



T.C

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İşletme Anabilim Dalı

KAMU YÖNETİMİNDEKİ SON DÜZENLEMELERE BAĞLI
OLARAK AİLE HEKİMLİĞİNDEKİ GELİŞMELER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TOLGA BOZKURT

135500145

Danışmanı: Yar. Doç. Dr. Volkan TATAR

İstanbul – 2017



T.C

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İşletme Anabilim Dalı

**KAMU YÖNETİMİNDEKİ SON DÜZENLEMELERE
BAĞLI OLARAK AİLE HEKİMLİĞİNDEKİ
GELİŞMELER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: **TOLGA BOZKURT**

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘Kamu Yönetimindeki Son Düzenlemelere Bağlı Olarak Aile Hekimliğindeki Gelişmeler’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım

Tolga Bozkurt



ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir
- Tezim sadece İstanbul Arel Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 2 (iki) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tolga Bozkurt

ÖZET

KAMU YÖNETİMİNDEKİ SON DÜZENLEMELERE BAĞLI OLARAK AİLE HEKİMLİĞİNDEKİ GELİŞMELER

Tolga Bozkurt

Yüksek Lisans Tezi, İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Yar. Doç. Dr. Volkan TATAR

Şubat, 2017 – 125 sayfa

Dünyada değişen kamu yönetimi politikaları ile devletler birçok alanda çağın şartlarına ve ihtiyaçlarına uygun reformlar yapmışlardır. Türkiye’de de bu Yeni Kamu Yönetimi (YKY) anlayışının yansımaları görülmüş ve dönemler halinde KYK anlayışına geçiş çalışmaları yürütülmeye başlanmıştır. Türkiye’nin son zamanlarda bu alanda yaptığı en köklü reformlar sağlık alanında olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık bakanlığı idari yapısı, merkez ve taşra teşkilatlanması, personel yapısı, finansal kaynaklar, sosyal güvenlik kurumu, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları teşkilatlanmaları yeniden yapılandırılmıştır. Sağlıkta en kapsamlı değişikliklerden biri olan ‘Aile Hekimliği’ sistemi uygulamaya konularak birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen çağdaş, KYK anlayışına uygun bir şekilde revize edilmiştir. Bu çalışmanın amacı kamu yönetimindeki gelişmelere bağlı olarak kamu yönetimi ve aile hekimliği sistemi hakkında bilgi vermek, sistemdeki yenilikler ve sağlık politikalarını değerlendirmektir.

Anahtar Kelime: Kamu yönetimi, Aile hekimliği, Sağlıkta dönüşüm programı

ABSTRACT

DEVELOPMENTS IN FAMILY MEDICINE DEPENDING ON REGULATIONS IN PUBLIC ADMINISTRATION

Tolga Bozkurt

Master Thesis, Department of Business Administration

Supervisor: Ass. Prof. Volkan TATAR

February, 2017 - 125 pages

Changing public administration policies in the world, states have reformed in accordance with the age requirements in many areas and needs. This reflection of the new public management approach has been seen in Turkey and started to carry out the transition studies in period to the understanding of the new Public Administration. Turkey's most recent radical reforms in recent years have been in the field of health. With the Transformation Program in Health, changes Ministry of Health administrative structure, central and provincial organizations, staff structure, financial resources, social security institution, primary, secondary and tertiary health care institutions. One of the most comprehensive changes in health is the 'Family Medicine' system is put into practice. In this manner, primary health care services are contemporary and this structure appears to be compatible with the fundamental components of the New Public Management approach. The purpose of this study in the light of developments in public administration to give information about public administration and family medicine system and to evaluate innovations and health policies in the system.

Key words: Public management, Family medicine, Transformation Program in Health

ÖNSÖZ

Kalkınmış devlet olmanın en önemli unsurlarından biri olan sağlık alanındaki yatırım ve gelişmeler iç ve dış politikalarda önemli bir unsur olarak görülmektedir. Hem gelecek nesiller için hem de gelişen ve gün geçtikçe küreselleşen dünyada güçlü bir konumda olabilmek için her devlet en önemli görevi olan halk sağlığı, refahı, kamusal hizmet ulaşılabilirliği gibi alanlarda yenilikler yapmalı, diğer dünya ülkeleri ile kıyaslama yaparak kendi içyapısına en uygun olan modeli tasarlamalıdır.

Türkiye bu alanda sağlıkta dönüşüm programı ile önemli yol kat etmiştir. Öncelikle merkeziyetçi bir yapıya sahip olan sağlık bakanlığı teşkilat yapısı yeniden yapılandırılmış, sağlıkta herkesin yararlanabileceği genel sağlık sigortası uygulaması başlatılmış, birinci basamakta sağlık ocakları kapatılarak daha kapsamlı, verimli, YKY anlayışına uygun aile hekimliği modeline geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile dünya ile aynı standartlarda birinci basamak hizmetleri sağlanmış, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının yükü azaltılmış, koruyucu tedavi hizmetlerine önem verilmiştir.

Bu çalışmada kamu yönetimindeki gelişmeler ışığında aile hekimliği sistemine güncel bir bakış, sistemin dünyadaki örnekleri ve değerlendirilmesi üzerine araştırmalar yapılmıştır.

Tez yazımım sırasında bana güvenen ve desteğini esirgemeyen danışmanım Yar. Doç. Dr. Volkan TATAR'a teşekkürlerimi sunarım.

İSTANBUL, 2017

Tolga BOZKURT

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
ÖNSÖZ.....	III
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XIII

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tespiti.....	XIV
1.2. Çalışmanın Amacı.....	XIV
1.3. Araştırmanın Metodolojisi.....	XIV
1.4. Ünitelerin Planı.....	XV

2.BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİ

2.1. Giriş.....	1
2.2. Kamu Yönetimi Tanımı.....	4
2.3. Kamu Yönetiminin Niteliği.....	4
2.4. Yönetimin İşlevleri.....	5
2.4.1 Planlama.....	5

2.4.2 Örgütlenme.....	5
2.4.3 Yönelme.....	6
2.4.4 Denetim.....	6
2.5. Kamu Yönetiminde Yaklaşımlar.....	6
2.5.1. Kameral bilim.....	6
2.5.2. Yasal Yaklaşım.....	7
2.5.3. Geleneksel Yaklaşım.....	7
2.5.4. Sosyal – Psikolojik Yaklaşım.....	7
2.6. Kamu Yönetiminde Dönüşüm ve Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı.....	8
2.6.1. Yeni Kamu Yönetimi.....	8
2.6.2. Yeni Kamu Yönetiminin İlkeleri.....	10
2.6.3. Yeni kamu Yönetiminin Stratejileri.....	11
2.6.4. Yeni Kamu Yönetimi Sonrasındaki Değişimler.....	12
2.7. Kamu Yönetiminin Türkiye’deki Gelişimi.....	14
2.7.1 Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yenilikler ve Dönüşüm.....	16
2.7.2. Kamu Yönetimi Temel Kanunu.....	17
2.7.3 Türkiye’deki Son Gelişmeler Işığında Yeni Kamu Yönetiminin Değerlendirilmesi.....	18
2.8. Kamu Yönetiminde Sağlık Hizmetleri.....	21
2.8.1. Sağlık Politikası.....	21
2.8.2. Sağlık Reformu.....	22
2.8.3. Sağlıkta Kalite.....	23
2.8.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	24

2.8.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sınıflandırılması.....	27
2.8.5.1. Sağlık Evi.....	29
2.8.5.2. Aile Sağlığı Merkezi.....	29
2.8.5.3. Toplum Sağlığı Merkezi.....	29
2.8.5.4. Ana – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi.....	30
2.8.5.5. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.....	30
2.8.5.6. Verem Savaş Dispanseri.....	30
2.8.6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	31
2.8.7. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	32
2.8.8. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	32

3.BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

3.1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	34
3.1.1. Türkiye’deki Aile Hekimliği Kronolojisi.....	35
3.2. Aile Hekimliği Sistemine Geçiş.....	36
3.3. Aile Hekiminin Tanımı.....	38
3.4. Aile Hekimi Kimdir.....	38
3.5. Aile Hekimlerinin Eğitimi.....	38
3.6. Aile Hekimliğinin Temel İlkeleri.....	39
3.6.1. Birinci Basamak (Birincil Bakım) Yönetimi.....	40
3.6.2. Kişi Merkezli Bakımı Sağlama.....	40
3.6.3. Özgün Problem Çözme Becerisi.....	41

3.6.4. Kapsamlı Yaklaşım.....	42
3.6.5. Toplum Yönelimli Olma.....	42
3.6.6. Bütüncül (Holistik) Yaklaşım.....	43
3.7. Aile Hekiminin Yetki, Görev ve Sorumlulukları.....	43
3.8. Aile Sağlığı Merkezlerinin Statüleri ve Konumu.....	48
3.8.1. Aile Sağlığı Merkezlerinin Donanımı.....	49
3.8.2. Aile Sağlığı Merkezlerinin Sınıflandırılması.....	50
3.8.3. Aile Sağlığı Merkezlerinin İşletilmesi.....	52
3.8.4. Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetler.....	53
3.9. Aile Hekimliğinde Ücretlendirme ve Kesintiler.....	55
3.9.1. Kişi sayısına Göre Ödeme.....	56
3.9.2. Sosyo – Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ödeneği.....	56
3.9.3. Aile Sağlığı Merkezi Cari Gider Ödeneği.....	56
3.9.4. Aile Sağlığı Merkezi Sınıflandırma Ödeneği.....	57
3.9.5. Gezici Sağlık Hizmetleri Ödeneği.....	57
3.9.6. Aile Hekiminden Yapılan Kesintiler.....	57
3.10. Aile Hekimliğinde Mesleki Örgütlenme.....	58
3.10.1. WONCA.....	58
3.10.2. EURACT.....	59
3.10.3. EGPRN.....	59
3.10.4. EQUIP	59
3.10.5. ESPCG.....	59
3.10.6. TAHUD.....	60

4. BÖLÜM

DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ ÖRNEKLERİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTAKİ SON DÜZENLEMELER

4.1. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları.....	61
4.1.1. İngiltere'de Aile Hekimliği.....	62
4.1.2. Amerika'da Aile Hekimliği.....	63
4.1.3. Almanya'da Aile Hekimliği.....	65
4.1.4. Kanada'da Aile Hekimliği.....	66
4.1.5. Hollanda'da Aile Hekimliği.....	67
4.1.6. Küba'da Aile Hekimliği.....	69
4.1.7. Norveç'te Aile Hekimliği.....	72
4.1.8. Çek Cumhuriyeti'nde Aile Hekimliği.....	73
4.1.9. Bulgaristan'da Aile Hekimliği.....	74
4.1.10. Polonya'da Aile Hekimliği.....	76
4.1.11. İspanya'da Aile Hekimliği.....	77
4.2. Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ile Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapılanmasındaki Son Gelişmeler.....	78
4.2.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	78
4.2.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	81
4.2.3. 663 Nolu KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Yapısındaki Değişimlerin Özeti.....	85
4.3. Kamu Yönetimindeki Son Gelişmelere Bağlı Olarak Sağlık Politikaları ve Aile Hekimliği.....	87

4.3.1. İstihdam ve İnsan Kaynakları Düzenlemeleri.....	87
4.3.2. Maliyet ve Finansman Düzenlemeleri.....	88
4.3.2.1. Şehir Hastaneleri.....	88
4.3.2.2. Halk Sağlığı Yaşam Merkezleri.....	89
4.3.3. Hizmet Sunma Yöntemleri Düzenlemeleri.....	90
4.3.4. Hizmet Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Düzenlemeler.....	90
4.3.5. Teşkilat Yapısındaki Düzenlemeler.....	90
4.3.6. Finansal Sürdürülebilirliğe Yönelik Düzenlemeler.....	91
4.3.7. Bilgi Teknolojileri ve Sağlık İstatistikleri Düzenlemeleri.....	91

5.BÖLÜM

SONUÇ

5.1. Sonuç ve Özet.....	93
5.2. Çalışmanın Literatüre Katkısı.....	95
5.3. Araştırma Kısıtları.....	95
5.4. Geleceğe Yönelik Çalışma Alanları.....	95
KAYNAKÇA.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	106

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AID	: Association International Development (Uluslararası Kalkınma Birliği)
AMATEM	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
BM	: Birleşmiş Milletler
DGT	: Doğrudan Gözetimli Tedavi
DPD	: Devlet Personel Dairesi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EKG	: Elektro Kardiyo Gram (Kalp Akım Grafiği)
ENDOTEM	: Endokrinoloji Tedavi Merkezi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp akademisi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HASAM	: Halk Sağlığı Yaşam Merkezi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KOBİ	: Küçük ve Orta Büyüklükte İşletme
KYTK	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu
MEHTAP	: Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesi

MHRS	: Merkezi Hasta Randevu Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
OSB	: Organize Sanayi Bölgesi
RIA	: Rahim İçi Araç
SBS	: Sağlık Bilgi Sistemi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TODAİE	: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
VSD	: Verem Savaş Dispanseri
YKY	: Yeni Kamu Yönetimi
YÖK	: Yüksek Öğretim kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WONCA	: World Organization of Family Doctors (Dünya Aile hekimliği Organizasyonu)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 Yeni Kamu Yönetiminin Özellikleri.....	9
Tablo 2.2 Geleneksel Yönetim ile Yeni Yönetimin Karşılaştırılması.....	14
Tablo 2.3 Türkiye’de Düünden Bugüne Sağlık Politikaları.....	22
Tablo 3.1 ASM Gruplandırma Kriterleri.....	50
Tablo 3.2 Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetler.....	54
Tablo 4.1. Avrupa Ülkelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreleri.....	61
Tablo 4.2 Sağlık Bakanlığı Yeni Merkez Teşkilatı.....	81
Tablo 4.3 Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında 663 nolu KHK sonrası değişim.....	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Son 10 Yılda Dünyanın En Değerli Şirketleri Değişimi.....	20
Şekil 3.1 23 Nisan 1934 Çocuk Bayramından Bir Kare.....	34
Şekil 4.1 Sağlık Bakanlığı Yeni Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı.....	80
Şekil 4.2 Sağlık Bakanlığı Yeni Taşra Teşkilatı Yapılanması.....	82



1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problemin Tespiti

Değişen zamanın koşullarına göre dünyada yaşanan gelişmeler her alanda olduğu gibi son dönemlerde ülkemizin sağlık alanında da kendini göstermektedir. Ülkemizde 2003 yılında KYTK tasarısı ile ortaya çıkan YKY anlayışına geçiş dönemini takiben 2005 yılında tüm dünyada uygulanmakta olan aile hekimliği modeline geçilmiştir. Köklü değişimler geçiren birinci basamak sağlık kurumlarındaki kanun, mevzuat, yönetmelikler ve sistemdeki eksikliklerin ele alınması, geliştirilmesi konusunda çalışmalar yapılması gerekmektedir.

1.2 Çalışmanın Amacı

Araştırmaya başlarken Yeni Kamu Yönetimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişiminin gösterilmesi amacıyla yola çıkılmıştır. Bu bağlamda kamu yönetimindeki son düzenlemelere bağlı Türkiye ve Dünyadaki aile hekimliği sistemlerinin örneklendirilerek araştırılması amaçlanmıştır.

1.3 Araştırma Metodolojisi

Araştırmada ‘literatür taraması’ metodu kullanılmış, kütüphane ve elektronik kitaplar, dergi makaleleri, raporlar, mevzuatlar, tezler, gazeteler, ulusal ve uluslar arası internet siteleri incelenmiştir. Yazılı kaynaklar arasında Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği eğitimlerinde dağıtılan kitaplardan ve elektronik belgelerden de faydalanılmıştır.

Kullanılan internet kaynakları için arama motorlarına yazılan ‘Yeni Kamu Yönetimi’, ‘Sağlıkta Dönüşüm’, ‘Dünyada Aile Hekimliği’, ‘Yeni Kamu Yönetimi-Sağlık Bakanlığı’ gibi başlıklar ile yapılan aramalarda bulunan kitaplar, makaleler, gazeteler kullanılmıştır.

1.4 Ünitelerin Planı

Çalışmada toplanan kaynaklar ayrı ayrı incelenmiş, çalışmanın ana konusu olan ‘Kamu Yönetimindeki Düzenlemeler ve Aile Hekimliği’ konusundan sapmadan ilgili bölümlerden faydalanılmış, gerekli bölümlere yorum ve analizler eklenmiştir. İkinci bölümde kamu yönetimi esasları, üçüncü bölümde Türkiye’deki aile hekimliği araştırılmış, dördüncü bölümde ise Dünyadaki aile hekimliği sistemleri ile Türkiye’de sağlık alanında yapılan yeni düzenleme ve yeniliklere değinilmiştir.



2. BÖLÜM

KAMU YÖNETİMİ

2.1 Giriş

Günümüzde eskiye nazaran değişen hayat tarzı ve toplumun dinamikleri birçok alanda yenilik ve değişim yapılmasını mecbur kılmıştır. Haberleşme, teknoloji, kamusal refah, sosyal hizmet ve ekonomi alanlarındaki gelişmeler beraberinde küreselleşmeyi getirmişler; ulus devletler yönetiminden küresel, büyük güçlere sahip, çok uluslu şirketler yönetimi ortaya çıkmıştır. Özellikle kamu hizmeti sunumunda sahanın talepleri, vatandaşların diğer ülkelerle kıyaslama yaparak kendi yönetim biçimlerini sorgulamaları, eleştirel yaklaşımları hükümetleri zor duruma sokarak bu konuda geliştirme ve düzenlemeler yapmaya mecbur kılmıştır.

Devletlerin borç sorununa, bütçe açıklarına ve halkın taleplerine çözüm üretmek amacıyla özel sektörde uygulanan birçok yönetim tekniğinin kamu sektörüne de uygulanmaya geçilmesi fikri 1980’li yıllarda gündeme gelmiştir. Bu bağlamda özel sektörde uygulanan bu yöntemler tedricen de olsa birçok ülkenin kamu kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır. Özel sektör enstrümanlarının kamuda uygulanması ile ortaya çıkan bu tip ‘Yeni Kamu Yönetimi’(YKY) olarak adlandırılmaktadır (Usta, 2014).

Cumhuriyetin ilk yıllarının atılımı üzerine gelişen 2. Dünya Savaşı’nın olumsuzlukları, kıtlıklar, salgın hastalıklar, ithalat ve ihracatın önemli ölçüde azalması ile ekonomik darboğaza düşen Türkiye, dünyada olup biten gelişmelerden ve reform hareketlerinden etkilendi. Geleneksel kamu yönetimi anlayışı birçok problemi barındırdığından dönemler halinde YKY’ye adaptasyon çalışmaları yürütülmeye çalışıldı.

Geçmişte sanayi, ticaret, sağlık, toplumsal refah gibi konularda halkın talepleri ya hiç olamamış ya da yerine getirilememiş durumdaydı. 1980’li yıllardan başlayarak kamu hizmeti sunumunun niteliği, verimliliği, etkinliği, yönetim yapıları gibi birçok alanda reformların temeli atılmıştır.

1983 – 1987 yıllar arasındaki Turgut Özal döneminden itibaren serbest piyasa modeline geçilmiş, Türk ekonomisi rekabete açılmış, Anadolu’da birçok ilde ‘organize sanayi bölgesi’ (OSB) kurularak üretim ve ihracat sonrası büyüme hedeflenmiştir (Yaşar, 2014).

Bu gelişmeleri takip eden yıllarda da reform çalışmaları devam etmiş, 2003 yılı Kamu Yönetimi Temel Kanunu (KYTK) tasarısı hazırlanarak hem ilerleme hem de dönemin şartlarında Dünya Bankası (IMF) tarafından yapılacak olan değerlendirmeden olumlu puan alma hedeflenmişti (Güler, 2004).

KYTK sonrası yapılan yapısal ve idari reformlar, belirlenen politikalar, ile birlikte kamu hizmetlerinde önemli yer tutan sağlık alanında da köklü değişimlere gidildi. Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP)’nin uygulamaya geçirilmesi ile bakanlığa bağlı merkez ve taşra teşkilatlanması, personel yapısı, finansal kaynaklar, sosyal güvenlik kurumu, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları teşkilatlanmaları yeniden yapılandırıldı.

Son zamanlarda komşu ülkelerimizde olan iç karışıklıklar, savaş ve belirsizlik ortamı ülkemizin bulunduğu coğrafyadaki gücünü, istikrar ve önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir. Türkiye’nin bu ülkelere bakıldığında birçok konuda önde olduğu ve tercih edilen ülke olduğu giderek günyüzüne çıkmaktadır.

Türkiye gerek sahip olduğu genç nüfus ve dinamikleri, gerekse konumu ile dünya devletleri arasında söz sahibi olmak durumundadır. Büyük devlet olmanın yolu ise kamusal, idari ve ekonomik reformlar ile dünyaya paralel gelişmeleri takip etmek, halkın refah düzeyini en üst seviyelerde tutarak güçlü politikalarla bulunduğu coğrafyaya ve çevresine yön vermekten geçmektedir. Halkın refah düzeyi ölçütlerinden olan temel sağlık hizmetleri, birey ve toplum sağlığı bakımından hem ekonomik hem de kalkınma anlamında önemli yere sahiptir. Dünyada kalkınmış ülkelere baktığımızda başarılı oldukları iki ana göstergeden biri eğitim, diğeri sağlık sistemi sorunlarını büyük ölçüde çözebilmiş olduklarını görmekteyiz.

İç politikada daha güçlü, etkin ve verimli sağlık sistemine sahip olmanın yanında dış politikada da çevre ülkelere göre gelişmiş, nitelikli sağlık işgücü ve sunumuna sahip olan Türkiye'nin sağlığın her alanında dünya ülkelerine göre daha başarılı, kaliteli, ekonomik ve tercih edilen ülke olacağı açıktır. Giderek kapanan hekim açığı ve iyiye giden sağlık istatistikleri göz önüne alındığında kalkınmış ülke olma yolundaki 2023 hedeflerine emin adımlarla yaklaşan güçlü Türkiye'nin dünya arenasında kendisine önemli bir yer bulacağı kesindir.

Bu çalışmada birey ve toplum sağlığı açısından sistemin bel kemiği konumundaki birinci basamak sağlık kurumları ve 'Aile Hekimliği' modelinin incelenmesi, kamu yönetimindeki son gelişmeler ışığında aile hekimliği sistemini tüm bileşenlerine ayırarak dün, bugün ve geleceği hakkında araştırmalar yapmak hedeflenmiştir.

2.2 Kamu Yönetimi Tanımı

Basit bir örnekle tanımlayacak olursak, iki ya da daha çok insan bir amaç doğrultusunda bir araya gelip bir küme oluşturduğunda bu kümenin belirlenen amaca ulaşması için birlikte çalışmaları gerekecektir. Burada kişilerin kendi çıkarlarını amaçları üzerinde tutmalarını önlemek ve amaca ulaşmayı kolaylaştırmayı sağlamak için denetleme ve düzenleme yapan mekanizmaya yönetim denir (Ergün, 1988:3). Yönetim aynı zamanda küme amaçlarına göre küme üyelerini yönlendirerek onların bu amaca ilişkin çabalarını yönetimin fonksiyonları etkenlerini kullanarak eyleme dönüştürmeyi sağlar.

Kamu yönetimi ise kamuya ait işlerin vatandaşın beklentileri doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilmesine yönelik faaliyetler ile bu faaliyetleri yerine getiren örgüt ve bireylerden oluşmaktadır (Eryılmaz, 1999:3-9).

Kamu yönetimi aynı zamanda bir meslek dalıdır. Yönetimin işlevleri arasında yer alan eylemleri yapan veya yapmakla yükümlü olan kişiler bu mesleğin elemanı olarak görülebilirler.

2.3 Kamu Yönetimi Niteliği

Kamu yönetimi; faaliyet, disiplin ve bir meslek niteliği taşımaktadır. Disiplinler arası nitelik de taşıyan kamu yönetimi çeşitli disiplinlerden gerekenleri alır ve kamusal sorunların çözümüne uygular. Çünkü kamu yönetimi; kamu politikalarının oluşturulması, uygulanması, planlanması, örgütlenmesi, yönlendirme, koordinasyon, denetim, sevk ve idare gibi işlem ve faaliyetlerin bir bütünüdür (Eryılmaz, 1999:3-9).

Bu faaliyetlerin ve işlemlerin uygulanma aşamalarında hangi araç ve gereçlere, ne gibi görevlilere gereksinim duyulacağı önceden bilinebilmelidir. Çalışanlar yetki ve özellik bakımından en üst düzeyden en alt düzeye kadar sınıflandırılır. Buna bir nevi hiyerarşi diyebiliriz. Bu sayede amaca uygun nitelikte kişiler belirlenerek işin hem kaynak kullanımı açısından verimli olması, hem de titizlikle yapılması sağlanır.

2.4 Yönetimin İşlevleri

Kamusal amaçları gerçekleştirirken bu yolda mutlaka başarılar ve başarısızlıklar olacaktır. Bu noktada akademik disiplin olarak yönetimin başarı ve başarısızlıklarda sorumlu tutulması olağandır. Yönetim faaliyetleri içerisinde sektöre bağlı birden çok farklı işlevler olsa da yöneticiler kamu yönetim sürecinde şu dört işlevi mutlaka yerine getirirler. Bunlar:

- *Planlama*
- *Örgütlenme*
- *Yönelme*
- *Denetim*

2.4.1 Planlama

Örgütün belirlenen amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli olan araçların saptanması plan kavramını ortaya çıkarır. Plan yönetime amaç kazandıran ve yön veren kararlar bütünüdür. Planlama geleceğe yönelik bir süreç içerir ve geleceğe ait tahminler yapmayı gerektirir. Uzun ve kısa vadeli amaçlara bağlı olarak yapılabilir. Süresi ne olursa olsun bir örgütün planları, amaçlarının ne ölçüde gerçekleşeceğini kestirmek için bir temel oluşturur.

Kamu yönetiminde çoğu politikaların hem işleme konması hem de halka daha detaylı açıklanabilmesi için hükümetler tarafından kalkınma planları yayınlanır. Bu planlara, ‘Onuncu Kalkınma Planı 2014 – 2018’, ‘Amerikan Kalkınma Planı (Marshall Planı)’ gibi büyük değişimler getiren planlar örnek gösterilebilir.

2.4.2 Örgütlenme

Düzenlenen planların uygulanabilmesi için ne çeşit bir yapı ve çalışan profili gerektiğini saptamak gereklidir. Çalışanlar, binalar, araçlar, gereçler planlanan amacın gerçekleşmesine uygun olacak şekilde düzenlenmelidir. Örgütün gerçekleştireceği amaçlara göre iyi bir örgütlenme, planların başarılı bir biçimde uygulanabilmesini sağlar.

2.4.3 Yönelme

Yönetimin saptanan amaçlar ve planlar doğrultusunda örgüt üyelerini ast – üst ilişkisi benzeri şekilde yönetmesine yönelme demektir. Yöneticilerin örgütü iyi bir şekilde yönetebilmeleri için çalışanlarla sıkı iletişim halinde olmaları, özendirici yöntemlerle çalışanlarda motivasyon sağlamaları, ortak amaç doğrultusunda yol göstermeleri ve liderlik özelliklerini ön planda tutmaları gereklidir.

2.4.4 Denetim

Yönetim örgütün amaçlarını gerçekleştirebilmek için bir dizi başarı ölçütleri koyar. Örgütün beklenen başarı ölçütüne ne düzeyde ulaştığını, sahip olduğu personel, mali kaynaklar, teknik altyapı gibi kaynakları ne ölçüde kullanabildiğini saptamak denetim alanına düşer. Denetim sonucunda işleyişte, organizasyonda, tüzükte gerekli düzeltmeler yapılır. Bazen denetim sonuçları planlarda değişime gidilmesi sonucuna sebep olabilir (Ergün, 1988:3-4).

Bu işlevlere bakıldığında her biri bir sistemin parçası olarak alt birimlere ayrılırlar. Tüm alt birimler ve ana işlevler birbirlerine bağımlıdır. Bir işlev diğer üçü olmadan başarıya ulaştıramaz.

2.5 Kamu Yönetiminde Yaklaşımlar

- Kameral bilim
- Yasal yaklaşım
- Geleneksel yaklaşım
- Sosyal – psikolojik yaklaşım

2.5.1 Kameral Bilim

Yönetsel mekanizma aracılığıyla ekonomik gönenci sağlamak amacını bilimsel yönden destekleyen toplumsal ve ekonomik bilimler toplamına kameralizm denir (Ergün, 1988:9).

İlk kez 1729 yılında Prusya’da ‘kameral bilim’ kürsüsü açılmıştır. Kameralizm ‘güçlü devlet nasıl ortaya çıkar, neleri nasıl gerçekleştirir’ sorularını sorarak devlet kurumunun işlevlerinin belirlenmesi amacını

taşımaktadır. Kameralizm devleti yönetme bilimi ve sanatı olarak ifade edilir. Kameral bilimde daha çok yönetimin sanat yanı ağır basar. Bazı örgüt ve personel sorunlarıyla iktisat, maliye, muhasebe konuları birbiriyle ilişkili olarak ele alınmıştır.

2.5.2 Yasal Yaklaşım

19. yüzyılda hukuka bağlı yönetim ilkesi kamu yönetimi hukukunu geliştirmiştir. Almanya'da Lorenz von Stein yönetim bilimine ağırlık verilmesini istemiş de başarılı olamamıştır (Ergün, 1988:10).

Bugün hala Avrupa'da ve onun etkisinde kalan ülkelerde yönetimin bir hukuk sorunu olarak incelenmesine rağmen Anglo-Amerikan ülkelerinde ise yönetimin hukuk yönüne önem verilmektedir.

2.5.3 Geleneksel Yaklaşımlar

Bu yaklaşım örgütsel olmaktan çok siyasi bir yaklaşımdır. Yasama, yürütme ve yargı organlarıyla bunların birbirleriyle olan ilişkileriyle ve bunların hükümet politikasına etkileriyle ilgilenir. Woodrow Wilson 1887'de kamu yönetimini kamu hukukunun sistemli yürütülmesi olarak tanımlıyordu. Wilson'a göre devlet yönetimi siyasetten ayrılıp ayrı bir bilim dalı olarak incelenmeliydi. Böylece yönetim siyasi karışmaların dışında kalacaktı (Ergün, 1988:11).

2.5.4 Sosyal – Psikolojik Yaklaşım

Sosyal – psikolojik yaklaşım bürokratik yapıyla örgüt üyelerinin etkileşimlerini incelemektedir. Örgütsel davranış ve örgütlerde küçük kümelerin etkileşimlerini inceler. Kamu yönetimi alanındaki örgüt, bürokrasi, karar verme ve sistem çözümlenmeleri modelleri topluca çağdaş örgüt kuramı içinde düşünülebilir.

Görüldüğü gibi kamu yönetimi, varoluşundan bu yana farklı bakış açısı ve yaklaşımların ışığı altında bir o yana bir bu yana savrulan bir gelişim ortaya koymaktadır. Disiplininin inceleme nesnesi devletten örgütlere ya da kamu yöneticilerinden fabrika çalışanlarına doğru değişim gösterirken, kullandığı yöntemlerde yönetim ve siyasi araştırmalarından sosyo – psikolojik

yöntemlere doğru çevrilmektedir. Bu arada disiplininin kullandığı kavramlar da her yeni yaklaşımla birlikte değişmekte, böylece disipline hâkim olan düşünce sistemi de bundan etkilenecek değişmektedir.

2.6 Kamu Yönetiminde Dönüşüm ve Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı

İlk olarak Amerika ve Asya ülkelerinde başlayan, sonra diğer ülkelerde de değişik şekillerde baş gösteren isyanlar, ırkçılık sorunları, politik krizler, iflaslar, skandallar, aşırı harcamalar, yönetim ve hizmet sunum zafiyetine yol açan yolsuzluklara karşı sorumlu arayışı gibi sıkıntılar hükümetleri zor duruma düşürerek kamu kurumlarına olan güveni sarsmıştır. Böylece kamu yönetimi ve ekonomik politikalarda reform yapma gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Artan sosyal refah düzeyinin aksine baş gösteren ekonomik sıkıntılar hükümetlerin Keynesyen ekonomik modelini sorgulanmasına yol açarak yeni arayışlara sebep olmuştur. Katı, hiyerarşik bir işbölümü içerisinde üretim yapan, kaynak ve yetkileri kendisinde toplayan, sorumluluğun yasalara ve prosedürlere göre olduğu geleneksel kamu yönetimi; esnek, piyasa tabanlı, sosyal eşitliğe ve verimliliğe önem veren Yeni Kamu Yönetimine (YKY) dönüştürülerek klasik kamu yönetiminde bir paradigma değişikliğine yol açmıştır (Ömürgönülşen, 1997:511-566).

YKY ile ortaya çıkan genel süreçleri sayarsak, kurumlarda şeffaflığa önem veren, kişilerin tercihlerine göre şekillenen, yöneticilere kamusal hizmet sunumunda piyasa tabanlı işletme yönetimi sunan, liderlik, inisiyatif kullanabilme, sorumluluk alabilme gibi yetkiler veren ve motivasyon sağlayan yönetim yenilikleri sıralanabilir. Aslında bu yönden bakıldığında YKY'nin, geleneksel kamu yönetimi paradigmasını güncelleyerek daha ileri götürmeye çalıştığını görebiliriz.

2.6.1 Yeni Kamu Yönetimi

YKY anlayışı temelde özel sektör yönetim tarzının kamuya uyarlanması, bu tarzın uygulanabileceği şekilde yenilik ve reformlar yapılmasını kapsayan bir yönetim şekli olarak adlandırılabilir. YKY'nin temel özellikleri arasında açıklık, performans değerlendirme, rekabet ortamı oluşturarak maliyetleri azaltma, ölçülebilen çıktılara ve standartlara dayalı hedefler

belirleme, merkezi bürokrasiden uzaklaşarak yerelleşmeye daha fazla önem verme, özerk yapı oluşturma, kamu ve özel sektör ortaklıkları ile karma örgütlerin geliştirilmesi, istihdam, ücret ve planlama alanlarında özel sektör uygulamalarını örnek alma, tasarruf ve verimliliğe daha fazla önem verme gibi unsurlar sayılabilir (Lamba ve diğerleri, 2014:55).

YKY'nin getirdiği yenilikler aşağıdaki tabloda özet olarak sunulmuştur:

Tablo 2.1 : Yeni Kamu Yönetiminin Özellikleri.

Stratejik İşlevleri	<ul style="list-style-type: none">• Sonuçlara göre yönetim• Stratejik planlama• Kamu örgütlerinin özelleştirilmesi ve ortaklıklar kurma• Özel / kamu paydaşlığını uygulamaya koyma• Politik işlevleri idari işlerden ayırma• Yetki genişliği ve yerleşme• İç haberleşmede ve enformasyonda yeni teknoloji kullanımı• Değerlendirmelerin yapılması• İdari işlemlerin basitleştirilmesi
Finansal İşlevleri	<ul style="list-style-type: none">• Bütçe açığının azaltılması• Program bütçelerinin hazırlanması• Hesaplarda son derece şeffaf olunması
Pazarlama İşlevleri	<ul style="list-style-type: none">• Kamusal araştırmaların geliştirilmesi• Fikir araştırmaları• Dış haberleşmede ve enformasyonda yeni teknolojilerin kullanılması
İK İşlevleri	<ul style="list-style-type: none">• Çalışan sayısının azaltılması• Çalışanların motivasyon ve sorumluluk sahibi olmaları• Yönetime katılımın artırılması

Kaynak: (Usta, 2014:8)

Yukarıdaki tabloda gösterilen yeniliklere bakıldığında özel sektördeki evrensel yönetim biçiminin ana felsefesini gösterdiği görülmektedir. Özel sektörün yönetim tarzıyla, teknolojik altyapıyı etkin kullanabilmesiyle, donanımlı, liderlik vasfı olan, sorumluluk üstlenebilen yöneticileriyle, şeffaflığı ve verimliliği ile kamudan daha önde olması YKY anlayışının kamusal alanda ve hizmetlerde ne kadar gerekli olduğunu gözler önüne sermektedir.

2.6.2 Yeni Kamu Yönetiminin İlkeleri

YKY ilkeleri özel sektörde uygulanarak verimli sonuçlar elde etmiş olan ilkeleri benimsemektedir. Bu ilkelerin geleneksel kamu yönetimine benzerlikleri olmasının yanında alışlagelmiş sosyal devlet yapısı ve bürokrasisinden farklı yöntemleri kullanmış olduğu da görülmektedir. Bu ilkeler:

- a) **Kamuda profesyonel yönetim:** Yöneticilerin sorumluluk alması, hizmetin kalitesi için gerektiğinde tek başına inisiyatif kullanması gibi ilkeler ile kaynakların doğru kullanımı, değişimlere daha çabuk uyum sağlayarak verimliliğin artması hedeflenmektedir.
- b) **Performansın ölçülmesi:** Bürokratik kurullarla zaman kaybına yol açan işlerin yerine hedeflerin ortaya konarak sonuçların değerlendirildiği, başarı göstergelerinin ölçülerek çalışanların motive edilmesi amaçlanmaktadır.
- c) **Çıktılara daha fazla önem verilmesi:** Performans ölçülmesi ilkesinde olduğu gibi burada da işin nasıl yapıldığından ziyade sonucunun ne olduğuna önem verilmektedir. Bu sonuçlara göre ödüllendirme sisteminin kurulması ile katılımcı bir çalışan profili hedeflenmektedir.
- d) **Büyük örgütlerin küçük örgütlere bölünmesi:** Bürokratik engellerle çevrili yapıda olan büyük örgütlerin yerine daha hızlı karar alıp koordine olabilen ve efektif yönetilebilen örgütler kurulması amaçlanmaktadır.
- e) **Kamuda rekabete dönüşüm:** Maliyetleri azaltarak daha iyi hizmet ve ürün ortaya koyabilmek aynı zamanda da özel sektörle yarışmada kalabilmek için rekabet ilkesi gereklidir.
- f) **Özel sektör yönetim tekniklerinin kullanımı:** Özel sektörde uygulanarak geçerliliği ve verimliliği kanıtlanmış yönetim tarzının kamuya uyarlanması bu bağlamda özellikle bürokrasiyi aşan hızlı kararlar alma tekniklerinin benimsenmesi, çalışanların istihdamında esneklik sağlanması gereklidir.

g) Kaynak kullanımında disiplin ve tutumluluk: Az kaynak ile çok iş yapabilmenin en etkili özelliklerinden biri olan tutumluluk ilkesi ile maliyetlerin kısılması, iş disiplinin sağlanması ve sendikal taleplere olabildiğince direnilmesi gerekmektedir (Haktankaçmaz, 2009).

Bu ilkelere bağlı hedeflere ek olarak verimliliği sağlamak, siyasal ve yönetsel sistemi daha iyi çalışır hale getirmek, sınırlı denetim, yönetsel özerklik, daha çok şeffaflık, yetki devri ve sözleşmecilik aracılığıyla da sistemde önemli değişiklikler yapmak YKY'nin diğer önemli hedefleri arasındadır.

2.6.3 Yeni Kamu Yönetiminin Stratejileri

YKY'nin geleneksel kamu yönetimi karşısında belirlediği ilkelere, hedeflere, yaklaşımlara ulaşabilmesi ve bunları uygulamaya geçirebilmesi ve diğer farklı ülkelerde de uygulanabilirliği için bazı stratejiler üretmesi gerekmektedir. YKY stratejileri dört temel başlık altında toplanır. Bunlar:

- 1. Piyasa stratejisi:** Özel sektör yönetim tekniklerinin kullanımı ilkesinden yola çıkarak özeldeki yönetim yenilik ve gelişmelerinin kamuya uyarlanmasını öngörür. Hizmet alıcıları arasındaki eşitliği sağlayan, vatandaşlara hizmete yönelik seçme hakkı tanıyan, kurumlara verimlilik, sorumluluk ve mükemmellik stratejilerini benimsetmeyi amaçlar.
- 2. Yönetimsel strateji:** Yöneticiler ve dolayısıyla çalışanlar üzerindeki bürokratik baskı ve kuralları azaltmayı, kurumların mali ve insan kaynakları önce olmak üzere kendi işleyişleri hakkında karar almalarını sağlamayı hedefler. Bu bağlamda yetki devri önemli bir yer tutmaktadır. Yöneticilerin kendilerine verilen görev ve sorumlulukları gerçekleştirmeleri, kaynakları doğru kullanmaları ve iyi sonuçlara ulaşabilmeleri için onlara yetki devri vererek inisiyatif almaları beklenir. Ancak diğer yandan da hesap verebilirlik anlamında kimin, kimden, neye göre hesap soracağının da önceden belirlenmesi konuları üzerinde durur.

- 3. Program stratejisi:** Bu strateji kamuda rekabet ilkesini benimser. Performans standartlarının geliştirilmesi, sözleşmecilik ve çıktıları önemser. Bu sayede kamu hizmet sağlanmasında kaynakların amaçlara göre etkin kullanımı gerekli hallerde özel sektörden ve gönüllü kuruluşlardan destek alınmasını öngörür.
- 4. Yavaş ve aşamalı değişim stratejisi:** Diğer stratejilere göre daha temkinli bir tutum göstererek küçük ve yavaş değişikliklerle kamu yönetiminin uzun vadeli bir değişime tabi olmasını amaçlar. Bu açıdan, doğru zaman ve fırsatlara göre doğru olanın yapılmasına imkan vermesi bakımından diğer stratejilere kıyasla daha avantajlı görülmektedir (Özer, 2005).

YKY stratejilerini özetlersek piyasacı strateji, rekabeti ve sözleşmeyi esas alır. Yönetimsel strateji, yöneticilerin profesyonel yetenekleri ve çalışmalarını temel alarak güçlenmelerini amaçlar. Program stratejisi, kaynakların yeniden dağılımı için mevcut politikaların ve bunların uygulanmasına yönelik yeniden değerlendirmeleri amaçlar. Aşamalı ve yavaş değişim stratejisi ise kamu kurumlarının daha verimli çalışabilmesi için kurallar ve uygulama yöntemlerinin sürekli gözden geçirilmesi esasına dayanmaktadır.

2.6.4. Yeni Kamu Yönetimi Sonrasındaki Değişimler

Geleneksel kamu yönetimi, 19. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak 20. yüzyılın son çeyreğine kadar kamu yönetiminde geçerli ve hakim olmuştur. Geleneksel kamu yönetimi anlayışının entelektüel temelleri, büyük ölçüde Woodrow Wilson, Max Weber ve Frederick Taylor'un düşüncelerine dayanır ve büyük ölçüde Alman sosyolog Max Weber'in kavramlaştırdığı bürokrasi modeline göre örgütlenmeyi esas alır. Bu model, ayrıntılı kurallara ve biçimselliğe dayalı, şahsi olmayan, katı hiyerarşili, kariyeri esas alan ve genellikle merkezîyetçi nitelikler taşımaktadır. Ayrıca geleneksel kamu yönetimi, yönetimin özel bir biçimi olarak görülür. Siyasi ve idari konuları birbirinden ayırdığını, devletin kamusal mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında kendi örgütleri vasıtasıyla doğrudan görev alması gerektiği düşüncesini kapsar (Eryılmaz, Çevik, Sözen, 2013:22).

Geleneksel kamu yönetimi karşısında YKY'yi savunanlar yönetim ve işletme kavramı arasındaki şu iki farkı vurgularlar:

- **Yönetim (Administration):** Süreçlere, yöntemlere ve kurallara uygun olarak işleri sevk ve idare etmektir.
- **İşletme (Management):** Sadece talimatlara göre değil, öncelik ve hedefleri belirleme, bunların başarılması için plan ve uygulama yapma, insan kaynaklarını etkin kullanma, performansı değerlendirme, yapılan işlerden sorumluluk alma gibi birçok fonksiyonu ifade eder (Eryılmaz, 1999:16-25)

YKY birçok ülkede uygulanmaya başlayalı kamu sektörü ve girdilerinde birçok önemli değişimlere sebep olmuştur. Kamu sektöründe meydana gelen başlıca değişimler; ekonomik limitleme ve planlama, etkin ve düşük maliyetli performans sisteminin uygulamaya konulması, personel istihdamında esneklik ve azaltma, yöneticilere bütçe ile ilgili daha fazla sorumluluk verilmesi, planlama sisteminin somut ve kısa vadeli hedeflerin başarılmasına yönelik olarak değiştirilmesi, vatandaş istek ve taleplerinin daha fazla dikkate alınması gibi gelişmelerdir.

YKY ile birlikte devlet kamusal mal ve hizmetlerin doğrudan üreticisi olmaktan çıkarak, piyasa oluşturma, denetleme ve düzenleme yeteneğine kavuşmaktadır.

YKY; Weber'in bürokrasi modeline karşı çıkarak devletin faaliyet alanının daraltılmasını, kamu yöneticilerinin sadece siyasi iradeye karşı değil kamuya (halka) karşı da sorumlu olmasını, performans, disiplin, tutumluluk, sonuçlara süreçten daha çok önem verilmesi ve piyasadaki özel sektör yönetim tarzının kamuda da uygulanabilmesinden yanadır. YKY'nin bu bağlamda geleneksel kamu yönetiminden farkları aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 2.2: Geleneksel Yönetim ile Yeni Yönetimin Karşılaştırılması.

	Geleneksel Kamu Yönetimi	Yeni Kamu Yönetimi
Yapı	<ul style="list-style-type: none">- Katı örgüt yapısı- Merkeziyetçi- Katı hiyerarşi- Hizmet devleti- Büyük ölçekli yapı- Bürokrasi yönelimli	<ul style="list-style-type: none">- Esnek örgüt yapısı- Adem-i merkeziyetçi- Yumuşak hiyerarşi- Minimal devlet- Küçük ölçekli yapı- Piyasa yönelimli
Roller / İlkeler / Politikalar	<ul style="list-style-type: none">- Yönetim- Örgüt merkezli- Kurallara yakından bağlı kontrol sistemi- Sevk ve idare- Sabit ücret- Bürokrat tipi yönetici- Az yetkili yönetici- Gizlilik- Hizmetlere nicelik- Üst yöneticiye bağlı değerlendirme- Kapalı enformasyon kanalları- Yetkiyi toplayan- Risk almakta isteksiz- Kuralcı ve kırtasiyecisi- Girdi ve süreç odaklı- Birey yönetimli	<ul style="list-style-type: none">- İşletme- Müşteri-vatandaş merkezli- Performans hedefli denetim- Yönetişim- Performansa bağlı ücret- Girişimci yönetici- Yetkilendirilmiş yönetici- Şeffaflık- Hizmetlerde kalite- Çok yönlü değerlendirme- Açık enformasyon kanalları- Yetkiyi paylaşan- Risk almakta istekli- Vizyon sahibi ve esnek- Çıktı ve sonuç odaklı- Ekip yönetimli

Kaynak: (Eryılmaz, Çevik, Sözen, 2013:12).

2.7 Kamu Yönetiminin Türkiye'deki Gelişimi

Kamu yönetiminin Türkiye'de bir öğretim dalı olarak ortaya çıkışı 2. Dünya Savaşı sonrasına denk düşmektedir. Gelişmeye başlaması, Türkiye'nin kendi koşullarının ürünü olmamış, tersine pek çok az gelişmiş ülkede olduğu gibi 'idari reform yardımı' programı adı altında Birleşmiş Milletler ve Amerikan Dış İşleri Bakanlığı'na bağlı 'Uluslararası Kalkınma Ajansı' (AID) tarafından geliştirilmiştir (Ömürgönülşen, 2004:120-168).

Bu bağlamda Birleşmiş Milletler (BM)'nin desteğiyle 1952 yılında kurulan ve 1953 yılında faaliyete geçen Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE), kamu çalışanlarını çağdaş yönetim anlayışına göre geliştirmek, yönetim alanında öğretim elemanları yetiştirerek kamu görevlilerinin uzmanlaşmalarını sağlamak amaçlarını taşımaktaydı.

1982'de Yönetimin yeniden düzenlenmesi için Bakanlar Kurulu içerisinde küçük bir kurul kuruldu. Bu kurula bağlı olarak TODAİE genel müdürünün başkanlığında 'Kamu Yönetimi Komisyonu', Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) başkanlığında 'Genel İstihdam Komisyonu' ve Devlet Personel Dairesi (DPD) başkanının başkanlığında 'Personel Rejimi Komisyonu' oluşturuldu. Bu üç komisyonun arasındaki uyumun sağlanması amacıyla komisyon başkanlarından oluşan bir 'Koordinasyon Komitesi' kurulmuş, başkanlığına da TODAİE genel müdürü getirilmiştir.

Bu komisyonlar içinde Kamu Yönetimi komisyonu doğrudan yasa gücünde kararname hazırlamakla yükümlü olup hazırladığı kararnamele ilgili önemli bir bölümü daha sonra hükümetçe çıkarılmış ve kamu yönetimi ilk kez tümüyle yeniden örgütlenmiştir.

Personel Rejimi Komisyonu, devlet memurları statülerinin sağlam temellere dayanması, ücret sisteminin basitleştirilmesi ve reform niteliğinde bir iyileştirilmeye gidilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır.

Genel İstihdam Komisyonu, ülkenin insan kaynaklarını verimli kullanarak kalkınma hedeflerine göre seferber etmek, kişileri yeterli bir kazanç ve psikolojik doyum sağlayacak bir işe sahip kılmak ve ülke gerçeklerine uygun olarak 2000 yılına dek duyulacak gereksinimleri kapsayacak bir istihdam politikası saptamak için istatistiksel veriler sağlamak, işçi-memur ayırımını gerçekleştirecek kararname hazırlamak, temel eğitimi 8 yıla çıkarmak, eğitimi istihdama yönelik olarak düzenlemek, yerleşim politikasını kırsal, kent ve bölgeler arasında denge sağlayacak biçimde düzenlemek, nüfus ve aile planlaması yapmak gibi konularda çalışmalar yapmıştır (Ergün, 1988:21-22).

2.7.1 Türkiye’de Kamu Yönetiminde Yenilikler ve Dönüşüm

TODAİE öncülüğünde 24 Nisan 1963’te başbakanlığa sunulan "Merkezî Hükümet Teşkilâtı Araştırma Projesi" (MEHTAP) raporu ile YKY anlayışına paralel kavramda çalışmalar ortaya konmuştur. MEHTAP raporunun iki temel amacından biri, merkezi hükümet görevlerinin dağılım biçimini belirlemek, diğeri ise bu örgütlenme biçiminin kamu hizmetlerinde verimli çalışmalar yürütülmesine olanak sağlayabilmesini incelemektir. MEHTAP raporu aynı zamanda planlı dönemin başlangıcını simgelemektedir.

Türkiye’de YKY anlayışı farklı çalışmalar ışığında birçok kez planlanmaya çalışıldıysa da dünyadaki gelişmelere paralel olarak 1980 sonrasında Turgut Özal liderliğindeki hükümetlerin uyguladığı politikalar ve kamusal reform çalışmaları ile sahneye çıkmaya başlamıştır. Bu dönemlerde Türkiye’de liberal bir ekonomik politika, serbest piyasa ekonomisi, teşebbüs hürriyeti, bürokrasinin azaltılması, devletçiliğin bırakılması ve yerel yönetimlerin daha fazla yetkiye sahip olması gerektiği gibi kararlarla YKY anlayışı uygulamaya konulmaya çalışılmıştır (Uluç, 2014:116).

Özal’ın politikaları ile uygulanmaya başlayan YKY anlayışı kamu yönetimi alanında daha önce görülen reformlardan farklı olarak ekonomik, sosyal ve siyasal temellere dayanan, topyekûn bir değişim gösteren bürokratik olmayan, piyasa esaslı, vatandaşın müşteri olarak algılandığı ve müşteri tercihli bir kamu hizmeti sunan ideal sistem olarak öngörülmüştür (Çevikbaş, 2012:11).

Bu dönemde tüm kamu kurum ve kuruluşlarının teşkilat yapılarının yeniden düzenlenmesi, bürokraside bilgisayar, fotokopi makinası, cep ve araç telefonları, faks, çağrı cihazları ve modern hizmet binaları gibi bürokrasinin araçsal yönüne yatırımlar yapılarak gereksiz zaman kayıplarına engel olunmaya çalışılmıştır (Köseçik ve diğeri, 2015:23-24).

Ancak gerek bürokrasideki geleneksel tutumlar, gerekse reformların ikinci, üçüncü dalgalar halinde devam ettirilememesi nedeniyle bu dönemde YKY anlayışının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir.

2.7.2. Kamu Yönetimi Temel Kanunu

Kamu Yönetimindeki reform çalışmalarına 2000’li yıllarda da devam edilerek 2003 yılında dönemin başbakanı Recep Tayyip Erdoğan başkanlığındaki bakanlar kurulu tarafından ‘Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’ (KYTK) meclis gündemine sokulmuş ve 2004 yılında kabul edilmiştir. Toplam 60 maddeden oluşan tasarıda daha katılımcı, daha saydam, insan hak ve özgürlüklerine saygılı bir kamu yönetimi ile kamu hizmetlerinin; adil, etkili, süratli, kaliteli sunumu amaçlanmıştır. Ayrıca tasarıda kamu yönetiminde merkeziyetçilik sorununun çözülmesi, kamu hizmetlerinin yeniden yapılandırılarak önemli bir kısmının yerel yönetimlere devredilmesi, gereksiz hale gelmiş kuruluşların tasfiye edilmesi, denetim, stratejik planlama, performans yönetimi ile katılımcı, şeffaf, hesap verebilir, etkin ve bürokrasiden uzak bir kamu yönetimi oluşturmayı amaçlayan değişiklikler yer almaktadır.

KYTK ile ilk defa merkezî idare ile mahallî idareler arasındaki görev, yetki ve sorumluluk dağılımı yeni kamu yönetimi anlayışına uygun olarak farklı bir yaklaşımla ele alınmıştır. Merkezi idare ile mahalli idareler birbirlerini ikame edecek kurumlar olarak değil, devletin yürütmeye ilişkin ve birbirini tamamlayan unsurları olarak değerlendirilmiştir. Merkezi yönetim kapsamında YKY’nin politika belirleme ve hizmet sunumunun ayrılması ilkesi üzerinde durulmuştur. Aynı türden hizmetlerin aynı bakanlık tarafından yürütülmesi, devlet bakanlıkları tarafından verilen hizmetler için icracı bakanlıklar oluşturulması, bakanlıkların teşkilat yapısında yatay örgütlenmeye geçilmesi, işlevsel birimler oluşturularak politika belirleyen, hizmet sunan ve denetleyen birimlerin ayrıştırılması sağlanmıştır. Aynı zamanda personel istihdamında esneklik ve sözleşmeli kadrolar ile YKY anlayışındaki etkinlik, saydamlık, hesap verebilirlik ve katılımcılığa uygun politikalar izlenmiştir (Başbakanlık, 2003).

Yerel yönetimlerde ise yetki ve kaynak devri sağlanarak desantralizasyon gerçekleştirilmeye çalışılmış, ölçek büyütürken ekonominin avantajlarından yararlanılmak istenilmiştir. Düzenlemelerle daha yatay bir örgütlenmeye sahip, girişimci ve rekabet edebilir, bürokratik yapıdan uzak, esnek ve daha küçük birimlerin oluşturulması hedeflenmiştir (Lamba, 2014).

Dünyada yaşanan ekonomi, yönetim, özel sektörün rekabete dayalı ilerlemesi ve toplumsal eleştiri ile birlikte gelişen sivil toplum teorilerinden ilham alınarak yönetim alanında da uzun vadeli ve kapsamlı reformlara gidilmiştir. KYTK'da 'iyi yönetim'in yapısı şöyle tarif edilmektedir:

- Katılımcı ve paylaşımcı bir anlayışa sahip,
- Pro-aktif ve gelecek yönelimli bakış esaslı,
- Girdi odaklı olmaktan çok sonuç ve hedef odaklı,
- Vatandaş odaklı olmaya yatkın.

Ayrıca, idarî usul, saydamlık ve vatandaşın bilgi edinme hakkı, e-dönüşüm Türkiye projesi ve e-devlet, bürokrasinin azaltılması ve basitleştirilmesi, vatandaş memnuniyetinin ölçülmesi, performans sistemine ve ödüllendirmeye geçiş, kamuda etik kurallarının gözden geçirilmesi gibi birçok alanda yapılacak düzenlemelerle bu kanunda öngörülen çağdaş yönetim anlayışının hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

2.7.3 Türkiye'deki Son Gelişmeler Işığında Yeni Kamu Yönetiminin Değerlendirilmesi

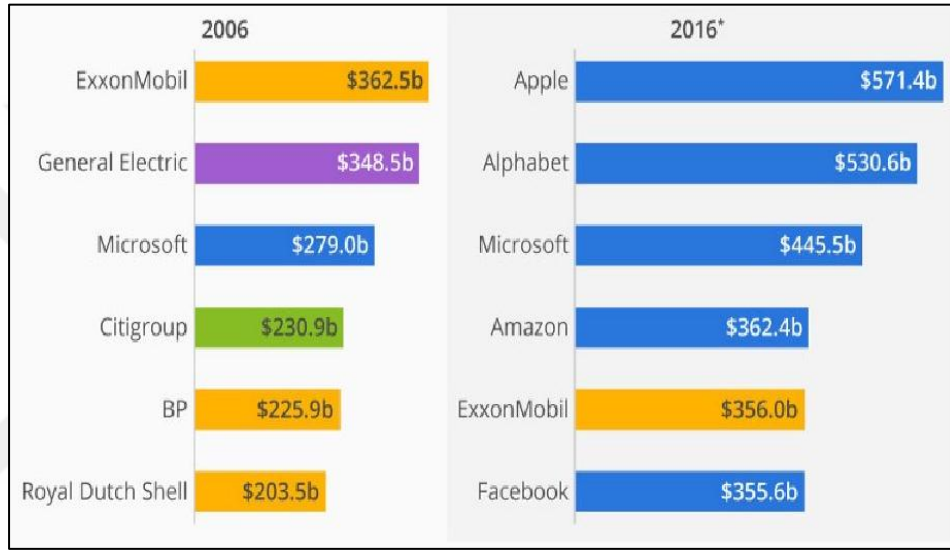
KYTK sonrasındaki süreçler ile birlikte Türkiye'de uygulanan reformlara baktığımızda YKY anlayışının ve ilkelerinin örnek alındığını görmekteyiz. Geleneksel kamu yönetiminin en çok eleştirilen merkeziyetçilik, verimsizlik, gizlilik, kırtasiyecilik ve bürokrasi gibi temel sorunlarının YKY anlayışındaki saydamlık, hesap verebilirlik, verimlilik, etkinlik, desentralizasyon gibi ilkeleriyle düzeltilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bunların yanı sıra özel sektör modeline göre maliyet azaltma verimlilik artırma, yetki devri, küçültme, esneklik, çıktı ve sonuç odaklı, piyasa eğilimli olma, yerel yönetimleri güçlendirme, vatandaş odaklı olma gibi ilkeler de uygulanmaya başlanmış ve halen devam etmektedir. Kamu yönetimi reformlarına ülkemiz geçmişinden bugününe dek genel bir özeleştiri yapmak gerekirse de, Özal döneminden itibaren devlet gündeminde kendine yer bulan kamu yönetimi reformu alanında değişimlerin süregelmelerini görmekteyiz. Bu değişimlerin hızı ile dünyadaki teknolojik icatların, özel sektörün, ekonomi ve sanayi alanındaki gelişmelerin orantılı olduğu aşikardır.

Değişim, gelişim ve inovasyon anlamında hiçbir zaman az ile yetinmemek gerekir penceresinden ülkemize baktığımızda maalesef ne geleneksel kamu yönetiminde kalmakta ne de YKY'nin içerisinde tam olarak yer almakta olduğunu görüyoruz. Örneğin YKY'nin karşı çıktığı bürokrasi, kırtasiyecilik kuramları Türkiye'de halen çözülememiş, hiyerarşik yapının olumsuz sonuçları halen yıkılamamış, donanımsız, yöneticilik vasfı olmayan kişiler ilgisiz kurumların başında görülmektedir. Bürokratik sabotajlar politik çıkar ilişkisi ile orantılı olarak devam etmekte, denetimler kağıt üzerinde tam olmasına rağmen gerçeği yansıtmamakta ve medyada yer bulmadıkça gizli kalmaya ve bilinmemeye devam etmektedir. Buna en üzücü örnek 13 Mayıs 2014'te Manisa ilinin Soma ilçesinde faaliyet gösteren 'Soma Kömür İşletmeciliği A.Ş.' tarafından işletilen kömür madeninde yaşanan bir facia sonucu 301 maden işçisinin hayatını kaybetmesi örnek gösterilebilir. Bu faciadaki kusurlar zinciri birden çok olsa da kamu yönetimini ilgilendiren kısımlardan denetim zaafiyeti ilk akla gelen kusurlardan biridir. Mevcut denetim sistemi içerisinde teknik nezaretçiler ve iş güvenliği uzmanları 'Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'na bağlı 'Maden İşleri Genel Müdürlüğü' ve 'Çalışma ve Sosyal güvenlik Bakanlığı'na bağlı 'İş Teftiş Kurulu' adına denetim elemanı olarak tanımlanmalarına karşın maaşlarını denetledikleri işverenden almaları, sözkonusu personelin denetim konusunda objektif olamayacaklarını göstermektedir. YKY anlayışına uygun olan bu hizmet alımı durumunun hakkaniyet ile yapılmadığı takdirde suistimale ne kadar da yatkın olduğu maalesef acı bir şekilde tecrübe edilmiştir.

Geleneksel kamu yönetimi kapsamında Weber'e göre memurun siyasi tarafı olmaması gerektiğinden bahsedilmektedir. YKY'de ise memurun siyasi görüşü olabilmekle birlikte iktidarın yani hükümetin politikalarını amaç edinerek görevini layığıyla yapması amaçlanmaktadır. Bu iki farklı anlayışın birbirinden ayrılmadığındaki çelişkiler ortamını Türkiye 15 Temmuz 2016'da yine en acı şekilde tecrübe etmiştir. Devlet yönetiminde YKY anlayışı katkılarıyla güçlenen merkezi ve yerel idare mensupları yönetime 'paralel devlet' yapılanması geliştirerek fiili bir askeri darbe yapmaya kalkışma teşebbüsünde bulunmuşlardır. Geleneklerinden vazgeçemeyen halkımız

tarafından cansiperane bir biçimde bu eylem engellenmiş ve demokrasi ortamı korunmuştur.

Bu kalkışmadan sonra tabii ki stabil olan ekonomik piyasalar zarar görerek bazı tedbirler ve düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Gücün ve iktidarın en önemli sembolü olan ekonomideki zayıflamanın YKY anlayışından yola çıkılarak yapısal reformlar ile çözüm bulmak gerekmektedir. Yapısal reformların ekonomi ile nasıl bir ilişkisi olduğuna son on yılda dünyanın en değerli şirketleri listesindeki değişime bakarak kanaat getirebiliriz.



Kaynak: (Bağ, 2016)

Şekil 2.1: Son 10 Yılda Dünyanın En Değerli Şirketleri Değişimi.

Şekil 2.1’de görüldüğü üzere on yıl öncesine kadar petrol ağırlıklı şirketler ilk beşte görünürken günümüzde teknoloji şirketleri ilk beşte yer almaktadır. Bu şirketlere bakıldığında akıllı telefonlardan sosyal medyaya, sanal gerçeklikten yapay zekaya yaşadığımız hayatımızın her anında içinde yer alarak teknolojik altyapılı dünyanın vazgeçilmezleri hale gelmiştir. Yukarıdaki şekilde ikinci sırayı alan ve piyasa değeri 590 milyar dolar olan Google’nin yan kuruluşu ‘Alphabet’ şirketinin üç ayda elde ettiği gelirin, ‘Borsa İstanbul’un ilk üç şirketinin piyasa değerine eşit olması ekonomik olarak ne kadar güçlenmeye ihtiyacımız olduğunu açıkça gösteriyor (NTV Ekonomi Haberleri, Anonim, 2017).

Türkiye bu zor dönemleri bir ders olarak almalı, plan ve stratejilerini gelişen dünyanın dinamikleriyle ve YKY ilkelerinin kapsamında gözeterek belirlemelidir. Ekonomiyi düzenleyen kurumların güçlü kılınması, eğitimin modern çağa uygun güncellenmesi, sanayinin geliştirilmesi, beyin göçünün engellenmesi, yargının bağımsızlığı, güçler ayrılığı, katma değerli üretimin desteklenmesi, tarım ve hayvancılığın geliştirilmesi gibi yapısal reformlar yapılması halinde Mustafa Kemal Atatürk'ün dediği gibi 'çalışkan ve zeki' gençliğimizin aşamayacağı engel yoktur.

2.8 Kamu Yönetiminde Sağlık Hizmetleri

Devletlerin en önemli kamusal hizmetlerinden olan sağlık hizmetleri dinamik örgütsel yapısı ve hizmet anlayışına sahiptir. Sağlık harcamaları hızla değişen taleplere ve ihtiyaçlara göre sürekli artma eğiliminde olduğundan hükümetler bir yandan bütçe sıkıntıları ile uğraşırken bir yandan da tekrar seçilebilmek için kaliteyi arttırarak taleplere cevap vermek durumunda kalmaktadırlar. Çünkü sağlık hizmetleri diğer hükümet politikalarına bakıldığında en göz önünde olan ve doğrudan vatandaşa verilen değeri yansıtan icraatlar arasındadır. Özellikle YKY yaklaşımının gelişmiş ülkelerde kabul görmesiyle sağlık sektöründe de sağlık reformu ve sağlık politikaları uygulanmaya başlanmıştır.

2.8.1 Sağlık Politikası

Sağlık politikası disiplinler arası bir alan olarak finansman, hizmet sağlama, yönetim ve sağlık sektörü politikasını da içine alan bir alandır. Sağlık politikası, sağlık sistemini geliştirmek, halkın sağlığını iyileştirmek için alınması gereken meşru ve gerekli kararları kapsayan, politika yapıcılarının bağlı olduğu yazılı dokümanlar, kurallar ve ilkeler bütünüdür. Dolayısıyla sağlık politikası sadece sağlık sistemini değil ama bunu belirleyen politika yapım süreçlerini de içermektedir (Memişoğlu ve Kalkan, 2016:651).

Geçmişten günümüze sağlık politikalarımız incelendiğinde Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinin sürekliliği yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliği göze çarpmaktadır. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken bütün kurumları ile devlet

örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok Batı'ya dönük bir yol izlendi. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri gösterdi (Akdağ, 2012:45).

Tablo 2.3: Türkiye’de Düünden Bugüne Sağlık Politikaları.

1920 – 1923	Savaş sonrası yapılanma.
1923 – 1946	Temel mevzuatın geliştirildiği ‘ <i>dikey örgütlenme</i> ’ dönemi (Dr. Refik Saydam dönemi).
1946 – 1960	Kurum sayılarının artırıldığı ve merkezden yönetimin başladığı; tıp meslekleri kanunlarının oluşturulduğu dönem (Dr. Behçet Uz dönemi).
1960 – 1980	Sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde yapılanma dönemi (Sosyalizasyon).
1980 – 2002	Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem.
2003 – 2011	“Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” dönemi.

Kaynak: (Akdağ, 2012:19)

2.8.2 Sağlık Reformu

Sağlık reformu genellikle hükümetlerin yeni taleplere ve ihtiyaçlara karşılık verme, erişilebilir, tatminkâr, eşit ve verimli hizmet sunma çabası olarak görülür. Sağlık reformunda piyasalaştırma, kamu – özel işbirlikleri kurma, piyasa benzeri araçlar geliştirme yeni çeşit korporatist modeller önerme ve desantralizasyonu da içeren karışık regüle edici yaklaşımlar kullanılmaktadır.

Son yıllarda sağlık reformlarının amacı evrensel sağlık hizmeti sağlamak, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak, maliyet bakımından etkinliği sağlamak, yönetimin kalitesini arttırmak ve sağlıkta eşitliği sağlamak olmuştur. Dolayısıyla reformlar kompleks ve birbiri ile çelişkili beklentiler ve talepler tarafından yönlendirilebilmektedir. Tıbbi teknolojilerin gelişimi, enformasyon teknolojisinin gelişmesi sağlık sektörünü örgütsel anlamda da dönüştürmeye devam etmektedir (Memişoğlu ve Kalkan, 2016).

2.8.3 Sağlıkta Kalite

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından ‘bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali’ olarak ifade edilmektedir. Buradaki tanım birbiri ile ilişkili ve göreceli yorumlanmaya açık olsa da sağlık hizmeti sunumu kişinin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Kaliteyi kısaca iki soru ile özetlersek birinci soru, ‘Kullanıcı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine, gerektiği zaman ulaşabiliyor mu?’ ikinci soru ise ‘Aldığı hizmet hem klinik bakım hem de kişiler arası ilişkiler açısından etkili mi?’ soruları kaliteyi özetleyebilir. Burada hekimin hastası ile yeterli bir iletişim kuramaması nedeni ile kesintiye uğrayan bir sağlık hizmetinde, kaliteli sağlık hizmetinin de kesintiye uğraması kaçınılmazdır. Hizmete ulaşımın ölçümünde, kullanıcının sağlık düzeyi ve kullanıcının hizmeti değerlendirmesi en önemli ölçütlerden biridir (Ünlüoğlu, Kaptanoğlu, Özer, 2012:201).

Sağlık hizmetlerinde farklı özellikler ve arz – talep eşişsizliği durumu bulunduğundan kalitenin değerlendirilmesi diğer alanlara göre değişiklik göstermektedir. Sağlık sektöründe tüketiciler satın alacakları malın kalite ve miktarını tayin edemezler. Ayrıca tüketicilerin çoğu satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında yanlış veya eksik bilgiye sahiptirler. Tüketim şaşırtıcı biçimde aniden zorunlu olarak ortaya çıkıp riske bağlı masraflar da belirsiz olabilir. Böyle bir piyasada homojenlik sağlamak, pazarlık yapmak söz konusu olamayacağı ancak genele baktığımızda da sağlık hizmetleri maliyetleri ve fiyatları arasında zayıf bir korelasyon olduğu görülmektedir (Asenakutlu, 2005).

Sağlık hizmetlerinin tüm unsurları, sağlık hizmetlerini talep eden tarafların ihtiyaçlarının karşılanmasına eksiksiz hizmet etmelidir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları gerekmektedir. Sağlık hizmetleri kalitesinde en çok yer alan faktörlerden birinin de lojistik destek olduğu unutulmamalıdır.

2.8.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir. Bu özgün sistem kurulurken her ülke kendi daimi dönüşüm sürecini de başlatmak zorundadır (Akdağ, 2012:20).

Türkiye'de SDP ile temel olarak, parçalı sağlık finansmanı yapısının homojen ve eşit bir yapıya kavuşturulmasını hizmet yönünden ise farklı toplum kesimlerine eşit hizmet sunumunu amaçlayan bir yapıya dönüşmeyi hedeflemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) gerekli kılan sebepler:

- Sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışı,
- Vatandaşın beklentilerinin artması,
- Kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması,
- Kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlaması.

Demokratikleşme, sivil toplum kuruluşlarının sayısının artması, medya, internet gibi faktörlerin de etkisiyle kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından her geçen gün daha çok sorgulanmasına neden olmuş, kamu hizmet sunumunda reform yapılması gerekli hale gelmiştir. SDP temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet alanları ve düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir.

SDP'de birbirleriyle ilişkili ve birbirini tamamlayan 8 temel bileşen öngörülerek bu bileşenler doğrultusunda yeniden yapılanmaya gidilmek istenmiştir.

a. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı:

Öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı'nın yapısı değiştirilmekte ve bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'na politika geliştiren, standartları belirleyen ve

denetleyen bir rol verilmektedir. Bakanlığa verilen planlayıcı ve denetleyici rol yanında, Bakanlığa bağlı kuruluşların da yerinden yönetim ilkeleri uyarınca yeniden yapılandırılması öngörülmektedir.

b. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Vatandaşların ödeme gücü doğrultusunda katkıda bulunacakları, ihtiyaçları ölçüsünde hizmet alabilecekleri, standartlaştırılmış bir sigorta modeli oluşturulmaktadır. Böylece toplumun tamamının sağlık güvencesi altına alınması, emeklilik sigortası ve sağlık sigortasının birbirinden ayrılması ve sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altına alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca Genel Sağlık Sigortası(GSS) yanında özel sigortacılığın da teşvik edilmesi ve sistemde tamamlayıcı bir rol oynaması hedeflenmektedir (Akdağ ve diğerleri, 2008:37).

c. Yaygın, Erişimi Kolay, Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti:

Ülkenin sosyoekonomik ve demografik yapısı göz önünde bulundurularak günümüz şartları doğrultusunda, sağlık hizmeti sunmak isteyen tüm aktörlerin önünün açılması ve özel sektör, vakıf ve derneklerin de sağlık hizmeti sunumunda rol alması planlanmaktadır. Böylece ülke kaynaklarının daha verimli kullanılması, rekabet ortamında sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması ve kamunun hizmet sunum niteliğinin artırılarak özel sektör ile rekabet edebilir bir duruma getirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca belediyelerin, özel şirketlerin, vakıfların, il idarelerinin ve üniversitelerin sağlık kuruluşu kurabilmesi düzenlenmektedir. Yerel aktörlerin karar aşamasında sürece dahil oldukları “müşteri odaklı” örgüt yapılanmasına ve performans yönetimine geçilmesi hedeflenmektedir.

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

Sağlıkta dönüşümün başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için SDP doğrultusunda sağlık sektöründe görev yapan profesyonellerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, sürekli hizmet içi eğitimler ile bilgi, beceri, donanımlarının artırılması amaçlanmaktadır.

e. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurulları:

Tüm bunları tamamlayacak şekilde dönüşümü gerçekleştirecek ve sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının hayata geçirilmesi planlanmaktadır. (Bu kapsamda tıp fakülteleri sayı ve kontenjanları 2 katına, sağlık meslek liseleri kontenjanları ise 3 katına çıkarıldı, özel sağlık meslek kolejleri açıldı) (Akdağ, 2012).

f. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon:

SDP ile kalite konusuna ayrı bir vurgu yapılmakta ve bugüne kadar ikinci planda kalan kalitenin artık hizmeti sunanlar ve finanse edenler tarafından daha fazla dikkate alındığı belirtilmektedir. Bu kapsamda, SDP ile 'Ulusal Kalite Akreditasyon Kurumu'nun kurulması ve ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının bir standarda kavuşturulması hedeflenmektedir.

g. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma:

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonunun sağlanması, ruhsatlandırılması ve uluslararası normlara uygun şekilde yönetilmesi amacıyla söz konusu alanlarda siyasi kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk örgütlenmelere ihtiyaç bulunmaktadır.

h. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim – Sağlık Bilgi Sistemi:

SDP'nin tüm bileşenleri arasında uyum ve koordinasyonun sağlanabilmesi amacıyla bütünleşik bir sağlık bilgi sistemi(SBS)'nin tesis edilmesi gerekmektedir. Sağlık politikalarının belirlenmesinde, sağlık alanındaki sorunların ve ihtiyaçların tespit edilerek bunlara yönelik düzenlemeler yapılmasında, maddi ve beşeri kaynakların etkili şekilde kullanımında, kalite standartlarının belirlenmesinde ve denetiminde veri toplanması ve işlenmesi amacıyla sağlık bilgi sistemine ciddi bir ihtiyaç bulunmaktadır (Memişoğlu ve Kalkan, 2016:655-657).

SBS ülkedeki sağlık veri akışını sağlayan sistemleri proje etmek, yurtdışındaki gelişmeleri takip etmek, kullanılan yazılımların uygunluğunu denetlemek ve bu alanda çalışacak personellerin standartlarını belirlemekten

sorumludur. Bu alanda 2011 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında bağlı kuruluşlar kapsamında faaliyet yürütmekte olan ‘Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM)’ hizmet vermektedir.

Yukarıdaki bileşenler doğrultusunda yeniden yapılanma ile hastaneler tek çatı altında birleştirilmiş, sağlık hizmetleri sunumundaki çok başlılık ortadan kaldırılmış, özel hastaneler, üniversite hastaneleri herkesin kullanımına açılarak diğer kamu hastanelerinin yükü azaltılarak hizmet kalitesinde ve sunumunda iyileştirmeler sağlanmıştır (Akdağ, 2012:197).

2.8.5 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sınıflandırılması

Türkiye’deki sağlık hizmetleri basitçe 3 boyutla değerlendirilmek istenirse;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi edici / İyileştirici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon hizmetleri olarak ayrılabilir (Kaya ve Avcılar, b.t.).

I. Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Kişiyeye yönelik doğrudan koruyucu hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve topluma yönelik olmak üzere olarak ikiye ayrılır;

a) Bireye Yönelik Sağlık Hizmetleri:

Hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinin yürüttüğü hizmetlerdir. Bu hizmetler:

- ✓ Bağışıklama,
- ✓ Erken tedavi,
- ✓ Sağlıklı beslenme,
- ✓ Bireysel sağlık eğitimi,
- ✓ Aile planlaması
- ✓ Ana – Çocuk sağlığı

b) Topluma Yönelik Sağlık Hizmetleri:

Çevredeki zararlı fizyolojik, biyolojik ve kimyasal etkenler ile mücadele edilmesidir. Bunlar;

- ✓ Su kaynakları sağlanması ve denetimi,
- ✓ Katı atıklar kontrolü ve denetimi,
- ✓ Zararlı canlılarla mücadele,
- ✓ Besin sanitasyonu,
- ✓ Hava kirliliğinin denetimi,
- ✓ Gürültü kirliliğinin denetimi,
- ✓ Radyolojik zararların denetimi,
- ✓ İş sağlığı ve güvenliği,
- ✓ Besin kontrolü ve güvenliği,
- ✓ Konut sağlığı (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2008:64).

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri:

- Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha ucuzdur,
- Uygulaması daha kolaydır,
- Uygulanmasında fazla araç – gerece gerek yoktur,
- Sunumunda fazla personele gerek yoktur,
- Yüksek nitelikli personel ihtiyacı gerekmez,
- Kullanılan teknoloji basit ve dolayısıyla ucuzdur,
- Hastanelerin iş yükünü azaltır,
- Hizmet sunumunda az yatırım ile sürdürülebilir. (Bina, araç-gereç, lojistik vb.)
- Çalışma ve iş gücü kaybını en aza indirir,
- Hizmet sunumuyla paralel olarak çevre sağlığı da düzeltilmiş olur (Sıtma eradikasyonunda bataklık kurutma, su kaynakları temizliği gibi).

Koruyucu Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar

- ✓ Sağlık Evleri,
- ✓ Aile Sağlığı Merkezleri (ASM),
- ✓ Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM),

- ✓ Ana – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP),
- ✓ Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM),
- ✓ Laboratuvarlar,
- ✓ Çevre Sağlığı Birimleri,
- ✓ İşyeri Revirleri,
- ✓ Dispanserler.

2.8.5.1 Sağlık Evi:

Kırsal bölgelerde özellikle köylerde coğrafya ve yol durumu da göz önüne alınarak 2-3 bin nüfus için bir sağlık evi yaptırılmıştır. Bünyesinde Ebe, hemşire yada sağlık memuru çalışan, ASM ve TSM ortak birimlerine bağlı çalışarak çok yönlü hizmet sunan sağlık kuruluşudur. Görevlerinin başında; Ana – Çocuk sağlığı, toplumsal ve kişisel temizlik, aşılama, kadınların analık ve ev kadınlığı ile ilgili eğitimleri, doğum, ölüm ve göçlerin saptanması, aile planlaması eğitimi, ilk yardım, sosyal yardım hizmetleri ve hasta takibi eğitimleri gibi hizmetler bulunmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2008:65).

2.8.5.2 Aile Sağlığı Merkezi

Aile Sağlığı Merkezi(ASM), bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak 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 tabiplerden oluşan sağlık kurumudur (THSK, b.t.).

2.8.5.3 Toplum Sağlığı Merkezi

Toplum Sağlığı Merkezi(TSM), bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde

bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşuna denir (THSK Toplum Sağlığı Merkezleri, b.t.).

2.8.5.4 Ana – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi

Ana – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi(AÇSAP), aile planlamasında tüm yöntemlere ilişkin danışmanlık hizmetlerini bu konuda eğitim almış tüm sağlık personeli tarafından veren kurumdur. Rahim İçi Araç (RİA), tüp ligasyonu, vazektomi, uygulaması gibi hizmetler verilmektedir. İl merkezlerinde ayrı binalarda, ilçelerde ise TSM bünyesinde hizmet vermektedir.

2.8.5.5 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

Kanser Daire Başkanlığı'na bağlı olarak, il merkezlerinde ayrı binalarda, ilçelerde TSM ve ASM ile koordineli çalışır. Ülke çapında kanser hastalıklarının tür ve durumlarının belirlenmesi, etkin ve bilimsel mücadele yöntemlerinin saptanması, uygulanması ve olası kanser etkenlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik faaliyetler yürütür (THSK Görev Tanımı, b.t.).

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi(KETEM)'lerin ileride çoğalarak açılması planlanan 'Halk Sağlığı Yaşam Merkezi (HASAM)' projesi kapsamında daha kapsamlı faaliyetler yürüteceği düşünölmektedir.

Son yıllarda 'Erken Teşhis Hayat Kurtarır' sloganıyla görsel basında kamu spotları ile dikkat çeken KETEM, ASM'lerde ücretsiz kanser tarama testleri yapılmasını sağlayarak önemli başarılar yakalamıştır. Tarama sonucu şüpheli bulunan hastalar için de otomatik randevu sistemi ile entegre olarak birçoğ bürokratik engel ve zaman kaybını en aza indirmiştir.

2.8.5.6 Verem Savaş Dispanserleri

Verem Savaş Dispanserleri(VSD), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı, Türkiye'de verem ile mücadele etmek üzere kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Tüberküloz teşhisi, tedavisi ve takibi, BCG aşılama hizmetleri yapılır. Türkiye'de verem hastalığının tedavisi ücretsizdir. Akciğer grafisi, balgam numune alımı ve incelenmesi gibi tetkikleri de bünyesinde yapar. Tedavi verilen hastaların takibini 'Doğrudan Gözetimli Tedavi'(DGT)

protokolü ile TSM ve ASM ile koordineli çalışarak sürdürür (THSK Görev Tanımı, b.t.).

DGT sayesinde hastanın verilen ilaçları düzenli bir şekilde kullanması ve aksatmaması için aile bireylerinden birisinin yada en yakın sağlık kurumundaki sağlık çalışanının takipçi olarak görevlendirilmesi sağlanmaktadır.

II. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri temel olarak hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personellerinin işbirliği ile gerçekleşir. Tedavi edici sağlık hizmetlerini ‘Ayaktan Tedavi’ ve ‘Yatarak Tedavi’ olarak ikiye ayırılır. Ayaktan tedavi yatış gerektirmeyen, gününbirlik muayene sonrası hastaya reçete edilen ilaçlar ve tedaviyi kapsar. Yatarak tedavi ise hastanın sağlık kurumunda doktorun öngördüğü süre boyunca tedavisinin düzenlenmesi ve takip edilmesidir (Akdur, 2000:6)

Tedavi hizmetleri hizmetin kapsam ve yoğunluğu göz önüne alınarak üç basamak olarak sınıflandırılır.

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Sistemin basamak olarak ele alınmasının nedeni kurumlar arası sevk zincirinin gerekliliğini vurgulamak içindir.

2.8.6 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:

Hastanın evde yada gününbirlik muayene edilmesini kapsayan kurumlardır. Bu kurumlar genellikle yataksız olurlar. Birinci basamak sağlık kurumlarına; ASM’ler ve onlara bağlı sağlık evleri, özel muayenehaneler, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, hastane poliklinikleri, 112 acil sağlık sistemi ve işyeri hekimliği örnek gösterilebilir (THSK, 2012)

2.8.7 İkinci Basamak Sağlık hizmetleri

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetleridir. 50-100 yatak kapasiteli ve bir çok branş uzmanlarının çalıştığı, hastaların yatarak tedavi olup cerrahi operasyonların yapılabildiği kurumlardır.

2.8.8 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

En gelişmiş teknoloji, tetkik ve tedavi yöntemlerinin kullanıldığı, bünyesinde birçok branş uzmanının yanı sıra kendi dalında uzmanlaşmış akademisyenlerin de konsültan olarak çalıştığı üniversite ve özel dal hastanelerini (ruh hastalıkları, verem, kanser vb.) kapsar.

III. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalar sonunda sakat kalarak iş gücünü kaybeden kişilerin sakatlıklarının giderilmesi, bedensel yeteneklerinin arttırılması, yeni becerilerin kazandırılması, sosyal ve iş uyumunun sağlanarak başkalarına bağımlı olmaksızın yaşamaları için yapılan çalışmalara rehabilitasyon hizmetleri denir.

Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde rehabilitasyon merkezleri; organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servisler olarak tanımlanmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri; tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2008:69-71).

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlığı veya özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Akdur, 2000).

Sağlık hizmetlerinin etkin olabilmesi için bir bütün halinde sunulması gereklidir. Burada birinci basamak kurumlara ve özellikle aile hekimliğine büyük görevler düşmektedir. Sağlıklı toplum için sağlıklı bireyler yetiştirilmesi, hastalıkların daha oluşmadan engellenmesi, toplumun bilinçlendirilmesi, kronik hastalıklar, genetik etkenler, çevre sağlığı, iş güvenliği gibi konularda sosyal farkındalıklar oluşması sağlanması, ülkemizin ekonomi, gelişme ve kalkınmasında büyük katkıları sağlayacaktır.



3. BÖLÜM

Aile Hekimliği

3.1 Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi



Kaynak: (Akdağ , 2012:106).

Şekil 3.1: 23 Nisan 1934 Çocuk Bayramından Bir Kare.

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin gelişimi ve organizasyonunda, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması yönündeki çalışmalar Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan gelişim sürecinde hız kazanmıştır. Cumhuriyetin ilan edilmesinin ilk yıllarında itibaren ülkemizdeki bugünkü sağlık teşkilatlandırması ve sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)’unda yer alan sağlık politikaları sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin artırılması yönelik ilkeler mevcut olup bu ilkeler ışığında sağlık

¹ **Resimdeki pankartların dili:**

Anne ihtimamı: Cumhuriyet’in 10. yılında Batılı-sağlıklı bir neslin yetiştirilmesi hedefti. Anne sağlığı kampanyaları bir hayli yaygındı.

Azarlanmamak: Eğitimde çağdaş metotlar yerleştirilmeye çalışılıyordu.

Öpülmemek: Çocukların çok öpülmesi hem batılı davranış değildi hem de sağlıkça sakıncalıydı.

Hava ve Güneş: ‘Güneş girmeyen eve doktor girer’ sözü, ilköğretimde ezberletilen düsturlardandı.

Sağlam ana: Hem milli eğitim hem de sağlık politikasının temeliydi.

Mütehassıs ebeler: 1930’lu yıllar, temel sağlık hizmetlerinin ana aktörleri olan ebelerin eğitime özel önem verildiği dönem oldu.

Aile doktoru: Cumhuriyet’in hedeflediği en büyük reformdu. Ama doktor sayısı son derece kısıtlı olduğu için o yıllarda mümkün olmadı (Özgür, 2011).

hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı” / “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenmiş günümüz sağlıkta dönüşüm programının temelleri daha o zamanlar da atılmıştır (THSK Türkiye’de Aile Hekimliği, b.t.).

Ülkemizde 60’lı yıllardan bu yana birinci basamak sağlık hizmeti sağlık ocakları ve sağlık evleri üzerinden verilmekteydi. Özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında önemli kazanımlar sağlayan bu uygulama, bölge tabanlı bir uygulama şeklinde sürdürüldü. Bu yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde önemli katkısı olan Prof. Dr. Nusret Fişek aile hekimliğini şöyle ifade etmektedir:

‘Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada yürütülmelidir. Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların ve gebelerin periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireyelerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim verir. Evde bakımı gerektiren hastayı evinde takip eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye ulaştırır’ (Akdağ, 2012:107).

Burada Prof. Dr. Nusret Fişek’in tanımladığı aile hekimliği uygulaması günümüzde ülkemizde ve birçok ülkede aynen tanımda belirtilen şekildeki ana hatlarla uygulanmaktadır.

3.1.1 Türkiye’deki Aile Hekimliği Kronolojisi

- 1983: Aile Hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak ‘Tababet Uzmanlık Tüzüğünde’ yer aldı
- 1984: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kuruldu.
- 1985: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal güvenlik Kurumu(SSK)’ya bağlı eğitim hastanelerinde başlandı.

- 1990: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) Ankara'da kuruldu.
- 1992: Gülhane Askeri Tıp Akademisi(GATA)'da aile hekimliği anabilim dalı kuruldu.
- 1993: Yüksek Öğretim Kurumu(YÖK) 12547sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun buldu.
- 1993: Trakya Üniversitesi'nde aile hekimliği anabilim dalı kurularak üniversitelerde aile hakimliği asistan eğitimi başlamış oldu.
- 1993: İstanbul'da ilk Aile Hekimliği Ulusal Kongresi düzenlendi.
- 1994: Aile hekimliği pilot uygulama merkezleri ilk olarak Ankara'da daha sonra Bursa, Adana ve İzmir'de açıldı.
- 1997: Türkiye Aile Hekimliği Dergisi yayınlanmaya başlandı.
- 1998: AHUD, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanları Derneği ismini aldı.(TAHUD)
- 2003: Türkiye, Dünya Aile Hekimleri Birliği(WONCA)'ya tam üye oldu.
- 2005: 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanununa dayanarak 03.01.2005 tarihli Bakan onayıyla Düzce ili pilot il olarak belirlendi.
- 2005: Türkiye WONCA dünya konseyinde temsil edildi.
- 2008: Avrupa Aile Hekimleri Kongresi Türkiye'de yapıldı
- 2010: Tüm illerimizde Aile Hekimliği sistemine geçildi (Çakır, b.t.).

3.2 Aile Hekimliği Sistemine Geçiş

Aile hekimliğine geçiş dönemi ve öncesinde bazı değişimlerden söz etmek gerekirse; 5510 sayılı kanundan önce Türkiye'deki sağlık harcamalarının finansmanı, kapsayıcılığı düşük ve parçalı bir yapıya sahipti. Toplumun belli bir bölümü için sağlık sigortacılığı (Bismarck Modeli), belli bir bölümü için de kamu yardımı (Beveridge Modeli) uygulanmaktaydı. Bu kanun sonrasında 2007 yılı itibariyle sağlık finansmanı alanında da reforma gidilerek

zorunlu ‘Genel Sağlık Sigortası (GSS)’ sistemi kurulmuş, SSK yerini ‘Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ya bırakmıştır. Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR tek bir çatı altında birleştirilmiş, 2010 yılı itibari ile kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılı itibariyle de yeşil kart ödemeleri SGK kurumu kapsamına alınmıştır. Bu dönemle birlikte hastaların sağlık kayıtlarının daha özenli ve elektronik ortamda tutulmasına ve GSS’ ye geçiş zemini hazırlanmasını da sağlamıştır (Memişoğlu ve Kalkan, 2016:658).

Aile hekimliğine geçiş dönemlerini bölersek ilk dönem olan 1983 – 1993 döneminde; aile hekimliğinin Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer alıp, devlet hastanelerinde uzmanlık eğitiminin başlaması ve ilk uzmanların yetişmesi, bu alanı temsil eden Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğinin (1990) kurulması gerçekleşmiştir. Yine bu dönemde bilimsel platformda bir ilk olan Aile Hekimliği Dergisi (Journal of Family Practice) yayın hayatına derneğin İstanbul şubesi önderliğinde başlamıştır.

1993 – 2005 dönemi; 92-93 yıllarında ‘Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri’ yapılarak, sağlık reformlarının teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nde yürütülen sağlık reformları çerçevesinde kurulan Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumu Birimi’nin yürüttüğü birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı ve Aile Hekimliği taslak müfredat çalışmaları, ilk eğitici eğitimlerinin düzenlenmesi, Bilecik ilinin pilot bölge olarak öngörülüp bu bölgede uygulamalara yönelik girişimlerin başlatılması ile sürmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2015).

15 Eylül 2005 yılında Düzce ilindeki pilot uygulamayla hayata geçirilen aile hekimliği uygulaması, 13 Aralık 2010 tarihi itibariyle ülke geneline yaygınlaştırılmıştır. Sağlık sisteminin yeniden yapılanmasında ve desantralizasyonunda önemli bir rol oynayan aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir dönem başlamıştır. Böylece bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu sağlık

hizmetlerinin koordinasyonun da yer aldığı diğer görevler ise toplum sağlığı merkezlerinde yürütülmeye başlandı (Memişoğlu ve Kalkan, 2016:657) (Akdağ, 2012:108).

3.3 Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimi; bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak 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 tabipleridir (THSK, b.t.).

3.4 Aile Hekimi Kimdir

Aile hekimi hastalarında yaş, cinsiyet, organ ya da sistem ayrımı yapmaz, eğitimi dahilindeki tüm hastalara hizmet verir. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesine ek olarak, hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir ve sağlıkla ilgili tüm konularda danışmanlık hizmetini sağlar. Aile hekimi tarafından tespit edilen sağlık sorununun tedavisi, başka bir uzmanlık dalını ilgilendiriyor ve spesifik tedavi gerektiriyorsa sevk zinciri dahilinde kişinin bu hizmete ulaşmasında koordinasyonun sağlanması da aile hekiminin görevidir (Kandemir, 2008).

3.5 Aile Hekiminin Eğitimi

Aile hekimleri, iç hastalıkları, kadın hastalıkları – doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, psikiyatri, kardiyoloji branşlarında belirli sürelerde rotasyon yaparak temel hastalıkların önlenmesi ve tedavisindeki bilgileri edinirken aile hekimliğine özgün yaklaşımları da öğrenerek ve içselleştirerek mezuniyet sonrası eğitimlerini tamamlarlar ve uzman hekimler olarak sağlık bakım ekipleri içinde yerlerini alırlar. Bu dalda eğitim görmüş hekime bazı ülkelerde aile hekimliği uzmanı, bazı ülkelerde de genel pratisyen denir. Tıp fakültesinden mezun olunarak temel tıp eğitimi alındıktan sonra birinci basamak aile hekimi olabilmek için ek bir eğitim gerekmektedir.

Bu eğitimin süresi ve şekli ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Türkiye'de en az 3 yıl sürmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Aile hekimliğine geçiş ile birlikte sağlık ocakları kapatılarak yerini ASM'lere bırakmıştır. Ülkemizin Avrupa Birliği'ne hazırlandığı o günlerde disiplininde uzmanlık eğitimi almamış olan hekimlerin çalışamama durumu gündeme gelebileceğinden sahadaki pratisyen hekimler 'Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi' olarak adlandırılan 7-10 günlük eğitimler ile Aile Hekimliği sistemine entegre olmuşlardır. Daha sonra Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi arasında yapılan protokol gereği 27.11.2012 yılı itibariyle 'Aile Hekimlerine Yönelik Sürekli Mesleki Eğitim Süreci' başlatılarak 2. Aşama Uyum Eğitimlerine geçilmiştir. 2. Aşama Uyum Eğitimleri uzaktan eğitim sistemi ile eğitim vererek 1 yıl sürmüş sonrasında devam etmemiştir.

Aile hekimliği uzmanlığına alternatif olarak ilk kez 2014 Nisan ayı Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile ilan edilen yarı zamanlı uzmanlık eğitimi ortaya çıkmıştır. TUS'a giren pratisyen aile hekimlerinin, çalıştığı şehirdeki üniversite hastanelerinde olması koşuluyla toplamda 6 yıl süren uzaktan eğitim ve yılda 3 ay hastane rotasyonları eğitimleri ile aile hekimliği uzmanı olabilmesinin yolu açılmıştır. Ancak bu sisteme itiraz eden Aile Hekimliği akademisyenleri ve derneklerinin baskısı sonucu çoğu üniversite kontenjan açmamakta yada en fazla 9-10 kişilik kontenjanlar ile sınırlı bırakmaktadır. Bu sayıların arttırılması birinci basamağa verilen önemi gösterecektir (Akman, 2014: 74-76).

3.6 Aile Hekiminin Temel İlkeleri

2002 yılında WONCA – AVRUPA bölgesi Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlık tanımında aile hekimliği disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir (Evans, 2003:20-25). Bunlar:

3.6.1 Birinci Basamak (Birincil Bakım) Yönetimi

- Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme
- Pek çok sağlık gereksinimi için kapsamlı bakımın sunulması,

- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme (Evans, 2003).

Birincil bakım, bireylerin sağlık sorunlarını geniş çaplı ele alarak bu sorunların herhangi bir sevke gerek kalmadan çözüleceği yeri sağlar. Uygun konsültasyon hizmetleri veren diğer uzmanlık dallarının karmaşık sistemleri içinde insanlara rehber olur. Birincil bakım, hasta ve hekim arasındaki devam eden ilişkiyi kolaylaştırır ve kendi bakımları ile ilgili karar sürecine katılmalarını teşvik eder. Birincil bakım, sorunların erken saptanması kadar hastalığın önlenmesi ve sağlığın artırılması için de fırsatlar yaratarak hastanın ailesi ve toplum arasında bir köprü vazifesi görür.

3.6.2 Kişi Merkezli Bakımı Sağlama

Kişi merkezli bakım; iletişim kurma, hastanın gündemini ortaya çıkarma, tanısal girişimler yapma, tedavinin amacını belirleme, basamklandırılmış sevk zinciri ve uzman desteği alma, sonuçların değerlendirilmesi, tedavinin sonlandırılması ve izlem evrelerinden geçerek aşağıdaki maddeleri kapsar:

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim- hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süregelen ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi (Özdemir, 2015).

Hasta merkezli bakımla, bakımın etkililiği artar, daha az tanısal test kullanılır ve sevk oranları azalır. DSÖ'nün tanımına uygun şekilde biyolojik, psikolojik ve toplumsal açıdan değerlendirildiğinde doğru tanı ve yönetim mümkün olabilir.

Örnek olarak hasta ve hekim arasındaki ilişkinin kalite ve samimiyeti hastalığın sonucunda oluşan iyileşmede bir ilaçtan daha fazla etkili olduğuna bir çok kez şahit olunulmuştur. Çoğu hastalar hekim ile aralarında oluşan güven ilişkisi neticesinde yüksek riskli tedavileri bile kabul edebilmektedirler.

3.6.3 Özgün Problem Çözme Becerisi

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliği tolere etme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkeleri benimseme,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrışmamış durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma (Bayraktutar, b.t.).

Holistik bir yaklaşımla hastaların sorunlarının biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri dikkate alınarak çözümde de bu etmenlerin rolü değerlendirilir. Hastanın sorununun kişisel, ailesel ve toplumsal yönleri araştırılır. Hastaların yakınmaların her zaman onların gerçek sorunları olmayabileceği bilinci içinde gizli gündem açığa çıkarılmaya çalışılır. Bazen hekimin gerçek müşterisi başvuran hasta değil hastanın sağlığından endişelenen aile ya da arkadaşları olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle aile yönelimli bir yaklaşımla hasta ve ailesi değerlendirilerek hasta için önemli olan kişi ya da kişilerden sorunun çözümü için destek kaynakları olarak yararlanılır (Akdeniz, Ungan, Yaman, 2010:16-26).

3.6.4 Kapsamlı Yaklaşım

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, hastalık belirtilerinin hafifletilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme (Evans, 2003).

Aile hekimleri, bütüncül bakım kapsamında hastanın sağlıkla ilgili tüm bedensel, ruhsal ve sosyal durumlarıyla ilgilenir. Aynı zamanda hastalarının hem akut hem de kronik sorunlarını yönetirler. Sorumlu oldukları kişilerin sağlık sorunlarının yönetiminde kişiyi bir bütün olarak değerlendirdikleri için var olan tüm sağlık sorunlarına hitap ederler. Yaşamın tüm evrelerinde hastanın gereksinimlerini dikkate alındığı bir değerlendirme ile periyodik sağlık muayeneleri ile hastalıkların önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi ve esenlendirme için yaşa ve cinsiyete göre kanıta dayalı tarama testlerini yapar ve sağlıklı yaşam biçimi için danışmanlık verirler. Hastalarına sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik kapsamlı hizmet sunar. Hastalarını en güncel tıbbi bilgilere göre bilgilendirir ve danışmanlık hizmeti verirler. Buradan baktığımızda aile hekiminin hastasının tüm yaşamı boyunca onunla sürecek gizlilik çerçevesinde bir ilişkisi olduğu nettir (Özdemir, 2015).

3.6.5 Toplum Yönelimli Olma

Var olan kaynakları dengeli bir biçimde kullanarak hastaların bireysel sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamayı kapsar. Hastalıklar ve sağlıkla ilişkili durumların nedenlerinin bireyin davranışları, aile ve toplum içinde kökleri vardır. Toplum bireyin sağlığını birçok yönden etkilemektedir. Toplum yönelimli birincil bakım birincil bakım uygulamalarının toplumla bütünleşmesidir. Toplum yönelimli olma bireyin içinde bulunduğu toplumun sağlık gereksinimlerinin, sağlık inançlarının ve davranışlarının farkında olmayı gerektirir. Toplum yönelimli birincil bakım bireyin hastalık nedenlerinin toplumsal örüntülerini

Yukarıdaki maddede aile hekiminin birinci basamaktaki görevlerine ilişkin genel yükümlülüğüne ek olarak aslında hekime kamu yönetimi esaslarına göre bir yöneticilik sorumluluğunun da verildiği açıkça belirtilmektedir.

Aile hekimi bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- Periyodik sağlık muayenesi yapar,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
- Gerekliğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,
- Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
- Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Aile hekimleri aynı yönetmelikteki 6. Maddenin 2. Fıkrasına göre bazı sağlık kuruluşu dışında kalan yerlerde de hizmet verebilmektedir:

Madde 6 – ‘*Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir*’

denilerek, aile hekimlerinin, toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talebi üzerine bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti vermek için görevlendirilebileceği de belirtilmiştir.günümüzde aile hekimleri en sık cezaevleri, mülteci kampları ve kampüs içerisinde bulunan öğrenci yurtlarında yerinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Yönetmeliğin 7. maddesi gereğince koruyucu hekimliğin ana unsuru olan aşılama hizmetlerinin kim tarafından verileceği açıkça belirtilmiştir:

Madde 7 – ‘*Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülecektir.*’

Yukarıdaki madde ile daha önce Sağlık Ocakları ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yürütülmekte olan aşılama hizmetlerinin artık aile hekimlerince hem merkezde hem de merkeze uzak olan yerleşim birimlerinde ‘gezici sağlık hizmetleri’ kapsamında mobil olarak yapılacağını açıklamaktadır.

ve yine aynı yönetmeliğin 10. maddesinin 3. fıkrasında olağanüstü hallerde aile hekimliği personellerinin görevlendirileceği belirtilmektedir:

Madde 10 – ‘...Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınsızın çalıştırılabilirler...’

düzenlemesi ile aile hekimlerinin sözleşmeli personel statülerine rağmen olağanüstü durumlarda yer veya birim gözetmeksizin çalıştırılabileceği belirtilmiştir.

Ayrıca yönetmeliğin 10. maddesinin 5. fıkrası ile özellikle taşrada adli hekimlik işlerinin aile hekimlerince de yapılabileceği vurgulanmıştır:

Madde 10 – ‘Adli tıp kurumunun doğrudan hizmet vermediği ve hastane bulunan yerlerde yerinde otopsi dışındaki adli tıp hizmetleri hastaneler tarafından verilir. Yerinde otopsi mesai saatleri içerisinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yapılır. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile yerinde otopsi hizmeti dışındaki adli tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.

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

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

c) *Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ile entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde aile hekimi sayısı birden fazla ise aile hekimleri hizmet ihtiyacını değerlendirerek mesai saatlerini müdürlüğün onayı ile güne yayarak düzenlerler'*

denilerek, aile hekimleri de adli tıbbi hizmetlerin yürütülmesinde görev paylaşımına dahil edilmiştir. Aile hekimliği sözleşmesinde geçmeyen bu görev daha sonra aşağıdaki yönetmelik kapsamında verilmeye başlandı.

Son olarak yönetmelikteki 24. maddenin 5. fıkrası ile taşradaki adli tabiplik hizmetinin yetki sıralamasından bahsedilmektedir:

Madde 24 – *'... Mevzuatına göre ölü muayenesi ve defin ruhsatı cenazenin bulunduğu yerdeki belediye tabibi tarafından, belediye tabibi bulunmayan yerlerde toplum sağlığı hekimi, toplum sağlığı hekiminin bulunmadığı yerlerde aile hekimleri de ölü muayenesi yaparak gecikmeksizin defin ruhsatı verirler...'*

denilerek, ölü muayenesi ve defin ruhsatı hizmetlerinin de belirli şartlar dahilinde aile hekimince verilebileceği düzenlenmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013tabip).

Önceden yukarıdaki madde 'Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 216. maddesinde geçmekteydi ve belediye tabibinin bulunmadığı hallerde 'hükümet tabibi (ör. TSM doktoru)' tarafından ölüm belgesi – defin ruhsatı verilmesi gerektiğine dair yürülmekteydi. Ancak daha sonra Sağlık Bakanlığı 20.08.2016 tarihinde değişikliğe giderek yukarıdaki belirtilen yönetmelikteki maddeyi yürürlüğe sokmuştur. Böylece aile hekimlerine ölüm belgesi düzenleme nöbetleri de verilmeye başlandı.

Yönetmelikte eklenen görevler ile birlikte aile hekimliğine genel bir bakış ile baktığımızda şu ana görevleri göreceğiz:

- Birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kayıtlı kişilere kapsamlı ve devamlı olarak vermek,
- Çalışma bölgesinde toplu olarak yaşanan, cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi tabibi olmayan kurumlar varsa ve talep ederse, yerinde sağlık hizmeti vermek,
- Bağışıklama hizmetlerini yürütmek,
- Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışmak,
- Adli tıbbi hizmetleri yürütmek (görev paylaşımına uygun olarak),
- Ölü muayenesi ve defin ruhsatı hizmetlerini görev paylaşımına uygun olarak yerine getirmek (İstanbul Tabip Odası, 2010).

3.8 Aile Sağlığı Merkezlerinin Statüleri ve Konumu

Çevrede yaşayan halkın herhangi bir sağlık sorunu yada gereksiniminde ilk başvuracağı birinci basamak sağlık kurumuna ‘Aile Sağlığı Merkezi’ denmektedir. Maliyetlerin azalması ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı, ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalıştırabilen ya da hizmet satın alabilen statüye sahip kuruluşlardır.

Aile sağlığı merkezleri bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir, nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde hekimler tarafından kiralanma ile oluşturulabilir.

3.8.1 Aile Sağlığı Merkezlerinin Donanımı

Bina; kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanı tek aile hekimi için 60 metrekare olmalıdır. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi

için 20 metrekare ilave edilir. Nüfus yoğunluğu da göz önüne alınarak aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına dikkat gösterilir. Bekleme ve kayıt bölümü bulunmalıdır. Muayene odası, her aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır (THSK, b.t.).

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

Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunmalıdır. Sağlık kayıtlarının tutulacağı, dosyalama, verilerin toplanması ve istatistikî değerlendirmeler ile resmi kurum ve sigorta kurumlarına yapılacak bildirimlerin hazırlanması gibi çalışmaların güvenli bir şekilde yapılabileceği bir büro veya bölme bulunmalıdır. Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır. Tercihen binanın giriş katında kurulurlar. Özürlü ve yaşlı hastaların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler(engelli rampası, otomatik sensörlü kapılar v.b.) alınır. Muayene odası dışında yukarıda sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir

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

15/02/2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelikte bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilâçlar, aşılarda ve antiserumlara ek olarak; steteskop, tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy), otoskop, oftalmoskop, termometre, ışık kaynağı, küçük cerrahi seti (asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı), paravan, perde v.b, muayene masası, refleks çekici, mezura, fetal el doppleri, aşı nakil kabı, snellen eşeli, diapozon seti, tartı aleti (bebek, erişkin boy), boy ölçer (bebek, erişkin boy), pansuman seti, dil basacağı, enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri, keskin atık kabı, kişisel koruyucu ekipman(maske,gözlük gibi) acil solunum yolu

müdahale araçları (S-tüp, laringoskop, pediatrik ve erişkin entübasyon tüpü), ambu cihazı (erişkin ve çocuk için), manometreli oksijen tüpü (taşınabilir), seyyar lamba, buzdolabı, jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve Rahim İçi Araç(RİA) seti, ilaç ve malzeme dolabı, sterilizatör, Elektro Kardiyo Gram(EKG) cihazı, tromel, negatoskop, tekerlekli sandalye, pulse oksimetre, santifirüj cihazı, glikometre, bilgisayar, yazıcı ve karekod okuyucu, nebulizatör, defibrilatör ve jeneratör gibi donanımların bulundurulması zorunludur (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

3.8.2 Aile Sağlığı Merkezlerinin Sınıflandırılması

Aile Sağlığı Merkezleri hizmet yapılarına ve donanımlarına göre beş sınıfa ayrılırlar. Bu kriterlere göre aile hekimleri ortak yada bireysel karar alıp sınıf yükseltebilirler. Yapılması gereken tüm maddi ve işgücü giderleri aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır (A,B,C,D ve Sınıfsız).

Tablo 3.1: ASM Gruplandırma Kriterleri.

A Sınıfı	<p><i>B sınıfı kriterlerine ilave olarak;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Muayene odası asgari 14m² olmalıdır. - Gebe izlemleri ultrasonografi eşliğinde yapılmalı ve elektronik ortamda kayıtları tutulmalıdır - ASM de her üç hekim için bir adet müstakil müdahale odası olmalıdır. - Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için ilave bir ebe, hemşire, sağlık memuru veya tıbbi sekreterden birisi çalışmalıdır. - ASM ye ait aktif internet sayfası bulunmalıdır. - Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmalıdır.
B Sınıfı	<p><i>C sınıfı kriterlerine ilave olarak;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Müşahede odası ve tuvaletlerde çalışır durumda acil çağrı butonu bulundurulmalıdır. - Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde her aile hekimi için haftada asgari 14 saat, toplamda 54 saat esnek mesai saati uygulaması yapılmalıdır. - Defibrilatör (otomatik eksternal defibrilatör) bulunmalıdır. - Gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetleri için en az 10 m² 'lik müstakil bir oda oluşturulmalıdır. - Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmelidir.
	<p><i>D sınıfı kriterlerine ilave olarak;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ASM de en az 10 m² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk

C Sınıfı	<p>izlemleri odası" oluşturulmuştur (birden fazla aile hekimi var ise her üç hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASM ile yerleşkesinde çevre düzenlemesi ve temizliği yapılmalıdır. - Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, sağlık memuru veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmalıdır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).
D Sınıfı	<ul style="list-style-type: none"> - Muayene odasında lavabo bulunmalıdır. - Bakanlıkça gönderilen güncel afiş ve broşürler bekleme alanlarında düzenlenmiş panoda asılıdır. Panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olmalıdır. - Hasta ve hasta yakınlarının şikâyet ve önerilerinin kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak şikâyet, öneri kutuları veya benzeri uygulamalar bulundurulmalıdır. - Bekleme alanı; yeterli sayıda ergonomik oturma grubu, mobilya ve gerekli malzemeye sahiptir. - Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmalıdır. - Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m2 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m2 ilave edilir). - Soğuk zincir için tahsis edilen buzdolabı sadece aşılar ve antiserumlar için kullanılmalıdır. - Aşı dolabının sıcaklık takipleri hafızalı termometre ile yapılır ve Aşı Takip Sistemi(ATS) üzerinden kayıtları takip edilir. - Aşılar ve ilaçlar için karekod okuyucu kullanılmalıdır. - ASM de kullanıma hazır, mahremiyet kurallarına uygun "bebek bakım ve emzirme alanı/odası" olmalıdır. - İlaçları ve miktarlarını gösteren, miad ve stokları takip edilen güncel liste tutulmalı ve elektronik ortamda kayda geçirilmelidir. - Acil müdahale seti bulunmalıdır. - Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırılmalıdır. - Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 20-24 derece arasında tutulmalıdır. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanmalıdır. - Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı bulundurulmalıdır. - ASM' nin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplaması kolay temizlenebilir nitelikte yapılmalıdır. - Kadın ve erkek tuvaletleri birbirinden ayrılmış, müstakil ve içerisi ıslak zemin kaplamalıdır. - Yaşlı ve engelli vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracak engelli rampaları yapılmalıdır.

Kaynak: (Mersin Sağlık Müdürlüğü, b.t.)

3.8.3 Aile Sağlığı Merkezlerinin İşletilmesi

Birinci basamakta aile hekimliği uygulaması ile ASM ler birer işletme haline gelmiştir. Küçük ve Orta Byklkte İşletme (KOBİ) tarzı bir işletme modeli olan ASM'lerin finansal olarak yönetimi ve maliyet hesapları şimdilik aile hekiminin görevleri arasındadır.

Aşağıdaki yönetmelikte geçen maddede ASM yönetiminde yöneticinin nasıl seçileceği ve ne gibi temel görevlerde bulunacağı belirtilmektedir:

Madde – 26 *'Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini müdürlüğe bildirirler. Yönetici seçimi zorunlu haller dışında yılda bir kez yapılır. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir. Yöneticinin diğer aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz'*

şeklinde tanımlanmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Bu maddeye göre ASM'lerde gönüllülük esası veya kura ile yönetici belirlenmesi gerekmektedir. Ancak bu uygulamanın hekimlerce alışık olunmayan kamu yönetimi alanını ilgilendirdiği aşıkardır. Zaman ve sorumluluk gerektiren bu işlerin hiçbir özendirici (kıdem ve maaş artışı gibi) işlev kullanılmadan aile hekimlerine görev tayin etmek sorumlu hekimin asli olan aile hekimliği görevinde verim düşmesine sebep olmaktadır.

Yönetmelikten yola çıkararak anlaşılacağı gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan bu uygulamada ASM'ler birer işletme olarak planlanmıştır. Cari giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen ASM'lerin hem finansal hem de organizasyonel olarak yönetimi, bu konuda uzman bir sağlık profesyoneli tarafından yapılması gündemdedir. Bu yönetimsel süreci, yönetici aile hekimi veya bu alanda yetiştirilen sağlık profesyonellerinin gerçekleştirmesi dşnlmektedir. Yukarıda Tablo 3.1'de belirtilen A, B, C, D sınıflandırma kriterleri, ASM'lerde bulunması gereken

asgari tıbbi ve sarf malzemeler ve ASM'lerde standart, donanım ve fiziki şartların yerine getirilmesi, her türlü kira, tüm sarf malzemeler, tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonu, tıbbi atık yönetimi giderleri, içyapı bakım giderleri, taşınır – taşınmaz eşya giderleri, stopaj giderleri ile muhasebe ücreti, yakıt, elektrik, su ve ısınma giderleri, telefon ve internet, elektronik ve beyaz eşyalar, bilgisayarlar, elektronik program lisans giderleri, görevli personel ücretleri ve sigorta giderleri (ek personel olarak çalıştırılan hemşireler hariç), aile hekimleri tarafından oluşturulan ortak mali havuzdan karşılanır. Çalıştırılan ek personellerin kıdem tazminatları için de ayrı bir hesap açılarak bu tazminatla işten çıkmak istediklerinde kendilerine verilmek üzere teminat altına alınır (Çalıkı ve diğerleri, 2012:24-27).

Özellikle hekimler tarafından finansman yönetimi çok karmaşık bir konu gibi görülmektedir. Bu işlerin aile hekimine bırakılması bir çok birinci basamak sağlık çalışanını rahatsız etmektedir. ASM'nin finansman yönetimi birinci basamak sağlık hizmetlerinin kontrolü ve denetlenmesi için gereklidir. Maliyet analizi, kira, amortisman gibi kalemler ve stok yönetimi ise önemli uzmanlık bilgisi gerektirmektedir. Oysa ASM yöneticisi seçilen aile hekimine diğer aile hekimlerinden farklı bir ücretlendirme veya kıdem verilmemektedir. Hastalarından vakit buldukça bu işlerle uğraşmak zorunda kalan yöneticiye hizmetçi eğitimler, ücret veya kıdem verilmesi en azından birinci basamaktaki mali yönetime özendirici bir faktör olabilir (Ünlüoğlu, Kaptanoğlu, Özer, 2012:92-93).

3.8.4 Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetler

ASM'lerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen tüm hizmetler verilmektedir. Bunlar; muayene hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, rapor hizmetleri, mobil, yerinde sağlık ve evde bakım hizmetleridir. Bu hizmetler Tablo 3.2'de belirtilmiştir.

Tablo 3.2: Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Hizmetler.

Muayene Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">- Hasta Muayenesi- Hasta sevk işlemleri- Enjeksiyon – pansuman- Acil sağlık hizmetleri- Aşılama hizmetleri- Küçük cerrahi müdahaleler- Organ bağış bilgisi- Hasta hakları başvurularını değerlendirme- Merkezi Hasta Rasndevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu işlemleri- Adli tabiplik işlemleri
Laboratuvar Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">- Tam kan tahlili- Tam İdrar Tahlili- Biyokimya- Hormon ve Eliza tahlilleri- Kanser tarama tahlilleri
Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">- Aile planlaması danışmanlığı (Ücretsiz hap, kondom dağıtımı, enjeksiyon, RİA uygulamaları)- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar(CYBE) danışmanlığı- Emzirme ve bebek beslenme danışmanlığı- Aşılama hizmetleri (Aşı takviminde olan tüm aşılar)- Gebelik danışmanlığı, takibi ve izlemi- Doğum öncesi ve sonrası dönemler takibi, bakımı ve profilaksisi- Beslenme danışmanlığı ve Obezite takibi- Çocuk gelişimi persentil takibi (boy-kilo-baş çevresi ölçümleri)
Rapor Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">- Tek Hekim Raporu- Ehliyet raporu- Yivsiz av tüfeği silah raporu- Evlilik raporu- İstrahat ve İş Göremezlik raporu- İşe Giriş raporu (10 kişiden az çalışanı olan ‘az tehlikeli’ iş yerlerine)

Mobil Hizmet	- Ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra ve uzak mahallelere haftalık plan dahilinde belirlenen gün ve mekanda gezici sağlık hizmeti verilir.
Evde Sağlık Hizmeti	- Yatağa bağımlı, sakat veya özürlü kimselere haftalık plan dahilinde belirlenen gün ve saatte evde sağlık hizmeti verilir.
Yerinde Sağlık Hizmeti	- Cezaevi, öğrenci yurdu, mülteci kampı gibi toplu yaşam alanlarına haftalık plan dahilinde belirlenen gün ve saatte yerinde sağlık hizmeti verilir.

Kaynak: (İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, b.t.), (Deldal, 2015).

Birinci basamakta sunulan bu hizmetler ile ASM'ler hasta odaklı, kaliteli, hizmet çeşitliliği bakımından da tatmin edici bir yapıdadır. Bu hizmetler ile halkın birinci basamağa daha fazla yönelmesi, hastane acilleri ve 2-3. basamak sağlık kurumlarının iş yükünün hafifletilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır.

3.9 Aile Hekimliğinde Ücretlendirme ve Kesintiler

Aile hekimleri sözleşmeli olarak çalıştırılırlarve 2 yılda bir sözleşme yenilemesi yapılır. ASM'de çalışan hekimlere bölgelerinde kendilerine kayıtlı nüfusun yapısına göre ücret verilmektedir. Ayrıca düzenli olarak A, B, C, D sınıflamasına bağlı olarak cari maliyet ödenmektedir. Buradaki amaç aile hekimlerinin birleşerek ASM'ler kurmaları, ve bu cari maliyetleri yönetim giderleri olarak kullanmalarıdır. Böylece daha iyi bir ofis yönetimi, daha iyi bir organizasyon ve personel yönetimi yoluyla masrafların sınırlandırılması sonucunu doğuracaktır. Yani doktor-yöneticiler, mekanı, enerjiyi, tıbbi cihazları ve personeli daha verimli kullanabilecekleri bir modele doğru kayacaklardır. Ayrıca bürokratik engeller ortadan kalkarak devlete binen sağlık harcaması yükü de hafifletilmiş olacaktır (Akdağ, 2012:98-99).

Aile hekimine yapılan ödemeler, cari yardımlar ve performans kesintileri ilgili yönetmelikte belirtilmiştir. Buna göre aile hekiminin maaşına esas ödeme yapılan kalemler şunlardır:

3.9.1 Kişi sayısına Göre Ödeme

Aile hekimine kendisine kayıtlı hasta sayısı ile orantılı ücret ödenmektedir.(Kapitasyon, kişi başı ücret). Bu ücretin hesaplanmasında kayıtlı nüfusun niteliği ile orantılı katsayı çarpımı esas maaşı oluşturur. Bu katsayılar;

- Gebeler için: '3' katsayısı,
- Cezaevindeki tutuklu ve hükümlüler için: '2,25' katsayısı,
- 0-59 ay gurubu için: '1,6' katsayısı,
- 65 yaş üstü için: '1,6' katsayısı,
- Diğer kişiler için: '0,79' katsayısı esas alınır.

Kayıtlı nüfusa göre yapılan ödeme için üst sınır 4.000 kişidir ve daha üstü için ödeme yapılmaz. Yukarıdaki katsayı hesabının sonucuna göre ilk 1.000 puana kadarki kısmının;

- Uzman tabipler ve tabipler için tavan ücretin %78,5'i
- Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i tutarında ödeme yapılır.

1.000 puanın üzeri için ise tavan ücretin onbinde 5,22'si ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenir

3.9.2 Sosyo – Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi Ödeneği

Yerleşim birimlerinin il, ilçe, belde, köy gibi sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin esas alınması ile oluşturulan tabloya göre maaşa ek ayrıca ödeme yapılır.

3.9.3 Aile Sağlığı Merkezi Cari Gider Ödeneği

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 23 üncü ve 24 üncü maddeleri ile belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için her ay tavan ücretin %50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre

bulunacak tutarda ödeme yapılmaktadır (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010).

3.9.4 Aile Sağlığı Merkezi Sınıflandırma Ödeneği

Yönetmelikte belirlenen şartlara göre sınıflandırılmış Aile Hekimliği Birimleri(AHB)'ne aşağıdaki oranlara göre tavan ücretten ödeme yapılır.

- D gurubu Aile Hekimliği Birimlerine tavan ücretin %10'u
- C gurubu Aile Hekimliği Birimlerine tavan ücretin %20'si
- B gurubu Aile Hekimliği Birimlerine tavan ücretin %35'i
- A gurubu Aile Hekimliği Birimlerine tavan ücretin %50'si

olacak şekilde ödeme yapılır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2015).

3.9.5 Gezici Sağlık Hizmetleri Ödeneği

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, gezici sağlık hizmeti giderleri için; asgari kat edilmesi gereken her bir kilometre için tavan ücretin onbinde 5'i ve gezici hizmet bölgesindeki kendisine kayıtlı her kişi için tavan ücretin yüzbinde 7,5'i kadar ödeme yapılır. Kat edilecek mesafenin hesabına yönelik usul ve esaslar bakanlıkça belirlenir. Gezici sağlık hizmetinin yürütülmesinde, müdürlüğe ait gezici sağlık araçları aile hekimlerine kullanılabilir. İklim ve ulaşım şartları gibi nedenlerle gezici sağlık hizmetinin normal araçlarla verilemediği durumlarda, müdürlük aile hekimine kar paetli araç, 4x4 çekerli arazi tipi araç ve vasıtalarla ulaşım imkânı sağlayabilir. Araç tahsisi yapılan durumlarda gidilen yer veya yerlere ait bu bentte yer alan esasa göre yapılacak gezici sağlık hizmeti giderleri aile hekimi yerine müdürlüğün döner sermayesine aktarılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2015).

3.9.6 Aile Hekiminden Yapılan Kesintiler

Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi veya geçici aile hekimi için 16 ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

- Aylık başarı oranı, %98 - %97 ise %2'si,
- Aylık başarı oranı, %96 - %95 ise %4'ü,
- Aylık başarı oranı, %94 - %90 ise %6'sı,
- Aylık başarı oranı, %89 - %85 ise %8'i,
- Aylık başarı oranı, %85'ten daha düşük olanlar için ise %10'u,

esas alınarak hesaplanacak olan miktarlar aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür. Tüm kesintiler toplamı brüt maaşın %20'sinden fazla olamaz (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2015)

Görüldüğü üzere aile hekimliğinin maaş hesaplamaları bile karmaşık bir sistem iken bu konuda eğitim almamış aile hekimi / hekimler ASM yönetimi, mali gelir-gider tayini, satın alım muhasebe ve amortisman işleri, personelin özlük hakları, hizmet şeffaflığı ve kalitesinin sürdürülebilmesi, iş dağılımı ve hakkaniyet gibi birçok sorunla başbaşa kalmış ve çoğu problemin çözümünü kendi başına tecrübe ederek öğrenmiştir.

3.10 Aile Hekimliğinde Mesleki Örgütlenme

Aile hekimliğinin mesleki, akademik, sosyal alanda tanınması ve gelişmesi için çeşitli platformlarda yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde temsili gereklidir. Bu temsil görevini üstlenen ulusal ve uluslararası kuruluşlar vardır. Bu kuruluşların bazıları şöyledir (Özçakar, 2004:21).

3.10.1 WONCA (World Organization of Family Doctors):

WONCA'nın amacı; AH'nin değer, ilke ve görevlerini tanımlayarak, standartlarını yükselterek, bireylere, aile ve toplum ilişkisi içerisinde kişisel, kapsamlı ve sürekli bakım sağlayarak, akademik kuruluşlarının gelişmesine destek vererek, üye kuruluşlar arası bilgi ve deneyim paylaşımına uygun ortam sağlayarak, eğitim, araştırma ve hizmet sunumu aktivitelerini temsil ederek toplumun yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktır (Muştu, 2009).

3.10.2 EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine):

‘Avrupa Aile Hekimliği / Pratisyen Hekimlik Eğiticileri Akademisi’. Amacı öğrenme ve öğretme yolu ile Aile Hekimliği / Pratisyen Hekimlik disiplininin standartlarını yükseltmek ve geliştirmektir (EURACT, b.t.).

3.10.3 EGPRN (The European General Practice Research Network):

‘Avrupa Aile Hekimliği / Pratisyen Hekimlik Araştırma Ağı’. Amacı birinci basamakta araştırmayı teşvik etmek, çok uluslu araştırmalar başlatmak ve koordine etmek, araştırma deneyimlerini paylaşmaktır. WONCA Avrupa kolunun alt birimlerinden birisidir. Amacı araştırmayı teşvik etmek, çok uluslu araştırmalar başlatmak ve koordine etmek, araştırma deneyimlerini paylaşmaktır. Workshop adından Network adına 2001 Ankara kongresinde geçiş yapmıştır (ICGP, b.t.).

3.10.4 EQUIP (European Working Party on Quality in Family Practice):

‘Avrupa Aile Hekimliğinde Kalite Çalışma Gurubu’. WONCA avrupa alt birimlerinden biridir. Avrupa çapında devam eden AB projelerini sürdürmesinin yanısıra aile hekimliğinde hasta bakımının kalitesi ve güvenini arttırmayı, öğretim faaliyetleri ve yöntemlerini geliştirmeyi amaçlar (EQUIP, b.t.).

3.10.5 ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology):

‘Avrupa Aile Hekimliği / Pratisyen Hekimlik Gastroenteroloji çalışma grubu’. Gastroenteroloji alanına özel ilgi duyan bir grup akademik pratisyen tarafından 1996 yılında kurulmuştur. Topluluk, birinci basamak bakış açısı ile gastroenteroloji alanının sorunlarını araştırma, avrupa pratisyen hekimlik eğitiminin desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin yürütülmesine rehberlik etme ve buna özgün yaklaşımlar için kılavuz oluşturma çalışmalarını koordine eder (ESPCG, b.t.).

3.10.6 TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği):

1990 da Ankara'da kurulan Türkiye Aile hekimleri Uzmanlık Derneği, Türkiye'de Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesini, sağlık sistemi içerisinde görevlerinin tanımlanmasını, ulusal ve uluslararası platformda tanınmasını amaçlar. Sağlık alanında yurtiçi ve yurtdışı gelişmeleri izler, sonuçlarından yararlanır ve bilgi kaynakları oluşturur, Dernek amaçları doğrultusunda kongre, konferans, sempozyum, toplantı, seminer düzenleme vb. faaliyetlerde bulunur, sürekli ve süreksiz yayınlar yapar. Ayrıca Aile hekimliği alanında mezuniyet öncesi, uzmanlık eğitimi ve uzmanlık sonrası sürekli eğitimin standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için gerekli düzenlemeleri yapar, bu amaçları gerçekleştirecek kurul ve komisyonları oluşturur (TAHUD, b.t.).

4. BÖLÜM

DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ ÖRNEKLERİ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTAKİ SON DÜZENLEMELER

4.1 Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları

Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik terimleri, dünyada eş anlamlı olarak kullanılmaktadır ve birinci basamak sağlık hizmeti konusunda özgün uzmanlık eğitimi almış tıp doktorunu tanımlar. Ülkemizdeki pratisyen hekim terimi ise tıp fakültesinden sonra uzmanlık eğitimi almamış hekim için kullanılmaktadır. Dünyanın ve Avrupanın pek çok ülkesinde, sağlık hizmeti sunumunda Aile Hekimliği önemli bir rol oynamakta ve birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları tarafından sunulmaktadır. Bu ülkelerde aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmekte ve aile hekimleri, tıp fakültesinden sonra 3-5 yıl arasında değişen asistanlık eğitimi sonrası aile hekimi olarak görev yapmaktadır. Her ülke kendi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak aile hekimliği uygulamalarını şekillendirmiştir (Ungan, Ceyhun, 2007) (Külbay, 2014:1-3).

Tablo 4.1. Avrupa Ülkelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreleri.

ÜLKELER	SÜRE / YIL	1. BASAMAKTA	HASTANE ORTAMINDA
Avusturya	3	0,5	2,5
Belçika	3(1+2)	2,5	0,5
Çek Cumhuriyeti	3	0,5	1,2
Danimarka	3,5	1	2,1
Estonya	3	1,5	1,5
Finlandiya	6	4	2
Fransa	3	0,5	2,5
Almanya	5	2	3
Yunanistan	4	0,9	3,1
Macaristan	5	3,5	1 + 0,5
İrlanda	3	1	2
İtalya	3	0,5	1,5 + 0,5
Litvanya	3	0,5	2,5

Hollanda	3	2	0,8
Polonya	4	2	2
Portekiz	3	2	1
Romanya	3	1,25	1,66
Slovakya	3	0,5	2,5
İspanya	3	1,5	1,5
İsveç	5	3	2
Türkiye	3	0	3
İngiltere	3	1	2

Kaynak: (Soysal, Kırac, Alu, 2016:82).

4.1.1 İngiltere’de Aile Hekimliği

İngiltere’de Aile Hekimliği(AH) uygulamaları 1947 yılında başlamış, 1952 yılında ‘Royal College of General Practitioners’ (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurulmuştur. Mezuniyet öncesi AH’nin ana hatlarının eğitimi tıp fakültelerindeki AH kürsülerinde verilmektedir. 1979 yılında zorunlu hale getirilen AH uzmanlık eğitimi bir yıllık intörlük döneminden sonra 2 yıl hastanede, 1 yıl ise sahada eğitici aile hekiminin yanında çalışarak tamamlanmaktadır. Uzmanlık sonrasında sınav olmakla birlikte sınava girme zorunluluğu yoktur. Ancak aile hekimlerinin %80’i Kraliyet Koleji’ne üye olabilmek için uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra bu sınava girmektedir.

1946 Yılındaki bir yönetmelikle 1948 yılında National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri) teşkilatı kurulmuştur. Sağlık hizmetinin çoğu vergiden finanse edilmektedir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı %10 dolayındadır ve çoğu hastalık birinci basamakta çözülebilmektedir. Hastanın hekim seçme özgürlüğü olduğu gibi hekimin de hasta seçme özgürlüğü vardır. Aile hekiminin statüsü ile dal uzmanının statüsü hem hastanın hem de devletin gözünde aynıdır. Bu durum mesleklerine saygınlık kazandırmaktadır.

Ülkedeki 34.000 civarındaki aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. 510 kadarı ise tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunmaktadır. 6000 kadar aile hekimi ise sağlık

merkezlerinde görev yapmaktadır. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır. Aile hekimlerine maaş ödemesi kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir. Ek olarak hastanede çalışan doktorlara ilave maaş verilmektedir (THSK, b.t.).

İngiltere’de ayrıca kendi bütçesi olan aile hekimleri de vardır. Bu şekilde çalışmak isteğe bağlıdır. Bu aile hekimleri finans yöneticisiyle birlikte çalışırlar ama kendileri de işe dahildir. Yönetimle uğraşmak için haftada bir gün serbest olmalarına izin verilmektedir. Maaşlarında ayrıca bir artış olmamakta yıl sonunda eğer bütçelerinden tasarruf edebilirlerse, bu parayı ofislerinde sağlık hizmetini daha iyi sunmaları için harcama yetkisi kazanmaktadırlar. Bütçe yöneten aile hekimleri 25 kendilerine kayıtlı kişilerin 1. ve bazı 2. basamak sağlık hizmetlerini kamu veya özel hizmet sunuculardan rekabet ortamı içinde satın alarak yönetme hakkına sahiptirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:24).

4.1.2 Amerika’da Aile Hekimliği

Aile Hekimliğinin 1960’lı yılların sonlarında bir uzmanlık dalı olarak tanınmasını takiben genel pratisyenlerin durumunu gözden geçirmek ve halkın ihtiyacını karşılayacak toplum odaklı genel bakış açısına sahip hekimlerin sağlanması için çalışma grupları oluşturulmuştur. Bu gruplarının önde gelen üçünün çalışmaları sonucunda sırasıyla Folsom, Millis ve Willard Raporları oluşturulmuştur. Bu raporlar çok önemli öneriler getiren bir seri bulgu ortaya çıkarmıştır. Bireylerin kendilerini sadece bir hastalık ya da bir organ bozukluğu olarak değerlendirmeyen nitelikli hekimlere ulaşabilmelerinin, hekimin verdiği sağlık hizmetinin ayrıntılı ve geniş kapsamlı olmasının, hasta ve hekim arasında sürekli bir etkileşimin, hekimin bilgi ve becerilerinin aile bireylerin tümünü kapsamasının ve bu yeni uzmanlık grubunun yeni hekimler yetiştirebilecek kapasitede olmasının gerektiği kararları alınmıştır. Hem Millis hem de Willard Raporlarında benzeri eğitim programlarının oluşturulması için gereken şartları belirtmiştir. 1969’da bu raporların sağladığı teşvik ve meşruiyet ile Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi oluşturulmuş ve 1970’de

Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi olarak yeniden adlandırılmıştır.

Gelişen 20. uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliğinin gelişimi, mesleğin gereklerinden kaynaklanarak hekimlerin isteğiyle kurulan diğer uzmanlıklara nazaran çok özgün olmuştur. Ancak aile hekimliği halkın isteklerinden kaynaklanarak hastalığın değil hastanın odakta olduğu bir uzmanlık dalı olarak kendini göstermiştir. Yeni kurulan uzmanlık dalı başlangıçta kendini tanımlamakta zorlandı. 1950 ve 1960'lı yıllarda "yeni" aile hekiminin alanlarını ve becerilerini tartışan pek çok yayın çıkmasına rağmen belirgin bir şablonda uzlaşa sağlanmamıştı. Bu yayınların ve Millis ile Willard gruplarının çalışmalarının birleşiminden Aile Hekimliği Uzmanlık programlarının aşağıdaki ana hatları ortaya çıkmıştır:

- Hastanın kişisel hekimi olarak çalışmalı ve hastanın sağlık sistemine girişini sağlamalıdır.
- İlk muayene, koruyucu hekimlik ve genel tıp hizmetlerinde kapsamlı bir yaklaşımı olmalıdır.
- Hastanın sorumluluğunu gereğinde sevk için gerekli girişimleri yaparak uzun dönem taşıyabilmelidir.
- Toplumun kaygılarına ve ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde mesleğini icra etmelidir. Hastanın fiziksel, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını gözetererek aile ve toplum ölçeğinde gerekli bakımı yapmalıdır (Hekimoğlu ve Göktaş, 2007).

30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği ve günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok önemli role sahiptir. İstatistiklere göre diğer tüm uzmanlık dallarından günde en çok hasta bakan uzmanlık dalıdır. 2000 yılında 50 eyalette bulunan 472 programda 10503 asistana sahip olan Amerikada, yine aynı yılda 822 milyon hekim muayenesinin 199 milyonu aile hekimliği uzmanları tarafından yapılmıştır. Dahiliye uzmanları 126 milyon ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları 104 milyon hasta bakmışlardır.

Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları Dahiliye Uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça

iyidir, bir günde diğerk uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazla sayıda hasta görmektedirler ve uygulamaları yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Amerika'da Aile Hekimliği oldukça yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamakta çok önemli katılımları olmuştur. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğerk sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir (THSK, b.t.).

4.1.3 Almanya'da Aile Hekimliği

Aile hekimliği, uygulanmakta olduğu her ülkede olduğu gibi Almanya'da da kişilere hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunan, geçmişı 1852'lere kadar uzanan ve oturmuş yapıya sahip bir uzmanlık dalıdır. Almanya'da aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 6 yıllık Tıp Fakültesi eğitiminden sonra toplam 5 yıllık bir eğitim sürecini kapsar. İstenildiği takdirde, aile hekimliği uzmanlığı sonrası üst ihtisas da yapılabilir. Örneğin; damar hastalıkları üst ihtisası için, 18 aylık bir eğitim ve çalışmadan sonra üst ihtisas sınavını başarmak gerekmektedir.

İlk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesi'nde açılmıştır. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimini seçmek isteyen doktorlar için zorunluğu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Bugün 24 tıp fakültesinde aile hekimliği kürsüleri bulunmaktadır.

Almanya'da sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan 'Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi' hakimdir. Genelde her meslek dalının sigortası ayrı olup bu sistem prim miktarını kendi finansal durumuna göre belirler. Nüfusun %90'ını kapsar. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta altındadır ya da kamu sigortalarına ek olarak tamamlayıcı özel sigortaları seçerler. Geriye kalanlar sosyal yardım programından yararlanabilirler.

Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikle AH uzmanları, daha sonra da uzmanlık unvanlarını kullanmaksızın diğerk dal uzmanları muayenehanelerde vermektedir. Dört yıl süren, hastane ve muayenehanede gerçekleştirilen bir uzmanlık eğitim programı mevcuttur.

Almanya’da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay boyunca bağlı kalırlar. Her hasta doktorunu seçmekte özgür olduğu kadar doktor da acil durum söz konusu olmadığı sürece hastasını seçebilmektedir. Acil durum olmadığı sürece hasta birinci basamak (aile hekimi) sağlık hizmetinden yararlanmakta ve gerekli görüldüğü takdirde hastalığıyla ilgili olarak uzman doktora sevk edilmektedir. Bu durum yılda dört çeyrek (Ocak-Mart, Nisan-Haziran, Temmuz-Eylül, Ekim-Aralık) dönemi kapsar. Hasta her çeyrek dönem için aile hekimine gittiğinde 10 Euro katkı payı ödemek zorundadır. Aynı şekilde hastalığıyla ilgili reçete ve ilaç gerekliliği durumunda ilaç başına katkı payı ödemek zorundadır (Kavukçu ve Burgazlı, 1998:1-4).

Uzman doktorlara ve birinci basamak hizmet sektöründe çalışan aile hekimlerine genellikle hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Hastalık fonlarında çalışan doktorların ücretleri doktorların federasyonları ve fonlar arasındaki görüşmeler ile belirlenmektedir. Devlet hastanesinde çalışan doktorlara maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli doktorlar özel olarak da çalışabilmektedirler. Aynı ödeme sistemi gönüllü hastanelerde de işlemektedir. Özel birimlerde ücretler hastalar tarafından ödenmektedir. Gerçek anlamda teşhis ve tedavide aktif rol alan aile hekimleri, Almanya genelinde hekimler arasında en iyi kazananlar arasındadırlar. Buna bağlı olarak, aile hekimliği uzmanlığı da Almanya’da halen en çok tercih edilen uzmanlıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:27).

4.1.4 Kanada’da Aile Hekimliği

1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği ihtisasını bitirip, sınavı başaranlara kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır

Kanada’da ulusal sağlık sigortası tüm bireyleri kapsamaktadır. 65 yaş üstündekilerden ve maddi durumu iyi olmayanlardan sağlık sigorta primleri alınmaz. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenelerinde çalışırlar ve 2.basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler (Oğuz, 2009:13).

Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluştururlar. Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler (Töre, 2007:45).

4.1.5 Hollanda’da Aile Hekimliği

Hollanda’nın nüfusu 16,5 milyondur. Kişi başına düşen milli gelirden sağlığa yapılan harcamaların oranı % 14,9’dur. Doğumdan beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerde 79, kadınlarda 83 yıldır. Yıllık genel pratisyene (GP) gelen nüfus hedef nüfusun %75’i, 3 yılda gelen nüfus ise %90’dır. Hollanda’da tüm sağlık harcamalarının %4’ü ile şikâyetlerin %94’ü çözümlenebilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerine 70,5 milyar Euro, koruyucu önleyici sağlık hizmetlerine ise 2,4 milyar Euro harcanmaktadır. Ortalama her 100.000 kişiye 310 hekim, 1300 hemşire, 3,8 acil durum hastane yatağı düşmektedir. Yine her 65 yaş üstü 100.000 kişiye 26,7 yaşlı bakım yatağı ve 40 huzurevi yatağı düşmektedir.

Hollanda’da Avusturya, Belçika, Fransa ve Almanya’da da kullanılan “Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası Modeli” kullanılmaktadır. Bu model şunları içerir:

- Vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman.
- Paraların devlet dışı yönetimlerde; sigorta kurumlarında toplanması.
- Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleri.

Hollanda’da AH’lerinin %90 kadarı Aile Hekimlerinin Milli Kuruluşu’nun üyesidir. Bu kuruluş Hollanda’nın her yerinde kesintisiz kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunmakla sorumludur. Hollanda’da sosyal güvence sistemi sigorta bazında organize edilmiştir. İki çeşit sağlık sigortası

mevcuttur. Bunlardan ilki ‘Olağanüstü Tıbbi Giderler Sigortası’ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ); toplumun % 100' ünü kapsar. Uzun süreli ve pahalı hastalık tedavilerini garanti eder. Diğeri 2006 yılında sağlıkta dönüşüm reformu ile başlayan ‘Sağlık Sigortası Sigortası’ – Zorgverzekeringswet (ZFW)’dir. ZFW toplumun % 60' ını kapsayan hastalık fonu sistemidir vey aşı 65 ve üzerinde olup gelirleri belirlenen gelir düzeyinin altında olanlar ile belirlenen gelir düzeyi altında kazanan çalışanlar bu sigortaya dahildirler. Bu fondan yararlananlar mutlaka bir aile hekiminin listesine dahil olmak zorundadırlar. Normal medikal riskler için verilen hizmetleri karşılar. Aile hekimi uygulamalarını, dış bakımını, özel tıbbi uygulamaları, ana sağlığı hizmetlerini, hastane giderlerini ve ulaşım giderlerini kapsar (CM, b.t.).

Nüfusun geri kalanının (%40) kısa dönem hastalıkları ve primer önlemleri için özel sağlık sigortaları vardır. Özel sigortaların hizmet ve ödemeleri devlet kontrolü altındadır. Kişilerin istedikleri aile hekimini seçme hakkı vardır ancak bir seneden önce hekimlerini değiştiremezler.

6 yıllık tıp fakültesi eğitimi bittikten sonra AH adayı olunabilir. Bazı mesleki eğitim kuruluşları yılda bir, bazıları da iki kez adayları kabul eder. 3 yıllık mesleki eğitim bittikten sonra aile hekimleri bir yere yerleşmek için ortalama 3-5 yıl beklerler. Aile Hekimi başına düşen nüfus 2.200 kişidir ve aile hekimlerinin %71'i tek başına çalışmaktadır. Fakat son 30 yıldır takımlar halinde grup pratiği içinde, sağlık merkezlerinde veya bir ortakla çalışma durumu giderek artmaktadır.

Hollanda Aile Hekimleri Federasyonu Yönetim Kurulu üyesi Dr.Geert – Jan Van Loenen bir dergiye verdiği röportajda sevk zincirine önem verdiklerini anlatıyor:

‘Aile hekimleri, sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, hekim dışı personel ve üst basamak kuruluşlar arasında bir nevi trafik polisi görevi görür. Hastalar, acil bir durum olmadıkça ve aile hekimleri tarafından sevk edilmedikçe ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidemiyor’ (Emre, 2014).

Loenen, burada sevk zincirine dikkat çekerek, hastaların bekleme listesine alınmadan aynı gün içerisinde ama randevulu sistem ile başvurduğunu, toplam nüfusun yaklaşık yüzde 99'unun aile hekimine kayıtlı olduğunu, ortalama danışmanlık ve muayene için hasta başına 10 dakika ayrıldığını ve günlük ortalama 35 hasta muayene edildiğini söylemektedir.

Hollanda da 1990lı yıllarda nöbet yüklerinin artması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıklar sonucunda aile hekimler geniş kapsamlı bir greve gittiler. Hükümet bu grev sonrası sistemi tümünden yapılandırarak Hollanda'ya uygun bir model oluşturulmasına karar verdi. Aile hekimleri ile hükümet anlaşarak 'Post' ası verilen bir kooperatif kurdular. Büyük şehirlerde 2-3, küçük şehirlerde 1-2 merkez olarak açılan post birimleri merkeze üye olan aile hekimlerinin oluşturduğu mesai ve nöbet havuzu sayesinde 7/24 hizmet vermeye başladı.

Ayrıca bizdeki 112 gibi telefonla da sağlık danışmanlığı veren Post merkezleri aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları ile her türlü birinci basamak hizmetini yürüterek 2 ve 3üncü basamaklara gidişi büyük ölçüde durdurmuştur. Yılda 1000 hastanın 250'si Post hizmetinden yararlanmaktadır. Telefon ile arayanların %45'i hiç Post'a gelmeye gerek kalmadan telefon danışmanlığı ile rahatlatılmakta, %40'ı Post merkezine gelerek muayene ve danışmanlık almakta ve %15'i de evde muayene olmaktadır. Telefon ile arayanların %80'i acil hastalar değildir ve sadece %6'sı hastaneye sevk edilmeye gerek görülmektedir (Emre, 2014).

4.1.6 Küba'da Aile Hekimliği

Toplam nüfusu 11.390.000 olan Küba'da sağlık sistemi herkesi kapsar, ücretsiz ve erişilebilirdir. Gayri Safi Milli Hasıla'nın % 6,8'i sağlığa ayrılmaktadır. 2004'te sağlık harcaması 174,9 milyon dolardır. Ulusal sağlık sistemlerinin en üst seviyesinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu vardır. İl ve belde meclislerine bağlı olarak hastaneler olduğunu gibi bazı hastaneler ve araştırma enstitüleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Poliklinikler ve aile doktorları belde meclislerine bağlıdır (WHO, 2015).

Bebek ölüm hızı 1959 yılında 1.000 canlı doğumdan 60'ın üstünde iken, 2015 yılı tahminlerinde bu rakam 4,5'e düşmüştür. Anne ölüm hızı ise 2015 yılı tahmini ölçüme göre 100.000'de 39'e inmiştir. Yaşam beklentisi 60 yıldan 76 yıla çıkmıştır. 13 hastalığa yönelik bağışıklama programı yapılmıştır (CIA, 2017).

Sıtma, polio, neonatal tetanoz, difteri, kızamıkçık ve kabakulak gibi birçok hastalık eradike edilmiştir. Ayrıca enfeksiyon hastalıkları nedeniyle mortalite hızı 100.000'de 14,3'den 6,4'e inmiştir (Kasım, Üstü, Doğusan, 2007).

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

Küba'da tıp eğitimi 6 yıldır. 2 yıl daha aynı merkezde çalışarak hekimler genel tıp uzmanı yani aile doktoru olabilirler. Diğer branşlarda da uzmanlaşma ancak bu iki yıldan sonra mümkündür. Tıp eğitimi Küba'nın sağlık hizmetleri ihtiyaçları belirlenerek yapılmaktadır. Tıp Fakültelerinde 18 uzmanlık alanında eğitim verilmektedir. 25 yıl önce bir olan tıp fakültesi sayısı günümüzde 22 'ye çıkmıştır (Kasım, Üstü, Doğusan, 2007).

Dünyadaki 189 ülke arasında, sağlık ölçütleri en iyi olan ilk 30 ülkeden biri olan Küba'da yurt geneline yayılmış Aile Hekimleri Ağı oluşturulmuştur. Tüm yurt toplamında yaklaşık 15 bin dispanser ve 500 adet poliklinik bulunmaktadır. Polikliniklerde çözümlenemeyen vakalarda ise, tüm yurt geneline yayılmış 250 genel hastanede komplike acil vakalarla ilgilenilmektedir. Genel hastanelerin haricinde, ihtisas hastaneleri ve enstitüler de mevcuttur. Her 159 vatandaşa bir doktor düşmektedir ki, bu da dünyadaki en yüksek oranlardandır (Deniz, 2011).

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için araştırma enstitüleri dışında aile doktorlarına, polikliniklere, hastanelere doğrudan başvurabilirler. Her polikliniğin bir bölgesi vardır. Bölge içinde aile hekimleri toplum ile içi

içe ve sıcak bir ilişki içinde beraber çalıştıklarından, kişiler doğrudan diğer kurumlara başvurma yolunun açık olmasına rağmen başvurular daha çok aile hekimlerine yapılmaktadır. Her aile doktoru yaklaşık 1000 kişiden sorumludur.

Aile Hekiminin;

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Bağışıklama,
- Sağlık danışmanlığı, (Doğru beslenme,alkol ve sigara zararları,hareketli yaşam tarzı v.b)
- Reabilitasyon hizmetleri olmak üzere 4 temel görevi vardır.

Birinci basamakta gebelik süresince 12 takip yapılmaktadır. Bu takiplerde ultrason, alfa fetoprotein, kan ve idrar tahlilleri, serolojik testler ve HIV tetkikleri yapılmaktadır. Yeni doğanlarda fenilketonüri, hipotiroidizm taramaları yapılmaktadır. Polikliniğin 2,5 km çapında bir sorumluluk alanı vardır. Bu sorumluluk alanında 60'dan fazla aile doktoru hizmet vermektedir. Yakın olması nedeniyle aile doktorlarını tercih edilmektedir. Poliklinikte aile doktorları tarafından istenilen tetkikler yapılmaktadır. Uzman konsültasyonları ve çeşitli tedaviler yapılmaktadır. Aynı zamanda hemşire ve sağlık teknisyeni eğitimlerinin de yapıldığı birinci basamakta, kadın doğum, çocuk hastalıkları, dahiliye uzmanı gibi uzman hekimler poliklinikte hizmet vermenin yanında konsültan olarak aile doktorlarının ofislerinde ihtiyaca göre hastaları muayene ederler. Bu sayede hem aile doktorlarının eğitiminin devamlılığı sağlanır, hem de çalışmaları denetlenebilir. Gebelerin ve bebeklerin takibine özel önem verilmekte ve sık sık ev ziyaretleri yapılmaktadır. Hastaneye sevklerde gerekirse hasta ile beraber hastaneye gidilebilmektedir.

Ayrıca son zamanlarda haberlerde sık rastlanılan bilgilerde bilindiği üzere Küba'da 'Akciğer Kanseri'nin bir türü için aşı ve tedavi bulunduğu haberleri gündeme gelmiştir. Hatta Türkiye'den birçok kişi giderek şifa ile tedavi olmuş ve basında bolca gösterilmektedir. Bu konuda Küba Büyükelçiliği de web sitesinden duyuruda bulunarak tedaviyi doğrulamıştır. Halihazırdaki aşının kemoterapiye olumlu yanıt veren, 'adenokarsinom' (küçük hücreli dışı) kanser türlerinde başarılı olduğu söylenilmektedir. Bu tedavi için 2014 yılında Küba'ya giden akciğer kanseri teşhisi almış 'Burhanettin Çevik' isimli

vatandaş orada verilen aşı tedavisinin ardından iyileştiği düşünülerek basında yer almış, ancak yedinci ayında kanserin yayılmaya devam ettiği anlaşılacak hayatını kaybetmiştir. Bu durum üzerine aşının tedaviden ziyade hastaya direnç verdiği düşünülmektedir. (TNTY, 2016).

4.1.7 Norveç'te Aile Hekimliği

Toplam nüfusu 5,265.000 civarında olan Norveç'in iyi gelişmiş bir sosyal güvenlik sistemi bulunmaktadır. Ulusal sigorta ülkede yaşayan uyruğu ne olursa olsun tüm bireyleri zorunlu olarak kapsamaktadır. Sağlık, hamilelik, doğum, bakmakla yükümlü olduğu kişinin kaybı, bekar anneye yardım, işsizlik, iş göremezlik ve gazilik, ölüm riskine karşı tüm riskleri karşılar. Bu nedenle hem sosyal, hem de medikal unsurları içerir. Norveç'te genç aile bireylerinin yaşlılara kendi evinde bakması gibi bir gelenek olmadığından son on yılda evde bakım hizmetleri personeli iki kat artmıştır. Gelecekte her yaşlının geri kalan hayatlarını huzurevi gibi bir merkezde geçireceği tahmin edilmektedir (Saturk, b.t.).

18 ilden oluşan ve seyrek dağılımlı nüfusa sahip olan Norveç'te sağlık yönetimi merkezi yönetimler yerine 5 bölge ve 440 belediyeye ayrılmış yerel yönetimler tarafından sürdürülmektedir. Her ilde en az bir hastane bulunur ve hastaneye başvurular sevk zincirine bağlıdır (WHO, b.t.).

Altı yıllık mezuniyet öncesi eğitimin ardından aile hekimi yanında ve hastanede toplam bir yıllık "hekim adaylığı" eğitimi mevcuttur. Birinci basamakta çalışabilmek için bu eğitim yeterlidir. Ancak ücretlerdeki farklılık nedeniyle uzmanlık yapmak daha cazip hale gelmiştir. Norveç'te AH uzmanlık eğitiminin süresi 5 yıldır. Bu eğitimin bir yılı hastanede, dört yılı ise birinci basamakta geçmektedir. AH'nin 1985 yılında bir uzmanlık olarak tanınmasının ardından yeniden sertifikalandırma kuralları getirilmiştir. Yeniden sertifikalandırma her 5 yılda bir tekrarlanır ve bazı şartları mevcuttur. Bu 5 yıl süresince en az 1 yıl seçilmemiş hasta grubu ile klinik uygulama yapma ve minimum 200 kurs saatini karşılayan tanımlanmış eğitim veya bilimsel etkinlikte bulunma koşulu sağlanmalıdır (Dünyada Aile Hekimliği, Anonim, b,t.).

Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri özel muayenehaneleri olan pratisyen hekimler ve aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimi başına 1.500 – 2.000 nüfus düşmektedir. Haftada 38 saat çalışma zorunluluğu bulunan aile hekimleri kapasiteye göre ücret almaktadırlar. Aile hekimlerine sürekli eğitim etkinlikleri kapsamında düzenli olarak uzaktan eğitim ve yüzyüze eğitim yoluyla eğitim verilerek bu etkinliklere katılım zorunludur. Ayrıca tüm birinci basamak hekimleri yılda 50 saat kurs ve 5 yılda bir 3 ay süreyle hastane rotasyonlarından geçmeleri gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

Norveçin sağlıkta gelişmişliğinin göstergelerinden en önemlisi anne – bebek ölümü oranlarının düşüklüğüdür. 2016 verilerine göre; bebek ölüm hızı 1000 doğumda 2.5 ve anne ölümü oranı ise 100.000 doğumda 5.0'dır (CIA, 2017).

4.1.8 Çek Cumhuriyeti'nde Aile Hekimliği

10,644.000 nüfusa sahip olan Çek Cumhuriyetinde sağlık hizmetleri bölgesel bazda sunulmaktadır. Bölge sağlık bürosu o bölgede yaşamakta olan vatandaşların kendi seçtiği birinci basamak hekimine ulaşarak sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli şartları oluşturur. Çek cumhuriyeti 1 Ocak 1993 yılında zorunlu sağlık sigortasını çıkararak vergiye dayalı sistemden sağlık sigortası finansmanlı sisteme geçmiştir. Sistem kısaca eşitlik ve beraberliğe dayanmaktadır. Temel sağlık hizmetleri kapsamında genel sağlık, ana – çocuk sağlığı, jinekoloji, ağız ve diş sağlığı, hemşirelerce verilen evde bakım hizmetleri, 24 saat acil sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik çalışmaları yer almaktadır.

Pratisyen hekimler birinci basamakta 4 ayrı alanda hizmet vermektedirler:

- Erişkinlere hizmet veren hekimler,
- Genç ve çocuklara hizmet veren hekimler,
- Mobil ve jinekoloji hizmeti veren hekimler,
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren hekimler.

Doktorların birinci basamakta sağlık hizmeti verme lisansları Çek Tıp Odası tarafından kontrol edilerek bölge sağlık bürolarınca onay verilmektedir. Doktorlar daha sonra sigorta fonlarıyla anlaşma imzalamaktadır. Genelde tek başlarına ya da birkaç doktor bir araya gelerek sağlık merkezi veya poliklinik şeklinde uzmanlık gerektiren hizmetler yanında temel sağlık hizmeti verebilmektedirler. Merkezlerin mülkiyeti belediyelerdedir ve özel hekimlerce kullanılacaksa kira ödemesi istenmektedir. Merkezlerde EKG, ultrason, grafikleme cihazları, laboratuvar hizmetleri yönünden oldukça donanımlıdır. Temel sağlık hizmetlerinde sevk zinciri tam oturmadığından uzman hekimlere başvuru oranı yüksektir. Bu yüzden bazı birinci basamak hekimleri uzmanlık gerektiren hizmetler de verebilmektedir (Akdağ , 2012:30).

4.1.9 Bulgaristan'da Aile Hekimliği Sistemi

Bulgaristan parlamentosu 1998'de Sağlık Sigortası Kanunu'nu kabul etti. Bu kanunla Bulgaristan'da zorunlu ve gönüllü sağlık sigortası başlatıldı. Zorunlu sağlık sigortası, sosyal sağlık koruma sistemidir. Zorunlu sağlık Sigortası, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (National Health Insurance Fund - NHIF) ve bunun bölgesel bölümleri olan Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları (Regional Health Insurance Fund - RHIF) tarafından uygulanır ve bir sağlık hizmet paketi garanti edilmiştir. Gönüllü sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Bu sigorta hizmetleri, Ticaret Kanunu'na uygun olarak tescilli şirketler tarafından verilir.

Yeni sistemin amacı, Bulgaristan'da doktor ile hasta arasındaki karşılıklı ilişkide kesin ve açık kurallar oluşturmaktır. Bu çerçevede bazı temel hedefler şunlardır: Her vatandaşa sağlık sisteminin her seviyesinde ulaşılabilir sağlık hizmetini garanti altına almak, hastalara yüksek kalitede tıp hizmeti sağlamak, hasta memnuniyeti için doktorlar ve sağlık kurumları arasında rekabet oluşturmak, sağlık sigorta sisteminde çalışanlara yeterli ve memnun edici ücret temin etmek.

Ülke için tespit edilen asgari ücretin %1'i her muayene için aile doktoruna ödenir. Ülke için tespit edilen asgari ücretin %2'si hastanede kalınan her bir gün için (yıllık 20 günü geçemez) ödenir. Özel bazı hastalığı olanlar, işsizler, askerler, gaziler, herhangi bir hastalığı ya da sakatlığı nedeniyle askere

alınmayanlar, fakirler, huzurevi gibi merkezlerde kalanlar bu ödemelerden muaftır.

Aile hekimlerinin sundukları sağlık hizmetinin ücretlerini belirlemede Bulgar Hekimler Birliği'nin sigorta ile yapılan pazarlıklarda tek taraf olarak belirlenmiş olması ve uzlaşmadan uzak tutumu nedeni ile sağlık hizmetlerinin sunum sürecini zora sokmuştur. Aile hekimlerinin istediği ücretlerin ikinci basamakta çalışan uzman hekimlere göre yüksek olması, aile hekimlerinin istedikleri ücreti elde edememesi, hastane hekimlerinin bu ücretlere tepki göstermesi ve hastanelerin reform sürecine ayak uyduramamaları kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklara yol açmıştır. Ancak pazarlık sürecinde tarafların karşılıklı verdiği tavizler sonucu sıkıntı büyük ölçüde giderilmiştir (Türk Eczacılar Birliği, 2009).

Sağlık Sigorta Yasası'na göre, NHIF ile sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki finansal ilişki ile ilgili sözleşme iki seviyelidir: Ulusal (Ulusal Çerçeve Kontratı – National Framework Contract-NFC) ve bireysel. Bazı sağlık hizmeti sağlayıcılar sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapmak istemeyebilir bunlara NHIF tarafından hizmetlerine karşılık ödeme yapılmaz. Ayrıca belirlenen hizmet kalitesine ulaşamayan sağlık hizmeti sağlayıcılarla yapılmış sözleşme NHIF tarafından feshedilebilir. Yeni sağlık sigorta sistemi ile tıbbi hizmet sağlayıcıların serbestçe seçimi garanti altına alınmıştır. Mevcut bölge tabanlı tıbbi hizmet onayı ortadan kalkmıştır. Bu nedenle sigortalının, NHIF ile sözleşme yapılmış olan özel ve kamu doktorlarından sağlık hizmeti alma hakkı vardır (TAHEV, b.t.).

Son yıllarda Bulgaristan'da sağlık kasası NHIF sisteminde sorunlar yaşanarak aile hekimlerine ödenen ücretlerde azalmaya gidilmiştir. Dış basında aile hekimliği sisteminin çöküşü gibi lanse edilse de özellikle kırsalda çalışan aile hekimlerine kasadan ek ödenek verilmekte ve belediyelerce de kırsaldaki aile hekimlerine yerel bütçeden destek olunmaktadır (Güner, 2016).

4.1.10 Polonya'da Aile Hekimliği

Polonya'da aile hekimliği modeli bireysel veya pratisyen hekimler topluluğu tarafından organize edilmektedir. Bu modeli desteklemek için 1992 yılında Varşova'da 'Aile Hekimliği Koleji' açıldı ve ilk eğitimler bu dönemde başladı. Daha sonra Krakow şehrinde 1996 yılında ilk adımları atılarak uygulanmaya başlayan olan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme, kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Bu miktara uzman hekim konsültasyonuna ödenecek ücret, minör cerrahi müdahaleler ve basit laboratuvar testleri dahildir. Kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenmektedir. Ancak aile hekimleri kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların teyidini istemekte, bazı bölgelerde aktif negatif cevap, bazı bölgelerde de aktif pozitif cevap esas alınmaktadır. Aktif pozitif cevap uygulamasında kişilerin hekimlere kayıt olma istekleri üzerine hekime kayıt gerçekleşirken, aktif negatif kayıt uygulamasında hekimlere belli sayıda nüfus bağlanmakta, kişiler bu hekime bağlı olmak istemezlerse kayıtlarını başka bir hekime aktarabilmektedirler. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir (Akdağ, 2012:27) (Sargutan, 2006:2217-2218).

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. Her hekimin 2.500 hastaya ulaşınca kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6-59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek kapitasyon primleri belirlenmektedir. Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir. Her ay tahakkuk miktarı şehir yetkili makamına fatura ile bildirilmekte ve doktorlara geri ödeme 14 gün içinde yapılmaktadır.

Polonya sağlık sistemi sunum bakımından koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermektedir. Birincil sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış ve yerel yönetimlere verilen yetki arttırılmaya başlanmıştır. Hastanelere akreditasyon zorunluluğu getirilmiş, eczacılık ve ilaç sanayisi de gelişmiştir (Sargutan, 2006:2231).

4.1.11 İspanya'da Aile Hekimliği

46,000,000 nüfusa sahip İspanya'da birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulur. Sağlık kurumlarına başvuruların %95'i birinci basamağa yapılmaktadır. Birinci ve ikinci basamakta yapılan muayene masraflarının %7'si, ilaç masraflarının %40'ı halk tarafından karşılanr. Özel gurupta yer alan (emekli, dul, engelli ve özel guruptakiler) vatandaşalara ise tüm masraflar ücretsiz yada çok az miktar katkı payı ile sunulur (Külbay, 2014).

İspanya'da, aile hekimliği uzmanlık eğitimi dört yıldır. Bu süreç, hastane rotasyonlarını, acil servis nöbetlerini ve sağlık merkezinde aile hekimliği eğitimlerini kapsamaktadır. Eğitimin ilk üç yılı ağırlıklı olarak dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri rotasyonlarından oluşmaktadır. Bunun dışında, diğer bölümlerde, ambulansa ve yoğun bakım servislerinde de birer ay eğitimleri bulunmaktadır. Dört yıllık eğitim süreleri boyunca, asistanlara zorunlu olarak her ay bağlı oldukları hastanenin acil servisinde beş veya altı nöbet verilmektedir.

Birinci basamak hizmetleri bizdeki aile sağlığı merkezlerine denk gelen Birincil Bakım Merkezlerinde verilmektedir. 'Birinci Basamak Ekibi' olarak adlandırılan (Estatuto de Atención Primaria, EAP) ortalama büyüklükteki her merkezde 5 – 8 aile hekimliği birimi, 3 – 5 hemşire ofisi, 1 pediatri polikliniği, 1 ebe ofisi, 1 sosyal hizmetler uzmanı ve 2 – 3 yardımcı elemana sahip yönetici ofisi bulunmaktadır. Daha büyük merkezlerde ise bunlara ek olarak diş hekim, eczacı, fizyoterapist, geriatrist ve biyokimya uzmanı kadroları bulunur (Lopez-Abuin, Garcia-Iglesias, Yaman, 2007).

Aile hekimi başına 1700 – 2000 hasta düşen İspanya'da aile sağlığı merkezlerinde günlük ortalama 30 – 40 hasta muayenesi olmaktadır. Randevu

sistemi ile çalışan aile sağlığı merkezlerine hastalar internet üzerinden doğrudan randevu alabilmektelerdir. Hekimler dönüşümlü iki vardiya halinde 08.00 – 15.00 ve 14.00 – 21.00 saatleri arasında hizmet verirler. Evde bakım hizmetleri için içerisinde uzman doktorların da bulunduğu nöbet ekibi program dahilinde evlere giderek hasta muayenesi yaparlar. Cumartesi günleri de hizmet veren merkezlerde hekimler haftada 35 saat çalışmaktadırlar. Sevk zinciri sistemi iyi organize olmuş durumdadır ve hastalar (sigorta kapsamında ücretsiz yararlanılmak isteniyorsa) aile hekiminin sevki olmadan ikinci basamağa başvuramazlar.

4.2 Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ile Sağlık Bakanlığı Yapılanmasındaki Son Gelişmeler

Türkiye’de son yıllarda sağlık sektörünün hemen her alanında hızlı bir reform süreci yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı’na, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, hizmet sunan kuruluşların birleştirilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması gibi doğrudan hastaya yönelik politikaları uygulamakla başlamıştır. Bu politikaların başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi ile kalite, rekabet edebilirlik, performans, etkinlik, verimlilik ve sürdürülebilir finansman gereklilikleri doğrultusunda bakanlık teşkilat yapısının da yeniden düzenlenmesi kaçınılmaz olmuştur. Sağlık bakanlığı teşkilatlanması 2/11/2011 tarihli ve 28103 sayılı resmi gazetede yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) kapsamında yeniden yapılandırılmıştır.

4.2.1 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

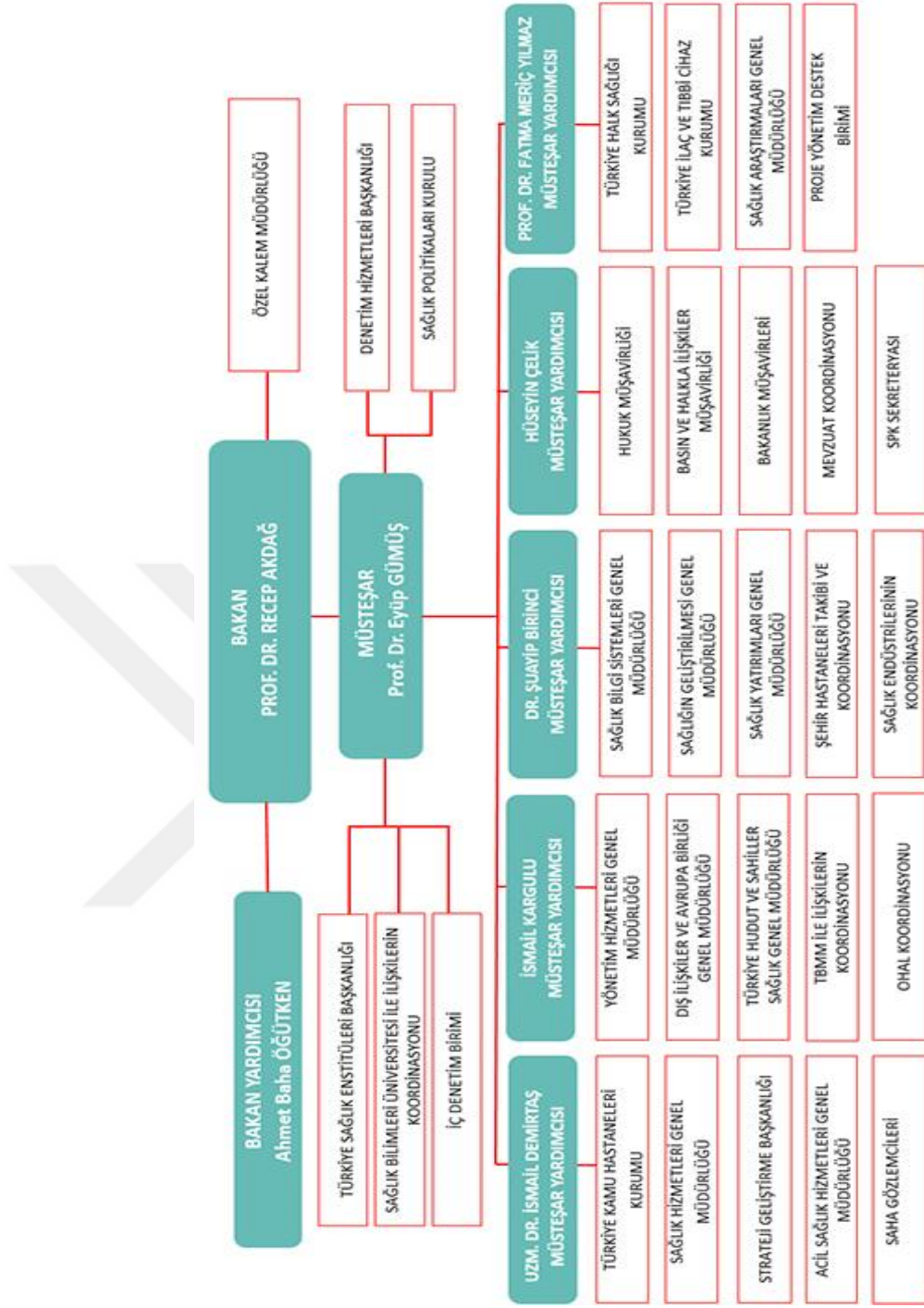
Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısı ve görevleri daha önceden 181 nolu KHK ile düzenlenmişti. 181 nolu KHK’da Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından ve ana birimleri olan daire başkanlıkları ve genel müdürlüklerden oluşuyordu.

663 sayılı yeni KHK’da ise Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır. Eski yapıdaki ana birimlerden ‘Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’, ‘Sıtma Savaşı

Daire Başkanlığı', 'Verem Savaş Daire Başkanlığı' ve 'Kanserle Savaş Daire Başkanlığı' gibi birimler yeni teşkilatlanma yapısında yer almamaktadır.

'Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü', 'Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü', 'İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü', 'Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü' gibi daha önceden ana birim olanlar ise bağlı kuruluşlara dönüştürülmüştür (İstanbul Tabip Odası, b.t.).

663 sayılı KHK ile merkezi teşkilatta diğer bakanlıklara paralel sayı ve içerikte yönetsel görevlilerin yerine ileri düzeyde kurumsal uzmanlaşma sonucu daha çok sayıda ve çeşitlilikte idari pozisyon; taşrada hiyerarşik olarak alt düzeyde örgütlenmiş idari mali yönetim görevleri yerine taşraya yetki devri sonucu idari ve mali yönetim görevlerinin daha üst düzeyde temsili hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı müfettişleri yerine denetçi, AB uzmanları, ek olarak sağlık uzmanları istihdam edilmeye başlanmıştır. 663 Sayılı KHK öncesi sözleşmeli yöneticiler yokken yöneticiler sözleşme ile istihdam edilmeye başlanmıştır. Ayrıca yatay, kurumsal uzmanlaşmaya dayalı yapılanmaya geçilmiş, politika belirleme planlama işlevlerini bakanlık merkez teşkilatında, düzenleme ve denetleme işlemlerini bağlı kuruluşlarda icra faaliyetlerini yetki devriyle kamu hastane birliklerinde yürüten yetki devri esaslı çalışan bakanlık, yetki devri esaslı çalışma ve görev ve sorumlulukların taşraya aktarılması hedeflenmiştir (Sevinç ve Özer, 2016:1707).



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016)

Şekil 4.1: Sağlık Bakanlığı Yeni Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı bakan, müsteşar, 5 müsteşar yardımcısı, ve 12 hizmet biriminden oluşmaktadır.

Tablo 4.2: Sağlık Bakanlığı Yeni Merkez Teşkilatı.

Müsteşar	Sağlık Politikaları Kurulu	Müsteşar Yardımcısı	Hizmet Birimleri
Müsteşar	Sağlık Politikaları Kurulu	1. Müsteşar Yrd. 2. Müsteşar Yrd. 3. Müsteşar Yrd. 4. Müsteşar Yrd. 5. Müsteşar Yrd.	1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müd. 3. Sağlık Geliştirilmesi Gn. Müd. 4. Sağlık Bilgi Sistemleri Gn. Müd. 5. Sağlık Araştırmaları Gn. Müd. 6. Sağlık Yatırımları Gn. Müd. 7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Gn. Müd. 8. Hukuk Müşavirliği 9. Denetim Hizmetleri Başkanlığı 10. Strateji Geliştirme Başkanlığı 11. Yönetim Hizmetleri Gn. Müd. 12. Özel Kalem Müdürlüğü

Kaynak: (TBMM, 2016:1329)

4.2.2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

663 sayılı KHK ile bakanlık taşra teşkilatı da merkez teşkilatındaki yapılanmaya paralel bir dönüşüm ile bakanlık ve bağlı kuruluşlara uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırılmada il ve ilçe sağlık müdürlükleri ile sağlık grup başkanlıkları Sağlık Bakanlığı'nın, Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun, Halk Sağlığı Müdürlükleri

ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur.



Kaynak: (Sevinç ve Özer, 2016:1710).

Şekil 4.2: Sağlık Bakanlığı Yeni Taşra Teşkilatı Yapılanması.

Öncelikle yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetin kamu hastane birlikleri ile yürütülmesi, daha sonra birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların Halk Sağlığı Müdürlüklerine devri ile bakanlık ve İl Sağlık Müdürlüğü hizmet sunan değil denetleyen bir yapıya kavuşturulmaya çalışılmıştır. Bu arada taşrada İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastane Birlikleri Sekreterliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün koordineli bir şekilde hizmeti yürütmesi beklenmektedir. Özellikle Kamu Hastane Birlikleri kapsamında profesyonel yönetici ve sözleşmeli personel uygulaması ön plana çıkmıştır. Böylece sağlık hizmetleri sunumu, finansmanı, kurumlar arası koordinasyon sağlanması, hizmet biçimi ve personel dağılımı gibi konularda değişime gidilmiştir (Sevinç ve Özer, 2016:1710-1711).

Yeni kamu yönetimi anlayışı ile hız kazanan SDP değişimlere sarmal şeklinde devam etmektedir. Bu değişime en son kamuoyuna açıklanan 'Sağlık Turizmi Başkanlığı Kanunu İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı'nda 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 25. maddesi bakanlık taşra hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi planlanmaktadır.

663 sayılı KHK'de bakanlığın taşra teşkilâtı hakkında bilgi veren maddenin değiştirilmesini göstermektedir:

'İllerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürleri bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir'

maddesi,

'Bakanlığın taşra teşkilâtı; illerde kurulan il sağlık müdürlüklerinden oluşur. İllerde sözleşmeli il sağlık müdürü görevlendirilir'

şeklinde değiştirilmesi ve il sağlık müdürünün de sözleşmeli statüye alınması gündemdedir. Burada da sözleşmeli yönetici pozisyonu ile YKY anlayışına uygun olan yapılanmaya gidildiği görülmektedir.

Taslakta ayrıca üçlü yapının önüne geçmek adına 2. maddeye il sağlık müdürlerini ilde en yetkili kılan madde eklenmiştir.

'il sağlık müdürünün görevlerine Halk Sağlığı Genel Sekreteri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri'nin kurumlarınca yapılacak performans değerlendirmesinde dikkate alınmak üzere bakanlıkça belirlenecek oranda performans değerlendirmesi yapmak ve Halk Sağlığı Genel Sekreteri ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri'nin sözleşmelerinin devamı ile feshinde ve sona erdirilmesinde görüş bildirmek'

maddesi eklenmiştir. Böylece il sağlık kurumları yönetimindeki çok başlılık düzeltilerek eskiden olduğu gibi tekrar il sağlık müdürünü en üst yetkili haline getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlanmasındaki kurumlar şu şekilde ayrılmıştır (Başbakanlık, 2016).

A. Bakanlığın taşra teşkilatı olan 'İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kurumlar:

- Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği,
- Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri,

- Şube Müdürlükleri,
- Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri,
- 112 Acil Sağlık İstasyonları.

B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olan 'Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı kurumlar:

- Hastaneler (Diş Hastaneleri dahil)
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri,
- Semt Poliklinikleri,
- AMATEM, ENDOTEM, Otizim Mükemmeliyet Merkezleri gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezleri

C. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olan 'Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı kurumlar:

- Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri,
- Halk Sağlığı Laboratuvarları,
- E2 ve E3 gurubu İlçe Devlet Hastaneleri,
- Toplum Sağlığı Merkezleri,
- AÇSAP Merkezleri,
- Verem Savaş Dispanserleri,
- Sıtma Savaş Dispanserleri,
- Ruh Sağlığı Dispanserleri,
- Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri,
- Trahom Savaş Merkezleri,
- Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri,
- KETEM Merkezleri,
- Sağlık Evleri,
- Sağlık Merkezleri,
- Hemoglobinopati merkezleri
- Aile Sağlığı Merkezleri,
- Aile Hekimliği Birimleri.

4.2.3 663 Nolu KHK Sonrası Sağlık Bakanlığı Yapısındaki Değişimlerin Özeti

Bakanlık bünyesinde politika belirleyen ve hizmet sunan birimler birbirinden ayrılarak hizmet sunan kuruluşlar daha özerk bir yapıya kavuşmuştur. Yatay örgütlenme yöntemi ile hizmet sunan kurumlara ve bu kurumların taşra teşkilatlarına yetkiler verilmiştir. Sağlık kuruluşları idari ve mali yönden daha özerk hale getirilerek idari ve mali yöneticiler daha üst hiyerarşik düzeylerde temsil edilmeye başlanmıştır. Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri veren kurumların yönetimi birbirinden ayrılmıştır. Kurum yöneticilerine sorumluluk verilerek lider konumuna getirilmiş, yönetici ve uzman pozisyonlarına görece daha iyi özlük hakları tanınmış, özel sektörden yönetici istihdamının önu açılmıştır.

Merkez ve taşra teşkilatlarında uzmanlaşmaya dayalı ayrışmaya gidilmiş ve idari, tıbbi, mali hizmetler gibi her birim için ayrı müdürler görevlendirilmiştir. Kurumların kendi kendini denetleme anlayışından uzaklaşarak bakanlığın verimlilik kriterleri çerçevesinde denetlemelere başlanmış, gerekli olduğu durumlarda özel sektörden hizmet satın alımı yoluyla performans denetlemeleri yapılmaya başlanmıştır. Sağlık kurumları özel sektördeki işletmecilik anlayışıyla rekabeti ön plana çıkaracak şekilde revize edilmiştir (Yıldız, 2014).

Tablo 4.3: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında 663 nolu KHK Sonrası Değişim.

	KHK Öncesi	KHK Sonrası	YKY
Siyaset / Yönetim	Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrımı yapılmamış	Hizmet üreten ve politika belirleyen ayrılmış	Hizmet üreten değil politika belirleyen
Yönetici / Lider	Emirleri yerine getiren yönetici	Sonuçlardan sorumlu profesyonel lider	Profesyonel yönetim anlayışı
İstihdam	<ul style="list-style-type: none"> - Kadrolu - Sabit ücretli - Kariyer sistemine dayalı 	<ul style="list-style-type: none"> - Sözleşmeli - Performansa dayalı - Özel sektörden görevlendirmeye açık, esnek 	İşe alma ve ödüllendirmede esneklik
Amaç / Hedef	Girdi ve süreç odaklı	Çıktı odaklı	Süreçlerden ziyade sonuç/çıktı odaklı
Teşkilat Yapısı / Örgütlenme	<ul style="list-style-type: none"> - Bütüncül - Merkeziyetçi - Hiyerarşik dar ve dikey - Kontrole dayalı 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayrıştırılmış - Özerk - Yatay ve yalın - Operasyonel uzmanlığa dayalı 	Ayrıştırılarak yönetilebilir birimler oluşturma
Kaynak Kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> - Yüksek maliyetli küçük ölçekli birimler - Verimsiz 	<ul style="list-style-type: none"> - Ölçek büyüterek maliyet avantajı - Verimlilik artışı 	Kaynak kullanımında disiplin ve tasarrufa yönelme
Rekabet	Rekabetçi anlayışa kapalı	Rekabetçi anlayışa açık	Rekabete yönelme
Denetim	<ul style="list-style-type: none"> - Hiyerarşik, icracı birimler tarafından - Kişi odaklı - Mevzuata uygunluk denetimi - Program amaçları dikkate alınmadan 	<ul style="list-style-type: none"> - Politika belirleyen birimler ile - Sistem ve faaliyet odaklı - Performansa dayalı - Çıktılara önem veren - Dışarıdan denetim hizmeti alımı 	Hesap verebilirlik, amaçlar, hedefler ve başarı göstergelerinin niceliksel ifadesi

Kaynak: (Lamba ve diğerleri, 2014:78)

4.3 Kamu Yönetimindeki Son Gelişmelere Bağlı Olarak Sağlık Politikaları ve Aile Hekimliği

2004 yılında kabul edilen KYTK ile başlayan reform süreci 663 nolu KHK ile sağlık bakanlığında köklü değişimlere sebep olarak günden güne yeni uygulamalarla gelişmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarındaki reformlar ile akapatılan sağlık ocaklarının yerini alan aile hekimliği sistemi sağlıkta dönüşüm politikasının bel kemiği niteliğinde yer almaktadır. SDP'nin temel bileşenlerini oluşturan planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, etkin ve kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerklikteki sağlık kurumları, bilgili, becerili ve yüksek motivasyonla çalışan sağlık personelleri, sistemi destekleyecek eğitim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri sunumu için kalite ve akreditasyon standartları, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun oluşturulması ve karar sürecinde etkili bilgiye erişimi sağlayan bir Sağlık Bilgi Sistemi yapılanmaları 2003 yılından itibaren çeşitli düzenlemeler ile sağlık sistemine entegre edilmeye başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007:26-37).

SDP'deki temel bileşenlerin hayata geçirilmesi için yapılan düzenlemeler aşağıda verilmiştir:

4.3.1. İstihdam ve İnsan Kaynakları Düzenlemeleri

Sağlık profesyonelleri yetiştiren üniversitelerde gelişimi arttırmak ve rekabeti sürdürebilmek için 2004 yılı itibariyle performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiş, çalışanların döner sermayeden aldıkları paylar arttırılarak döner sermayeden kesile hazine payı %3'ten %1'e düşürülmüş ve sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde sözleşmeli personel statüsünde sağlık personeli istihdam edilmeye başlanmıştır. Ayrıca bakanlığa bağlı yönetici konumunda çalışan başhekim, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire gibi çalışanların performans ölçümüne yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

4.3.2. Maliyet ve Finansman Düzenlemeleri

Sağlık kurumlarında klinik olmayan hizmetlerden yemek, güvenlik, temizlik gibi hizmetler hizmet satın alma yoluna gidilerek bu alanlarda hem tasarruf hem de özel sektör yönetim avantajları sağlanmıştır. Sağlık bakanlığının yapacağı yatırımlarda kaliteyi yükselterek sürdürebilmesi için kamu-özel ortaklığı modeli ile finansman kaynağında alternatifler bulmasının önü açılmış, böylece yaygın ve etkin sağlık kurumları (sağlık kampüsleri) hayata geçirilmesi adımları atılmıştır. Buna en büyük örnek günümüzde yeni hizmete açılan 'Şehir Hastaneleri' gösterilebilir.

4.3.2.1. Şehir Hastaneleri

Turizm alanında birçok ülkeyi geride bırakarak ilk tercih edilen ülkelerden biri olmanın yanı sıra 'sağlık turizmi' alanında da söz sahibi olmak isteyen Türkiye bu konudaki ilk ciddi adımlarını 'Şehir Hastaneleri' projesi kapsamında atmaya başlamıştır.

Şehir Hastaneleri 'Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ)' ile kamunun özel sektörden finansman temin ederek yatırım-hizmet edinmesi kapsamında başlatılmış ve birincisi Yozgat ilinde hizmete açılmış sağlık kampüslerini kapsamaktadır. Bu modelle sağlık hizmet bölgesi planlamasına göre şimdilik belirlenen 22 ilde modern şehir hastaneleri kurulmasını öngörmektedir. Klasik ekonomik yöntemler kullanılması ile kamunun 20-25 yılda tamamlayacağı öngörülen yatırımları KÖİ ile 3-5 yılda bitirerek ödemeyi uzun vadede yapabilmesi hedeflenmektedir. Sistemde bakanlık bünyesinde çalışan personelin istihdam rejimi değişmeyecek, çalışanların maaşları genel bütçeden, ek ödemeleri ise hastane döner sermayesinden ödenmeye devam edilecektir.

Sağlık bakanlığının şehir hastaneleri ile amaçladığı hedefler; tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak, sağlık alanında bölgesel gelişimi tamamlamak, hizmet kalitesini arttırmak, maliyet etkin sağlık hizmet sunumunu sağlamak, sağlık turizmine alt yapı sağlamak, yeterli sayıda nitelikli yatak kazanmak, teşhis ve tedavide yeni teknolojileri kullanmak, teşhis ve tedavi hizmetlerinde yeni konseptleri uygulamak, yatış sürelerini kısaltmak, aynı kampüs içinde entegre bir şekilde ihtiyaç duyulan bütün hizmetleri

vermek ve hasta sevk sayılarını düşürmek, hastaneler arası hasta naklini azaltmak, hasta güvenliğini arttırmak, hasta enfeksiyonlarını azaltmak, hasta memnuniyetini arttırmak, çalışanlar için sağlık yaşam merkezleri ve sosyal alanları, ergonomik ve konforlu çalışma ortamı oluşturmak, çalışan güvenliği, iş kolaylığı ve memnuniyeti, iş gücü ve hizmet kalitesini arttırmak, sağlık hizmet performansını yükseltmek gibi hedeflerden oluşmaktadır (Memurlar, 2013).

Kamuya ait arsalarla yapılan bu hastanelerin teslim alınmasının ardından devlet 25 yıl süreyle kira ödeyecek böylece bu hastanelerin teknolojik yenilenmesi dahil bakım-onarım gibi çalışmalarını da yüklenici firmanın karşılayacağı kararlaştırılmıştır. Bu kapsamda Türkiye'nin ilk şehir hastanesi 'Yozgat Şehir Hastanesi' 17 Ocak 2017 tarihinde, ikinci şehir hastanesi olan 'Mersin Şehir Hastanesi' ise 6 Şubat 2017 tarihinde hizmete açılmıştır. Kampüs şeklinde yapılan hastanelerde hastaların tüm hizmetlere sevk gereksizinin aynı kurumda ulaşmasına imkan verilecektir (Demirkır, 2017).

4.3.2.2. Halk Sağlığı Yaşam Merkezleri

Bireye ve topluma yönelik halk sağlığı hizmetlerini güçlendirerek yürütmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak ve birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesini arttırmaya yönelik nüfusu 50.000 ve üzeri il ve ilçelere kurulmaya başlanan 'HASAM'lar kısaca tariflendiğinde ASM ve TSM ortak çalışma merkezleridir. Bu kurumlarda aile hekimliği hizmetlerinin yanısıra sağlıklı yaşam, kanser erken teşhis ve tarama, üreme sağlığı, çevre sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, göçmen sağlığı, evde sağlık birimi, koruyucu ağız ve diş sağlığı, veremle savaş, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, beslenme danışmanlığı, fizyoterapist, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi hizmetlerin bütünleşerek sunulduğu kurumlardır. Gerektiği takdirde bütünleşik halk sağlığı hizmet sunumu için yapılacak protokoller ile aile ve sosyal politikalar il müdürlüğü gibi kuruluşlar da alt kiralama usulü ile aynı binada ofisler açarak ortak hizmet verebileceklerdir (THSK, 2016).

Birinci basamakta ilk defa nöbet usulü 7/24 çalışma rejimi sunulacak merkezlere 112 acil sağlık hizmeti birimleri de entegre edilerek hastane acil

servislerinde ‘yeşil alan’ diye tabir edilen basit şikayetlerden oluşan iş yükünün de hafifletilmesi planlanmaktadır.

4.3.3. Hizmet Sunma Yöntemleri Düzenlemeleri

Kamu hastanelerinin teşhis ve tanıya yönelik bazı hizmetleri özel sektörden hizmet satın alımı ile temin edilebilmesi düzenlemeler yapılmış ve uygulamaya konmuştur. Ayrıca 2003 yılında çıkarılan ‘Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği’ ile önce devlet memurlarının sonra da sosyal güvencesi olan tüm vatandaşların özel hastane ve tıp merkezlerinden hizmet almasının yolu açılmıştır.

4.3.4. Hizmet Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Düzenlemeler

Bakanlığa bağlı tüm hastanelerde 2005 yılı itibariyle ‘Hasta Hakları Birimi’ oluşturulmuş, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik ‘Alo 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi(SABİM)’ santrali aktifleştirilmiştir. Ayrıca kurumlarda rekabeti arttırmak amacıyla hastalara hekim seçme hakkı tanınmış, hastane servislerindeki koğuş sisteminden, içerisinde banyo ve tuvaleti olan oda sistemine geçilmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerindeki memnuniyet oranı 2002 yılında %39,8 iken 2015 yılında %72,3’e yükselmiştir (TUİK, 2016).

4.3.5. Teşkilat Yapısındaki Düzenlemeler

Savunma Bakanlığı ve üniversitelere ait hastanelerin haricindeki kamu sağlık kuruluşlarının², Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasına yönelik düzenleme ile sağlık hizmetlerinin tek elden planlanabilmesi, maliyet kontrolünün daha iyi yapılabilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitliğin sağlanması için Sağlık Bakanlığı hizmet sunum ve geliştirilmesinden sorumlu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ise kamu sağlık sigortacılığı ve sağlık finansmanı konularından sorumlu olacak şekilde düzenlenmiştir. Sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilat yapısı düzenlenmiş, birinci basamakta aile

² 15 Temmuz darbe girişimi sonrasında alınan tedbirler kapsamında 24.11.2016 tarihinde Resmi Gazete’ de yayınlanarak yürürlüğe giren 6756 sayılı kanuna göre Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı 30 askeri hastane ve 3 eğitim hastanesi ve buralara bağlı sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

hekimliği uygulamasına geçilerek tüm vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz almaları sağlanmıştır.

4.3.6. Finansal Sürdürülebilirliğe Yönelik Düzenlemeler

Sağlık hizmetlerinin izlenebilmesi için 2009 yılı itibariyle İlaç Takip Sistemi(İTS) kurulmuş, ilaçlardaki farklı geri ödeme maliyetlerini ortadan kaldırmaya yönelik ‘ilaçta refereans fiyat’ uygulamasına geçilmiştir. Kağıt reçetelerin sebep olduğu ağır iş yükü,depolama, israf ve yavaşlığa çözüm olması amacıyla 1 Ocak 2013 tarihinde ‘Elektronik Reçete (E-reçete)’ sistemine geçilmiştir. Orta ve Uzun vadede sağlık giderleri ve toplum refahını arttırma amacıyla aşılama takvimi geliştirilmiş, sigara, alkol, kanser, obezite, ağız ve diş sağlığı gibi koruyucu tedavi hizmetlerinde farkındalıklar yaratılmış ve kampanyalar, kamu spotları yapılmaya başlanmıştır (Lamba ve diğerleri, 2014:53-78).

4.3.7. Bilgi Teknolojileri ve Sağlık İstatistikleri Düzenlemeleri

Hastanelerde sağlık bilgi işlem sistemleri oluşturularak tüm veriler ve faaliyetlerin ‘Sağlık-Net’ sistemine kayıt altına alınması sağlanmıştır. Özellikle aile hekimliğinde ‘Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)’ ile istatistiksel tüm verilerin ‘Karar Destek Sistemi(KDS)’ne gönderim işlemleri 1 Ocak 2017 tarihi itibariyle ‘Ulusal Sağlık Sistemi(USS)’ne entegre edilmiştir. Böylece vatandaşın sağlık kayıtlarının kurumlar arası paylaşımı sağlanmıştır. Ayrıca sisteme entegre edilen teknolojik birimler şunlardır:

- **Merkezi Hasta Randevu Sistemi:** SDP kapsamında 2010 yılında hizmete giren sistem, AB’nin kabul ettiği 20 temel kamu hizmetlerinden biridir. MHRS, vatandaşların Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimlerine ister telefon ile ‘Alo 182’ numarasından arayarak canlı operatörlerden, ister web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir. Sistem ile yüksek riskli gebelere, 65 yaş üstü hastalara ve engelli vatandaşlara öncelik tanımakta, SMS ve Sesli Yanıt Sistemi ile randevu hatırlatma yapılabilir (MHRS, b.t.).

- **E-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi:** E-Nabız muayene, tetkik ve tedavilerin nerede yapıldığına bakılmaksızın vatandaşların kendileri hakkında üretilmiş sağlık bilgilerini görüp yönetebilecekleri, tıbbi özgeçmiş ve ilaç kullanımı-raporları, geçmiş grafi ve tetkikler gibi bilgilere tek bir yerden ulaşabilecekleri sistemin bütünüdür. Web üzerinden yada cep telefonu uygulaması ile E-Devlet uygulamasına entegre olan sisteme giriş yapılarak kullanılabilir.
- **Medikal – Ulak:** Medula olarak adlandırılan sistem, başta eczacılara yönelik reçete giriş sistemi olarak açılan sisteme daha sonra doktorlar, hastane yetkili yöneticileri, optisyenler entegre edilmiştir. Bu sistem ile doktorlar hastaların kronik hastalık raporlarına, son 1 yıldaki reçete detaylarına ulaşabilmektedir. Eczacılar ise yazılmış reçeteleri sisteme girerek SGK geri ödeme ve provizyon işlemlerini yürütmektedirler.
- **Elektronik İmza:** Elektronik imza(E-İmza) dijital ortamlarda hazırlanmış olan belgelerin güvenilirliğini ıslak imzanın sorumluluğu ile eşdeğer sunan elektronik koddur. Ülkemizde 23.01.2004 yılında Resmi Gazetede yayınlanmış ve 23.07.2004'te yürürlüğe girmiş 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu ile de tanımlanmıştır. Dijital ortamdaki her türlü resmi işlemlerde zamandan, kağıttan ve arşivleme işyükünden tasarruf edilerek e-devlet, e-iş, e-ticaret, kurumlar arası belge yönetimi ve doktorların elektronik reçetelerinde kullanılmaktadır.
- **Elektronik Belge Yönetim Sistemi:** Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS), kurumlar arası yazışma, bilgi alış verişinin elektronik ortama aktarılarak internet üzerinden tıpkı e-posta gibi ilgili kurumlarla paylaşılması amacıyla geliştirilen yazılım sistemidir. Bu sayede kağıtta, zamandan, belge kaybolması, personel açığı ve özellikle arşivleme sıkıntılarında avantaj sağlanmıştır. Web ve cep telefonu uygulamaları ile çalışanların sisteme entegrasyonu sağlanmıştır (SBSGM, b.t.).
- **Elektronik Reçete:** E-Reçete, hekimlerin hastaların tedavisi amacıyla yazdıkları reçetelerin internet üzerinden MEDULA sistemine girişi sağlanarak kod oluşturulmasına denir. Sistemin verdiği kod numarası e-imza ile yine sistem üzerinden imzalanarak hastaya verilir. Bu sayede kağıt israfı, yazım hatası, kaybolma yada reçete suistimalinin önüne geçilmiştir.

5. BÖLÜM

SONUÇ

5.1 Sonuç ve Özet

Dünyada YKY ile başlayan reformlar zinciri Türkiye’de de dönemler boyunca şartlar elverdiği sürece değişik şekillerde yapılandırılmaya, uygulanmaya çalışılmış, zaman zaman aksaklıklar yüzünden hayata geçirilemese de KYTK ile ciddi anlamda hız kazanmıştır. KYTK ile merkezi yönetimden taşra yönetimine bütün kamu kurumlarının teşkilatlanma yapısı değiştirilerek daha saydam, daha az bürokratik, daha çok verimli, hesap verebilir, performansa dayalı değerlendirme gibi YKY anlayışına paralel ilkeler kapsamında düzenlemeler yapılmıştır. Türkiye’nin YKY’ye adaptasyonu ve yönetim teşkilatlanması, yeni politikaları sadece kendi iç siyasetini değil, dünyadaki diğer ülkeler içerisindeki konumunu ve sıralamasını da belirleyecektir. Nitekim son yıllarda ekonominin durgunluğu, yerli sermayenin katma değerli üretimden yoksunluğu, döviz karşısında Türk Lirası’nın günden güne değer kaybetmesi, komşu sınır ülkelerimizde olan savaşlar ve milyonlarca sığınmacılara ev sahipliği yapmak durumu gibi siyasi ekonomik problemler gündemdedir.

YKY ile uyumlu politikaların içerisinde en önce SDP kapsamında yapılan ve yapılmakta olan reformlar gelmektedir. Özellikle aile hekimliği sistemi tüm dünya ile kıyaslandığında tam uyumlu olarak hizmet vermekte ve halkın memnuniyetini kazanmaktadır. Artmakta olan hekim sayısı ile birlikte tüm birinci basamak sağlık kurumlarında yeni kadrolar, boş aile hekimlikleri birimleri açılmaktadır. Böylece kısa vadede aile hekimi başına düşen hasta sayısını 4000’lerden 3500-3000 altına indirip, uzun vadede ise diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi 2000 kişi altına düşürerek aslında aile hekiminin asli görevi olan koruyucu sağlık hizmetleri ‘koruyucu hekimlik’ görevini yapabilmesinin önünü açmaktadır. Aile hekimliğinin başladığı tarihten bugüne baktığımızda hekimlerin sürece adapte olmaları kolay olmamış ancak geçen süre zarfında önemli gelişmeler yakalayarak dünya ortalamasından geri kalmamışlardır. Bundan sonra da sistemin daha da geliştirilmesi, yeni açılacak

olan şehir hastaneleri ve HASAM'lar ile birinci basamakta kalitenin artmasının beklediği aşıkardır.

Ancak sistemi değiştirirken aile hekimlerinin iş y¼kleri ve eski bürokratik alışkanlıklardan gelen düzenlemelere de çözüm bulunması gerekmektedir. Özellikle taşrada adli hekimlik, acil hekimliği ve hukuki bağlayıcılığı yüksek olup çoğu birinci basamak düzeyini aşan angarya işler ile verilen görevler maalesef aile hekimlerine yaptırılmaya devam edilmektedir. Hekim başına düşen yüksek kişi sayısı içerisinde koruyucu hekimliği bile uygulamak zorken dayatma usulü ile verilen görevler ve bu görevlerin hukuki bağlayıcılıkları aile hekimlerini çıkmaza sokmaktadır. Sürekli değişen yönetmelikler ile sahadaki aile hekimlerinin %90'ını oluşturan pratisyen aile hekimleri sözleşmeli statüde çalıştırıldıkları için gelecek kaygısı duymaktadırlar.

Sadece değişim yapmak için değişime gidilmemeli, sahanın ihtiyaçlarına göre aynı zamanda toplum yapısına uygun düzenlemeler seçilmelidir. Örneğin acil servislerdeki yoğunluğu azaltmak için aile hekimlerini acil serviste görevlendirip çalıştırmak yada ASM'de nöbet tutmaya zorlamak yerine vatandaşın acil servisleri gerekli hallerde kullanmasının öğretilmesini sağlayacak kamu spotları düzenlemek, sevk zinciri oluşturmak, toplumda sağlık okur yazarlığını geliştirmek gibi yöntemler öncelikle denenmelidir. Sağlık Bakanının açıkladığı vatandaşın aile hekimine kurulacak olan santral üzerinden telefon ile ulaşmasını sağlamaya yönelik çalışmaları da acil servis yükünü hafifletme konusunda işe yaramayacak gibi görünmektedir. Aslında avrupada aile hekimliğinde başarıyla uygulanan bu sistem daha çok sevk zinciri sistemi oturmuş olması, nüfusu az ve acil servis başvuru sayıları normal değerlerde olması yüzünden uyum sağlamaktadır. Ancak bizdeki sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı ve buna ek olarak hekime fiziki, sözel şiddetin katlandığı bir ortamda hiçbir hekim telefonla arayan hastası için hem hukuken hem vicdanen sorumluk almak istemeyecektir.

Aynı durum iş sağlığı ve güvenliği konusunda da kendisini göstermektedir. Az tehlikeli işyerlerini kapsayan İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun gerekli alt yapı ve düzenlemeler oluşmadığı için yürürlüğe

girmesi sürekli ertelenmektedir. Yürürlüğe girmesi halinde 10 kişiden az çalışanı olan az tehlikeli işyerlerini kapsayan bakkaldan kapıcıya, terzi çırağından büroda çalışan personele, apartman görevlisinden mağazadaki tezgahlara kadar ne tür bir iş güvenliği eğitimi verileceği, ayda 10 dakikalık bu eğitim ve denetimlerin ne kadar efektif olacağı ise belirsizdir (Haberler, 2016). Devlet adına denetçi olan işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının maaşlarını işverenden almaları durumunun baskı altında kalınması ve denetim zaafiyetlerini beraberinde getirip getirmeyeceği konusu da tartışmalıdır.

Sonuç olarak SDP ile Türkiye'deki sağlık sistemi önemli ölçüde değişmiş, yeni sistemlerle önemli reformlar yaşamış ve bunlara hızla adapte olmuştur. Bundan sonraki dönemde şehir hastaneleri ve HASAM'lar ile sağlıkta Kamu-Özel İşbirliği sürecinin başlayarak sistemin başka bir yönde ilerlemesini göreceğiz. Sağlık bakanlığı ve hükümetin bu süreçte ne gibi ekonomik kararlar alacağını, siyasi arenada değişim rüzgarını arkasına alan Türkiye'nin bu değişimlerden ne kadar kârlı çıkacağını zaman gösterecektir.

5.2 Çalışmanın Literatüre Katkısı

Çalışma kamu yönetimi esasları, aile hekimliği sistemi ve birinci basamaktaki sağlık sunumu hakkında bilgi vermektedir. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliği uygulamalarına değinilmiş, güncel sağlık projeleri ve sistem eksikliklerinden de bahsedilmiştir.

5.3 Araştırma Kısıtları

Türkiye'de geçmişten bugüne yapılan kamu yönetimi ve sağlık reformları ve düzenlemeler Şubat 2017 tarihine kadar alınmış, bu tarihten sonraki çalışma ve düzenlemeler dahil edilmemiştir.

5.4 Geleceğe Yönelik Çalışma Alanları

İleriki süreçte koruyucu hekimlik üzerine çalışmalar yapılması önem arz etmektedir. Aile hekimliği sistemi ile koruyucu tedavi hizmetlerinin gelişmesi sayesinde ülke ekonomisi ve refahının önemli ölçüde yükseleceği, bu sayede kalkınmış ülke olma yolunda mesafe katedileceği öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

- Akdur, R. (2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. 3. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aydın, S. (Ed.). (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınevi
- Ergün, T. (1988). *Kamu Yönetimine Giriş*. Ankara: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları.
- Eryılmaz, B. (1999). *Kamu Yönetimi*. İstanbul: Erkam matbaacılık.
- Eryılmaz, B., Çevik, H. H., Sözen, S. (2013). *Kamu Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF yayınları.
- Evans, P. (2003). *Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı*. O. Başak (çev.). Ankara: TAHUD Yayınları (orijinal baskı tarihi 2002).
- Farazmand, A. (2000). *Küreselleşme ve Kamu Yönetimi*. Cilt 25. Kaygalak S. (Çev.), Ankara: Mülkiye yayınları.
- Köseçik, M., Vurgun, L., Akpınar, M., Uysal, İ., Ekici, S., Karluk, R., v.d. (2015). *Turgut Özal*. E. Ertosun, E. Demirbaş (drl.). Ankara: Turgut Özal Üniversitesi Yayınları.
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2008). *Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri), MEGEP (Mesleki Eğitim Ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi)*. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Özçakar, N. (2004). *Aile Doktorları İçin Kurs Notları*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sargutan, A. E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Simon, H. A., Donald, S. W., Victor, T. A. (1985). *Kamu Yönetimi*. C. Mihçioğlu (çev.). Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

THSK. (2012). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınevi.

Ünlüoğlu, İ., Kaptanoğlu, A. Y., Özer, C. (t.y.) *Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayınevi.

Bildiri ve Makaleler:

Acartürk, E., Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 1.17, 25-51.

Akdeniz, M., Urgan, M., Yaman, H. (2010). Aile Hekimliği: Çağdaş Bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. H.Yaman (dr.) *Gero Fam Dergisi*. 1.1, 15-46.

Akman, M. (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi*. 1.18, 74-76.

Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *IAAOJ Social Science Dergisi*. 2.2, 1-26.

Collier, R. (25 Ekim 2012). Healthier doctors, healthier patients. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. DOI: 10.1503/cmaj.109-4327

Çalıkı, B. T., Kaptanoğlu, A. Y., İşçi, E., Zengin, O. (2013). Aile Sağlığı Merkezinin Yönetim Sürecinde Aile Hekimi ve Sağlık Yöneticisinin Rolü. İstanbul: *Smyrna Tıp Dergisi*. 1, 24-27.

Çevikbaş, R. (2012). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Türkiye Uygulamaları. *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 1.2, 11.

- Elbek, O., Adaş, E. B. (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 12.1, 33-43.
- Güler, B. A. (2004). Kamu Yönetimi Temel Kanunu Üzerine. *Hukuk ve Adalet Eleştirel Hukuk Dergisi*. 1.2, 3.
- Kasım, İ., Üstü, Y., Doğusan, R. (10 Ekim 2007). Küba'da Aile Hekimliği Uygulaması. *Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı*.
- Kavukçu, E., Burgazlı, M. (1998). Almanya'da Aile Hekimliği Uygulamalarına Finansal Verilerle Güncel Yaklaşım. *Turkish Family Physician Dergisi*. 2.2, 1-4.
- Külbay, H. (2014). İspanya Aile Hekimliği İzlenimleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 18.4, 1-3.
- Lamba, M. (2014). Yeni Kamu Yönetimi Perspektifinden Türkiye'de Kamu Yönetimi Reformları: Genel Gereçekler Üzerinden Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 19.3, 135-152.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., Kerman, U. (2014). Sağlık Bakanlığında Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 47.1, 53-78.
- Memişoğlu, D., Kalkan, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Yönetişim, İnovasyon ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 21.2, 645-665.
- Oğuz, D. (2009). Aile Hekimliği. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*. 13.1, 13.
- Ömürgönülşen, U. (8 Ekim 2004). Türkiye'de Lisans Düzeyi Kamu Yönetimi Öğretiminde Yakın Dönemde Yaşanan Gelişmeler. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 65.3, 120-165.
- Özer, A. M. (2005). Günümüzün Yükselen Değeri: Yeni Kamu Yönetimi. *Sayıştay Dergisi*. 1.59, 3-44.

Ömürgönülşen, U. (1997). The New Public Management. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 1.52, 517-566.

Sevinç, İ., Özer, K. (2016). Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research Dergisi*. 2.4, 1697-1714.

Soysal, A., Kırac, R., Alu, A. (2016). Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 6.10, 82.

Uluç, V. (2014). Liberal - Muhafazakar Siyaset ve Turgut Özal’ın Siyasi Düşüncesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 12.24, 116.

Usta, A. (2014). Yeni Kamu Yönetiminde Politikaların Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*. 94, 7.

Tezler ve Sunumlar:

Asenakutlu, T. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Kalite. *Sunum*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniveristesi İşletme Fakültesi A.B.D.

Bayraktutar. Z. (t.y.) Özgün Problem Çözme Becerileri. *Sunum*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D.

Çakır, N. G. (t.y.) Aile Hekimliğinin Tanımı ve Tarihçesi. *Sunum*. Trabzon: KATÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D.

Hekimoğlu, L., Göktaş, O. (2007). Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği. *Sunum*. Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı.

Haktankaçmaz, M. İ. (2009). Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı ve Türkiye’deki Kamu Yönetimi Reformu. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Gazi Üniversitesi SBE.

Kaya, G., Avcılar, N. (t.y.) Tıbbi Hizmetler Süreç Yönetimi. *Sunum*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörlüğü.

Muştu, F. (2009) .Türkiye’de Aile Hekimliği Alanında Yapılan Yayınların Kalitatif Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. Adana: ukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği A.B.D.

Özdemir, K. (2005) Aile Hekimliği Tanımı: Çekirdek Yeterlilikleri ve Özellikleri. *Sunum*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi A.B.D.

Töre, E. (2007) Düzce İlinde Aile Hekimliği Pilot Bölge Uygulaması Öncesi ve Sonrası Hizmet Sunum Nitelięindeki Farklılıkların ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği A.B.D.

Ungan, M., Ceyhun, G. (t.y.) Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. *Sunum*. Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı.

Yıldız, M. S. (22 Ocak 2014). Yeniden Yapılanma Sonrası Sağlık Bakanlığı Yönetim Kademeleri ve Yönetici Yeterlilikleri. *Sunum*. Gazi Üniversitesi SBE.

Plan ve Raporlar:

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013). T.C. Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013

Akdağ, R., Aydın, S., Demirel, H. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. İlerleme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.

Başbakanlık. (2016). Sağlık Turizmi Başkanlığı Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı.

CIA - Central Intelligence Agency. (12 Ocak 2017). The World Factbook: Infant Mortality Rate.

Erbaş, ř. (2014). Soma Maden Kazası Raporu. Ankara: Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği.

TBMM (11 Ekim 2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. T.C. Resmi Gazete, 28103, 02 Kasım 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Stratejik Plan 2010 - 2014. TBMM, Dokuzuncu Kalkınma Planı, 877, 28 Haziran 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Stratejik Plan 2014 - 2018. TBMM, Onuncu Kalkınma Planı, 2013/4908, 16 Haziran 2013.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar. Ankara: Dünya Bankası Yayınları.

Türkiye İstatistik Kurumu. (23 Şubat 2016). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2015.

Gazeteler ve Haber Kaynakları:

Bağ, S. M. (22 Ocak 2017). ' Elveda petrol, merhaba teknoloji '. 2006 ve 2016'da dünyanın en değerli beş şirketi. <https://dijitalite.com/elveda-petrol-merhaba-teknoloji-2006-ve-2016da-d%C3%BCnyan%C4%B1n-en-de%C4%9Ferli-be%C5%9F-%C5%9Firketi-8ca4e037f6ff#.unrd967um> (11.02.2017).

Deldal, Y. B. (17 Mayıs 2015). Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) değişen yapısı ve verdiği hizmetler. <https://www.medikalakademi.com.tr/aile-sagligi-merkezleri-asm-degisen-yapisi-verdigi-hizmetler/> (20.01.2017).

Demirkır D. (3 Şubat 2017). 'Türkiye'nin ilk şehir hastanesi Mersin'de bugün açılıyor.' <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1377459-turkiyenin-ilk-sehir-hastanesi-mersin-sehir-hastanesi-bugun-aciliyor> (12.02.2017).

Deniz, G. (7 Mart 2011) Küba'da Sağlık Sistemi. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/gunnur-deniz/tr-kubada-saglik-sistemi-72-107-2743.html> (02.02.2017).

Güner, Ş. (8 Kasım 2016). Borovitsa köyünde Aile Hekimliği Birimi hizmete açıldı.

http://www.kircaalihaber.com/index.php?pid=3&id_news=18251
(02.02.2017).

Haberler. (29 Haziran 2016). '1 Temmuz'da Yürürlüğe Girecek İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Kabus Olabilir.' <http://www.haberler.com/1-temmuz-da-yururluge-girecek-is-sagligi-ve-8572243-haberi/>
(12.02.2017).

Kandemir, A. (18 Ocak 2008). Aile Hekimiği Özel Dosyası. <http://www.memurlar.net/haber/99384/aile-hekimligi-ozel-dosyasi.html>
(12.02.2017).

Memurlar.net. (21 Mart2013). Bakanlık 55 soruda şehir hastanelerini anlattı. <http://www.memurlar.net/haber/352378/> (12.02.2017).

NTV Ekonomi Haberleri. (27 Ocak 2017). Alfabetten 3 ayda 26 milyar dolar gelir. <http://www.ntv.com.tr/video/ekonomi/alfabetten-3-ayda-26-milyar-dolarlik-gelir,aG8T7dSGW0ubPRSW4bwDYg> (11.02.2017).

Özgür, B. (21 Ocak 2011). 77 Yıllık Bir Rüyaymiş: 10 Soruda aile Hekimliği. <http://www.radikal.com.tr/turkiye/77-yillik-bir-ruyaymis-10-soruda-aile-hekimligi-1037335/> (16.01.2017).

TNTY. (20 Eylül 2016). Kanser aşısı için Küba'ya giden Burhanettin Çevik 7 ay sonra hayatını kaybetti. 'The New Young Turk'. <http://t.thenewyoungturk.com/saglik/kanser/kanser-asisi-icin-kubaya-giden-burhanettin-cevik-7-ay-sonra-hayatini-kaybetti/> (02.02.2017).

Yaşar, S. (28 Şubat 2014). '28 Şubat darbesi niye yapıldı.' <http://www.sabah.com.tr/yazarlar/yasar/2014/02/28/28-subat-darbesi-niye-yapildi-1393550738> (10.01.2017).

İnternet Kaynakları:

Cerit, A. (16 Mart 2016). ABD'de Sağlık Sistemi: Veriler & Yorumlar. <http://www.blog.ulascamsari.com/2016/03/abd-de-saglik-sistemi/>
(15.01.2017).

CM - Christelijke Mutualiteit. (t.y.) Nederlandse zorgverzekeringwet.
<https://www.cm.be/wat-te-doen-bij/grensarbeid/wonen-belgie/werken-nederland/zorgverzekeringwet-nederland.jsp> (04.02.2017).

Dünyada Aile Hekimliği (t.y.) Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları.
<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html> (01.02.2017).

Emre, M. A. (28 Eylül 2014). Hollanda Birinci Basamak Sağlık Hizmeti.
<http://www.esahed.org.tr/icerik/90/hollandada-aile-hekimligi-uygulamasi> (03.02.2017)

EQUIP. (t.y.) Wonca Working Party - Equip.
http://equip.dudal.com/flx/working_groups/wonca_working_party/
(01.02.2017).

ESPCG. (t.y.) About the Espgc. <http://espcg.eu/home/about-the-espcg/>
(01.02.2017).

EURACT. (t.y.) Brief History of Euract. <http://euract.woncaeurope.org/brief-history-euract-and-description-activities> (01.02.2017).

ICGP. (t.y.) International Programmes EGPRN.
http://www.icgp.ie/go/about/international_programmes/egprn/7312AB8C-CC0B-32C0-4CB26064C2692458.html (01.02.2017).

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü. (t.y.) Evde Bakım Hizmetleri.
www.istabulhalksagligi.gov.tr (17.01.2017).

İstanbul Tabip Odası. (2010). Toplum Sağlığı Merkezinin Görevleri
<http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/asmtsm1> (03.02.2017).

Lopez-Abuin, J. M., Garcia-Iglesias, M. J., Yaman, H. (t.y.) İspanya'da Aile Hekimliği.
http://ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=746&t=iSPANYA_DA_AiLE_HEKiMLiGi (04.02.2017).

Mersin Sağlık müdürlüğü. (t.y.) Asm Gruplandırma Kriterleri.
http://www.mersinsaglik.gov.tr/HaberDownload/272_7_ASM%20GRUPLANDIRMA%20KRİTERLERİ.xls (02.02.2017).

- MHRS. (t.y.) 'Merkezi Hekim Randevu Sistemi'.
<https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml> (12.02.2017).
- Saturk (t.y.) Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi. İskandinav Ülkeleri, Norveç.
<http://www.saturk.gov.tr> (01.02.2017).
- SBSGM. (t.y.) Elektronik Belge Yönetim Sistemi. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <http://eimza.saglik.gov.tr/TR,2006/elektronik-belge-yonetim-sistemi-nedir.html> (12.02.2017).
- TAHEV. (t.y.) Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi. Türk Aile Hekimliği Vakfı: <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3> (02.02.2017).
- TAHUD. (t.y.) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği İhtüzüğü.
<http://www.tahud.org.tr/p/tahud-ic-tuzugu.html> (02.02.2017).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (13 Ocak 2007). Sağlıkta Dönüşüm Programı.
<http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
(11.02.2017).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1 Eylül 2015). Tarihçe.
<http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (04.02.2017).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (9 Ağustos 2016). Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı.
<http://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> (04.02.2017).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.) Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Kontenjanları Açıklanmıştır.
<http://www.saglik.gov.tr/TR,4093/sozlesmeli-aile-hekimlerine-verilecek-aile-hekimligi-uzmanlik-egitimi-kontenjanlari-aciklanmistir.html> (28.01.2017).
- Türk Eczacıları Birliği. (1 Aralık 2009). Türkiyede Aile Hekimliği Uygulamaları ve Serbest Eczacılara Yansımaları. http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=398,01.12.2009
(02.02.2017).
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (23 Mart 2016.). Halk Sağlığı Merkezleri Genelge 2016/5.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.) Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/>
(14.01.2017).

Türkiye Halk Sağlığı kurumu. (t.y.) Aile Hekimliği - Toplum Sağlığı Merkezleri. <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>
(14.01.2017).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.) Görev Tanımı. <http://kanser.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/gorev-tanimi.html> (14.01.2017).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.) Tüberküloz daire Başkanlığı - Görev Tanımı. <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/gorev-tanimi.html> (14.01.2017).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.) Türkiye'de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
(16.01.2017).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (t.y.) Dünyada Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html>
(16.01.2017).

World Health Organization. (2015). WHO | Cuba. <http://www.who.int/countries/cub/en/> (01.02.2017).

World Health Organization. (2015). WHO | Norway. <http://www.who.int/countries/nor/en/> (01.02.2017).

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI : TOLGA BOZKURT
DOĞUM YERİ VE TARİHİ : İZMİR – 13.09.1986
MEDENİ HALİ : EVLİ
E-MAİL : tbozkurt2003@yahoo.com
ADRES : Gürün ASM, Gürün-SİVAS
TELEFON : 0554 342 50 40

EĞİTİM DURUMU

2013 – İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER
ENSTİTÜSÜ HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ
2003 – 2010 AHMET YESEVİ ULUSLAR ARASI TÜRK – KAZAK
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ – KAZAKİSTAN
2002 – 2003 KARŞIYAKA ŞEMİKLER LİSESİ – İZMİR
2001 – 2002 ALTINOLUK KARDEŞ ÇAVUŞOĞLU LİSESİ – BALIKESİR
2000 – 2001 KARŞIYAKA ŞEMİKLER LİSESİ – İZMİR
1998 – 2000 KARŞIYAKA ŞUBE İ.Ö.O. – İZMİR
1994 – 1998 ANKARA İ.Ö.O – İZMİR
1992 – 1994 ŞAİR EŞREF İLKOKULU – İZMİR

YABANCI DİL

Rusça, İngilizce, Kazakça

İŞ TECRÜBESİ

2012 – GÜRÜN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ – AİLE HEKİMİ
2012 – GÜRÜN DEVLET HASTANESİ – ACİL SERVİS
2010 – 2012 SUŞEHRİ DEVLET HASTANESİ – ACİL SERVİS