı farklılaşma gözlenmektedir. p değeri ($p=0,00$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 3'e ilişkin olarak H_1 H_0 lehine kabul edilmiştir.

H₁: *Aile sağlığı merkezinin tıbbi cihaz ve donanım durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.*

3.2.5. Aile Hekimliğinde Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

3.2.5.1. Kayıt ve Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı

Tablo 3.34. Kayıt ve Tıbbi İşlem Uygulayan Personelin Davranışının Değerlendirmesi

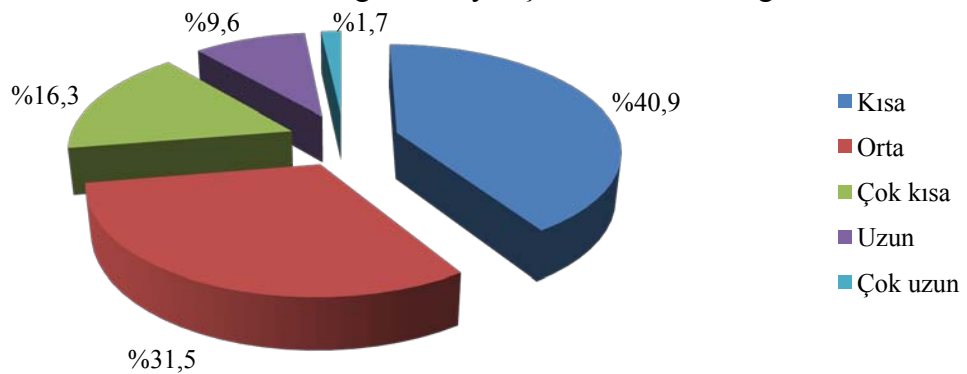


Kayıt ve Tıbbi İşlem Konusunda Personel Davranışı	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	397	52,9	52,9
Çok iyi	211	28,1	81,1
Orta	116	15,5	96,5
Kötü	22	2,9	99,5
Çok kötü	4	0,5	100
Toplam	750	100	

Ankete katılanlardan, kayıt işlemini gerçekleştiren personelin tutum ve davranışı konusunda 608 kişi (%81,1) iyi, 116 kişi (%15,5) orta, 26 kişi de (%3,4) kötü olarak görüşünü ifade etmiştir.

3.2.5.2. Kayıt Süresi

Tablo 3.35. Hastaların Aile Hekimliğinde Kayıt İşlem Süresinin Değerlendirmesi



Kayıt Süresi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Kısa	307	40,9	40,9
Orta	236	31,5	72,4
Çok kısa	122	16,3	88,7
Uzun	72	9,6	98,3
Çok uzun	13	1,7	100
Toplam	750	100	

Tablo 3.35’de görüldüğü gibi aile hekimliğinde kayıt işlemlerinin süresi konusunda 429 kişi (%57,2) sürenin kısa olduğunu, 236 kişi (%31,5) orta ve 85 kişi de (%11,3) sürenin uzun olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.36. Kayıt İşlemlerinin Süresi Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı

Aile hekimliğinde kayıt işlemlerinin süresi hakkında görüşünüz nedir?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kısa	Sıklık (f)	372	42	15	429
	G.İ. Yüzde (%)	86,7	9,8	3,5	100
	G.A. Yüzde (%)	62,2	46,7	24,2	57,2
	T. Yüzde (%)	49,6	5,6	2,0	57,2
Orta	Sıklık (f)	183	32	21	236
	G.İ. Yüzde (%)	77,5	13,6	8,9	100
	G.A. Yüzde (%)	30,6	35,6	33,9	31,5
	T. Yüzde (%)	24,4	4,3	2,8	31,5
Uzun	Sıklık (f)	43	16	26	85
	G.İ. Yüzde (%)	50,6	18,8	30,6	100
	G.A. Yüzde (%)	7,2	17,8	41,9	11,3
	T. Yüzde (%)	5,7	2,1	3,5	11,3
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		80,495	4	0,000	

Aile hekimliğinden hizmet alanların kayıt süresi ile uygulamadan memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.36’de verilmiştir.

Hizmet sektöründe bekleme süresi müşteri memnuniyeti belirleyici faktörlerinin başında gelmektedir. Bekleme süresi uzadıkça hizmetten memnuniyet düzeyi de düşmektedir. Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kayıt işlem süresini kısa olarak değerlendiren kişiler içinde %86,7’si (372 kişi) aile hekimliği uygulamasını iyi, %9,8’i orta ve %3,5’i kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Kayıt işlem süresini orta olarak

değerlendiren kişiler arasında %77,5'i uygulamayı iyi, %13,6'sı orta ve %8,9'u kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Kayıt süresini uzun olarak değerlendiren kişiler arasında da memnuniyet oranının daha düşük olduğu açık olarak görülmektedir. %50,6'sı uygulamadan memnun iken, %18,8'i orta ve %30,6'sı aile hekimliği uygulamasının kötü olduğunu ifade etmiştir.

Veriler gruplar arası değerlendirdiğinde aile hekimliği uygulamasını iyi olarak değerlendirenler arasında %62,2'si bekleme süresini kısa, %30,6'sı süreyi orta ve %7,2'si süreyi uzun bulmaktadır. Aile hekimliği memnuniyet düzeyini kötü olarak ifade edenler arasında ise dağılım; sürenin kısa olduğunu ifade edenlerin oranı %24,2, sürenin uzun olduğunu ifade edenlerin oranı %41,9 şeklindedir.

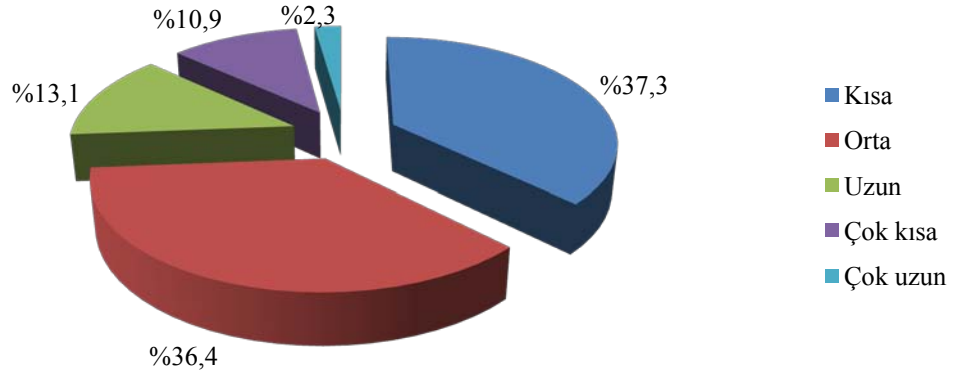
Ankete katılan kişilerin toplamında %49,6'sı aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi ve kayıt süresini kısa olarak değerlendirmiştir. %24,4'ü aile hekimliğinden memnun olup kayıt süresini orta olarak belirtmiştir. %5,7'si uygulamadan memnun ancak kayıt süresinin uzun olduğunu ifade etmiştir. Aile hekimliği uygulamasını kötü olarak ifade edenlerin içinde Kayıt süresini kısa olarak değerlendirenler oranı %2, kayıt süresini uzun değerlendirenlerin oranı ise %3,5'dir.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile kayıt işlemlerinin süresi arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılaşma gözlenmektedir. p değeri ($p=0,00$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.5.3. Bekleme Süresi

Tablo 3.37. Hastaların Aile Hekimliğinde Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi



Bekleme Süresi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Kısa	280	37,3	37,3
Orta	273	36,4	73,7
Uzun	98	13,1	86,8
Çok kısa	82	10,9	97,7
Çok uzun	17	2,3	100
Toplam	750	100	

Hastalarının memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün muayene olmak için uzun süre bekleme olduğu bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada, hastaların algıladıkları bekleme süresi kısaldığında daha memnun oldukları belirtilmiştir (Bursch vd (1993), Thompson vd. (1996) atfen Bulut, 2006: 289). Memnuniyet üzerine bu denli etkili olduğu belirtilen bekleme süresi konusunda ankete katılanlardan 362 kişi (%48,2) kısa, 273 kişisi (%36,4) orta, 115 kişisi de (%15,4) sürenin uzun olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.38. Bekleme Süresi Bağlamında Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyi Dağılımı

Aile hekimliğinde kayıt sonrasında muayene olabilmek için beklediğiniz süre konusunda görüşünüz nedir?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kısa	Sıklık (f)	307	39	16	362
	G.İ. Yüzde (%)	84,8	10,8	4,4	100
	G.A. Yüzde (%)	51,3	43,3	25,8	48,3
	T. Yüzde (%)	40,9	5,2	2,1	48,3
Orta	Sıklık (f)	227	28	18	273
	G.İ. Yüzde (%)	83,2	10,3	6,6	100
	G.A. Yüzde (%)	38,0	31,1	29,0	36,4
	T. Yüzde (%)	30,3	3,7	2,4	36,4
Uzun	Sıklık (f)	64	23	28	115
	G.İ. Yüzde (%)	55,7	20,0	24,3	100
	G.A. Yüzde (%)	10,7	25,6	45,2	15,3
	T. Yüzde (%)	8,5	3,1	3,7	15,3
Toplam	Sıklık (f)	598	90	62	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	12,0	8,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri	
		60,591	4	0,000	

Aile hekimliğinden hizmet alanların bekleme süresi ile uygulamadan memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.38’de verilmiştir.

Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların bekleme süresini kısa olarak değerlendiren kişiler içinde %84,8’i (307 kişi) aile hekimliği uygulamasını iyi, %10,8’i orta ve %4,4’ü kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Bekleme süresini orta olarak değerlendiren kişiler arasında %83,2’si uygulamayı iyi, %10,3’ü orta ve %6,6’sı kötü olarak fikrini beyan etmiştir. Bekleme süresini uzun olarak değerlendiren kişiler arasında da memnuniyetsizliğin daha yüksek olduğu açık olarak görülmektedir. %55,7’si uygulamadan memnun iken, %20’si orta ve %24,3’ü aile hekimliği uygulamasının kötü olduğunu ifade etmiştir.

Veriler gruplar arası değerlendirdiğinde aile hekimliği uygulamasını iyi olarak değerlendirenler arasında %51,3’ü bekleme süresini kısa, %38’i süreyi orta ve %10,7’si süreyi uzun bulmaktadır. Aile hekimliği memnuniyet düzeyini kötü olarak ifade edenler

arasında ise dağılımına bakıldığında; sürenin kısa olduğunu ifade edenlerin oranı %25,8, bekleme süresinin uzun olduğunu ifade edenlerin oranı %45,2 şeklindedir.

Ankete katılan kişilerin toplamında %51,3'ü aile hekimliği uygulamasından memnuniyetini iyi ve bekleme süresini kısa olarak değerlendirmiştir. %30,3'ü aile hekimliğinden memnun olup bekleme süresini orta olarak belirtmiştir. %8,5'i uygulamadan memnun ancak bekleme süresinin uzun olduğunu ifade etmiştir. Aile hekimliği uygulamasını kötü olarak ifade edenlerin içinde bekleme süresini kısa olarak değerlendirenler oranı %2,1, bekleme süresini uzun değerlendirenlerin oranı ise %3,7'dir.

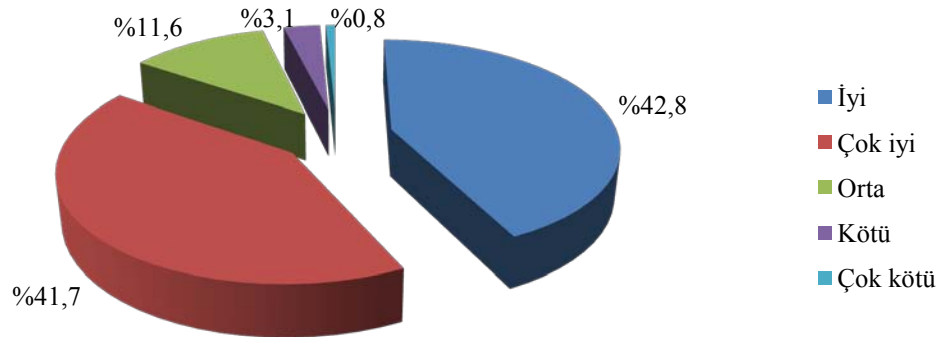
Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile kayıt işlemlerinin süresi arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılaşma gözlenmektedir. p değeri ($p=0,00$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 4'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.6. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Hekiminin Değerlendirilmesi

3.2.6.1. Aile Hekiminin Davranışı

Tablo 3.39. Aile Hekiminin Muayene Odasında Karşılama, Nezaket ve Davranışının Değerlendirmesi



Başvurulan Aile Hekiminin Davranışı	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	321	42,8	42,8
Çok iyi	313	41,7	84,5
Orta	87	11,6	96,1
Kötü	23	3,1	99,2
Çok kötü	6	0,8	100
Toplam	750	100	

Aile hekiminin kişilik özellikleri, gösterdiği nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Denizli ilinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin davranışlarından memnuniyet oranı %84,5'dir (634 kişi). 87 kişi (%11,6) aile hekiminin kendisine karşı olan davranış değerlendirmesini orta, 29 kişi de(%3,9) kötü olarak belirtmiştir.

Tablo 3.40. Aile Hekimi Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Olan Etkisi

Aile hekiminizin muayene odasında sizi karşılama, nezaketi ve size olan davranışını nasıl değerlendirirsiniz?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık (f)	541	93	634
	G.İ. Yüzde (%)	85,3	14,7	100
	G.A. Yüzde (%)	90,5	61,2	84,5
	T. Yüzde (%)	72,1	12,4	84,5
Orta	Sıklık (f)	52	35	87
	G.İ. Yüzde (%)	59,8	40,2	100
	G.A. Yüzde (%)	8,7	23,0	11,6
	T. Yüzde (%)	6,9	4,7	11,6
Kötü	Sıklık (f)	5	24	29
	G.İ. Yüzde (%)	17,2	82,8	100
	G.A. Yüzde (%)	0,8	15,8	3,9
	T. Yüzde (%)	0,7	3,2	3,9
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
Anamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,038	2	0,000

Sağlık hizmeti almak üzere Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyetinin hizmet aldıkları aile hekiminin davranışından etkilenip etkilenmediği tablo 3.40'da verilmiştir.

Hastalık psikolojisi içerisindeki kişiler normal insanlara nazaran daha alıngan ve duygusal olmaktadır. Kişiyeye gösterilen ilgi ve iyi davranış ayrı bir önem taşımaktadır. Aile hekiminin karşılaması, nezaketi ve davranışını iyi olarak ifade edenler içerisinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanların oranı %85,3 (541 kişi), düşük olanların oranı %14,7'dir. Aile hekimi davranışını orta olarak ifade eden kişiler içinde %59,8'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek, %40,2'sinin düşüktür. Aile hekimi davranışını kötü olarak ifade edenlerin ise %17,2'si aile hekimliği uygulamasından memnun iken %82,8'si memnun değildir.

Gruplar arası veriler ele alındığında, aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek olarak ifade edenlerin dağılımına bakıldığında; aile hekiminin karşılama şekli, nezaketini ve davranışını iyi olarak belirtenlerin oranı %90,5'dir (541 kişi). Orta ve kötü olarak belirtenlerin oranı %9,5'dir. aile hekimi davranışını iyi olarak ifade edip aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini düşük olarak ifade edenlerin oranı %61,2, aile hekiminin davranışını orta ve kötü olarak ifade edenlerin oranı %38,8'dir.

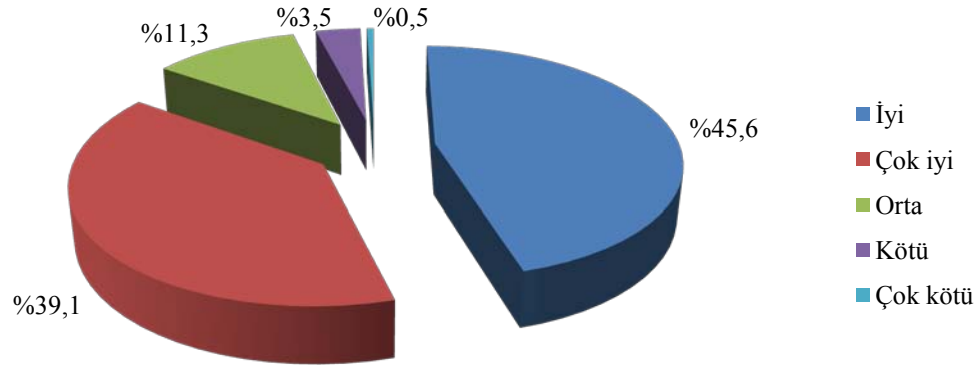
Toplamda tablo dağılımına bakıldığında %72,1'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile hekiminin davranışını iyi olarak ifade etmektedir. %12,4'ü aile hekiminin davranışını iyi olarak değerlendirirken aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşüktür. %0,8'i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile hekimi davranışını kötü olarak ifade etmiştir. %3,2'si de aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini düşük, aile hekimi davranışını da kötü olarak ifade etmiştir.

Verilerin karşılaştırılması sonucunda aile hekiminin karşılaması, nezaketi ve hastaya olan davranış ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmektedir. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H₁: Aile hekiminin hastayı karşılaması, nezaket göstermesi ve davranışları ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.6.2. Muayene İletişimi

Tablo 3.41. Aile Hekiminin Muayenesi, Muayene Esnasında Dinlemesi ve Soru Sorulmasına Zaman Tanımasının Değerlendirilmesi

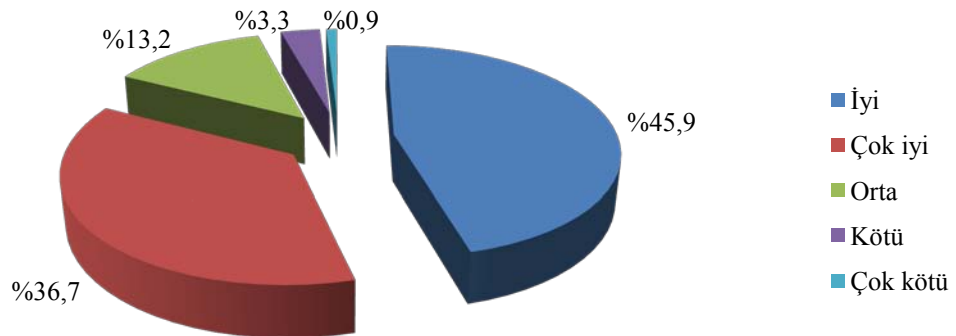


Aile Hekiminin Muayene ve İletişimi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	342	45,6	45,6
Çok iyi	293	39,1	84,7
Orta	85	11,3	96,0
Kötü	26	3,5	99,5
Çok kötü	4	0,5	100
Toplam	750	100	

Aile hekiminin muayene sırasında kendisini dinlemesi ve kendisinin soru sormak için zaman tanınması konusunda ankete katılanlardan 635 kişi (%84,7) iyi, 85 kişi (%11,3) orta ve 30 kişi (%4,0) kötü olarak değerlendirmiştir.

3.2.6.3. İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilendirme

Tablo 3.42. Aile Hekiminin İlaç Kullanımı ve Yan Etkisi Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi

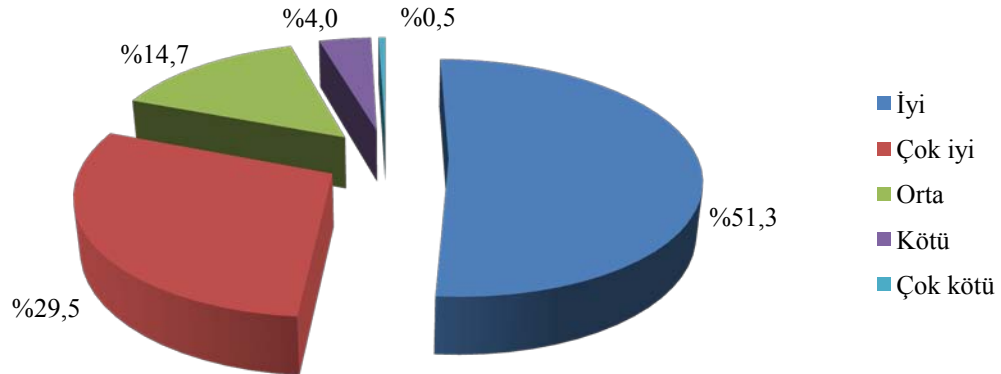


İlaç Kullanımı Hakkında Bilgilendirilme	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	344	45,9	45,9
Çok iyi	275	36,7	82,5
Orta	99	13,2	95,7
Kötü	25	3,3	99,1
Çok kötü	7	0,9	100
Toplam	750	100	

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin daha etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasını sağlamaktadır. Akılcı ilaç kullanımını sağlamak, başta hekim ve eczacılar olmak üzere sağlık personelinin görevidir. Ankete katılan kişilerden aile hekiminin ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgilendirmesini, 619 kişi (%82,5) iyi, 99 kişi (%13,2) orta ve 32 kişisi de (%4,2) kötü olarak değerlendirmiştir.

3.2.6.4. Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme

Tablo 3.43. Aile Hekiminin Yapılacak Tetkik ve Tedavinin Ayrıntıları Konusunda Bilgilendirmesinin Değerlendirilmesi



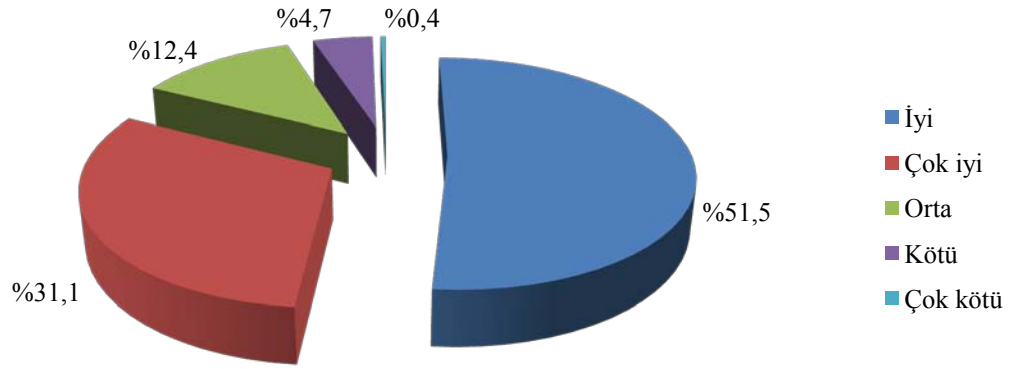
Tetkik ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	385	51,3	51,3
Çok iyi	221	29,5	80,8
Orta	110	14,7	95,5
Kötü	30	4,0	99,5
Çok kötü	4	0,5	100
Toplam	750	100	

Hasta; hastalığını, işlemleri ve tedavi süreçlerini, iyileşme zamanını merak etmekte ve endişe duymaktadır. Kuşkusuz hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, hasta ve yakınlarının memnuniyetini artıracaktır. Aile hekiminin tetkik ve tedavi ayrıntıları konusunda bilgilendirmeyi ankete katılanlardan 606 kişi (%80,8) iyi, 110 kişi (%14,7) orta, 34 kişi (%4,5) kötü olarak değerlendirmiştir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma,

hem de bu hizmeti veren sağlık ekibi-ne daha çok güven duymaktadır (Walker ve ark. atfen Yılmaz, 2001: 73)

3.2.6.5. Sağlık Bilgi ve Kayıtların İzlenmesi

Tablo 3.44. Aile Hekiminin, Sağlık Bilgi ve Kayıtları İzlemesi (Aşılama, Bebek İzlem, Gebe Takip, Hastalık Takibi vb.) Konusunda Değerlendirilmesi



Sağlık Bilgi ve Kayıtların İzlenmesi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	386	51,5	51,5
Çok iyi	233	31,1	82,5
Orta	93	12,4	94,9
Kötü	35	4,7	99,6
Çok kötü	3	0,4	100
Toplam	750	100	

Tıbbi kayıt, aile hekimleri için çok önemlidir. Hastanın kaydının düzenli tutulması takibini ve tıbbi bakımını da kolaylaştıracaktır. Bu anlamda ankete katılanlardan kayıtların tutulması ile ilgili olarak 619 kişi (%82,5) iyi, 93 kişi (%12,4) orta ve 38 kişisi de (%5,1) kötü olarak belirtmiştir.

Tablo 3.45. Sağlık Bilgi ve Kayıtlarının Tutulmasına İlişkin Aile Hekimliği Uygulaması Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Aile hekiminizin, sağlık bilgi ve kayıtlarınızı izlemesi (aşılama, bebek izlem, gebe takip, hastalık takibi vb.) konusunda yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık (f)	541	78	619
	G.İ. Yüzde (%)	87,4	12,6	100
	G.A. Yüzde (%)	90,5	51,3	82,5
	T. Yüzde (%)	72,1	10,4	82,5
Orta	Sıklık (f)	48	45	93
	G.İ. Yüzde (%)	51,6	48,4	100
	G.A. Yüzde (%)	8,0	29,6	12,4
	T. Yüzde (%)	6,4	6,0	12,4
Kötü	Sıklık (f)	9	29	38
	G.İ. Yüzde (%)	23,7	76,3	100
	G.A. Yüzde (%)	1,5	19,1	5,1
	T. Yüzde (%)	1,2	3,9	5,1
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,419	2	0,000

Ankete katılan kişilerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ile aile hekiminin kişi sağlık bilgi ve kayıtlarının izlemesi değerlendirmesi arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.45’de gösterilmiştir.

Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet derecesi yüksek olarak değerlendirenlerin dağılımına bakıldığında, aile hekiminin sağlık bilgi ve kayıtlarını iyi olarak betimleyenlerin oranı %87,4, orta olarak betimleyenlerin oranı %51,6 ve kötü olarak betimleyenlerin oranı %23,7’dir. Diğer yandan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet derecesi düşük olarak değerlendirenlerin içinde de dağılım; sağlık bilgi ve kayıtlarını değerlendirmesini %12,6’si iyi, %48,4’ü orta ve %76,3’ü kötü olarak yapmıştır.

Gruplar arası tablo ele alındığında aile hekiminin sağlık bilgi ve kayıt durumunu iyi olarak değerlendirenler içinde %90,5’i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek, %51,3’ünün memnuniyet düzeyi düşüktür. Sağlık bilgi ve kayıtlarını orta-kötü olarak değerlendiren kişiler içinde %9,5’i aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek, %38,7’si düşük olarak belirtmiştir.

Ankete katılmayı kabul eden kişiler arasında en yüksek oran %72,1 ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile hekiminin sağlık bilgi ve kayıt durumunu iyi olarak ifade etmiştir. Bunun yanında da %10,4'lük bir katılımcı kesimi de sağlık bilgi ve kayıt durumunu iyi olarak ifade ederken aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşüktür.

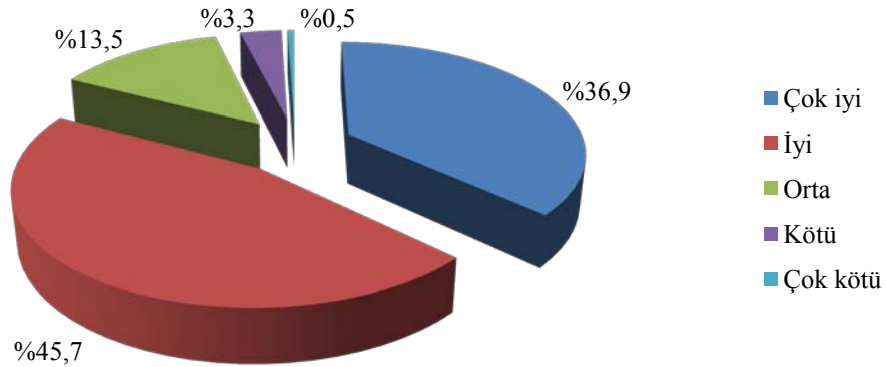
Veriler ışığında tablo değerlendirildiğinde aile hekiminin sağlık bilgi ve kayıt durumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir farklılaşma söz konusudur. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 5'e ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

H_1 : Aile hekiminin hasta sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi (aşılama, bebek izlem, gebe takip, hastalık takibi vb.) ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır.

3.2.7. Hizmet Sunumunda Bulunan Aile Sağlığı Elemanının Değerlendirilmesi

3.2.7.1. Aile Sağlığı Elemanının Davranışı

Tablo 3.46. Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının (Ebe/Hemşire/Sağlık Memuru) Davranışının Değerlendirilmesi



Aile Sağlığı Elemanının Davranışı	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	343	45,7	45,7
Çok iyi	277	36,9	82,7
Orta	101	13,5	96,1
Kötü	25	3,3	99,5
Çok kötü	4	0,5	100
Toplam	750	100	

Sağlık hizmeti sunum modeli olarak aile hekimliği sisteminde aile hekiminin genel davranış durumu hasta memnuniyeti üzerinde ne kadar etkili ise aile hekimliği sisteminde ikinci kişisi olan aile sağlığı elemanının davranışı da hasta memnuniyetini etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu katılımcı olmasını sağlamaktadır. Aile sağlığı elemanının göstermiş olduğu tutum ve davranışa katılımcılardan 620 kişi (%82,7) iyi, 101 kişi (%13,5) orta, 29 kişi (%3,8) kötü olarak belirtmiştir.

Tablo 3.47. Aile Sağlığı Elemanının Hastaya Karşı Davranışının Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Aile hekimliğinde size hizmet veren aile sağlığı elemanının (ebe/hemsire/sağlık memuru) davranışını nasıl değerlendirirsiniz?		Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?		
		Yüksek	Düşük	Toplam
İyi	Sıklık (f)	540	80	620
	G.İ. Yüzde (%)	87,1	12,9	100
	G.A. Yüzde (%)	90,3	52,6	82,7
	T. Yüzde (%)	72,0	10,7	82,7
Orta	Sıklık (f)	52	49	101
	G.İ. Yüzde (%)	51,5	48,5	100
	G.A. Yüzde (%)	8,7	32,2	13,5
	T. Yüzde (%)	6,9	6,5	13,5
Kötü	Sıklık (f)	6	23	29
	G.İ. Yüzde (%)	20,7	79,3	100
	G.A. Yüzde (%)	1,0	15,1	3,9
	T. Yüzde (%)	0,8	3,1	3,9
Toplam	Sıklık (f)	598	152	750
	G.İ. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
	G.A. Yüzde (%)	100	100	100
	T. Yüzde (%)	79,7	20,3	100
Anlamlılık Testi		Ki-Kare Değeri	Sd	P Değeri
		1,332	2	0,000

Sağlık hizmeti sunucu olan aile sağlığı elemanının hizmet alıcısı kişiye yönelik olan davranışının aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi üzerinde bir farklılaşma olup olmadığı tablo 3.47’de verilmiştir.

Aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak değerlendirenler içinde %87,1’i (540 kişi) aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini yüksek, %12,9’u memnuniyet düzeyini düşük olarak belirtmiştir. Aile sağlığı elemanının davranışını orta olarak ifade edenlerin %51,5’i memnuniyet düzeyini yüksek, %48,5’i memnuniyet

düzenini düşük olarak belirtmiştir. Aile sağlığı elemanının davranışını kötü olarak değerlendirenlerin %20,7'si aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olmasına karşın %79,3'lük bir kesim uygulamadan memnuniyet düzeyi düşüktür.

Gruplar arası tablo ele alındığında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek olanlar içinde dağılım; %90,3'ü aile sağlığı eleman davranışını iyi, %8,7'si sağlığı eleman davranışını orta ve %1'i de sağlığı eleman davranışını kötü olarak belirtmiştir. Diğer taraftan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini düşük olarak betimleyen kesim dağılımında %51,6'sı aile sağlığı eleman davranışını iyi, %47,3'ü sağlığı eleman davranışını orta-kötü olarak değerlendirmiştir.

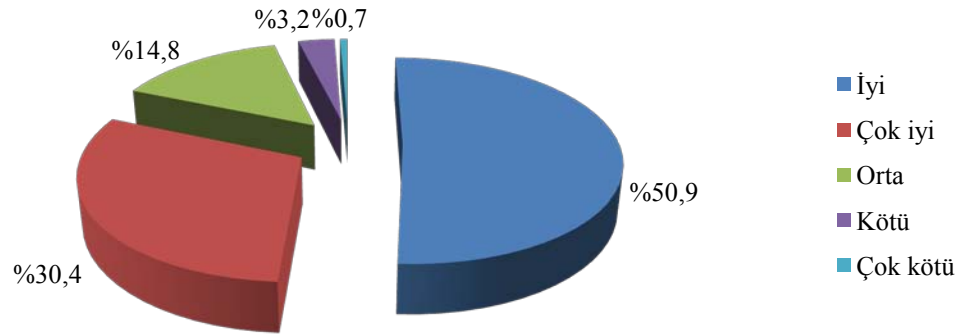
Tüm katılımcılar içinde %72'si aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi yüksek ve aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak değerlendirmektedir. %10,7'si de yine aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak değerlendirirken aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşüktür.

Tablodaki veriler aile sağlığı elemanının hastaya olan davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında bir farklılaşma söz konusu olduğunu göstermektedir. p değeri ($p=0,000$) α (0,05) değerinden küçük olduğu için, Hipotez 6'ya ilişkin olarak H_1 , H_0 lehine kabul edilmiştir.

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

3.2.7.2. Aile Sağlığı Elemanının Hizmet Sunumu

Tablo 3.48. Hizmet Sunan Aile Sağlığı Elemanının (Ebe/Hemşire/Sağlık Memuru) Vermiş Olduğu Tıbbi Hizmetinin Değerlendirilmesi



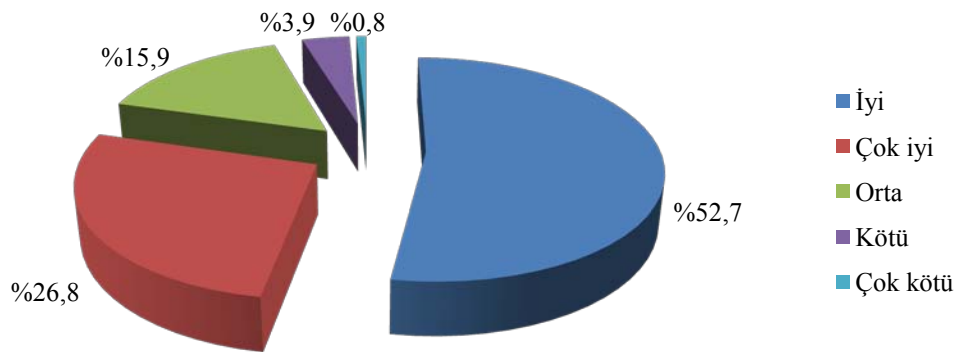
Aile Sağlığı Elemanının Hizmet Sunumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	382	50,9	50,9
Çok iyi	228	30,4	81,3
Orta	111	14,8	96,1
Kötü	24	3,2	99,3
Çok kötü	5	0,7	100
Toplam	750	100	

Aile sağlığı elemanının vermiş olduğu tıbbi hizmet sunumunu 610 kişi (%81,3) iyi, 111 kişi (%14,8) orta, 29 kişi (%3,9) kötü olarak değerlendirmiştir.

3.2.8. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

3.2.8.1. Sunulan Hizmetin Değerlendirmesi

Tablo 3.49. Aile Hekimliğince Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

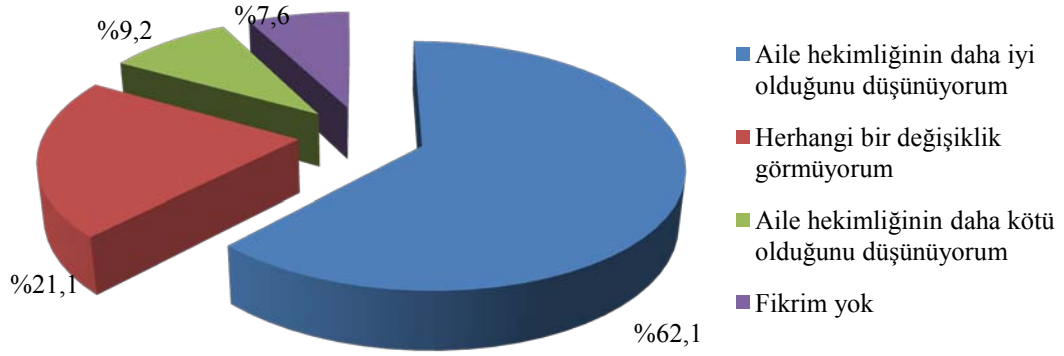


ASM Sunulan Hizmetin Değerlendirmesi	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
İyi	395	52,7	52,7
Çok iyi	201	26,8	79,5
Orta	119	15,9	95,3
Kötü	29	3,9	99,2
Çok kötü	6	0,8	100
Toplam	750	100	

Başvurulan aile hekimliğinde, verilen hizmetten genel memnuniyet hakkındaki sorulan soruya Tablo 3.49’da yer alan yanıtlar alınmıştır. Buna göre, 596 kişi (%79,5) iyi, 119 kişi (%15,9) orta, 35 kişi (%4,7) kötü olarak değerlendirmektedir.

3.2.8.2. Eski ve Yeni Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 3.50. Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Ocakları Sistemine Göre Değerlendirilmesi

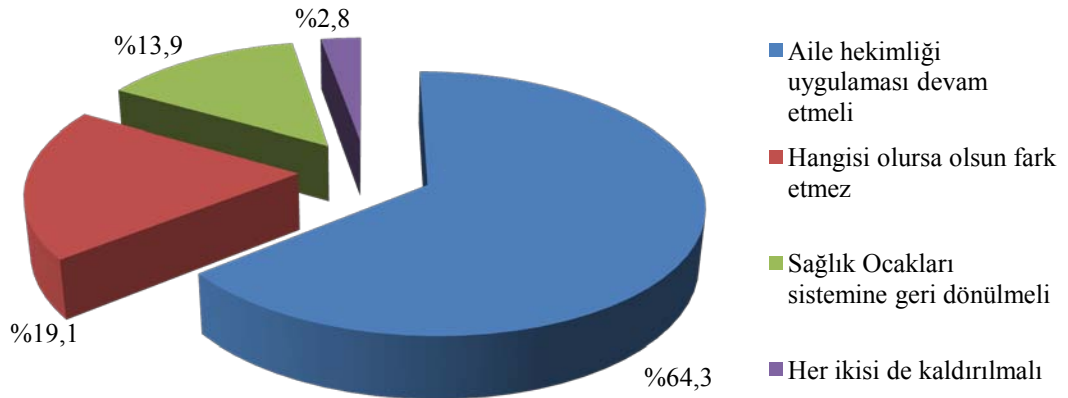


Eski ve Yeni Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Aile hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum	466	62,1	62,1
Herhangi bir değişiklik görmüyorum	158	21,1	83,2
Aile hekimliğinin daha kötü olduğunu düşünüyorum	69	9,2	92,4
Fikrim yok	57	7,6	100
Toplam	750	100	

Tablo 3.50’de görüldüğü üzere ankete katılanlardan %62,1’i (466 kişi) aile hekimliği sisteminin daha iyi olduğunu ifade etmektedir. Ancak %37,9’luk (284 kişi) bir oranın da sistemden memnun olmadıkları, herhangi bir değişiklik görmemeleri yâda fikrinin olmaması da aile hekimliği sisteminin tam manasıyla oturmadığını göstermektedir.

3.2.8.3. Tercih

Tablo 3.51. Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri Arasında Tercih Durumu



Eski ve Yeni Sağlık Sistemleri Arasında Tercih Durumu	Sıklık (f)	Yüzde (%)	T. Yüzde (%)
Aile hekimliği uygulaması devam etmeli	482	64,3	64,3
Hangisi olursa olsun fark etmez	143	19,1	83,3
Sağlık Ocakları sistemine geri dönülmeli	104	13,9	97,2
Her ikisi de kaldırılmalı	21	2,8	100
Toplam	750	100	

İnsan duygusal bir yapıya sahiptir ve tüm tavır davranışları alışkanlıklarına, kültürüne, algılayışına, yaratıcılığına bağlı olarak şekillenmektedir. İnsan psikolojisi için sevinmek, kıskanmak, heyecanlanmak kadar doğal olan bir başka davranışta direnmektir, tepki vermektir. Her ne kadar doğru da olsa, insan her zaman yeniliklere karşı kapalı ve ön yargıyla yaklaşmaktadır. Yerleşmiş bulunan sağlık ocakları sistemi de insanlarda alışkanlıklar oluşturmuştur. Aile hekimliği uygulaması ile eski sağlık ocakları sistemi arasında tercih yapılması konusunda ankete katılanlardan, 482 kişisi (%64,3) aile hekimliğinin devam etmesi gerektiğini, 143 kişi (%19,1) fark etmediğini, 104 kişi (%13,9) sağlık ocakları sistemine geri dönülmesi gerektiğini, 21 kişi de (%2,8) her iki uygulamanın kaldırılması gerektiği yönünde fikir beyan etmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, Denizli ilinde aile sağlığı merkezlerinden sağlık hizmeti alan kişilere uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinden hareketle, öncelikle konunun kuramsal boyutunu ele almıştır. Alan araştırması çerçevesinde, sağlık hizmeti sunulan kişiler üzerinde yapılan anket çalışması ile sorunlar tespit edilerek, daha kaliteli ve etkili bir sağlık hizmetinin sunumu için öneriler geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, Denizli ilinde kişilerin aile hekimliği uygulamasından duyulan memnuniyet düzeyinden yola çıkılarak, ülkemizde sağlık hizmet sunum modeli olarak yerleştirilmek istenen aile hekimliği uygulamasının daha kaliteli ve etkili hizmet modeli olması bakımından bilimsel temele oturmuş bir bakış açısı geliştirmektir.

Sağlığın, acil ve ertelenemez nitelikte olmasının yanında ikamesinin de bulunmaması ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır. İnsan varoluşundan bu yana hayatını devam ettirebilmek ve sağlıklı bir hayat sürdürebilmek için çaba sarf etmektedir. Sağlık kavramına ilişkin olarak her kesimin uzlaştığı bir tanımlamanın yapılamamış olması kavramın göreceli olduğunun sonucudur. Bu anlamda sağlık kavramı kişiden kişiye değişmektedir. DSÖ tarafından sağlık; hastalık yâda sakatlık durumunun olmayışının yanında bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam iyilik hali olarak ifade edilmektedir.

Sağlık hizmet sunumu ile sağlıklı birey ve sağlıklı bir çevre amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetleri karmaşık ve değişken olması yanında devamlılık arz eden bir hizmet türüdür. Ülkemizde sağlık hizmet sunumu özel sektör kuruluşları tarafından verilmekle birlikte, vatandaşlarına yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak devletin başlıca görevidir. Hizmet sektörü devamlı gelişmekte ve bu gelişime paralel olarak da işletmeler müşteri beklenti ve isteklerine yönelik iyileştirmeler yapmaktadır. Diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de iyileştirme amaçlı değişiklikler yapılmalıdır. Söz konusu iyileştirmenin kamu hizmetlerinde kaliteli hizmet amaçlı

olabilmesinin şartı da, kamu yönetiminin kaliteli hizmeti nasıl anladığı ve hedef kitlenin tepkilerine, istek ve beklentilerine ne derecede karşılacağı ile yakından ilgilidir.

Yönetimler daha iyi işleyen bir sağlık sistemi oluşturmak adına, sürekli olarak gelişim içerisinde. Geçmişte sağlık hizmetlerinde temel amaç hastalığın tedavisi ve hastalıktan koruma iken günümüzde ise bu amaca sağlık hizmeti alan kişinin memnuniyeti öncelikli olarak eklenmiştir. Yönetim için nitelikli ve kaliteli sağlık hizmet sunumu asli görev olarak görülmektedir. nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti amacına ulaşabilmek için üst yönetimle birlikte, hizmet sunumunda bulunan herkesin kaliteyi önemsemesi ve müşteri ilişkilerinde müşteri memnuniyetini ön planda tutması gereklidir.

Uzmanlık dalı olarak aile hekimliği eski olmasına karşın hizmet sunum modeli olarak özellikle ülkemiz açısından yeni bir uygulama alanıdır. Aile hekimliği ile kişilerin daha nitelikli ve kaliteli bir sağlık hizmeti alması amaçlanmaktadır. Kişiye yönelik olması, bireyi ailesi, çevresi ile bir bütün olarak ele alması, hizmet sunan aile hekiminin kişi ile ilişkilerinin birebir olması gibi durumlar sistem olarak aile hekimliği uygulamasını başarıya götürebilecek anahtarlardır.

Hizmet sektöründe müşteri memnuniyeti ne kadar önem taşıyor ise sağlık sektöründe de hasta memnuniyeti o kadar önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri için temel amaç, hastasına kaliteli ve beklentisini karşılayabilecek bir sağlık hizmeti sunarak, hastalıklara karşı korumak, hastalık durumunda da tedavi etmektir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltmek adına hizmet vermekte olan personelin bilgi, tutum ve davranışlarının iyileştirilmesi gerekmektedir. İyileştirmenin en iyi yolu personelin eğitimi ve motive edilmesidir.

Sağlık sektöründe hasta ve çalışan memnuniyeti büyük önem taşımaktadır. Sağlık işletmelerinin iş hayatının devamlılığı açısından gerek özel sektör gerekse kamu sektörü hasta memnuniyetine büyük önem vermeleri gerekmektedir. Özellikle özel sektör müşteri memnuniyeti alanında daha başarılı olduğu ve devamlı arayışlar içinde olduğu da bir gerçektir. Son yıllarda kamu alanında hasta memnuniyetini artırmak anlamında da ciddi çalışmalar göze çarpmaktadır.

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumu, hasta ile hizmet sunucusunun etkileşimi, hizmetin sürekliliği, sunulan hizmetin yeterliliği ve iletişim açısından çok boyutlu bir kavramdır. Bu amaçla hasta memnuniyeti, sunulan sağlık hizmetinin sonucu ve hizmet kalitesinin göstergesidir.

Hasta memnuniyeti ölçümünde amaç, sadece sağlık hizmetlerinden hastaların memnuniyet düzeyini belirlemek değil, sağlık işletmelerinin de kendi performanslarını geliştirmek ve hastaların istek ve beklentileri doğrultusunda politikalar üretme amacıyla olmalıdır. Aile hekimine bağlı hastaların, sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olmaması durumunda hekim değişikliğine gidebilecekleri ve bu durumda da hasta başına ücret ödenen aile hekiminin maddi olarak kaybı söz konusu olacaktır.

Hasta memnuniyeti genel anlamda hasta beklentilerinin karşılanması yâda hastaların aldıkları sağlık hizmetini nasıl algıladıklarıyla yakından ilişkilidir. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve sağlık hizmetini sunan personelin davranışı oluşturmaktadır. Yapılan bu araştırma ile aile hekimliği uygulamasından hizmet alan kişilerin memnuniyetinin araştırılması amaçlanmış ve bu amaca yönelik hipotezler hazırlanmıştır. Hasta memnuniyetinin ölçülmesine dair yapılan araştırmalar, hasta memnuniyeti ve tatminine ilişkin olarak yön göstermektedir. Kurumlar bu şekilde eksik yönlerini tespit ederek gerekli düzenlemelere gidebilmektedir. Denizli ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeyinin kısmen ölçülmesi başta Denizli olmak üzere aile hekimliği uygulanmakta olan diğer iller açısından da yol gösterici olabilecektir.

Denizli ilinde aile hekimi tarafından sağlık hizmeti sunulan kişi üzerinde yapılan alan araştırması yöntemiyle desteklenen çalışma, 30 önermeden oluşan yazılı anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Anketin ilk 7 önermesi demografik bilgileri tespit etmek amacıyla yöneliktir. Kalan 23 önerme ise, aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi, hizmet sunulan sağlık kurumunun mekânının değerlendirilmesi, kayıt öncesi ve sonrası hizmeti, aile hekimi ve aile sağlığı elemanının davranışı ve aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyet başlıkları altında toplanmaktadır.

Anket Denizli ilinde mevcut 5 sosyo-ekonomik gelişmişlik endeksi bölgesi ve kent/kır ayırımına tabi tutularak her birinden birer örnek içerecek şekilde seçilen aile hekiminden hizmet alan ve ankete katılmayı kabul eden 750 kişiye uygulanmıştır. Anket çalışmasının kişilerin hizmeti aldıkları mekânda yapılmış olması, çalışmayı gereksiz görmeleri ve hizmet almış oldukları aile hekimine karşı deşifre olmalarından duydukları endişe çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur. Anket uygulaması yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış olup anlaşılmayan sorularda da gerekli açıklamalarda bulunulmuştur.

Araştırmada öne sürülen 6 hipotez şu başlıklar altında ele alınmaktadır:

Aile hekimlerinden sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet düzeyleri, demografik özelliklerine, sağlık sorunlarında tercih ettikleri kuruma, hizmet verilen sağlık kurumunun özelliğine, muayene öncesi sunulan hizmete, aile hekimi ve aile sağlığı elemanının sunduğu hizmet ile davranışına bağlamında farklılaşma olacağı öngörülmektedir.

Araştırmaya ilişkin bulgular:

Genel olarak aile hekimliği değerlendirilmesinde ankete katılan kişilerin %80'ine yakın bir oranının uygulamadan memnun olduğu görülmektedir (Tablo 3.4). Bu anlamda Denizli ilinde pilot olarak uygulamaya konulan aile hekimliği modeli memnuniyet bazında başarılı olduğu söylenebilir. Kaliteli ve etkili bir sağlık hizmet sunumu için, %20'lik bir kesimin de aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi düşük olmasının nedenleri araştırılmalı, araştırma sonucuna göre stratejiler geliştirilmeli ve uygulamada devamlılık sağlanmalıdır.

Araştırma sonuçlarına göre; ankete katılan kişilerin büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 3.5). Medeni durum olarak çoğunluğunun evli olduğu (Tablo 3.7), katılımcıların yarıya yakın kesimi de 21-40 yaş grubuna dâhil (Tablo 3.9) olduğu görülmektedir. Daha çok SSK mensubu olan hastaların (Tablo 3.15) eğitim durumu genelde ilkokul ve lise mezunu düzeyindedir (Tablo 3.11). Aylık gelir düzeyine göre katılımcıların %93'ü yoksulluk sınırının altında olup (Tablo 3.16) yarıya yakın bir kesim işçi, ev hanımı, vasıfsız işçi ve işsiz kesimine dâhildir (Tablo 3.14).

Aile hekimliği uygulamasının benimsenmesi bakımından aile hekimine başvuru nedeni olarak muayene olmak ve sağlık sorunlarında başvuru noktası olarak aile hekiminin seçilmiş olması anlamlıdır (Tablo 3.17). Aile hekimliği uygulaması konusunda kişilerin çoğunluk olarak sağlık personeline bilgilendirilmiş olmasında (Tablo 3.21) Denizli Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan çalışmaların katkısı yadsınamaz.

Kişilerin demografik özelliklerine göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi ele alındığında; anlamlı bir farklılaşmalar görülmektedir (H_1 : *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*). Yapılan çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3.6). Medeni durumuna göre de evli katılımcılar bekâr katılımcılara oranla kısmen memnun oldukları görülmesine karşın anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir (Tablo 3.8). Yaş gruplarına göre de aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyin 41-60 yaş grubu ile 20 yaş ve altı grubunda daha yüksek olduğu, ancak anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmektedir (Tablo 3.10). Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi, eğitim düzeyi yükseldikçe düşmektedir (Tablo 3.12). Eğitim düzeyindeki artış, hizmetten yana olan beklentiler de artırmaktadır. Diğer taraftan katılımcıların meslek durumlarına göre aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinde anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir (Tablo 3.14).

Tercih edilmeyen kurumlardan hizmet alan müşterilerin ön yargılı olasılığı, zorunluluk hissiyatı gibi nedenlerden dolayı memnuniyet düzeylerinde düşüklüğe neden olmaktadır. Çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun sağlık kurumu olarak aile hekimini tercih etmektedir (Tablo 3.19). Tercih edilen sağlık kurumu noktasında aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi bağlamında anlamlı bir farklılaşma gözlenmektedir (H_2 : *Sağlık sorunlarında tercih edilen sağlık kurumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır*). Sağlık kurumu olarak aile hekimliklerini tercih edenler içinde uygulamadan memnuniyet düzeyi yüksektir. Aile hekimliklerine başvuru nedeni olarak sevk almak için olan kişilerinin çok düşük olması birinci basamak sağlık hizmeti olarak aile hekimliğinin güvenilirliğini ortaya koymaktadır (Tablo 3.17).

Özellikle hizmet sektöründe, hizmet alanların hizmet aldıkları alanda hak ve ödevleri konusunda bilinçli olması önemli bir unsurdur. Bu çerçevede bilinçli müşteri hizmet sunucusundan kaliteli hizmet beklentisinde olmaktadır. Hastalar neyin beklediğini bildiklerinde kendilerini psikolojik olarak rahat hissedecekler ve hizmetten daha tatminkâr olacaklardır. Belirsizlik durumu memnuniyet düzeyini düşürmektedir. Aile hekimliği uygulaması konusunda katılımcıların %95'i uygulamadan haberdar olduklarını (Tablo 3.20), yarıya yakınının da aile hekimliği uygulamasını sağlık personelinin haberdar olduklarını ifade etmiştir (Tablo 3.21). Yapılan çalışmada haberdar olma düzeyi yüksek olmasına karşın aile hekimliği uygulamasında kişinin en temel hakkı olan aile hekimini seçme ve değiştirme konularında bilgi düzeyi düşüktür (Tablo 3.22). Bu bağlamda aile hekimliği uygulaması konusunda katılımcıların bilgisinin yüzeysel olduğu olasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunum noktası olan aile sağlığı merkezlerinin fiziki mekânı hastaların tekrar başvurularında ve hatta almış oldukları hizmetten memnuniyeti etkilemesi bağlamında önemli bir faktördür. Hizmet mekânının temizliği, aydınlatması, ulaşım şartları, bulunduğu bölge gibi faktörler hizmet kalitesi ve memnuniyet açısından etkileyecektir (H_3 : *Kişilerin sağlık hizmeti aldıkları aile sağlığı merkezi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır*). Çalışma Denizli ili kapsamında sosyo-ekonomiklik endeksine göre 5 bölge ve kent/kır merkezlerini kapsayacak şekilde yapılmıştır. Bölge olarak 3. ve 4. bölge katılımcıların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3.24). Yine kent/kır merkezinde bulunan aile sağlığı merkezinde anlamlı farklılaşma görülmüştür (Tablo 3.26). Kent merkezinde bulunan merkezlerden hizmet alan katılımcıların aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Çalışmada katılımcıların %80'i aile sağlığı merkezine ulaşım düzeyini iyi olarak ifade etmiştir (Tablo 3.27). Ulaşım düzeyini kötü olarak ifade edenlerin %70'lik bir kesimi aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri düşüktür (Tablo 3.28). Yine fiziki mekân olarak koşulları itibari ile katılımcıların %80'i aile sağlığı merkezini iyi olarak değerlendirmiştir (Tablo 3.29). Fiziki mekân olarak aile sağlığı merkezini kötü olarak ifade edenlerin aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3.30). Hizmet mekânlarında yönlendirme levha ve yazıları karmaşıklığı engellemek için uygun araçlardır. Bu şekilde kişiler istenilen yeri rahatlıkla bulabilmekte ve zaman kaybına

uğramamaktadır. Araştırmaya göre ankete katılanların %78'i aile sağlığı merkezi içinde yönlendirme yazı ve levhaları durumunun iyi olduğu yönünde fikrini beyan etmiştir (Tablo 3.31). Sağlık hizmetinin tamamlayıcı ve destekçisi niteliğindeki tıbbi cihaz ve donanım durumu ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşma mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. Tıbbi cihaz ve donanımı iyi aile hekimlerinin sunmuş olduğu hizmetten memnuniyet düzeyi de yüksek bulunmuştur (Tablo 3.32, Tablo 3.33).

Kayıt ve bekleme süresinin uzun olması memnuniyet düzeyini yakından etkileyen etkenlerin başında gelmektedir. Bu anlamda kayıt ve bekleme süresinin uzaması ile memnuniyet düzeyi yakın ilişkilidir. Sürenin uzun olması memnuniyet düzeyini de düşürecektir (*H₄: Aile sağlığı merkezindeki hizmet sunumu ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır*). Ankete katılan kişiler arasında kayıt ve bekleme süresinin uzunluğu konusunda yakın sonuçlar elde edilmiştir. Kayıt süresini katılımcıların %72'si, bekleme süresini de %74'ü kısa olduğunu beyan etmiştir (Tablo 3.35, Tablo 3.37). Kayıt süresini kısa olarak ifade edenlerin içinde memnuniyet düzeyi %87 iken, sürenin uzun olduğunu ifade edenlerde düzey %51'e düşmektedir. Yine bekleme süresinin kısa olduğunu ifade edenler içinde aile hekimliği memnuniyet düzeyi %85 iken, uzun olarak ifade edenlerde memnuniyet oranı %56'ya düşmektedir (Tablo 3.36, Tablo 3.38). Bu anlamda kayıt ve bekleme süresi ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı farklılaşmaların olduğu sonucuna varılmıştır.

Memnuniyet düzeyini yakından etkileyen diğer bir etmende hizmet sunumunda bulunan kişi yâda kişilerin sundukları sağlık hizmetidir (*H₅: Aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmeti ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır*). Aile hekiminin davranışına (nezaketi, ilgi ve alaka göstermesi, tutum ve becerisi vb) ilişkin ankete katılanların %85'i aile hekiminin davranışının iyi olduğu yönünde görüş bildirmiştir (Tablo 3.39). Aile hekiminin ikili ilişkisi ve sergilemiş olduğu davranış, aile hekimliği uygulaması memnuniyet düzeyini yakından etki etmektedir. Aile hekiminin davranışını kötü olarak ifade edenler içinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi %17'ye kadar düşmektedir (Tablo 3.40). Aile hekiminin muayene esnasında dinlemesi ve soru sorulmasına izin vermesi konusunda katılımcıların %85'i iyi olduğu beyan etmiştir (Tablo 3.41). Yine aile hekiminin yazmış olduğu ilaçların kullanımı ve yan etkileri

konusunda bilgilendirmesi için katılımcıların %82'si, yapılan tetkik ve tedavinin ayrıntıları konusunda bilgilendirmesi için de %80'i memnun olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3.42, Tablo 3.43). Aile hekiminin hastanın tıbbi kayıtlarını tutması konusunda ankete katılanların %83'ü iyi olarak ifade etmiştir. Aile hekimliğinden hizmet alan hastaların tıbbi kayıt konusunda duyarlı olduğu ve kayıt işlemlerinin düzenli olmasının memnuniyet düzeyini yakından etkilediği sonucuna varılmıştır. Aile hekiminin tıbbi kayıt işlemi iyi olduğu fikrinde olanların %87'si aile hekimliği uygulamasından memnun iken bu oran tıbbi kayıt işlemi kötü olduğu fikrinde olanlarda %24'lere kadar düşmektedir (Tablo 3.44, Tablo 3.45).

Aile hekimliği uygulamasında aile sağlığı elemanının hastaya karşı olan tutum ve davranışı, bilgi ve becerisi, sunulan sağlık hizmetinin algılanması memnuniyet düzeyine etkileyen faktörlerdendir. Bu bakımdan aile sağlığı elemanının hasta nezdinde algılanan memnuniyet düzeyi aile hekimliği uygulamasına olan memnuniyet düzeyine yakından etki etmektedir (H_6 : *Aile sağlığı elemanının hastaya karşı davranışı ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma vardır*). Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar, aile sağlığı elemanının tutum ve davranışı ile sunulan sağlık hizmeti konusunda memnun olduklarını sonucuna varılmıştır. Hastanın aile sağlığı elemanının davranışını kötü olarak niteleyenler içinde aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyi %21'e kadar düşmektedir. Aile sağlığı elemanının davranışını iyi olarak niteleyenler içinde de memnuniyet düzeyi %87'ye çıkmaktadır (Tablo 3.46, Tablo 3.47).

Ankete katılanlar arasında genel itibari ile aile hekimliğini değerlendirilmesi istenmiştir. Sonuç itibari ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyine yakın sonuçlar elde edilmiştir. Ankete katılanlar içinde aile hekimliğince sunulan hizmeti %80'e yakın kesim memnun olduklarını belirtmiştir (Tablo 3.49). Eski sağlık ocağı sistemi ile mukayesesinde aile hekimliği modelinin çoğunluk olarak kabul gördüğü sonucuna varılmıştır. %20'si verilen hizmette bir farklılık olmadığı yönünde görüş belirtse de %60'ı aile hekimliği sisteminin daha iyi olduğu yönünde görüş belirtmiştir (Tablo 3.50). Her iki sistem için tercihleri sorulan katılımcıların sadece %14'ü sağlık ocakları sistemine dönülmesi gerektiği yönünde fikrini beyan etmiştir (Tablo 3.51).

Yapılan anket çalışması ile Denizli ilinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasından genel olarak hastaların memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Sistemin yeni olması ve eski sağlık ocakları sistemi üzerine oturtulmaya çalışılması kolaylıklar yanında zorlukları da beraberinde getirmektedir. Akılcı sağlık politikaların güdülmesi, otokontrol sisteminin geliştirilmesi, basit destekleme ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyini daha da yükseltecektir. Asıl amaç hasta beklenti ve isteklerinin karşılanması yanında kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunumu olmalıdır.

Sağlık hizmet sunucusu ister kişi, ister kurum olsun topluma karşı sorumluluklar taşıdığı bir gerçektir. Özellikle sağlık kurumları, sundukları sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etik kurallara uygun olmasından sorumludurlar. Bu sorumluluk ile birey ve toplumun sağlık düzeyinin gelişmesine katkı sağlaması yanında sosyal yönden de büyük önem taşımaktadır. Bundan dolayı özellikle temel sağlık hizmetleri alanında devletin yönlendirme, planlama, düzenleme ve denetim fonksiyonları önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği bir bütün halinde sunulmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunda bulunan tüm unsurlar birbirine entegredir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için öncelikle; sağlam bir sağlık sisteminin varlığı ve sağlıklı işleyen bir organizasyonun bulunması gerekmektedir. Kaliteli sağlık hizmetinin sorumluluğu sadece sağlık hizmeti sunucularında olmayıp, idari yapı olarak Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve hatta hükümetlerin sorumluluğunda olmalıdır. Oluşturulacak doğru sağlık politikaları ile insanlar daha sağlıklı ve mutlu kılınabilecektir. Güdülecek olan sağlık politikalarında sağlık hizmet sunucusunun en alt basamağından en üst basamağına kadar ekip çalışması esastır. Ekip çalışması ile kalite, kalite ile de “*Kamu Yararı*” elde edilmesi olasıdır. Bu amaçla başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezlerini de kapsayacak şekilde kalite çalışmalarını planlamalı ve personeli ekip çalışmasına yöneltebilmelidir.

İster mal, ister hizmet üretiminde bulunan işletmeler açısından müşteri memnuniyeti büyük bir öneme sahiptir. Aynı şekilde sağlık hizmetleri alanında da müşteri olarak hastaların memnuniyet düzeyinin öneminin yadsınamaz olduğu bir gerçektir. Son yıllarda özel ve kamu sektöründe bu anlamda önemli adımlar atılmış durumdadır. Müşteri memnuniyeti için birçok belirleyici unsurların olduğu bilinmektedir. Kısa dönem hasta memnuniyet açısından, hastanın beklenti ve istekleri

en önemli belirleyicisi konumundadır. Uygulamaya konulan aile hekimliği modeli ile kaliteli ve etkili bir sağlık hizmet sunumu amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelik, kısa dönem hasta memnuniyeti için hasta istek ve beklentileri karşılamaktır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmetin sağlanmasının bir yolu da devamlı olarak iyileştirme içinde olmaktır. Sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için teknik kalite tek başına yeterli olmayıp algılanan kalitenin de (hasta beklenti ve istekleri) ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Algılanan kalitenin ölçümü ile aile hekimlerinde hangi boyutta kalite algısının düşük yâda yüksek olduğu, hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğu tespiti edilebilir. Sağlık politikaları oluşturmada sağlık hizmetlerinin her alanında maliyet-fayda analizleri ile desteklenmelidir. Bu hedef doğrultusunda yine Sağlık Müdürlüğünün koordinatörlüğünde hastalara yönelik olarak memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi planlanmalı ve devamlılığı sağlanmalıdır.

İnsan doğası gereği beklemeye karşıdır. Bekleme süresinin uzun olması hasta memnuniyetini yakından etki etmekte ve süre uzadıkça memnuniyet düzeyi de o derece düşmektedir. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ile aile hekimine ulaşma imkânı artacağı ve muayene olmak için bekleme süresinin kısılacağı olasıdır. Sağlık Bakanlığına özellikle aile hekimliği modeli uygulanan illerde personel istihdamını sağlamak durumundadır.

Muayene olmak için bekleme süresinin yanında bekleme salonunun durumu da büyük önem taşımaktadır. Her ne kadar aile hekimliği uygulamasına geçiş aşamasında gerekli donanım Sağlık Müdürlüğünce sağlanmışsa da hali hazırda eksikliklerin olduğu da bir gerçektir. Bu amaçla bekleme salonlarının modern ve ferah olması için gerekli donanım sağlanmalıdır. Uzun süre bekleyecek hastalar için okuyabilecekleri dergi ve çeşitli gazeteler bulundurulabilir. Hatta bekleme salonlarında hastaları dinlendirecek rahatlatıcı müzik yayını yapılabilir. Bu şekilde hastalık nedeniyle morali bozuk olan hastaların iç açıcı ve ferah bir ortam içinde rahatlaması sağlanabilir.

Yine hizmet mekanlarının temizlik ve hijyen ortamının sağlanması da önemli bir unsurdur. Aile hekimine ödenmekte olan cari gider ücreti ile başta temizlik ve hijyen olmak üzere gereken hassasiyet ve önem gösterilmelidir. Denetçi konumundaki TSM ve Sağlık Müdürlüğü de rutin olarak sağlık hizmeti sunulan mekânların temizlik ve hijyeni

açısından kontrolünü yapmalıdır. Temizlik ve hijyen sadece mekanların temizliği ile sınırlı kalmayıp, kullanılan araç-gereç, personelin kişisel temizliği ile kılık-kıyafet temizliğine de gereken önem gösterilmelidir.

Hasta-hekim ilişkisinde iletişim ve bilgilendirme, güven ve duyarlılık önem taşımaktadır. Özellikle iletişim yönünde aile hekimi hastaya empati ile yaklaşımda bulunmalıdır. Empati ile karşıdaki bireye duygularını anladığını ve kendisinin bakış açısı ile değerlendirdiğini hissettirebilir. Bu şekilde hasta ile hekim arasında güven bağının da oluşacağı olasıdır. Aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının hastaya karşı olan davranışı, ilgi ve alakası memnuniyet düzeyine ilişkin önemli etkenlerdir. Bu amaçla güler yüzlü ve hoşgörülü olma, ilgi ve yakınlık gösterilmesi konusunda sağlık hizmet sunucularına başta hasta psikolojisi olmak üzere, iletişim, hasta ilişkileri ve diyaloglar konularında rutin olarak eğitimler düzenlenmelidir. Yine Sağlık Müdürlüğü koordinatörlüğünde gerek kurum olarak gerekse TSM vasıtasıyla eğitimlerin planlama ve uygulaması yapılmalıdır. Hatta Denizli ilinde mevcut olan Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesince de eğitim konusunda gerekli işbölümü planlanabilir.

Aile hekimlerine yönelik olarak hizmet içi eğitimlerin daha yeterli hale getirilmesi yanında aile hekimi uzmanlık alanında gerekli alt yapı oluşturulmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığına önemli rol düşmektedir. Aile hekimi uzmanlarının devlet hizmeti yükümlülüğünü yerine getirmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı öncelikli olarak aile hekiminin atamasını aile hekimliği uygulanmakta olan illere planlamalıdır.

Denizli Sağlık Müdürlüğünce mobil hizmet ile tetkik ve tahlil işlemleri Halk Sağlığı Laboratuvarına yaptırılmaktadır. Halk sağlığı laboratuvarı da bilişim teknolojilerini kullanarak elektronik ortamda tahlil sonuçlarını aile hekimine ulaştırabilmektedir. Ancak il içerisinde her aile sağlığı merkezi laboratuvar hizmetinden aynı oranda yararlanamamaktadır. Sağlık Müdürlüğünce yapılacak planlama ile her aile sağlığı merkezine laboratuvar hizmeti götürülmesi amaçlanmalıdır. Yine aile hekimliklerince basit görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin verilmesi, detaylandırılması uygun olacaktır.

Denizli ilinde ortalama olarak aile hekimi başına 3500 ila 4000 hasta düşmektedir. Batılı ülkelerde bu oran 1500 ila 2500 düzeyindedir. Aile hekiminin hastasına daha fazla süre tanınması, tahlil ve tedavi hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapması ile hastanın aile hekimine olan güveni artırmak adına yeni aile hekimliği bölgeleri planlaması yapılmalıdır. Böylece mevcut aile hekimlerinin üzerinde bulunan iş yükü azalacak ve aile hekimleri kendisine kayıtlı kişiler hakkında daha fazla bilgiye (15-49 kadın, çocuk, bebek, lohusa, gebe izlemleri) sahip olacaktır. Ülkemiz hekim açığının olduğu da bir gerçektir. Bu amaçla da tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının sayısının artması yanında kaliteli eğitim sağlanarak sahanın ihtiyacı olan aile hekimi uzmanlarının yetiştirilmesi çalışmalarına önem verilmelidir.

Aile sağlığı elemanı kendisine kayıtlı 3500-4000 kişinin, gebelik takibi, bebek-çocuk takibi, aşılama hizmetleri yanında özellikle mahalle gezisi, enjeksiyon-pansuman hizmetini, evrak kayıt işlemlerini, aylık çalışmaları, poliklinik hizmetlerinde aile hekimine yardımcı olmaktadır. Bu şekilde aile sağlığı elemanına aile hekimliği uygulamasından öncesindeki durumuna iki kattan daha fazla iş yüklenmiş durumdadır. Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili olarak yasal düzenlemeler geliştirerek ikinci aile sağlığı elemanının çalıştırılmasına olanak sağlamalıdır. Özellikle aslı görevi tıbbi kayıt ve bilginin izlenmesi olmayan aile sağlığı elemanına (ebe, hemşire sağlık memuru) yardımcı olabilecek tıbbi sekreter istihdamına gidilmesi aile hekimliği uygulamasına büyük katkı sağlayacağı olasıdır.

Aile hekimliği uygulaması ile eski sağlık ocaklarında etkin olarak uygulanamayan sevk zinciri uygulaması getirilmek istenmiştir. Bu şekilde daha etkili birinci basamak sağlık hizmetinin sunumu ve ikinci basamak sağlık kurumlarında gereksiz yığılmaları önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak uygulamada hala aksaklıkların olması etkili sevk zinciri uygulamasının hayata geçmesini geciktirmektedir. Yapılacak yeni düzenlemelerde de aile hekiminin görmesine gerek olmayan bazı uzmanlık dallarının (diş, göz) sevk mecburiyetinden çıkarılması daha akılcı bir uygulama olacaktır.

Aile hekimi aile hekimliği uygulaması öncesinde almış olduğu ücrete göre cazip oranda yüksek ücret almaktadır. Aile sağlığı elemanının ücretinde aile hekimine oranla cazip olabilecek bir artış sağlanmamıştır. Bu nedendir ki personel sözleşmeli olarak

aile sağlığı elemanı olarak çalışmak istememekte ve hâlihazırda sözleşme imzalanmamış aile sağlığı elemanlıkları bulunmaktadır. Boş kalan aile sağlığı elemanlıklarına da Sağlık Müdürlüğünce görevlendirme yolu ile personel sağlanmaktadır. Grevlendirmeli aile sağlığı elemanı gönüllülük esasına dayanmadığı için ve geçici olarak hizmet vermesi nedeniyle içi sahiplenmemektedir. Görevlendirmelerin diğer olumsuz yönü olarak da personele geçici görev yolluğu verilmesi ile devlete ek mali külfet getirmektedir. Kaliteli sağlık hizmetinin sunumunda hasta memnuniyetinin önemi yanında çalışan memnuniyeti de önem taşımaktadır. Memnun olmayan sağlık çalışanının kendisine başvuran hastayı memnun tutması da zordur. Bu amaçla özellikle aile sağlığı elemanının ücretinde de iyileştirmeye gidilmesi düşünülebilir. Bu şekilde istihdam sağlanacak olup, kaliteli sağlık hizmetinin n açılacaktır.

Diğer yandan cari gider yardımının herhangi bir denetime tabi olmaması nedeniyle yardımın kullanımını konusunda sıkıntılar doğurabilmektedir. Asıl amaç olarak aile sağlığı merkezinin her türlü giderleri için dşnlmekte ise de aile hekiminin keyfiyetine bırakılması sıkıntılıdır. Bu doğrultuda cari gider yardımının amacına uygun olarak kullanımına yöneltecek önlemler, yasal yükümlüklerin getirilmesi ve kontrol altında bulundurulması gereklidir.

Özellikle 1990'lı yıllarda yaşanan küreselleşme kendisini ülkemizde de yakından etkilemiştir. Kamu hizmetlerinin özelleştirmesi süreci sağlık hizmetleri alanında da etkisini göstermiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamının piyasaya bırakılması ciddi sorunların ortaya çıkması olasıdır. Bu amaçla devlet halk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin sunumundan birincil derece sorumludur. Ülkemizde işsizlik oranı ve yoksul sayısı yüksek olduğu ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunumu ile yoksul ve muhtaç kesime diğer sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulması kaçınılmazdır. Anket sonuçlarının değerlendirilmesi neticesinde ankete katılan kişilerin %12'sinin herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı sonucuna varılmıştır. Yeni sosyal güvenlik kurumunca özellikle 18 yaşını doldurmamış çocukların ücretsiz bakımı ve herkesin eşit oranda sağlık hizmetlerine erişimi amaçlanmaktadır. Ancak önemli olan ortaya çıkabilecek aksaklıklara karşi zamanında müdahalede bulunup etkin politikalar ortaya koymaktır.

Dünyada yaşanan hızlı nüfus artışı ve ilaç maliyetlerinin yükselmesi beraberinde sağlık harcamalarında da artışı getirmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı sorun teşkil etmez iken ülkemiz gibi gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde önemli bir sorundur. Bu anlamda ülkemiz sağlık harcamalarının finansmanına yönelik etkili politikalar oluşturulmalıdır. Oluşturulacak politikalar ile sağlık finansmanı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak oranda artırılmalı, finansman yöntemleri herkesimi kapsamalı, sağlam kaynaklara dayandırılıp sürekliliği sağlanmalıdır. Diğer bir çözüm noktası da, gelişmiş ülkelerde kamu ve özel sektör dışındaki üçüncü sektörün (gönüllü organizasyonlar) gelişimine gereken hukuki altyapı ve devlet desteğinin sağlanmasıdır.

Sağlık alanında yapılan proje ve programlar bilimsel temele dayandırılmalı ve uzun vadeli sağlık hedefleri desteklemelidir. Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi ve kaynak aktarımında günümüz bilişim çağının gelişiminden asgari oranda yararlanılmalıdır. Sağlık bakanlığınca ulusal veri bankası temeli oluşturulmalıdır. Oluşturulan veri tabanı başta TUİK olmak üzere nüfus, milli eğitim, belediyeler, üniversiteler vb kurumlar ile ortak veri bankası olarak entegre edilmeli ve sağlıklı, doğru bilgi akışı sağlanmalıdır. Örneğin Denizli iline ait adrese dayalı nüfus sistemine kayıtlı nüfus ile aile hekimliğinde kullanılmakta olan AHBS veri tabanına kayıtlı nüfus arasında farklılığın olması. Oluşturulacak ortak veri bankası ile kurumlar arası farklılıkların da önüne geçilecek ve sağlıklı veri sağlanacaktır.

Milli gelirden alınan payın yüksek ya da düşük olması sosyal eşitsizliğin ana nedeni olarak görülmektedir. Gelir düzeyindeki dengesizlik beraberinde sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliği getirmesi olasıdır. Bu noktada devlet tüzel kişi olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmada temel bir düzey belirlemesi gerekmektedir. Özellikle düşük gelirli kişileri de kapsayıcı bir temel sağlık hizmeti sunum modeli geliştirilmelidir. Hükümetler tarafından oluşturulacak ekonomi politikalar kişiler arasında gelir dağılımını bozacak ve yoksulluğu artıracak etkilerden olabildiğince arınmış olmalıdır.

Sağlıklı nesiller için özellikle doğum öncesi sağlık hizmetlerinin etkinliğine önem verilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilmelidir. Bu şekilde oluşabilecek hastalıklar için zaten yetersiz olan kaynakların başka alanlarda özellikle sağlık alanında eşitsizliklerde kullanılması sağlanabilir.

Toplum sağlığını yakından ilgilendiren diğer bir konu hava, su ve toprağın fiziksel, mikrobiyal ve kimyasal olarak kirlenmesidir. Yerel yönetimler için gerekli yasal düzenlemeler getirilmeli ve yerel yönetimler sağlıklı çevrenin oluşumunda katkı sağlamalıdır. Yer altı ve üstü su kaynakları, göller, deniz, hava ve toprak korunmalı ve yaptırımlar getirilmelidir. Sağlıklı çevre koşulu yanında sağlıklı beslenme kaynakları oluşumu hedef gösterilmelidir. Özellikle toplum yeterli ve sağlıklı içme suyu sağlanmalıdır.

Temel amacı toplumların genel sağlık düzeyini etkileyen hastalık ve faktörlerin azaltılması yönünde mevcut kaynakların akıllı ve etkili kullanımını için sağlık reformları uygulamaya konulmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile ölkemizde başlatılan sağlık reformu ile kişisel odaklı, etkili ve kaliteli sağlık hizmet sunumu amaçlanmaktadır. Sağlıkta yâda diğer alanlarda getirilen reformlar sadece bir hükümet dönemi ile sınırlandırılmamalıdır. Devamlı reformlar istikrarlı olmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. Yaşadığımız bilişim çağından en asgari şekilde yararlanılmalı ve teknolojik alt yapının oluşturulması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 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.
- Akgün H.S., Erdal R. (1997). Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirilmesi*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.219-225.
- Aktan C.C. (1999, Mart). Türkiye'de Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Sektöründe Uygulamasına Yönelik Öneriler, *Türk İdare Dergisi*, Yıl: 71, Sayı: 422, s.1-12.
- 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.
- Aktan C.C., Işık A.K. (2007). 21 Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, Aura Kitapları, İstanbul, s.184-204.
- Aktan C.C., Işık A.K. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, Aura Kitapları, İstanbul, s.10-20.
- Aktan C.C., Işık A.K. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, Aura Kitapları, İstanbul, s.1-9.
- Aktürk Z. (2005, 1 Aralık). *Aile Hekimliğinin Temel Esasları Sunumu*, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- Alemdar E. (1997). Toplam Kalite Yönetimine Geçişte Personelin Eğitimi ve Katılımın Sağlanması, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.195-198.

- Algın K., Şahin İ., Top M., (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:3, s.249-273.
- Altay A. (2007, Nisan-Haziran). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi* Sayı: 64, s.33-56.
- Altunışık R., Yıldırım E., Coşkun R. (2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya Kitapevi, Adapazarı.
- Aslantekin F., Göktaş B., Uluşen M., Erdem R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6, s.55-68.
- Ata N. (2006, Eylül-Ekim). Aile Hekimliği’ne Götüren Nedenler, *Türkiye’de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*, Yıl: 1, Sayı: 1, s.19-20.
- Ataç A., Azal Ö., Uçar M., Açikel C.H., Göçgeldi E. (2003). TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İntranet Üzerinden Araştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, Cilt: 45, Sayı: 4, s.309-315.
- Aydın B. (2004, Kasım). Sağlıkta Değişim, *SB Diyalog Dergisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Yıl: 1 Sayı: 7, s.4-6.
- Baran T. (2005). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Mahiyeti ve Gelişimi*, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Seminer Çalışması, s.1-18.
- Başak O. (2007, Temmuz-Eylül). Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 3, s.135-139.
- Başak O., Saatçi E., Ceyhun G. (2005, Ekim-Aralık). Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 4, s.174-182.
- Bayrak S. (1998, 26-27 Mayıs). TKY’nin Kamu Kurumlarında Uygulanmasının Pratik Güçlükleri, *Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi*, Cilt I, Ankara, s.45-60.
- Bebitoğlu G., Tutulmaz Z., Arpacı N. (2006). Aile Hekimliği Pilot İllerin ve 1. Aşama Uyum Eğitimlerinin Güncel Durumu, *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt:1, Sayı:2, s.11-13.

- Berksoy T., Işık A.K. (2006, Aralık). Avrupa Birliği Süreci; Sağlık Hizmetleri Piyasasında Devletin Rolü ve Bazı Değerlendirmeler, *Avrupa Birliği Üzerine Yazılar*, Sermaye Piyasa Kurulu Yayını, Ankara, s.87-99.
- Bodur S. (1991). *Aile Sağlığı*, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara, s.2-15.
- Bostan S. (2007, Haziran). Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alma Sürecinde Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri, *Sağlık Hakkı Dergisi*, Sayı: 2, s.16-21.
- Bostan S. (2006, Nisan). Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu, *Sağlık Hakkı Dergisi*, Nisan 2006, s.20-27.
- Bulut H. (2006). Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, Cilt: 12, Sayı 4, s.288-298.
- Çevik H.H. (2007, Şubat) Türkiye'deki Kamu Yönetimi Eğitimi: Eğitim İle Uygulama Arasındaki Eksiklikler ve Uyumsuzluklar Üzerine Bir Tartışma, *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.239-249.
- Çıngı H. (1990). *Örnekleme Kuramı*, Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Basımevi, Ankara, s. 56-75.
- Çıraklı Z., Sayım F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2*, Editör: Harun Kırılmaz, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, s.347-355.
- Çobanoğlu N., Çobanoğlu M. (1997). Toplam Kalite Yönetimi Açısından Hekimlerde İş Doyumu Araştırması Üzerine Tartışma, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, s.79-80.
- Danıştay, (2008). *Onbirinci Daire*, E.2005/4287, K.2008/10605
- Denizli Sağlık Müdürlüğü (2009) Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü ile Aile ve Toplum Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Devebakan N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8. Sayı:1, İzmir, s.120-130.

- Devlet Planlama Teşkilatı (1997). *Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması*, Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Ankara, s.1-19.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara, s.3-157.
- Dikici M.F., Kartal M., Alptekin S., Çubukçu M., Ayanoğlu A.S., Yarış F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, *Tıp Bilimleri Dergisi, Türkiye Klinikleri 412 J Med Sci*, Sayı: 27, s.412-418.
- Dirican R. (1997). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, *Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, s.57-61.
- Engiz O. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> (25.08.2009)
- Erdoğdu S. (2007, 23-26 Ekim). Çalışanlar Açısından Sağlıkta Dönüşüm, *XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, PAÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Denizli, s.6-9.
- Erençin A., Yolcu V. (2008). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi, *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 3, Sayı: 6, s.118-136.
- Eroğlu E. (2005, Nisan). Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Modeli, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, Cilt:34, Sayı:1, s.7-25.
- Ersoy F. (2006, Eylül-Ekim). Aile Hekimliği Uygulama Dosyası, *Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*, Yıl:1 Sayı: 1, s.4-5 s.33-49.
- Esatoğlu A.E., Ersoy K. (1997). Hastaların hastane ve hastane hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s. 67-69.
- Figueras J., McKee M., Cain J., Lessof S. (2004). *Health systems in transition: learning from experience*, World Health Organization, s.13-21.
- Gerek N. (2004). Sosyal Sigortalar Kurumunun Sağladığı İş Kazası ve Meslek Hastalıkları, Hastalık ve Analık Sigortaları, Sosyal Güvenlik Hukuku, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.145-162.

- Goicoechea J. (1999). *Temel Sağlık Bakımı Reformları*, Çeviren: Yusuf Öztürk ve Ahmet Öztürk, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, s.12-16.
- Gülmez M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, s.147-168.
- Hayran O. (1998). Sağlık ve Hastalık Kavramları, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Editör: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayın, İstanbul, s.1-8.
- 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, Ankara
- Karakaş K. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi; Akdeniz Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Hekimlere Yönelik Tatmin Araştırması, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.137-140.
- Karkın N. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Sürecinde Yerel Yönetimlerin Tutum Ve Beklentileri: Büyükşehir Belediyeleri Örneği* (Doktora Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s.28-34, s.79-100.
- Kavuncubaşı Ş. (2002). Sağlık Kurumlarında Müşteri, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.297-320.
- Kavuncubaşı Ş. (1997). Ekip çalışması ve TKY açısından önemi, *Sağlık yönetiminde devamlı kalite iyileştirilmesi*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s. 259-264.
- Kaya S. (2005, Eylül). Sağlık Hizmetlerinde Bir Dışsal Kalite Değerlendirme Mekanizması: Akreditasyon, *SB Diyalog Dergisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Yıl: 2 Sayı: 15, s.33.
- Kesgin C., Topuzoğlu A. (2006, Ekim). Sağlıkın Tanımı: Başa çıkma, *İstanbul Kültür Üniversitesi Güncesi*, Fen ve Mühendislik Bilimleri, Cilt: 4, Sayı: 3, s.47-49.

- Kılıç B., Aksakoğlu G. (1994, Kasım). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:9/64-65, Ankara, s.4-13.
- Kılıç S. (2006). *Performans Değerleme Sistem Ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama* (Yüksek Lisans Projesi), Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli
- Kılınc C.(2007-2008). Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Üzerine Bir Araştırma, Faculty Of Business And Economics Eastern Mediterranean University, Review Of Social, Economic & Business Studies, Vol.9/10, s.309-332.
- Kısa A. (2002). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2002, s.2-19.
- Kısa A. (2002). Sağlık Kurumları, Türleri ve İşlevleri, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.25-40.
- Kısa A. (2002). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir 2002, s.224-240.
- Kiyim B. (1997). Hastane yönetiminde toplam kalite modeli, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.177-183.
- Köklü N. (1995). Tutumların Ölçülmesi ve Likert Tipi Ölçeklerde Kullanılan Seçenekler, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 28 Sayı: 2, s.81-92.
- Kömürcü N. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Kursu Sunusu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
- Morgil O., Küçükçirkin M. (1995). TOBB'nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı, 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.29-35.
- Musal B., Sevin Ergin S., Uçku R., Elçi Ö.Ç. (1994). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite ile Bağlantılı Sağlık İnsan Gücü, 1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.41-48.

- Mutlu A. (2006, Ocak-Haziran). Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları, *Maliye Dergisi*, Sayı: 150, s.30-55.
- Nur N., Özşahin S.L., Çetinkaya S., Sümer H. (2009). Sümer Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Sayı: 8(1), s.13-16.
- Orhaner E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:1, s.1-21.
- Öcal İ.E. (2005, Eylül). JCI Standartları ve Uluslararası Kalite, *SB Diyalog Dergisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Yıl: 2 Sayı: 15, s.30-32.
- Öz F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj Yayınları, Ankara, s.11-31.
- Özdemir O., Ocaktan E., Akdur R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 56, Sayı:4, s.207-216.
- Özer A., Çakıl E. (2007). Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktör Hasta Memnuniyeti, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, Sayı:3, s.140-143.
- Özgener S., Küçük F. (2008). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 20, s.543-558.
- Özkal İ. (2002, Eylül-Aralık). Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, Yıl: 3, Sayı: 11-12, s.46-49.
- Özkan C., Zaim S., Türkyılmaz A. (2006). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analizi, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, Yıl: 5, Sayı: 9, s.61-71.
- 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.
- Resmi Gazete, 20.07.1961 Tarih ve 10859 Sayı, *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Kanun No:334*.
- Resmi Gazete, 09.11.1982 Tarih ve 17863 Sayı, *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun No:2709*.
- Resmi Gazete, 09.12.2004 Tarih ve 25665 Sayı, *5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Pilot Kanun*.
- Resmi Gazete, 06.07.2005 Tarih ve 25867 Sayı, *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*.
- Resmi Gazete, 12.08.2005 Tarih ve 25904 Sayı, *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik*.
- Resmi Gazete 12.01.1961 Tarih ve 10705 Sayı, 224 Sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*.
- Resmi Gazete 18.09.2009 Tarih ve 27353 Sayı, *2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*.
- Resmi Gazete 27.05.2004 Tarih ve 25483 Sayı, *5179 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun*.
- Resmi Gazete, 25.05.2010 Tarih ve 27591 Sayı, *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*.
- Saatçi E. İnan M, Akpınar E. (2006). Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Sayı: 10, s.20-24.
- Sandholzer H., Yaman H. (2006, Kasım/Aralık). Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları, *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 2, s. 32-33
- Sandıkçı M. (2007). Müşteri Memnuniyeti Ölçülmesi Ve Sandıklı Hüdai Kaplıcası'nda Bir Alan Araştırması, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt: 9, Sayı:2, s.39-52.

- Saran U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri, *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 4, s.10-15.
- Sezen K. (2006, Eylül-Ekim). Aile Hekimliği'nin Bugünü ve Geleceği Üzerine, *Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*, Yıl:1, Sayı: 1, s.28-30.
- Sezer Ö. (2008). Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye'de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı: 8, s. 147-171.
- Sur H. (2005, Eylül). Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon, *SB Diyalog Dergisi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı, Yıl: 2 Sayı: 15, s.14-16.
- Sur H., Köse M.R. (1998, Mart). Son Günlerin Gündeminden Hiç Düşmeyen Bir Konu: Aile Hekimliği, *Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt:2, Sayı: 2, www.merih.net/m1/whaysur25.htm, (28.07.2009).
- Sümbüloğlu V., Sümbüloğlu K. (1998). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri* (Yenilenmiş 2. Baskı), Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, s.1-18.
- 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.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 15.09.2005 tarihli *Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Editörler: Mehtap Kartal ve Salih Mollahaliloğlu, Ankara, s.1-16.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara, s.10-26.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Editör: Sabahattin Aydın, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, s.9-104.
- Tatar F. (1996, Mart-Nisan). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 72.

- Tatar M., Tatar F. (1998). *Yerel Yönetimler ve Sağlık*, Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı, Ankara, s.11-140.
- Top M., Gider Ö. (2004, Eylül-Ekim). Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme, *TÜSİAD Görüş Dergisi*, Sayı: Eylül-Ekim, s.68-74.
- TÜBİTAK (2007). Vizyon 2023, EK-19 Sağlık Hizmetlerinin Sorunları, http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-19.pdf (25.08.2009)
- TÜBİTAK (2007). Vizyon 2023, EK-17 Demografik Durum, http://wwwext.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-17.pdf (24.03.2010)
- Türköz Y.T., Aksoy A., Perçin A.K. (1997). Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirilmesi*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.33-35.
- 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.190-193.
- Uğurlu M., Doğusan M.R., Üstü Y., Korukluoğlu S., Kasım İ. (2004). Aile Doktorluğu Uygulaması, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF)*, T.C. Sağlık Bakanlığı, s.194-201.
- Uğurlu M., Kasım İ., Korukluoğlu S., Üstü Y., Doğusan A.R. (2004). Aile Doktorluğunda Özlük Haklar, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF)*, T.C. Sağlık Bakanlığı, s.210-214.
- Uğurluoğlu Ö., Çelik Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:1, s.3-26.
- Ungan M., Ceyhun A.G. (2006, Eylül-Ekim). Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği, *Türkiye'de Aile Hekimliği Aktüel- Bilimsel Tıp Dergisi*, Yıl: 1, Sayı: 1, s.7-10.
- Uz H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Editör: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayım, İstanbul, s.91-94.

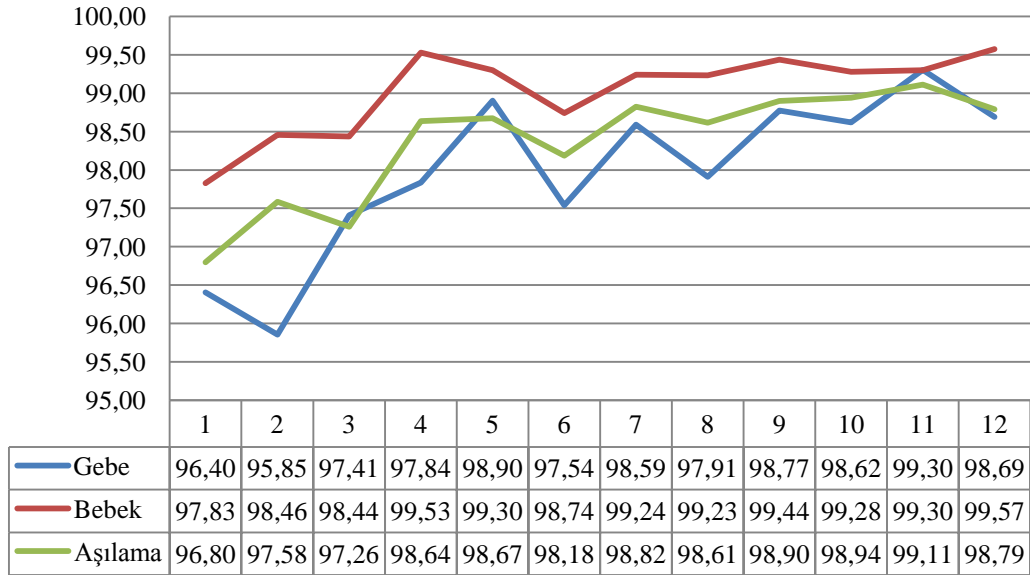
- Ünalın P. (2004). Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF)*, T.C. Sağlık Bakanlığı, s.11-15.
- Ünalın P., Uzuner A. (2005). Türkiye’de Aile Hekimliğinin Geleceğine Yönelik Planlar, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Sayı: 9, s.37-40.
- Ünlüoğlu İ., Paycı S.Ö. (2004). Dünyada Ve Türkiye’de Aile Hekimliği, *Aile Doktorları İçin Kurs Notları (PDF)*, T.C. Sağlık Bakanlığı, s.23-29.
- 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 AHUZEM web sayfası <http://www.ahuzem.gov.tr/?s=egitimler> (04.09.2009)
- WEB_2 Uludag Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı web sayfası. <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/ah.html> (25.08.2009)
- WEB_3 Pakdil F. Konur Hastanesi’nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları Ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti, <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm> (17.08.2009)
- WEB_4 Şahin Ü., Ünlüoğlu İ. 1. *Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Entegre Sağlık Sistemi Yaklaşımı Bağlamında Öneriler*, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/saglik_sistemi_yaklasi mi1.pdf (25.08.2009)
- WEB_5 Soyluoğlu S.B. Çağdaş Sağlık Anlayışı, Bilkent Üniversitesi, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html> (18.07.2009)
- WEB_6 Aydoğan Ü. (2008). Aile Hekimliğinin Tanımı ve İlkeleri, GATA Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı Sunumu <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/dosyalar/Aile%20Hekimli%C4%9Finin%20Tan%C4%B1m%C4%B1%20ve%20%C4%B0lkeleri%2027.11.2008.ppt> (25.08.2009)
- WONCA (2002). Wonca Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Wonca World family doctors. Caring for people EUROPE, s.2-37.
- Yalçın T., Yıldırım H.H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 2, Sayı: 40, s.1-11.

- Yıldırım H.H. (1999). Kaliteli ve Uygun Sağlık Bakımın Temel Malzemesi: Doktor Hasta ilişkisi, *Verimlilik Dergisi*, Sayı:1, s.119-133.
- Yıldırım H.H. (2000, Kış). Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, s.2-23.
- Yılmaz M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 5, s.69-73.
- Zerenler M., Öğüt A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Yıl:1, Sayı: 18, s.501-519.
- Zorlutuna Y. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayımı, Ankara, s.185-186.

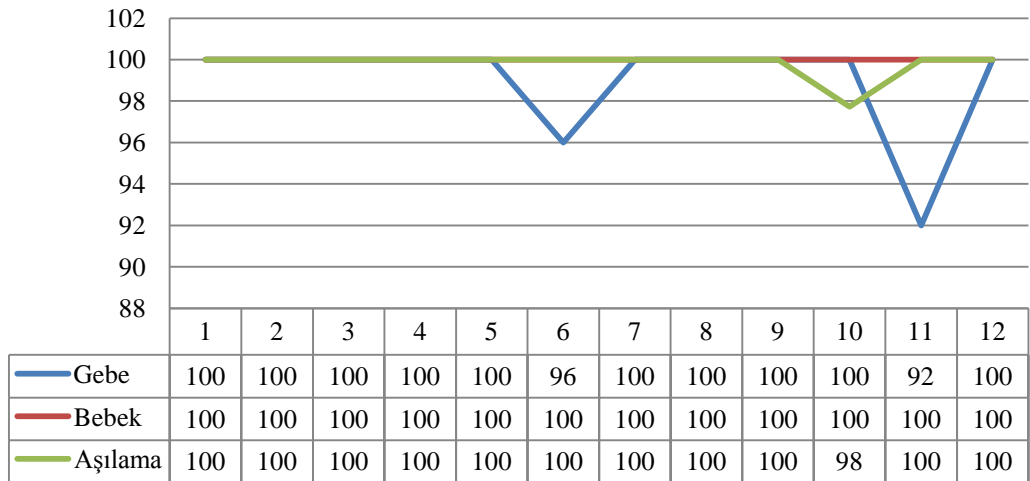
EK-1: 2008 YILI AİLE HEKİMLERİNİN PERFORMANSLARI

Örnekleme yöntemiyle seçilen aile hekimlerinin 2008 yılında performans kriterleri çerçevesinde gerçekleştirmiş oldukları gebe takip, bebek takip ile aşılama oran performansları aşağıdaki grafiklerde verilmiştir.

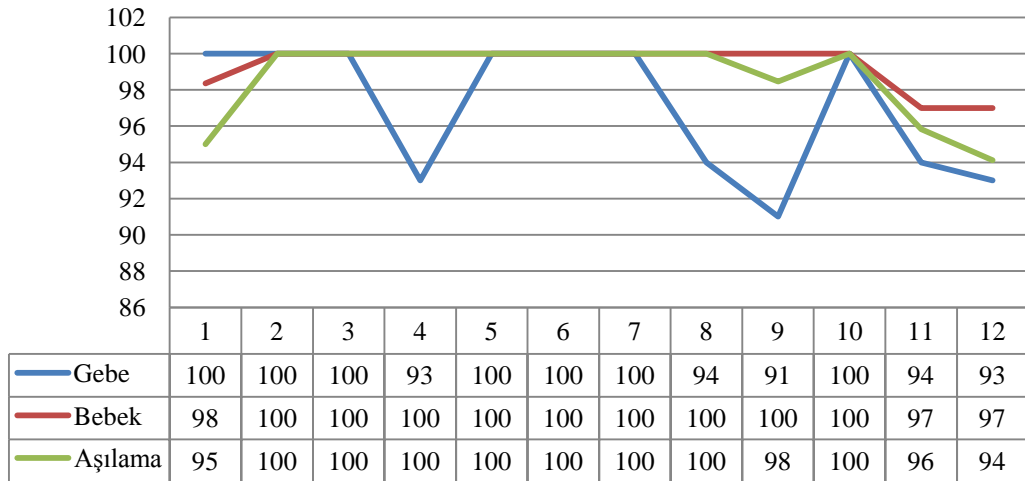
Grafik Ek1: Denizli İl Geneli Aile Hekimleri Performansı



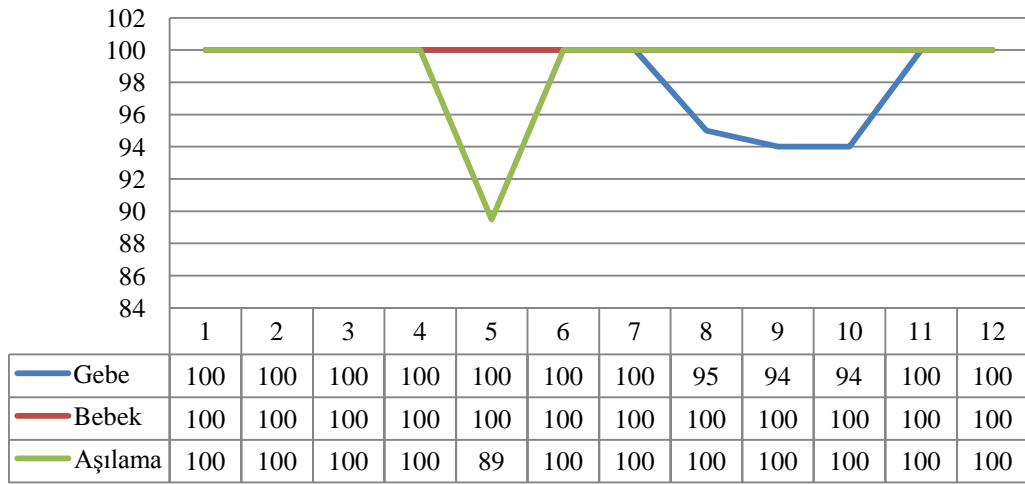
Grafik Ek2: 33 Nolu Aile Hekimi Performansı



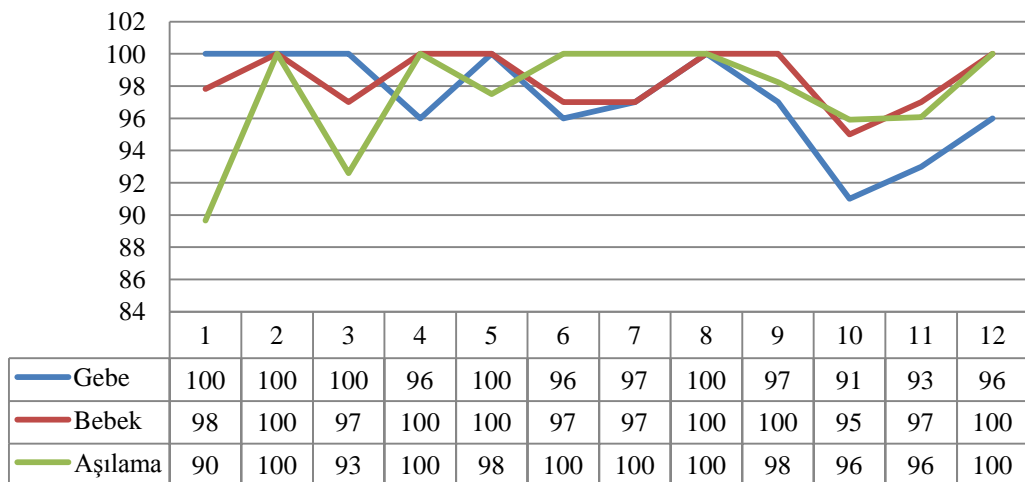
Grafik Ek3: 34 Nolu Aile Hekimi Performansı



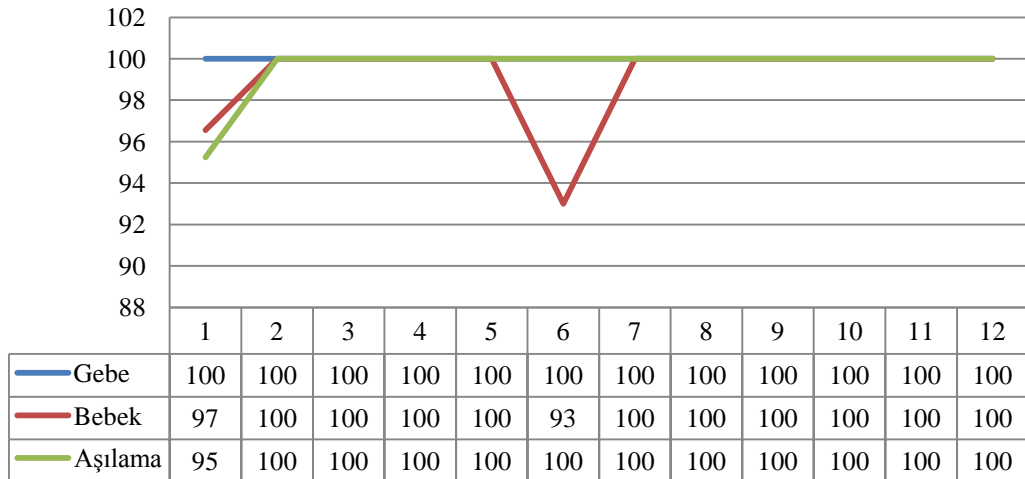
Grafik Ek4: 35 Nolu Aile Hekimi Performansı



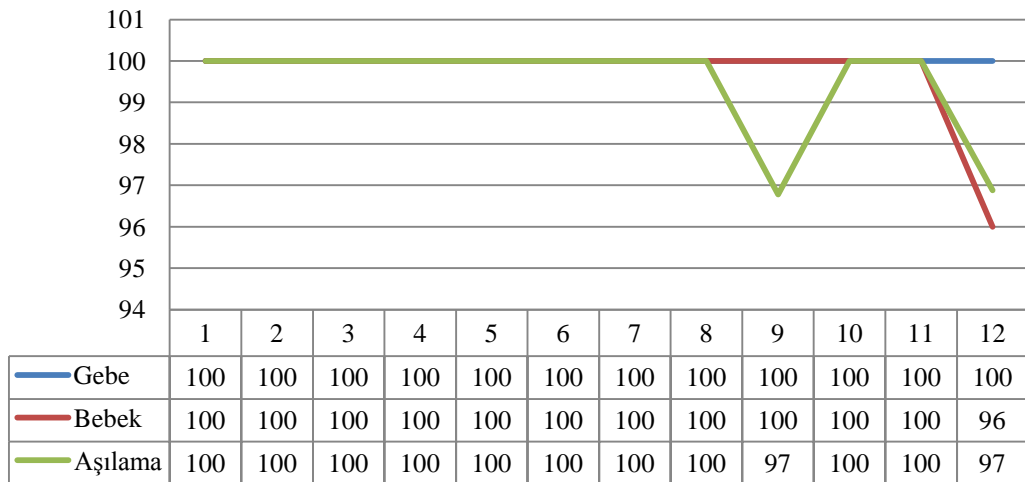
Grafik Ek5: 36 Nolu Aile Hekimi Performansı



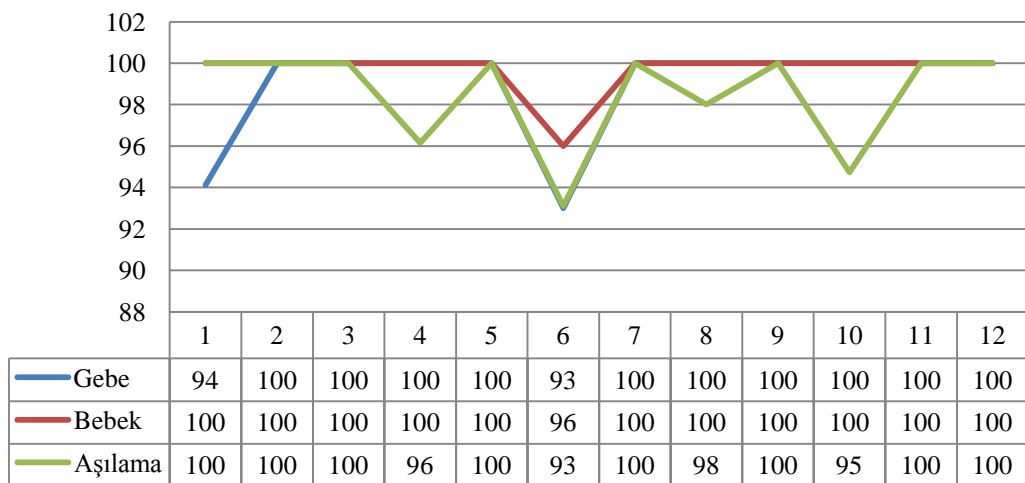
Grafik Ek12: 70 Nolu Aİle Hekimi Performansı



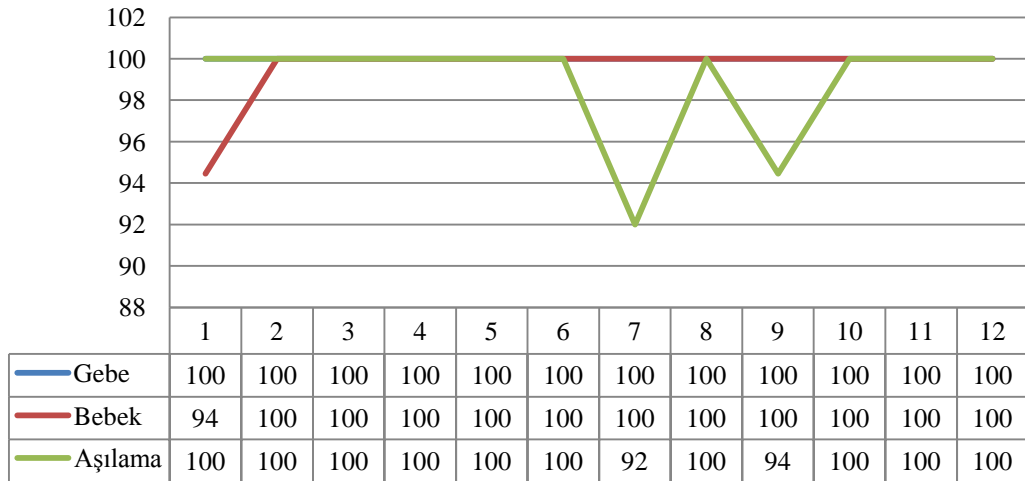
Grafik Ek13: 71 Nolu Aİle Hekimi Performansı



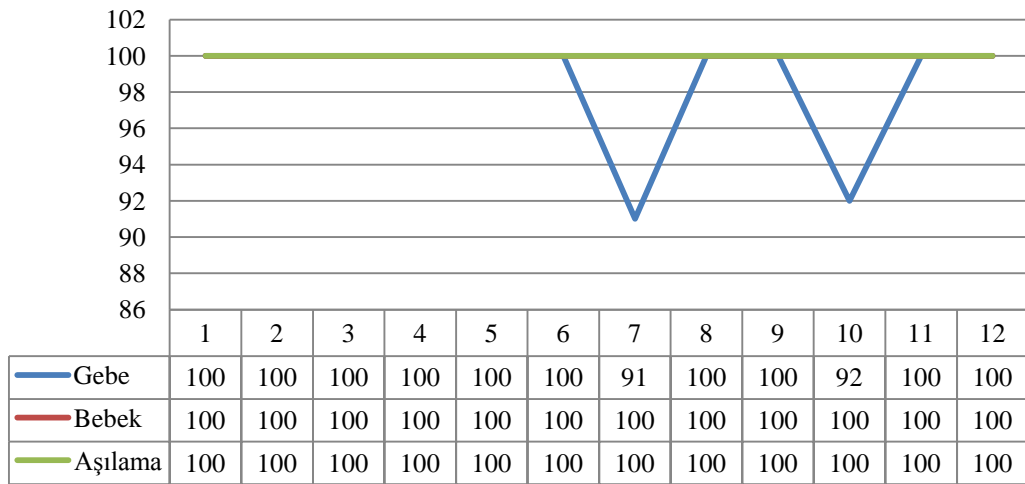
Grafik Ek14: 72 Nolu Aİle Hekimi Performansı



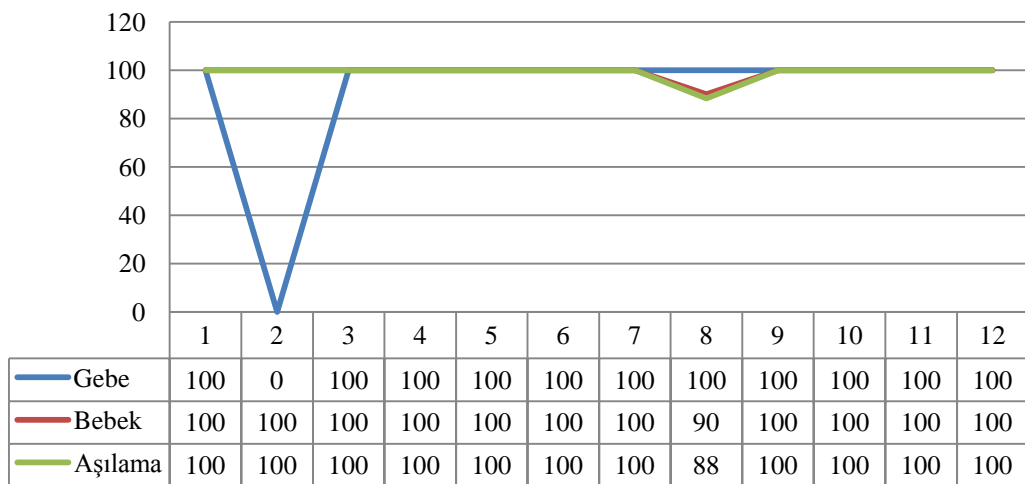
Grafik Ek18: 188 Nolu Aİle Hekimi Performansı



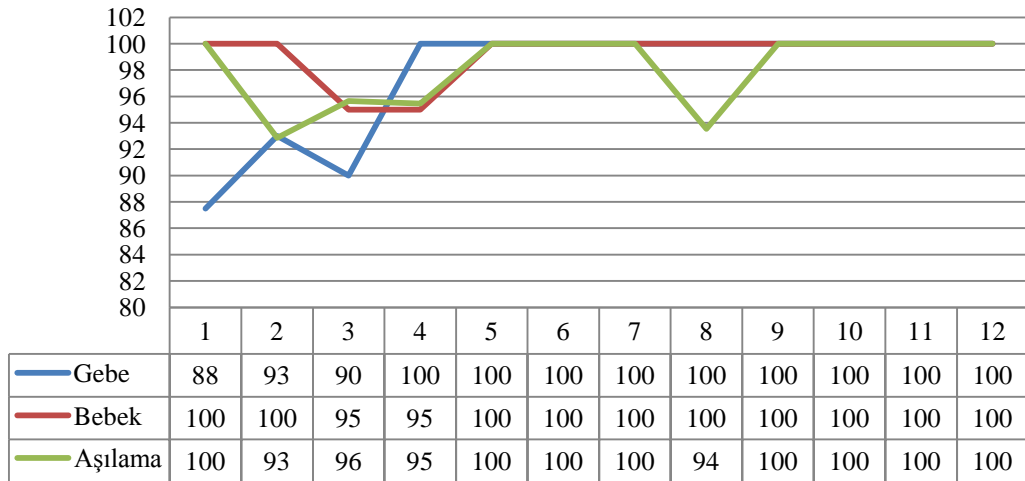
Grafik Ek19: 189 Nolu Aİle Hekimi Performansı



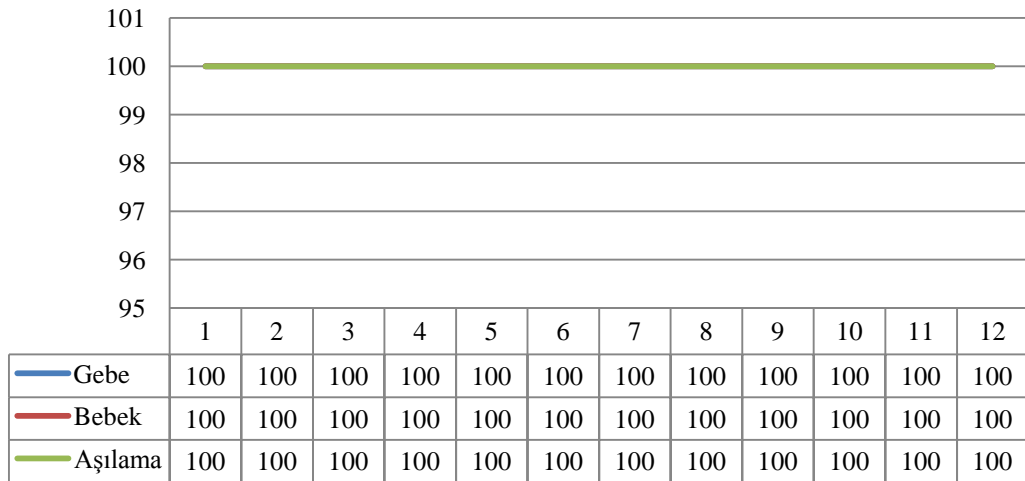
Grafik Ek20: 190 Nolu Aİle Hekimi Performansı



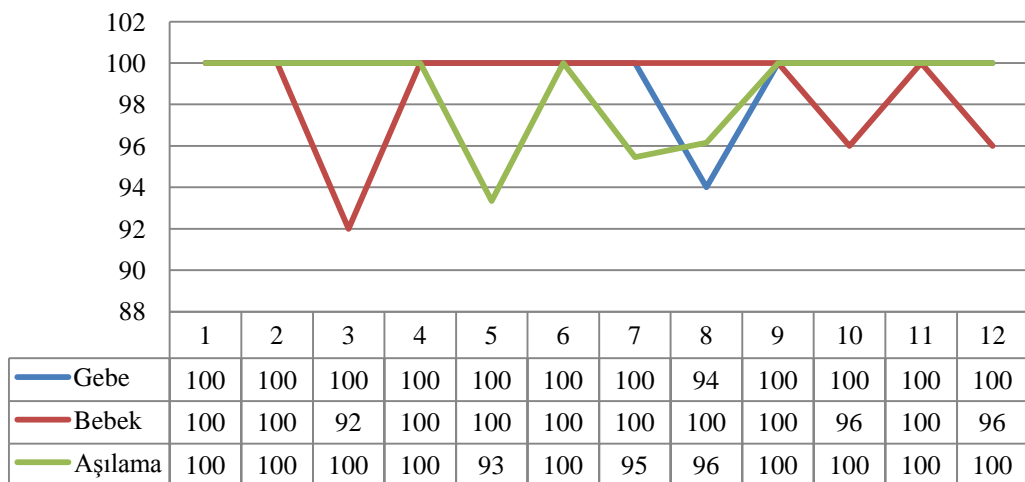
Grafik Ek24: 217 Nolu Aİle Hekimi Performansı



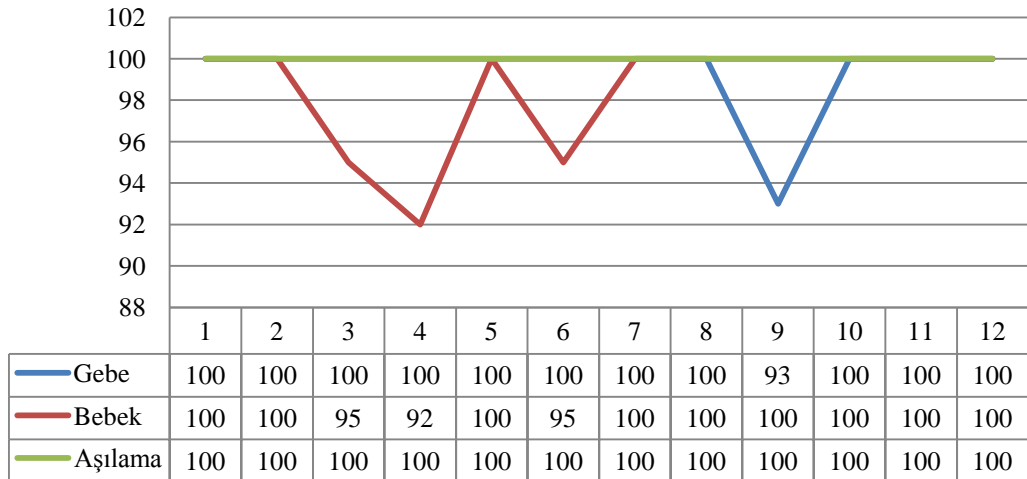
Grafik Ek25: 218 Nolu Aİle Hekimi Performansı



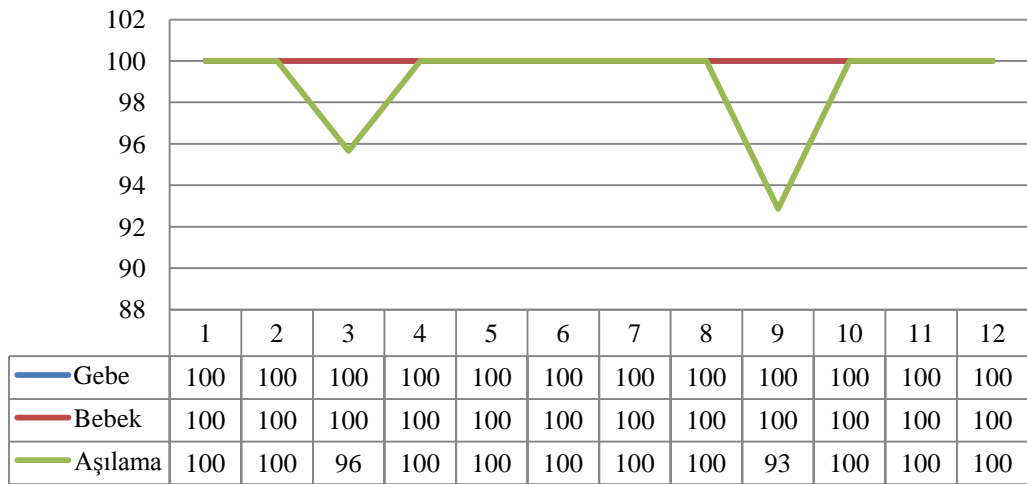
Grafik Ek26: 219 Nolu Aİle Hekimi Performansı



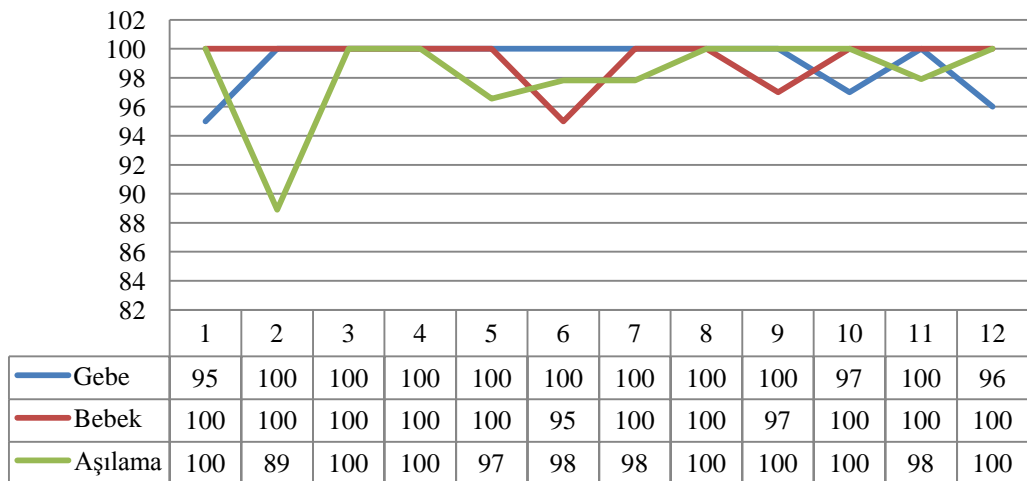
Grafik Ek27: 220 Nolu Aİle Hekimi Performansı



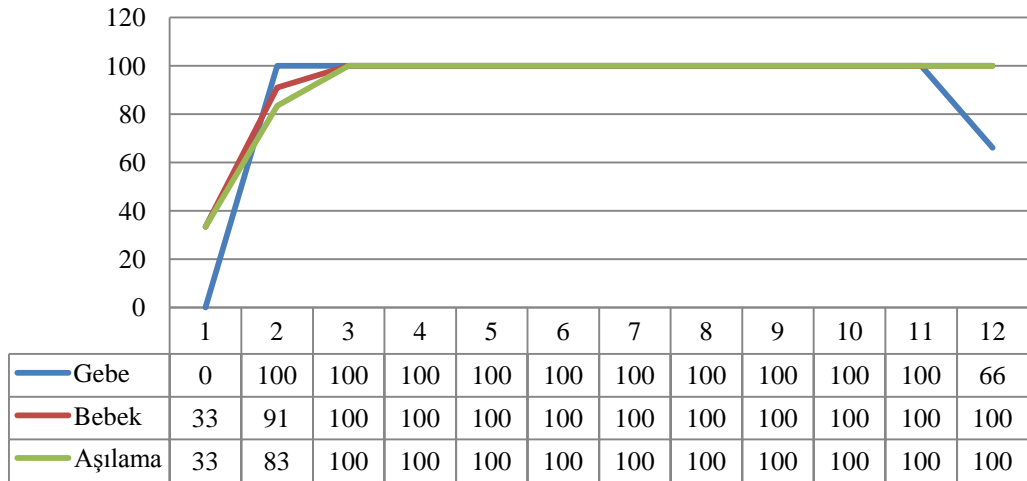
Grafik Ek28: 221 Nolu Aİle Hekimi Performansı



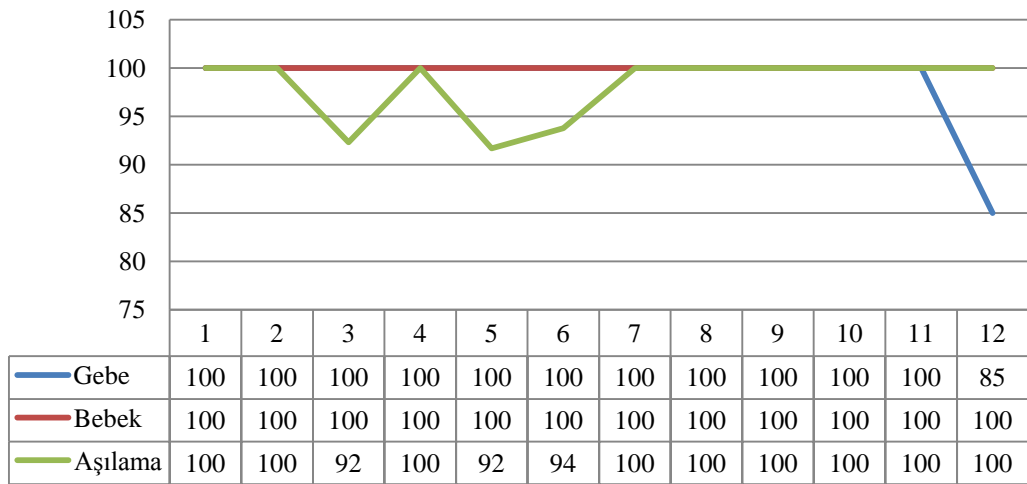
Grafik Ek29: 224 Nolu Aİle Hekimi Performansı



Grafik Ek30: 231 Nolu Aİle Hekimi Performansı



Grafik Ek31: 253 Nolu Aİle Hekimi Performansı



Sayın Katılımcı

Bu anket çalışması Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN danışmanlığında yürütülen “**Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi ve Performans Değerleme Sistemi: Denizli Uygulaması**” başlıklı Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır.

Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuzu. Bu nedenle sağlık hizmetleri kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz. Size hizmet veren Aile hekiminiz, Aile sağlığı elemanı ve diğer çalışanlarının verdikleri hizmet ile ilgili olarak görüşlerinizi öğrenmek için size bazı sorular sormak istiyoruz. Ankette, görüş ve düşünceleriniz toplu olarak analiz edilecektir. Ankette hiçbir şekilde isminiz ve adresiniz sorulmayacak vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve elde edilecek veriler sadece akademik çalışmalarımızda kullanılacak ve veriler toplu olarak yorumlanacaktır. Bu araştırma, kurum adına yapılmamaktadır. Düşüncelerinizi rahatlıkla ifade edebilirsiniz. Soruların tamamını cevaplayınız.

Katkılarınızı bekler, saygılarımızı sunarız.

Yrd. Doç. Dr. Naci KARKIN
Pamukkale Üniversitesi
İ.İ.B.F.
Kamu Yönetimi Bölümü
Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. S. Yaman KOÇAK (2. Danışman)
Pamukkale Üniversitesi
İ.İ.B.F.
Kamu Yönetimi Bölümü
Öğretim Üyesi

Tancu SÖYLEYİCİ
Pamukkale Üniversitesi
İ.İ.B.F.
Kamu Yönetimi Bölümü
Y. Lisans Öğrencisi

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

Soru 1: Cinsiyetiniz?	<input type="checkbox"/> a) Kadın <input type="checkbox"/> b) Erkek
Soru 2: Medeni durumunuz?	<input type="checkbox"/> a) Evli <input type="checkbox"/> b) Bekâr <input type="checkbox"/> c) Diğer
Soru 3: Yaşınız?	<input type="checkbox"/> a) 20 yaş ve altı <input type="checkbox"/> b) 21-40 <input type="checkbox"/> c) 41-60 <input type="checkbox"/> d) 61 yaş ve üstü
Soru 4: Öğrenim durumunuz?	<input type="checkbox"/> a) Okuryazar değil <input type="checkbox"/> b) Okuryazar <input type="checkbox"/> c) İlkokul <input type="checkbox"/> d) Ortaokul <input type="checkbox"/> e) Lise <input type="checkbox"/> f) Üniversite ve üstü
Soru 5: Mesleğiniz?	<input type="checkbox"/> a) Memur <input type="checkbox"/> b) İşçi <input type="checkbox"/> c) Esnaf/Serbest Meslek <input type="checkbox"/> d) Çiftçi <input type="checkbox"/> e) Emekli <input type="checkbox"/> f) Öğrenci <input type="checkbox"/> g) İşsiz <input type="checkbox"/> h) Diğer
Soru 6: Sosyal güvenceniz?	<input type="checkbox"/> a) Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> b) Bağ-Kur <input type="checkbox"/> c) SSK <input type="checkbox"/> d) Yeşil Kart <input type="checkbox"/> e) Özel Sigortalı <input type="checkbox"/> f) Yok
Soru 7: Hanenizin aylık toplam geliri?	<input type="checkbox"/> a) 500 TL ve altı <input type="checkbox"/> b) 501-1000 TL <input type="checkbox"/> c) 1001-2000 TL <input type="checkbox"/> d) 2001-5000 TL <input type="checkbox"/> e) 5001 TL ve üstü
Soru 8: Aile hekiminize başvurmanızın asıl sebebi nedir? (tek şık işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/> a) Muayene olmak için <input type="checkbox"/> b) Kontrol için <input type="checkbox"/> c) İlaç yazdırmak için <input type="checkbox"/> d) Aile planlaması için <input type="checkbox"/> e) Enjeksiyon-pansuman için <input type="checkbox"/> f) Aşı olmak için <input type="checkbox"/> g) Rapor almak için <input type="checkbox"/> h) Sevk almak için
Soru 9: Bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda ilk olarak kime başvurmayı düşünürsünüz?	<input type="checkbox"/> a) Aile Hekimine <input type="checkbox"/> b) Devlet Hastanesine <input type="checkbox"/> c) Üniversite Hastanesine <input type="checkbox"/> d) Özel Hastanelere <input type="checkbox"/> e) Özel Muayenehaneye <input type="checkbox"/> f) Tanıdıklarına

B. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

Soru 10: Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği uygulamasından haberdar mısınız ve yararlanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	a) Haberdarım ve sürekli yararlanıyorum
	<input type="checkbox"/>	b) Haberdarım ve nadiren yararlanıyorum
	<input type="checkbox"/>	c) Haberdarım ama yararlanmıyorum
	<input type="checkbox"/>	d) Haberdar değilim
Soru 11: Aile hekimliği uygulamaları hakkında nereden bilgi sahibi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	a) Muhtardan
	<input type="checkbox"/>	b) Medyadan (Gazete, TV, Radyo vb.)
	<input type="checkbox"/>	c) Sağlık Personelinden (eczacı, doktor, hemşire vb.)
	<input type="checkbox"/>	d) Çevrenizden (işyeri, arkadaş, aile vb.)
Soru 12: Aile hekiminizi seçme ve değiştirme konularında bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/>	a) Evet
	<input type="checkbox"/>	b) Hayır
	<input type="checkbox"/>	c) Kısmen

C. HİZMET MEKANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Soru 13: Başvurduğunuz aile hekiminize ulaşılabilir düzeyini (rahatlıkla ulaşabiliyor musunuz) değerlendiriniz?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 14: Başvurduğunuz aile hekimliğinizin fiziki koşulları (sıcaklık, temizlik, oturulacak yerler vs.) konusunda görüşünüz nedir?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 15: Aile hekimliği içinde gitmek istenilen yerin (muayene odası, laboratuvar, pansuman odası vb.) yönlendirme yazıları ve levhaları konusunda görüşünüz nedir?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 16: Başvurduğunuz aile hekiminizin tıbbi cihaz ve donanımın yeterliliğini değerlendiriniz?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü

D. İŞLEMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Soru 17: Aile hekimliğinde yapılacak kayıt ve tıbbi işlemler konusunda sizi yönlendiren personelin davranışları konusundaki görüşünüz nedir?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 18: Aile hekimliğinde kayıt işlemlerinin süresi hakkında görüşünüz nedir?	<input type="checkbox"/>	a) Çok kısa
	<input type="checkbox"/>	b) Kısa
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Uzun
	<input type="checkbox"/>	e) Çok uzun
Soru 19: Aile hekimliğinde kayıt sonrasında muayene olabilmek için beklediğiniz süre konusunda görüşünüz nedir?	<input type="checkbox"/>	a) Çok kısa
	<input type="checkbox"/>	b) Kısa
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Uzun
	<input type="checkbox"/>	e) Çok uzun

E. AİLE HEKİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Soru 20: Aile hekiminizin muayene odasında sizi karşılaması, nezaketi ve size olan davranışını nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 21: Aile hekiminizin sizi muayenesini, muayene sırasında sizi dinlemesini ve soru sormanıza zaman tanınmasını nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü
Soru 22: Aile hekiminizin ilaçları nasıl kullanmanız gerektiği ve yan etkileri konusunda sizi bilgilendirmesini nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/>	a) Çok iyi
	<input type="checkbox"/>	b) İyi
	<input type="checkbox"/>	c) Orta
	<input type="checkbox"/>	d) Kötü
	<input type="checkbox"/>	e) Çok kötü

Soru 23: Aile hekiminizin yapılacak <i>tetkik ve tedavinin</i> ayrıntıları konusunda sizi bilgilendirmesi nasıl değerlendirirsiniz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
Soru 24: Aile hekiminizin, sağlık bilgi ve kayıtlarınızı izlemesi (aşılama, bebek izlem, gebe takip, hastalık takibi vb.) konusunda yeterliliğini nasıl değerlendirirsiniz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
F. AİLE SAĞLIĞI ELEMANININ DEĞERLENDİRİLMESİ		
Soru 25: Aile hekimliğinde size hizmet veren aile sağlığı elemanının (ebe/hemşire/sağlık memuru) <i>davranışını</i> nasıl değerlendirirsiniz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
Soru 26: Aile hekimliğinde size hizmet veren aile sağlığı elemanının (ebe/hemşire/sağlık memuru) vermiş olduğu <i>tıbbi hizmetini</i> nasıl değerlendirirsiniz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
G. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ		
Soru 27: Aile hekimliğinde size verilen (<i>muayene, laboratuvar, pansuman, aşılama gibi</i>) hizmetleri nasıl değerlendirirsiniz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
Soru 28: Genel olarak aile hekimliği uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?	() () () () ()	a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü
Soru 29: Aile hekimliği uygulamasını eski sağlık ocakları sistemine göre nasıl buluyorsunuz?	() () () ()	a) Aile hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum b) Herhangi bir değişiklik görmüyorum c) Aile hekimliğinin daha kötü olduğunu düşünüyorum d) Fikrim yok
Soru 30: Aile hekimliği uygulaması ile Sağlık Ocakları arasında tercih yapmanız istense idi, tercihiniz hangi yönde olurdu?	() () () ()	a) Aile hekimliği uygulaması devam etmeli b) Sağlık Ocakları sistemine geri dönmeli c) Hangisi olursa olsun fark etmez d) Her ikisi de kaldırılmalı

Aile hekimliği uygulaması hakkında belirtmek istediğiniz başka bir konu varsa lütfen yazınız.

.....

.....

.....

.....

.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Tancu SÖYLEYİCİ

Anne Adı : Havana

Baba Adı : Ahmet

Doğum Yeri ve Tarihi : Tett nang / Almanya/ 1972

Medeni Durumu : Evli

Lise Eğitimi : Kütahya Sağlık Meslek Lisesi

Lisans Eğitimi : Anadolu Üniversitesi
İktisat Fakültesi
Kamu Yönetimi (1995-1999)

Çalıştığı Yer ve Görevi : İl Sağlık Müdürlüğü
Basın ve Halkla İlişkiler Birimi
Sağlık Memuru

Yabancı Dil : Almanca (Orta)