

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ VE SAĞLIK YÜKSEKOKULU SON SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
DÜŞÜNCELERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MERVE AYDIN

EYLÜL - 2010

TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ VE SAĞLIK
YÜKSEKOKULU SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DÜŞÜNCELERİ**

MERVE AYDIN

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 11.07.2010

Tezin Sözlü Savunma Sınavı : 11.08.2010

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Gamze ÇAN

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Murat TOPBAŞ

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER

EYLÜL, 2010

TRABZON

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	i
ÖNSÖZ.....	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	3
2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	3
2.2.1. 1920–1923 Dönemi:	3
2.2.2. 1923–1937 Dönemi	4
2.2.3. 1938–1960 Dönemi	5
2.2.4. 1960–1980 Dönemi	6
2.2.5. 1980- 2000 Dönemi:.....	8
2.2.6. 2000’den Bugüne:	10
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	11
2.3.1. Genel Bilgiler	11
2.3.2. Amaç ve Hedefler	12
2.3.3. Temel İlkeler	13
2.3.4. Bileşenleri.....	14
2.3.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	14
2.3.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	15
2.3.4.2.1. Genel Bilgiler	15
2.3.4.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı.....	16

2.3.4.2.3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar	18
2.3.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ve Katılım Payları	19
2.3.4.2.5. Türk Tabipler Birliği'nin Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Görüşü	20
2.3.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	21
2.3.4.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	21
2.3.4.3.2. Etkili, kademeli sevk zinciri	28
2.3.4.3.3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri	29
2.3.4.4. Bilgi Ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlıkçı İnsan Gücü	30
2.3.4.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları	31
2.3.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon	31
2.3.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma	32
2.3.4.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım.....	33
3. MATERYAL VE METOD	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68
6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler:	72
7. ÖZET	73
8. ABSTRACT	74
9. KAYNAKLAR	76
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

ÖNSÖZ

Çalışmalarım boyunca benden yardımlarını esirgemeyen Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Gamze ÇAN' a, Doç. Dr. Murat TOPBAŞ' a, Halk Sağlığı ABD asistanlarına, daima beni destekleyen eşim Ömer AYDIN'a ve aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamda bana yardımcı olan Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürü Doç.Dr. Nesrin NURAL'a, Öğr. Görevlisi Havva KARADENİZ MUMCU'ya, Öğr. Görevlisi Birsal Canan DEMİRBAĞ'a, Esma AKYILDIZ'a ve çalışmaya katılan öğrencilere teşekkürlerimi sunuyorum.

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1.	Öğrencilerin Cinsiyet, Yaş Grubu Ve İkamet Yeri Dağılımları.....	36
Tablo 2.	Öğrencilerin Tedavi İçin İlk Olarak Kurum Tercihlerinin Dağılımı.....	37
Tablo 3.	Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Duyma ve Bilgi Edinme Durumları	38
Tablo 4.	Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Bilgiyi Nereden Aldıklarına Yönelik Yanıtları*.....	38
Tablo 5.	Öğrencilerin Kayıtlı Oldukları Aile Hekimini Bilme Durumları	39
Tablo 6.	Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kuruma Yönelik Yanıtları *.....	39
Tablo 7.	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Mevcut Yapıyı Tahrip Etmeden Yeni Bir Sisteme Geçmek Amaçlanmıştır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	40
Tablo 8.	Araştırmaya Katılan Öğrencilere Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar*	40
Tablo 9.	Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	41
Tablo 10.	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Aile Hekimliği Uygulamasında; Aile Hekimi Veya Aile Sağlık Elemanı Olarak Çalışmak İsteyenler Sözleşme İle Çalıştırılacaktır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	42
Tablo 11.	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kimlerin Aile Sağlığı Elemanı Olabileceğine Yönelik Verdikleri Yanıtlar *	42
Tablo 12.	Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekmemektedir” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	43
Tablo 13.	Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının Görevleri Arasında, Hastaların Sevk İşlemlerini Yürütmek, Sevk Edilen Hastaların Sevk Edildiği Kurumla Koordinasyonunu Sağlamak Vardır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	43
Tablo 14.	Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı İlkeleri Arasında Yer Alan Sevk Zinciri Aktif Olarak İşlemektedir” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	44

Tablo 15. Öğrencilerin “Çevre Sağlığına Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Parçasıdır ” Önermesine Verdikleri Yanıtlar.....	44
Tablo 16. Öğrencilerin Sağlık-Net Uygulamasının İçeriğine Yönelik Verdikleri Yanıtlar*	45
Tablo 17. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Birlikte Belli Şartları Taşıyan Hastanelere Verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın Bir Uygulamasıdır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	46
Tablo 18. Öğrencilerin “Ulusal İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, Malzeme Ve Tıbbi Cihazların Standardizasyonu, Ruhsatlanması İle İlgili Görev Yapması Planlanmaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar	46
Tablo 19. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı Ülkemizde Uygulanabilir Bir Programdır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	47
Tablo 20. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Bakanlığın Sağlık Hizmet Sunumunda Özel Sektörden Yararlanma Yolunu Açması Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	47
Tablo 21. Öğrencilerin “Bakanlığın Hizmet Sunumundan Ziyade Düzenleyici Ve Denetleyici Rolünü Üstlenmesi Sağlık Alanındaki Rol Ve Sorumluluklarından Çekilme Eğilimine Girdiğini Gösterir” Düşünce Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımları.....	48
Tablo 22. Öğrencilerin “GSS Sağlık Sisteminin Finansmanı İle İlgili Olduğundan Sağlık Çalışanlarının Mesleklerini Bağımsızca Uygulamalarını Etkilemez” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	49
Tablo 23. Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası Uygulamasıyla Birlikte, Kamu Hastaneleriyle Özel Sektör Hastanelerinin Ulaşılabilirlik Yönünden Denkleştirilmesi Hastalar Açısından Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	49
Tablo 24. Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanabilmek İçin Kişilerin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın “Hak” Olduğu Düşüncesine Ters Düşer” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	50
Tablo 25. Öğrencilerin “Hekimin Hastaya Bakabilmesi İçin “ Kişilerin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı” Mesleki Bağımsızlığını Olumsuz Etkiler” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	50
Tablo 26. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla İdari Ve Mali Açıdan Özerk Hale Gelen Hastaneler Hekim–Hasta İlişkisini Tüccar-Müşteri İlişkisine Dönüştürür” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	51
Tablo 27. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Modelinde Zorunlu Olarak Sözleşmeli Çalışma Kaygı Vericidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	52
Tablo 28. Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekliliği Olumlu Olacaktır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	52

Tablo 29. Öğrencilerin “Ülkemizde Aile Hekimliği Sisteminin Uygulanması Gereklidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar.....	53
Tablo 30. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Sistemindeki Kayıtlı Kişi Sayısına Ve Sevk Oranına Göre Yapılan Ödemeler Etik Değerlerin Yitimi Açısından Endişe Vericidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar.....	53
Tablo 31. Öğrencilerin “Hastanelere Ve Aile Hekimliği Merkezlerine Başvurularda Alınan “Katılım Payı” Hastaların Hekime Başvurmalarını Olumsuz Etkiler” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	54
Tablo 32. Öğrencilerin “Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması İkinci Ve Üçüncü Basamaktaki Gereksiz Yığılmaları Önleyebilecek Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	54
Tablo 33. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı Olarak Çalışmak İsterim” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar.....	55
Tablo 34. Öğrencilerin “Tıp Fakülteleri Ve Sağlık Yüksekokulu Kontenjanlarının Arttırması Ülkemizdeki Sağlık İnsan Gücünü Karşılama İçin Yapılmış Olumlu Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar.....	55
Tablo 35. Öğrencilerin “İlaçta %18 Olan KDV Oranının %8’ e Düşürülmesi Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	56
Tablo 36. Öğrencilerin “Tüm Vatandaşların Sağlık Kayıtlarının Tek Bir Merkezde Toplanması, Ülkemizde Yapılacak Olan Analiz Çalışmalarında Sağlık Verilerine Erişimi Kolaylaştıracak Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar	56

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANAP	: Anavatan Partisi
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TBMM	: Türkiye Büyük Milet Meclisi
BYKP	: Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IBRD	: International Bank for Reconstruction and Development (Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Avrupa Birliği ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
TTB	: Türk Tabipler Birliği
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu
AB	: Avrupa Birliği
KDV	: Katma Değer Vergisi

GİRİŞ

Küreselleşmenin 1980 yıllarda tüm dünyada ağırlığını hissettirmesiyle birlikte Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) Reagan, İngiltere’de Thatcher yönetimleri, uyguladıkları politikalarla Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve hatta Türkiye gibi başka ülkeleri de etkileyecek reformları kapsayan “Reaganizm-Thatcherizm” akımının yaratıcısı olmuşlardır. Bu akım kapsamındaki reformların ortak noktası “devletin sınırlandırılması” ve “özel sektör kültür ve değerlerinin kamu sektörüne enjekte edilmesi” dir (1).

Ülkemizde 1980 süreci sonunda yapılan seçimlerle iktidara gelen Anavatan Partisinin (ANAP) hükümet programında, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulacağı, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirileceği, ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edileceği dile getirilmiş ve böylece özel kesimin sağlık alanındaki faaliyetleri 1980’li yıllarda artış göstermiştir (1).

1990’larda siyasi ve ekonomik dalgalanmalara yön veren uluslararası kuruluşların önemli aktörlerinden olan Dünya Bankası, uluslararası alanda sağlık konusunda yetkili bir kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü’nü etkisizleştirecek kadar, sağlığa ilişkin teknik politikalar üretir ve bunları gelişmekte olan ülkelere “yapılması gerekenler listesi” halinde sunar duruma gelmiştir. Öyle ki Banka, 1987 yılında yayınladığı “Financing Health Services In Developing Countries” (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı) adlı raporunda; Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir (2).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Reform çalışmaları ise 1990 yılında başlatılmıştır. Bu tarihte Türkiye’de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesi amacıyla Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından özel bir firmaya master plan çalışması yaptırılmış ve çalışmalar projeler çerçevesinde ilerlemiştir (3). Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşmaları doğrultusunda 1990 yılında Birinci Sağlık Projesi ardından 1994 yılında, İkinci Sağlık Projesi, 1997 yılında ise Aile Hekimliği altyapı ve pilot uygulamasına yönelik olarak hazırlanan “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” başlatılmıştır. Sağlık Projelerinin

en önemli özelliği Birinci Basamak için Aile Hekimliğini, İkinci ve Üçüncü Basamak için ise rekabet edebilir özel hastaneleri öngörmesidir (3,4).

2002 yılında erken genel seçimler sonucu ülkenin siyasi yapısı yeniden şekillenmiş ve tek başına iktidara gelen hükümet kısa bir süre sonra açıkladığı acil eylem planında sağlık için; sağlık sisteminin, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile gereksinime yanıt veremeyecek duruma geldiğini belirtmiştir. Ayrıca seçim bildirgesinde, hükümetin köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlı olduğu ifade edilmiş ve bu doğrultuda bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığı güvence altına almak ve eldeki tüm kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) açıklanmıştır (5, 6).

Sağlık Bakanlığının açıklamasına göre bu programın bileşenleri; planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıkçı insan gücü sistemi, destekleyici eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, karar sürecinde etkili bilgiye ulaşım'dır (7).

Bu araştırma, KTÜ Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mezun olduktan sonra çalışma hayatlarında karşılaşacakları SDP'nin kapsamı ve temel bileşenleriyle ilgili bilgi düzeylerini ölçmek ve bu konuyla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri genel anlamı ile sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmalardır (8).

Sağlık hizmetleri kavramı, 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (9). Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (8).

1978 tarihli konferansta “Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)” kavramı ortaya konmuş ve konferans sonunda yayınlanan bildirgede TSH şu şekilde tanımlanmıştır: “Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen sağlık hizmetleridir. Bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, ilk yardım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, evde-ayakta bakım ve tedavi hizmetleri, hasta gönderme ve sonuçlarını izleme hizmetleri, adli hekimlik hizmetleri ve yönetimle ilgili hekimlik hizmetleri TSH kapsamındadır (1).

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

2.2.1. 1920–1923 Dönemi:

Sağlık hizmetlerinin birinci derece devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) kurulmasıyla olmuştur.

TBMM kurulduktan sonra sağlık hizmetlerini yönetme görevi 3 Mayıs 1920’de kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiş, ilk

bakan olarak Dr. Adnan ADIVAR atanmıştır (4,6). Dr. Adnan ADIVAR, Ankara Vilayet Konağı'nda göreve başladığında, elde mevcut kayıt ve bilgi bulunmadığından, görev yapmakta olan hekimlerin isimleri telgrafla istenerek, İstanbul Hükümeti'nin kanun ve nizamnameleri temin edilmiş, ayrıca Bakanlık usul ve kadroları tertip edilmiştir.

2.2.2. 1923–1937 Dönemi

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik SAYDAM olup kısa bir süre dışında 1923 yılından 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapmıştır (3,4). İzlediği politikalar ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesine önemli katkıları olan Refik SAYDAM, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutarak, sınırlı kaynakların, sık görülen, çok öldüren veya sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba harcamıştır (4) .

Kamu sağlığı hizmetlerinin il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenmesini gerçekleştirmiş, ayrıca dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak başlıca sağlık sorunlarına yönelik örgütler kurmuştur (Frengi-Lepra, Trahom, Sıtma, Savaş örgütleri). Bu dönemde yapılan kanuni düzenleme ile “Koruyucu Hekimlik” kavramı Türk sağlık sistemine kazandırılmış, hükümet tabiplerinin temel görevi, tifüs, çiçek, tifo ve dizanteri gibi hastalıklarla mücadele olarak belirlenmiştir. Tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerce yürütülmesi gerektiğinin dile getirildiği bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nca öncülük yapmak üzere ihtiyaç duyulan 5 ile Numune Hastaneleri açılmıştır (3).

1928 yılında "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık hizmet sunumu disiplin altına alınmıştır (10).

1930 yılında ise sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılarak Sağlık Bakanlığı'nın görevleri belirlenmiş ve böylece kamu sağlık sektöründe görev alan tüm sağlık personelinin atama, yükselme, ödül, ceza gibi özlük hakları tek elde yani Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış, Bakanlık hizmeti fiilen yürüten bir kurum haline getirilmiştir (3).

Refik SAYDAM o dönemde var olan tek tıp fakültesinin çekiciliğini arttırmak için öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme giderlerini karşılamış, 1923 yılında 554 olan hekim sayısının (19,860 kişiye bir hekim), 1930'da 1182'ye, 1940'ta ise 2387'ye çıkmasını sağlamıştır. O dönemde bulunabilen istatistiklere göre, 1923'teki ebe sayısı 136 (80 880 kişiye

bir ebe), 1930'daki hemşire sayısı ise 202'dir (71 520 kişiye bir hemşire). Yine bu dönemde Tıp Fakültesi mezunlarına mecburi hizmet ve yatılı tıp talebe yurtları uygulamaları başlatılmıştır. Koruyucu hizmetlerde görev alacak hekim dışı sağlık insan gücünün yetersizliği ve o dönemin koşullarında kadınların sahada istihdamının zorluğu nedeniyle erkek personel eğitime ağırlık verilmiş, sağlık memurları yetiştirilmiştir (11).

Ayrıca bu dönemde çıkarılan diğer önemli kanunlar; 1936 yılında, “3017 Sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Ayrıca bu dönemde, İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu yürürlüğe girmiş ve “1267 Sayılı Kanun”la Hıfzıssıhha Mektebi kurulmuştur (4).

Dr. Refik SAYDAM'ın politikaları ile bugün ülkemizin uygulamaya çalıştığı reformların örtüştüğü noktalar bulunmaktadır. Bu noktaların en önemlileri: Sağlık insan gücü yetiştirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem vermek, sağlık eğitimleri ve desantralizasyondur (12).

2.2.3. 1938–1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır.

1945 yılında İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan " Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır.

1945 yılında “İşçi Sigortaları Kurumu”nun kurulmasıyla kurum sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli yetiştirme yetkisi almıştır (13). Bu hüküm 1952’de uygulanmaya başlanmış ve böylece Sağlık Bakanlığı’nın ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır (12).

Behçet UZ tarafından hazırlanan ve koruyucu hekimlik örgütü kurmak, köylere sağlık örgütü kurmak, ihtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, tüm ülkede her şeyiyle tamamen yeni sağlık tesisleri kurmak hedeflerini içeren “On Yıllık Milli Sağlık Planı”nın uygulanması, ancak ilçe merkezlerine sağlık merkezi adıyla 10–25 yataklı tedavi kurumlarının kurulmasıyla sürdürülmüştür.(1)

Köye kadar hizmet götürülmesi Refik SAYDAM dönemine göre önemli bir politika değişikliği ve gelişmedir (3).

1950'lerde devlet hastaneleri uygulamaları ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve yerel yönetimlere bırakılan tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır (4). Ayrıca Bölge Numune hastaneleri, doğum-çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuş ve köyden başlanarak sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması bu dönemde hız kazanmıştır (3).

Ayrıca bu dönemde Genel Sağlık Sigortası kurulması ile ilgili çalışmalar yapılmış ancak uzun çalışmalar neticesinde ülke düzeyinde uygulamanın mümkün olmayacağına, bununla birlikte ücretli çalışan işçiler için bir sağlık sigortası geliştirilebileceğine karar verilmiştir. Bu amaçla İşçi Sigorta Kurumuna işçilere sağlık sigortası hizmeti sağlama görevi yüklenmiştir (4).

2.2.4. 1960–1980 Dönemi

1960'lı yıllar ülke sorunlarının planlı kalkınma modeli içinde ele alındığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde toplumumuzun, özellikle kırsal bölgelerdeki vatandaşlarımızın sağlık ihtiyacının gelişmiş güzel tedbirlerle çözülemeyeceğinin bilincine varılmış ve modern sağlık idaresinin ülke gerçeklerine uygun çalışmasını mümkün kılacak önlemler alınması yoluna gidilmiştir (4). Kalkınma dönemi ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiştir. Bunlar; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'lardır(1)

Sağlık hizmetlerinde reformu öngören 224 sayılı kanuna göre; sağlık hizmetlerinden herkes eşit bir şekilde yararlanacak, hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılarak yararlanacak, hastalar ücretini ödeme koşulu ile tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgür olacak, hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamakta serbest olacak ancak kamuda hizmet veren bir hekim özel olarak hekimlik yapamayacak, köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmeti yürütecek, kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir. Kanun uyarınca sağlık kurumlarının örgütlenmesinde sağlık hizmetleri il içerisinde bir bütün olarak öngörülmüş ve ildeki tüm

sağlık kuruluşları Sağlık Müdürlüğü'ne bağlanmıştır. Ayrıca sağlık evleri ve sağlık ocaklarının görevleri belirlenerek koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe ve tıbbi sekreterin çalışma esasları ve görevleri yeniden belirlenmiştir (4).

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelden değiştiren 224 sayılı kanunla nüfusa dayalı, yaygın, sürekli, bütünleşmiş, katılımlı, kademeli (sağlık evleri-sağlık ocakları-il ve ilçe hastaneleri), sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine dayalı bir anlayışla köydeki vatandaşın ayağına kadar sağlık hizmeti götüren bir yapılanmaya gidilmiştir. (9) 1962 yılında kabul edilen, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (I. BYKP/1963–1967) sağlık alanında, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un ilkeleri esas kabul edilmiştir. I. BYKP'ye göre; koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecek, kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesine çalışılacak, toplum hekimliği eğitime önem verilecek, sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı sağlanacaktır. Ayrıca özel sektör hastane kurmaya teşvik edilecek, yerli ilaç sanayi teşvik edilecek, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar haline gelmesinin araştırılması sağlanacak ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli adımların atılmasına çalışılacaktır (1). İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda sağlık politikasının amacına ulaşabilmesi için Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (3).

Birinci Planda yer alan ve İkinci Planda da tekrar edilen bazı politikalar, SDP'de de karşımıza çıkmaktadır. Bunların başında, “Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurularak, sosyal sigorta kurumlarının ve sosyal hizmet kurumlarının önce kendi içlerinde birleşmesinin, sonra bu iki tip hizmet kurumunun kendi aralarında birleştirilerek tek elde toplanmasıdır. Bunu kamuya ait sağlık tesislerinin tek elde toplanılması gerçekleştene kadar, bu kurumların daha verimli kullanılabilmesi amacıyla kurumlar arası koordinasyon kurulunun kurulması ve döner sermayeli kurumlara dönüştürülmesi ile ocaklarla yataklı tedavi kurumları ve dispanserler arasında işbirliği yapılması takip etmektedir. Ayrıca, bunlara ilave olarak, sağlık insan gücü yetiştirilmesi, eğitimi ve istihdamı, yerli sermayeli ilaç üreticileri ve laboratuvarlar ile özel sektörün tedavi hizmetlerinde desteklenmesi, gelmektedir (12).

Sağlık sektöründe çalışan insan gücünün topluma daha yararlı olması amacıyla kamu kuruluşları sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında görevli personelin tam gün çalışmasını öngören 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları" Kanunu 29.6.1978 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet

bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev yapması için özendirici imkânlar sağlanmıştır. Ancak bu kanun 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır (1).

Günümüze kadar devam eden Genel Sağlık Sigortası (GSS) kavramı üzerindeki tartışmalar, bu yıllarda başlatılmıştır. İlk GSS yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış fakat Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda GSS kurulması öngörülmüş bu doğrultuda hazırlanan tasarı 1971 yılında TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilememiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş ama ancak görüşülememiştir (6).

Bu dönemde ayrıca 1965 yılında, “506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu” çıkmış ve İşçi Sigortaları Kurumu olan kurum, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını almıştır. Aynı yıl “557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkartılmıştır.(4)

2.2.5. 1980- 2000 Dönemi:

Ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi, sosyal ilişkilerin yaygınlaşması ve gelişmesi, ideolojik ayrımlara dayalı kutuplaşmaların çözülmesi, farklı kültürlerin, inanç ve beklentilerin daha iyi tanınması gibi birbiriyle bağlantılı olguları içeren küreselleşme 1980’li yıllardan itibaren tüm dünyada ağırlığını hissettirmiştir (14, 15).

1980 süreci sonunda yapılan seçimlerle iktidara gelen hükümetin gerek hükümet programı, gerekse V. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985–1989) sağlığa yaklaşımını yansıtmaları bakımından önemli belgelerdir. Hükümet programında, bütün vatandaşların sağlık sigortasına kavuşturulması, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi hedef alınmış, ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edileceği dile getirilmiştir.

Bu dönemde özelleştirmeye “Beş Yıllık Kalkınma Planlarında” temel strateji olarak yer vermeye başlamış ve temel ilke olarak, sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde, eşit, sürekli ve etkili bir şekilde faydalanmasının sağlanması olarak belirlenmiştir. Bu amaçla; sağlık sigortasına geçişi, sağlık kuruluşlarının hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınması, özel hastanelerin teşvik edilmesi, sundukları hizmetin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılması, serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak sağlık hizmeti sunma yoluna gidilmesi öngörülmüştür (16).

1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde özel sektörün etkisinin arttığı rakamlarla da ifade

edilmektedir. Buna göre 1980’de 91,2 milyar TL. olan özel sağlık harcamaları 1996’da 198 trilyon TL.’ye ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980’de % 48,6’ dan 1981’de % 53,8’e, 1984’te % 56,1’e çıkmış, 1988’den sonra ise gerilemiştir. 1993’te % 31,8 olmuş, 1996’da da % 36’ya yükselmiştir (1).

Özel kesimin sağlık alanındaki faaliyetlerinin 1980’lerle birlikte artması, dünyadaki dalgalanmaların Türkiye’ye de bir yansımasıdır. Siyasi ve ekonomik dalgalanmalara yön veren uluslararası kuruluşların da önemli aktörler olarak bu yıllarda ve özellikle de 1990’larda geliştirdikleri düzenlemelerle gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarında rol oynadıkları bilinmektedir. İşte Dünya Bankası da, uluslararası alanda sağlık konusunda yetkili bir kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü’nü etkinsizleştirecek kadar, sağlığa ilişkin teknik politikalar üretir ve bunları gelişmekte olan ülkelere “yapılması gerekenler listesi” halinde sunar duruma gelmiştir. Öyle ki Banka, 1987 yılında yayınladığı “Financing Health Services In Developing Countries” (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı) adlı raporunda; Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir (2). Söz konusu raporda sağlık hizmetlerinin finansmanı için birbiriyle yakından ilişkili dört politika bir paket halinde önerilmiştir. Bu reform önerileri (1)

- Kullanıcıların özellikle ilaç ve tedavi bakım hizmeti karşılığında ücret ödemesi (yani kullanıcıdan katkı payı alınması),
- GSS kurulması,
- Hükümet dışı kaynakların (kâr amacı gütmeyen gruplar, özel hekim, eczacı ve pratisyen hekim gibi) etkin kullanılması,
- Sağlık hizmetlerinin desantralize edilmesi biçiminde ifade edilmiştir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Reform çalışmaları 1990 yılında başlatılmıştır. Bu tarihte Türkiye’de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesi amacıyla DPT tarafından özel bir firmaya master plan çalışması yaptırılmış ve çalışmalar projeler çerçevesinde ilerlemiştir (3). 1990 yılında, Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Birinci Sağlık Projesiyle amaçlanan;

- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak,
- Sağlık Bakanlığının teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir

Birinci Sağlık Projesinin ardından 1994 yılında, Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan anlaşma doğrultusunda “İkinci Sağlık Projesi” yürürlüğe konmuş, 1996 yılında, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda “Sağlık Reformları Projesi”ne yer verilmiştir. 1997 yılında, yine Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan anlaşma doğrultusunda Aile Hekimliği altyapı ve pilot uygulamasına yönelik olarak hazırlanan “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” başlatılmıştır.(12)

Sağlık Projelerinin en önemli özelliği Birinci Basamak için Aile Hekimliğini, İkinci ve Üçüncü Basamak için ise rekabet edebilir özel hastaneleri öngörmesidir (3,4).

2.2.6. 2000’den Bugüne:

2002 yılında iktidara gelen hükümet açıkladığı acil eylem planı ile sağlık sektöründe ciddi değişiklikler yapacağını belirtmiştir (5).

TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı’nın kapsamında 205 faaliyet yer almaktadır. Bu faaliyetlerin temel başlıkları; kamu yönetimi reformu, ekonomik dönüşüm programı, demokratikleşme ve hukuk reformu ve sosyal politikalardır. Diğer yandan Dünya Bankasının Türkiye için son yıllarda yürüttüğü sağlık politikası, Banka tarafından Haziran 2002 de yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı Ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Buna göre;

1. Sosyal güvenlik örgütlerinin birleştirilmesi, tek bir zorunlu sağlık sigorta sistemi haline getirilmesi,
2. GSS kurulması,
3. Sağlık hizmetinin temel hizmetler paketinin oluşturularak sunulması, bu bağlamda, çok sayıda sağlık hizmetinin hemşire ve diğer paramedikal personel tarafından verilebilmesi,

1. 4.Kamu hastanelerinin özerkleşmesi, birinci aşaması tüm hastanelerin, ikinci aşaması ise her hastanenin ayrı özerkleşmesi olup, çalışanların da o kurumun sözleşmeli personeli olması,
4. Sağlık ve Çalışma Bakanlıklarının sağlık hizmetinin üretilmesi ve sunulması işi ile doğrudan ilgili olmamaları gereği,
5. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevinin, politika belirlemek ve düzeni denetlemek olması gereği,
6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sağlık sektöründeki temel görevinin, evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetim, denetimin ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlamak olduğu,
7. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
8. Aile hekimliği sistemi ile hekimle, aileler arasında yakın ilişki kurulur, sağlık eğitimi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynar denilmekte ve tedavi edici hizmetlerle bazı koruyucu sağlık hizmetlerinin bu sistemle sunulması önerilmektedir.

Özellikle 2003 yılından sonra ivme kazanan, sağlık politikalarında köklü değişiklikler öngören sağlık reformu çalışmaları nihayet 59. Hükümet tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlığı altında Türkiye gündemindeki yerini almıştır (11).

2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2.3.1. Genel Bilgiler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 17–21 Haziran 1996'da Slovenya'da yapılan "Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi" amaçlı toplantıda, sağlık hizmetlerinin; insana saygı, sağlık kazanımları, eşitlik / hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini ayrıca insan merkezli, kaliteye odaklı, gerçekçi bir finansmana dayanmasını ve temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını, öngören bir deklarasyonu kabul eden ülkemizde bugüne kadar Sağlık Bakanlığı bünyesinde birçok çalışmalar yürütülmüş; en son olarak Türkiye'de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesini yükseltmek, bunun için ülkenin imkânlarını en akılcı biçimde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla 2003 yılında 59. Hükümet tarafından "Sağlıkta Dönüşüm

Programı" açıklanmıştır (13,17). Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin 49,4 milyon Euro tutarındaki kredi anlaşması 11 Haziran 2004 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD) arasında imzalanmıştır (12).

Bakanlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın geçmiş çalışmalardan yararlanarak hazırlandığı için reform adının kullanılmadığını daha önceki mevzuat çerçevesinde değişimler gerçekleştirildiğini açıklamaktadır. Örneğin hasta hakları konusunda hastanelerde gerçekleştirilen yapılanma sadece çıkartılan yönerge ve genelgelerle oluşturulmuştur. Bunun yanında mevcut yasalarda bazı değişikliklere gidilerek, bazı maddeleri değiştirilerek veya yeni maddeler eklenerek bir takım değişiklikler yapılmıştır. Örneğin özel hastanelerle ilgili yasal mevzuatta yapılan değişiklikler gibi. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Projesi rapor ve kitaplarında belirtilen geçmişin birikimlerinden faydalanarak değişimi gerçekleştirmek ilkesiyle uyumlu olduğu halde Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası gibi yasal alt yapısı bulunmayan uygulamalara yönelik de yeni yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.(18)

Ayrıca bakanlık istenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerektiğini ve bu dönüşüm için kararlı olduklarını vurgulamaktadır (6).

2.3.2. Amaç ve Hedefler

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçları 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm kitabında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak ifade edilmiştir.

Etkililik; uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. Bu amaca ulaşmak epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması, doğuştan beklenen ortalama ömrün uzatılması en temel göstergeler olarak görülmektedir.

Verimlilik; kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi olarak belirtilmektedir. İnsan kaynakları dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu çerçevede değerlendirilmektedir.

Hakkaniyet; insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkı bulunmalarını sağlamak olarak

tanımlanmaktadır. Sosyal gruplar, kırsal-kent ve doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergelerindeki farklılıkların azaltılması hakkaniyet kavramıyla açıklanmaktadır (3,6).

2.3.3. Temel İlkeler

Bu programın dokuz ilkesi bulunmaktadır.

İnsan merkezlilik: Sağlık sisteminin planlanması ve sağlık hizmetinin sunumunda, hizmetten yararlanacak kişiyi, onun gereksinim ve beklentilerini esas alır.

Sürdürülebilirlik: Sistemin ülke kaynak ve koşulları doğrultusunda uyumlu ve kendini besleyerek devam eder şekilde olmasıdır.

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

Katılımcılık: Sistemin kurulumu ve devamında ilgili her tarafın görüşünün alınabileceği, yapıcı tartışma olanağının bulunduğu bir platform oluşturulması ve sağlık sektörünün tüm bileşenlerinin bir arada kaynak birliğinin sağlanmasıdır.

Uzlaşmacılık: Yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uymasının hedeflendiği, sağlık sektörünün değişik bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek, çıkar çatışması olmadan ortak çözüm bulmaktır.

Gönüllülük: Sağlık hizmeti sunan ve bu hizmeti alan tarafların herhangi bir ayrım yapılmaksızın belirlenen amaçlara yönelik davranmalarının sağlanmasıdır.

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

Desantralizasyon: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtulup yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.

Hizmette rekabet: Sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturmak üzere hizmet sunucuların birbiri ile yarış halinde olması ilkesidir.(6)

2.3.4. Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, sektörü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiş, birbiriyle ilişkilendirilmiş, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içeren toplam 8 bileşene yer verilmiştir. Bunlar:

2.3.4.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı planlayıcı, standart koyucu ve denetleyici rolünü artırmaya yönelik bir yapılanmayı öngörmektedir (19). Bu doğrultuda, kendisine bağlı sağlık kurumlarını yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde yeniden yapılandırmayı hedeflemektedir. Yerinden yönetim (desantralizasyon), vatandaşlara sunulacak kamusal hizmetlerin, merkezi yönetim tarafından tek elden yürütülmesi değil, hizmet talep edenlere daha yakın olan yerel yönetimler tarafından yerine getirilmesidir. Yerinden yönetim ilkeleriyle yönetilen kuruluşların en önemli özelliği, özerkliklerinin olmasıdır. Özerklik, yerinden yönetim kurumlarının yönetim ve mali alanda sahip oldukları hakları serbestçe kullanabilme olanağı verir. Yerinden yönetim kuralları, yönetimde birliği sağlama yönünden yasaların öngördüğü ölçüde genel yönetimin denetimi ve gözetimi altındadır (20).

2003 yılı itibarıyla desantralizasyon çalışmaları hız kazanmış özellikle döner sermaye uygulamaları ile hastanelere mali özerklik sağlanmıştır. Buna yönelik olarak Hastane Döner Sermayelerinin Dağıtımı Hakkında Yönerge hazırlanarak, pilot olarak 10 hastanede ölçülebilir Performansa Dayalı Ek Ödeme uygulamasına geçilmiştir. 2004 tarihi itibarıyla uygulama ülke geneline yayılmıştır. Ayrıca eczanelerin açma-kapama, ruhsat, izin, isim/adres değişikliklerine ilişkin işlemlerin yürütülmesi vilayetlere bırakılmış ve personel özlük işleri ve il içi tayinler de taşra teşkilatına bırakılmıştır (21). Ancak Anayasa Mahkemesi 16 Temmuz 2010 tarihinde Tam Gün adı ile bilinen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un kimi maddelerini iptal etmiş ve bazı maddelerin yürürlüğünü durdurmuştur. İptal edilen maddeler arasında performansa dayalı ek ödeme sistemi de bulunmaktadır. Ancak bu maddenin iptali ile bir uygulama boşluğu doğacağından gerekçeli kararın yayınlanmasından itibaren yeni bir yasal düzenlememin yapılabilmesi için 9 aylık bir süre verilmiştir (22)

Sağlık Bakanlığının, 24 Temmuz 2003 tarihli 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli

Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'u yayınlayıp kamu sağlık kurumlarında temizlik, yemek vb. hizmetlerde olduğu gibi sağlık personeli açısından da özel şirketler aracılığıyla istihdamın, taşeronlaşmanın ve özelleştirmenin önünü açtığı ve Bakanlığın sağlık hizmeti üretiminden elini çektiği yönünde değerlendirilmektedir.(1)

4924 sayılı kanunun 11. maddesine dayalı olarak 05.05.2004 tarihinde yürürlüğe konulan Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller isimli düzenleyici işlemle sağlık taşeronlaşma uygulaması başlaması üzerine TTB tarafından Danıştay'da açılan dava sonucunda, 24.11.2004 tarihinde, adı geçen işlemin yürütülmesinin durdurulmasına ve dosyanın Anayasa Mahkemesi'ne gönderilerek, Anayasa'ya aykırılık itirazı hakkında bir karar verilinceye kadar kanunun anılan hükmünün yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmiştir (23).

2.3.4.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

2.3.4.2.1. Genel Bilgiler

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde sağlık hakkına ilişkin olarak; "her insanın yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dâhil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığını ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu" ifadesi ile sağlık hakkı da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesi, uluslararası bir metin ile garanti altına alınmıştır (11).

Anayasa'nın 60. maddesi sosyal güvenliği, herkes için bir hak olarak tanımlamış ve Devlet bu konuda gerekli tedbirleri almak ve ihtiyaç duyulan sistemi kurmakla görevli kılınmıştır (4). Ülkemizde toplumun bütün kesimlerini sosyal güvenlik şemsiyesi altına alabilmek amacıyla memur ve diğer kamu görevlileri için; 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu, işçiler için; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, bağımsız çalışanlara yönelik 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu, Tarımda çalışan kişiler için; 2925 sayılı Tarım Bağ-Kur Kanunu ve 2926 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile gerekli düzenlemeler yapılmış ve vatandaşların tamamının sosyal güvenlik şemsiyesi altına (24) alınmasına çalışılmış olsa da

kapsam dışı kalan vatandaşlar olmuş ve bunlara yönelik olarak tedavileri devlet tarafından karşılanmak üzere yeşil kart verilmiştir.

GSS 1982 Anayasasının 56. maddesinde kurulması teşvik edilen bir yapılanmadır. Bu güne kadar GSS sisteminin kurulmasına yönelik uzun yıllar devam edip, neticelenemeyen çalışmalar, 2003 yılından itibaren hızlı bir ivme kazanmıştır (8). Bu yönde ilk adım, 5502 sayılı ve 20.05.2006 tarihli kanunla kurulan, Sosyal Güvenlik Kurumuyla atılmıştır. Kurum, ülkedeki bütün kamu sigortalarını bir çatı altında toplamıştır (1).

58. ve 59. Hükümetlerin Acil Eylem Planı ve hükümet programında GSS 'ye geniş yer verilmiştir. Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ele alınan konu, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanıp, bu kapsamda tüm vatandaşları kapsayacak genel bir sağlık sigortası uygulamasını amaçlamaktadır (8). Bu doğrultuda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31 Mayıs 2006 günü TBMM'de kabul edilmiş ancak Anayasa Mahkemesinin 15 Aralık 2006 tarihinde Kanun'un bazı maddelerini iptal etmesi üzerine yürürlük tarihi önce 1 Temmuz 2007'ye, sonra 1 Ocak 2008'e ertelenmiş ve en son olarak 17.04.2008'de, 5754 numaralı kanun olarak TBMM'de kabul edilerek, 08.05.2008 tarihli resmi gazetede yayınlanmıştır.

GSS, kişilerin ekonomik güçlerine ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık risklerine karşın toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkili bir şekilde faydalanmasını sağlamayı amaçlayan bir sosyal güvenlik aracıdır. GSS' de bireyler, sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ölçüsünde katılmaktadırlar. Kurumsal olarak tanım yapmak gerekirse, genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (4).

Bakanlığa göre, Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile tüm vatandaşların tek sağlık sigortası çatısı altında toplanmasının sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması amaçlanmıştır (6).

2.3.4.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

İkameti Türkiye'de olmayanlar, askerlik hizmetini yapanlar ve tutuklularla mahkûmlar GSS kapsamı dışında tutulmakla birlikte 18 yaşın altındaki tüm nüfus, sosyal güvence aranmaksızın GSS sisteminde olacağı açıklanmıştır. (1) Ekim 2009 tarihi itibarıyla Sosyal Güvenlik Kurumunun, prim toplamadığı kişilerin sağlık giderlerinin karşılaması ve açığının

artmasından dolayı üzerinde 'bütçe açığı' baskısı hisseden SGK, gençleri yeniden aileleriyle eşleştirmiştir. Buna göre toplam 24 milyon 18 yaş altı gencin 17 milyonu, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalısı ebeveyni üzerinden tedavi hizmeti almaya başlamış, geriye kalan 7 milyon 18 yaş altı nüfus 1 Ekim 2008'den sonra muayene için hastaneye başvurduğunda yapılan sorgulamalar sonucunda ailesinin geliri asgari ücretin 3'te 1'inden az ise primini devlet yatırmış, fazla ise gelir durumuna göre vatandaşın sağlık primi yatırması gerekmiştir. (25,26) Ayrıca eğitim gören çocuklar orta öğretim için 20, yüksek öğretim için 25 yaşlarına kadar GSS kapsamında yer almışken memurlar, işçiler ve kendi nam ve hesabına çalışanlar GSS primi kesilmek suretiyle sisteme dahil edilmişlerdir.

GSS, yukarıda kapsam içerisinde gösterilen kişilerin tamamına sağlık hizmetinin tek bir normda sunulması amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı olarak işletilecek sosyal bir sigorta niteliğine sahiptir.

GSS kapsamında, bir ailede kişi başına düşen net gelir asgari ücretin üçte birinden az ise bunların primi devlet tarafından, çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından yatırılmıştır (3).

Aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarının asgari ücretin üçte birinden fazla olması halinde, gelir durumuna göre kademeli olarak belirlenen prime esas kazanç tutarı üzerinden yüzde 12 oranında prim ödenerek sağlık hizmeti alınabilmektedir. 2010 yılı asgari ücret tutarına göre aile içindeki gelirin kişi başına düşen tutarı; Asgari ücretin üçte biri (243 TL) ile asgari ücret (729 TL) arasında olanlar asgari ücretin üçte birinin (243 TL'nin) yüzde 12'si tutarında (29,16 TL), asgari ücret (729 TL) ile asgari ücretin iki katı (1.458 TL) arasında olanlar asgari ücretin (729 TL'nin) yüzde 12'si tutarında (87,48 TL), asgari ücretin iki katından (1.458 TL'den) fazla olanlar ise asgari ücretin iki katının (1.458 TL'nin) yüzde 12'si tutarında (174,96 TL), GSS primi ödeyerek sağlık hizmeti alabilmektedir.

Genel Sağlık Sigortasında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanmaktadır.

Bakanlık tarafından “Genel Sağlık Sigortalısı, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabilecek” (27) denilmesine rağmen uygulamada muayene ücretleri yüzde 650 artırılmış, öyle ki daha önce hissedilmeyecek kadar düşük olan muayene ücretleri Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve Aile Hekimliği muayenelerinde 2 TL, İkinci ve Üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL, Özel sağlık

kurumlarında 15 TL'ye çıkartılmıştır. (28) Ancak Danıştay 15 Nisan 2010 tarihi itibariyle aile hekimliği muayenelerinde 2TL katılım payı alınmasını durdurmuştur. Ayrıca hastaneye yatan, ameliyat olan hastalara da katılım payı zorunluluğu getirilmiş ve ilaçta devletin ödediği pay düşürülüp hastaların ödediği pay yükseltilmiştir.

2.3.4.2.3.Genel Sağlık Sigortası Sisteminde Sağlık Hizmetleri ve Diğer Haklar

GSS kapsamında sigortalılara sağlanacak sağlık hizmetleri ayaktan ve yatarak sunulan sağlık hizmetlerinin sağlanması, ortez, protez araç ve gereçlerinin teminiyle yol parası ve zaruri gider ödemelerinden oluşmaktadır (3).

a. Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Hastalık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, tedaviyle ilgili tıbbî danışmanlık, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, acil sağlık hizmetleri,
- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim veya ebe tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, tedaviyle ilgili tıbbî danışmanlık, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri,
- 15 yaşına kadar; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, tedaviye yönelik tıbbî danışmanlık, hasta takibi, 60 yaş ve üzerindeki genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin diş protezleri,
- Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri kapsam içine alınmıştır.

Bakanlık bu hizmetlerin tamamen ücretsiz olduğunu dile getirirse de tüm bu hizmetlerden yararlanabilmek için katkı payı ödenmesi gerektiğini göz ardı etmiştir.

b. Kapsam Dışı Olan Sağlık Hizmetleri

Kanun kapsamında kurumca sağlanmayacak olan sağlık hizmetleri şunlardır:

- İş kazası ve meslek hastalığı ile kaza veya hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan uzuv kayıplarının vücut bütünlüğünü sağlayacak şekilde tamamlanması dışında estetik amaçlı yapılan tıbbî işlemler,
- Yardımcı üreme tekniklerine ilişkin tanı ve tedavi işlemleri,
- Alternatif tıp uygulamaları

2.3.4.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları ve Katılım Payları

Genel Sağlık Sigortası uygulamasının prim esaslı sigorta niteliğinde olmasına bağlı olarak, bireylerin sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri için bir takım şartlara bağlanmıştır.

a. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

Genel sağlık sigortalısı sayılanların sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde en az 90 gün prim ödemiş olması ve sağlık hizmet sunucularına başvurularda kimlik yerine geçen belgelerin gösterilmesi gerekmektedir.

- Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut sosyal güvenlik uygulamaları ile GSS sistemindeki sağlık hizmetlerinden yararlanmaya başlama sürelerinin karşılaştırılması yapıldığında Emekli Sandığı mensupları için olumsuz bir durum söz konusudur. Hali hazırda Emekli Sandığında sağlık hizmetinden yararlanma birinci günden başlarken GSS sisteminde en az 90 gün prim ödeme şartı aranmaktadır. Bu durum Bağ-Kur mensupları içinse tam tersi olumlu bir gelişme sağlamakta olup, 8 aylık prim ödeme zorunluluğu GSS sisteminde 3 aya inmektedir.

b. Katılım Payı Alınması

Bu Kanun uyarınca sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır:

- a) Ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde
- b) Ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, ilişme, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayaktan tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetleri (3).

Ayrıca hastaneye yatan, ameliyat olan hastalara da katılım payı zorunluluğu getirilmiştir.

2.3.4.2.5. Türk Tabipler Birliği'nin Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Görüşü

- Türk Tabipler Birliği'ne göre (TTB) Genel Sağlık Sigortasının ülkemizde uygulanabilme olasılığı yoktur. Nüfusun %32'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, sosyal güvencesi olanlar içinde, prim toplayabilme oranının bazı kurumlarda %20'lere kadar düştüğü koşullarda böyle bir finans kaynağını temel almak, prim ödeyemeyecek durumda olan milyonları kaderleri ile baş başa bırakmak anlamına gelmektedir.
- Hekimlik mesleğinin temel yaklaşımlarından birisini oluşturan hastaların sağlığının öncelikle gözetilmesi anlayışı yerine Sosyal Güvenlik Kurumu'nun çıkarlarının korunması anlayışı getirilmektedir.
- Hekimin hastaya bakabilmesi için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı her türlü tıbbi müdahalede hekimi Sosyal Güvenlik Kurumu ile karşı karşıya getirmekte, bilgisini özgürce hastadan yana kullanabilmesini engellemektedir.
- Sağlık Bakanı'nın GSS ile birlikte hekimle hasta arasındaki para ilişkisinin kaldırılacağı iddiasının tam tersine, GSS ile hekimin her türlü tıbbi müdahalesinde paranın tamamen hakim kılındığı, her türlü hekimlik değerlerinin paranın egemenliği altına alındığı bir sistem oluşturulmaktadır.
- GSS ile sağlığı bir hak olarak kabul eden ve bütüncül olarak gören bir sistem yerine sadece belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşmayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirilmektedir.
- GSS ile yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesi doğru bir yaklaşımı ortaya koyduysa da 'belirlenmiş sağlık hizmetlerinin verilmesi' ve bunun da GSS kapsamındaki primler, katılım payları ile yapılacak olması; toplum kesimleri arasındaki dayanışmaya uygun düşmemektedir. (29)

2.3.4.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması ve insani değerlerin ön plana çıkarılmasıyla hizmet etkinlik ve verimliliğini yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

2.3.4.3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

a. Genel Bilgiler:

Aile hekimliği ile ilgili çalışmalar, 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun”(30) ile başlamış “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile devam etmiştir. Daha sonra “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” çıkarılarak mali konulara ait düzenlemeler yapılmıştır. Pilot illerde “Aile Hekimliğinin pilot uygulandığı illerde Toplum Sağlığı Merkezi kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge yayınlanmış ve en son olarak 25.05.2010 tarihinde Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği yayınlanarak 06.07.2005 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği Pilot uygulaması Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmış ve böylece aile hekimliği uygulamalarına ilişkin mevzuat alt yapısı düzenlenmiştir.

Aile Hekimliğine ilişkin ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce’de başlatılmıştır. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane, 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya ve 2008 yılında da Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana, Burdur, Kırıkkale, Yalova, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Kırşehir, Bilecik ve Erzurum illerinde uygulamaya geçilerek 30 ilde yaklaşık 18 milyon vatandaş aile hekimliği uygulaması kapsamı içine alınmıştır. 1 Ocak 2009 tarihi itibarıyla aralarında İzmir, Adana, Erzurum, Trabzon, Samsun, Kayseri gibi büyük illerin de olduğu 33 ile uygulama yaygınlaştırıldı. 2010 yılı sonunda tüm ülkede uygulamaya geçilmesi planlanmaktadır. (13)

b. Tanımlar:

5283 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’a göre Aile Hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite eden, sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti

veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip” olarak tanımlanmıştır (30). Burada dikkati çeken husus Türkiye’de doktorluk mesleğini icra etmeye yetkili olan herkesin Aile Hekimi olabilmesidir. Yani uzmandan kastedilen sadece aile hekimliği uzmanı değil diğer uzmanlarında aile hekimi olarak çalışabilmesidir.

5283 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun’a göre Aile Sağlığı Elemanı; Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu ifade etmektedir (30).

Aile Sağlığı Merkezleri Mevzuata göre; Bir veya daha fazla Aile Hekimi ile Aile Sağlığı Elemanlarınca Aile Hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır.

Toplum Sağlığı Merkezi, Yönergeye göre; bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi olarak tanımlanmıştır.

Yönergeye göre toplum sağlığı merkezinin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şöyle tespit edilmiştir:

- İdari ve mali hizmetler
- Çevre sağlığı hizmetleri
- Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri
- Aile Sağlığı Merkezleri

Koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi

- Lojistik hizmetleri
- Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
- Hizmet içi eğitim hizmetleri
- Kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri
- Acil sağlık hizmetleri
- Adli tıbbi hizmetler (ölüm raporu, defin/nakil izni)
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri
- Sağlık eğitimi hizmetleri

- Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi
- Afet organizasyonu
- Kurullara ve komisyonlara katılımı
- Yeşil Kart hizmetleri
- Okul sağlığı hizmetleri
- Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmak

c. Aile Hekiminin Görevleri;

Aile hekiminin görevleri Resmi Gazete’de 25.05.2010 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 4. maddede; aile hekiminin, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlü olduğu. Belirtilmiştir (31). Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip anlayışı içinde sunacağı ifade edilerek, yetki ve görevleri sayılmıştır.

d. Aile Sağlığı Elemanının Görevleri

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

e. Personelin Statüsü ve Mali Hakları:

Resmi Gazete’de 12.08.2005’te yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenlerin sözleşme ile çalıştırılacağı yer almaktadır (32). Ayrıca GSS’ ye ilişkin kanunda da aile hekiminin aynı zamanda Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan hekim olduğu belirtilmiştir.

Bu statüde çalışmak isteyen Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personeliyle, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın uygun görmesi üzerine vali veya görevlendireceği merci ile imzalanan 1 yıl süreli sözleşme yapılmakta, Aile hekimine

kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla 1000'in altına düşmesi halinde de sözleşme sona erdirilebilmektedir.

Aile sağlığı merkezinde çalışanlar iki ay önceden haber vermek koşulu ile sözleşmelerini fesih edebilirler. Bu süreyi dikkate almayan personel ise bir yıl süre ile Aile Hekimi veya Aile Sağlığı Elemanı olamamaktadır.

Aile Hekimlerinin ve Aile Sağlığı Elemanlarının, görevleri dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleklerinin icrasından menfaat temin edecekleri herhangi bir faaliyette bulunamamaktadır.

Yine aynı yönetmelikte, Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının haftalık çalışma süresi kırk saat olarak tespit edilmekle birlikte, görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilecekleri belirtilmiştir.

Sözleşmeli olarak çalışan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılacakları ve bunların kadroları ile ilişkilerinin devam edeceği belirtilmiştir. Ancak yapılacak ödemelere ilişkin yönetmelikte, kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında yüksek disiplin kurullarınca devlet memurluğundan çıkarma veya sözleşmenin sona erdirilmesi kararı verilmesi halinde, sözleşmenin vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirileceği de ifade edilmiştir. Devlet memurluğundan çıkarmanın bu şekilde mümkün kılınmasıyla, sözleşmeli Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının ücretsiz izinli sayılma ve kadro ile ilişkilerinin devam etmesi durumu havada kalmış olmaktadır (1).

Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir.

Kamu personeli olmamasına rağmen Sağlık Bakanlığı'nın ihtiyaç duyması halinde; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalışabilmektedir.

Personelin talebi halinde eski görevine atanma ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak, derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirme hakkı vardır

Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler ise; eski

kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır.

Resmi Gazete’de 12.08.2005’te yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte, ödenecek ücretlerin tutarının tespitinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanlarının durumları ve Aile Hekimi’nin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmaktadır. Bu bağlamda aile hekimlerine, prim usulüne göre kendilerine kayıt olan kişi başına ek bir ücret; mahrumiyet bölgesi ya da taşrada çalışmasına göre yüksek prim; ihtiyaç duyulan tetkiklerin yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırılması ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerinin temin edilmesi amacıyla yapılacak giderler karşılığı ödeme yapılacaktır.

Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar ödenecek ücrette indirim yapılmaktadır. Sevk zinciri uygulaması durdurulduğundan bu tür zorlamalarla ancak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda bir artış sağlanabilir.

Yönetmeliğe göre, aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile kırsal alanda görev yapan aile hekimleri için gerekli olan motorlu aracın kendileri tarafından temin edilmesi söz konusudur.

f. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Yönetmeliğe göre aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Daha sonra kişiler, bulundukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunlu kılınmıştır.

Ayrıca doktorlar da hastalarını kabul etmeyebilirler. Ancak bu belirli şartlara bağlanmıştır. Öncelikli şart, kişinin başka doktor alternatifinin bulunmasıdır. Diğer koşullar ise şunlardır: Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir

sorunun olması, taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır (33).

g. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Aile Hekimi tarafından verilmekte olan gezici sağlık hizmetleri 25.05.2010 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 6. Maddesi ile düzenlenmektedir (31). Aile Hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerindeki yerleşim birimlerine belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ulaşması ve bu şekilde hizmet vermesi esas uygulama şekli olarak belirlenmiştir. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak her 100 kişi için ayda 3 saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile sağlığı elemanınca da yapılabilir (12).

h. Fiziki ve Teknik Şartlar

Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir Aile Hekimi ayrı ayrı sözleşme yapmak zorundadır.

1. Sağlık Bakanlığı'nın Görüşleri:

Sağlık Bakanlığı Pilot projelerle ilgili birtakım değerlendirmeler yapmış ve belirli sonuçlara ulaşmıştır. Örneğin, hasta memnuniyeti, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde artış göstermiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini ölçmeyi amaçlayan EUROPEP anketi 2008 Ekim ayında hastalardan son 6 ay içerisinde en sık başvurdukları hekimleri ve muayenahanelerini 23 sorudan oluşan bir ölçekle değerlendirmeleri istenmiştir. Anket birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan 81 ilden 100 er hasta olmak üzere toplam 8100 hasta üzerinde uygulanmıştır. 23 soruya verilen cevapların ortalaması alınarak değerlendirme yapılmış sonuç olarak sağlık ocaklarıyla hizmet verilen illerde memnuniyet oranı %75 iken, aile hekimliği uygulamasına geçen illerde bu oran %86 olarak saptanmıştır.

Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Birinci Basamak muayene hizmetleri ağırlık kazanmıştır. Geçmişte tüm muayene hizmetlerinin %40'ı birinci basamakta veriliyor iken, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerimizde bu oran %51 olmuştur.

Bakanlığa göre ülkemizde hekim ve bu arada pratisyen hekim sayısındaki belirgin yetersizlik sebebiyle sevk zinciri mecburiyeti henüz getirilememiş olmasına rağmen bu oranlar dikkat çekicidir.

Sağlık Bakanlığı, uygulamaya konan katkı payı kuralları ile birinci basamağa başvurma oranını %60'a çıkarmayı planlamaktadır. Bu ilk değerlendirmelere göre sistem; sağlık hizmetleri kullanımını, ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırarak hasta memnuniyetini artırmıştır (34,35).

Bakanlığa göre Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği ile Temel sağlık hizmetlerinde bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşım benimsenmiş ve bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak sağlık hizmetlerinin etkililiği artırılabilecektir.

i. TTB'nin Görüşleri:

TTB'ne göre Aile Hekimliği uygulaması ile Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, toplum yararına sunulması anlayışından vazgeçilerek, yerine kârı hedefleyen piyasacı bir sağlık hizmeti sunumunun yaşama geçirilmesi istenmektedir.

TTB'ye göre aile hekimliği uygulaması hekimin sağlıkçı rolünü ve etik değerlerini olumsuz şekilde etkilemektedir.

- Aile Hekimliği uygulaması, yapısından kaynaklanan işletmeci ve yatırımcı olma rolü hekimliğin sağlıkçı ve etik değerlerini olumsuz etkileyecektir. Buradaki işletmeci ve yatırımcı rolden kasıt, birinci basamak sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünden çıkartılarak yönetimin primerde hekim kontrolüne bırakılması ve sağlık çalışanlarının işgücünün insan kaynakları piyasasında ticari mal olarak esnek çalışma koşullarında işlem görmeye açık hale gelmesindendir.
- Aile Hekimliği uygulamasıyla hekim ve diğer sağlık personelinin, ekip üyeliği rolünden işveren-çalışan ilişkisi rolüne bir dönüşüm görülmektedir. Bu durum, ekip üyelerinin bağımsız mesleki uygulama hakkını azaltan ve ekip çalışması, dayanışma ve paylaşım davranışlarında yok oluş sürecini başlatan bir uygulamadır.

- Aile Hekimliği modelinde ailenin her bir bireyinin ayrı bir hekimden hizmet alabilmesi aile bütünlüğünün gözetilmediğini göstermektedir.
- Sağlık ocakları, sorumlu oldukları bölgede, sağlığı etkileyebilecek konularda resmi olarak belediye gibi kurumlarla işbirliği içinde bulunmakla yükümlü iken; Aile hekimliği uygulaması ise sadece bireye yönelik ve ağırlıklı olarak tedavi edici hizmet sunduğundan, bu bütüncül bakış açısını taşımamaktadır.
- Aile Hekimliği uygulamasında çalışacak Hekim ve Aile Sağlık Elemanı sözleşme ile çalışacağından bu durum işsiz kalma korkusunu beraberinde getirecektir.
- Aile Hekimliği uygulamasında çalıştırılacak olan ebeler, hemşireler, sağlık memurları, “eleman” olarak kendi mesleki saygınlıklarını yitirecektir.
- Aile Hekimliği uygulamasında kişilerin Sağlık Hizmeti alabilmesi için sisteme ve Aile Hekimliğine kayıtlı olması, primini ve katkı payını ödemiş olması sağlık ve hasta hakkına ters düşen bir durumdur (34,36,37).

2.3.4.3.2. Etkili, kademeli sevk zinciri

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hasta memnuniyetini esas alan “Aile Hekimliği Uygulaması” ile birinci basamakta hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının çözülüp, hastane polikliniklerinin yoğunluğunun önemli oranda azaltılması amacıyla sevk zincirini uygulamaya çalışmış ancak ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğunu ileri sürerek sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkansız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasını ertelemiştir (38,39,40).

Sağlıkta Dönüşüm’ün temel bileşenlerinden olan ve sağlık harcamalarını azalması beklenen “Etkili, kademeli sevk zinciri” uygulamasının Türkiye “Aile Hekimliği” modelinde uygulanamayacağı görülmüştür. Oysa Aile hekimliğinin belkemiği sevk zinciridir ve Türkiye’de sistem maalesef omurgasızdır. Böylelikle, sevk zincirine dayanmayan bir aile hekimliği modeli, Dünyada ilk ve tek olmak üzere Türkiye’de kurulmuştur (2).

Aile Hekimliği uygulamasında zorunlu sevk zincirini uygulayamayan Sağlık Bakanlığı’nın ardından 15 Haziran 2007 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından hazırlanan Sağlık Uygulama Tebliği ile Bağ-Kur, SSK ile Emekli Sandığı mensupları

üniversite hastaneleri dahil, sözleşmeli tüm özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilmelerinin önü açılmıştır.

2.3.4.3.3. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak denetim ve düzenlemeden sorumlu bir birim durumuna getirilmesi amacıyla bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının “özerk” “sağlık işletmesi” statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlanması amacıyla “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı (41)” hazırlanmış ve 18 Mart 2010 tarihinde TBMM Plan ve Bütçe Komisyonundan geçerek Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu'na gönderilmiştir.

Yasa tasarısıyla hastaneler için mali ve idari özerkliğin öngörüldüğü savunuluyor ve bu kapsamda, kamu hastanelerinin genel bütçe ile bağlarının kopartılması, çalışanların sözleşmeli statüye geçirilmesinin hedeflendiği belirtiliyor.

Yasa tasarısıyla, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını “kamu tüzel kişiliğine sahip”, “özerk” “kamu hastane birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlenmesi öngörülmektedir. Sağlık Bakanlığı, il düzeyindeki planlamanın yerele kaydırılması, problemlerin yerinde çözülmesi ve profesyonel yöneticilik ve yönetim anlayışını getirmeye çalıştığını ileri sürmektedir. Ayrıca çeşitli kamu idarelerine bağlı olarak faaliyet gösteren hastanelerin tek çatı altında toplanarak kamu kaynaklarının verimsiz kullanımının engellenmesi, madde ve insan gücünde kamu kaynaklarının tek merkezden planlanması amacıyla oluşturulduğu öne sürülen yasa tasarısında, hastanelerin kendi gelirlerini edinme, bunları hizmet gereklerine göre kullanmalarının sağlanacağı belirtilmektedir.

Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşmakta birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı da Genel Sekreterliktir.

Birlik yönetimi konusunda dikkat çekici bir husus, her bir hastane birliğinin yıllık olarak “hizmet altyapısı ve organizasyonu”, “kalite”, “verimlilik” ve “hasta memnuniyeti” açısından performans denetimine tabi tutulacak olmasıdır. Hastane Birlikleri Sağlık Bakanlığı'nca yapılacak idari ve teknik denetim, Maliye Bakanlığı'nca yapılacak mali denetim ve Sayıştay'ca yapılacak dış denetime tabi tutulacaktır. Tasarıda performansı yeterli bulunmayan birliklerde yönetim kademelerinde bulunan personelin görevine son verilerek,

yöneticilerin bakanlıkça atanmasının öngörülmüştür. Hastaneler yapılacak denetim sonucunda (A)’dan (E)’ye kadar beş sınıfa ayrılması planlanmaktadır. TTB, hastanelerin bu şekilde sınıflandırılmasını sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri daha da arttıracaklarını bildirmektedir.

Tasarının en fazla dikkat çeken hükümlerinden biri de, birliklerin finansmanı için hazine katkısının öngörülmemesidir. Tasarı, birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirleri görmektedir. Bu gelirler de, hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretlerle hastalardan alınacak kişisel ödemeler olacaktır. Bu özellikleriyle, tasarı, birlikleri, asıl olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması gereken “işletmeler” olarak görmektedir. (42)

Sonuç olarak TTB’ye göre tasarı bu haliyle Genel Kurul’dan geçerse; kamu hastanelerinin kâr güden kurumlar haline dönüşmesi kesindir, halkın ödeyeceği para artacaktır ve sözleşmeli olarak işe alınan sağlık çalışanları iş güvencesine sahip olmayacakları gibi düşük ücretle üstelik örgütsüz çalışmaya mahkûm olacaklardır

2.3.4.4. Bilgi Ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlıklı İnsan Gücü

Sağlık Bakanlığı, program çerçevesinde Avrupa Birliği’ne uyum süreci de dikkate alınarak sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanmasını amaçlamıştır. (43) Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde temel insan gücü olarak tanımlanan hemşirelere yönelik olarak 25.2.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu 25.4.2007 tarihli ve 5634 sayılı Kanunla (44) değiştirilerek güncellenmiştir. Bu değişiklik kapsamında Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesinde hemşirelerin eğitim durumlarına, çalışma alanlarına ve pozisyonlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarının 08.03.2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan yönetmelikle (45) düzenlenmesi öngörülmüştür.

Hemşirelik eğitiminin AB mevzuatı 2005/35 sayılı direktife uygun olarak üniversiteye temellendirilerek uluslar arası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılması amaçlanmıştır.(13) Buna yönelik olarak sağlık meslek liseleri MEB’e devredilmiş ve 5 Temmuz 2005 tarihinde Danıştay 8. Dairesi, sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerine öğrenci alımını durdurmuştu. (46) Milli Eğitim Bakanlığı da bu bölümleri 2005 yılından itibaren kapatmıştı. Ancak 2007 yılı itibarıyla “hemşirelik yüksekokullarının sektörün

ihtiyacını karşılayamadığı” gerekçesiyle 5 yıl süreyle öğrenci alımına devam etme kararı alınmıştır.

Bakanlık, sağlık insan kaynakları konusunda belirgin bir şekilde yetersizliğin olduğunu ileri sürmüş ve bu durumu DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan 53 ülke arasında 52. sırada olmamızla desteklemişken, (13) TTB bu duruma karşı çıkmakta sayıca bir yetersizlikten ziyade “dağılımda” sorunların olduğunu savunmaktadır.

Türkiye’de yıllara göre tıp fakültelerinin sayısındaki değişimi 1970 yılında 9 olan tıp fakültesi sayısı, 1990 yılında 25, 2006 yılında 54 olmuş ve 2008 yılında 66’ya yükselmiştir. Türkiye’deki tıp fakültelerinin %62’sinin son 20 yılda açılmıştır.

Bakanlık, bu oranları iyimser bulup, sağlık insan gücü yetersizliğini ileriye sürerek YÖK 2008 tarihinde Tıp Fakültesi öğrenci kontenjanlarını %30, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanını %15 artırmıştır (13).

2.3.4.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları

Mevcut tıp eğitimi veren kurumlarla iletişimi artırarak tıp eğitimini Sağlıkta Dönüşüm Programı amaçları doğrultusunda etkilemek ve Hıfzıssıhha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmaktadır. (13) Hıfzıssıhha Mektebi 10 Ekim 2008 tarihi itibarıyla Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırılmıştır. Kurum, uzaktan sağlık eğitimi sertifika kursları açmanın yanında sağlık sisteminin geliştirilmesi, sektörler ve uluslar arası işbirliğinin güçlendirilmesini de kendine amaç edinmektedir.

2.3.4.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin kurulmasıyla ilgili olarak uluslar arası bir akreditasyon kurumu olan Joint Commission International (JCI) arasında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veritabanı oluşturulması konularını içeren bir işbirliği protokolü imzalamıştır (13). 2004–2006 yılları arasında kalite konusunda sektörün genel bilgilendirme ve bilinç düzeyini artırma yönünde faaliyetlerde bulunulmuş komiteler oluşturulmuştur. Bu komiteler Akreditasyon Yönlendirme Komitesi ve Politika - Metod ve Organizasyon - Kaynaklar adlı iki çalışma grubudur.

Bakanlık performans ve kaliteyi bir arada düşünerek 2004 yılından performansa dayalı ek ödeme uygulamasını başlatarak, mevcut insan kaynağının daha verimli kullanımını sağlamayı ve personelin maddi olarak desteklenmesi amaçlamıştır (1). Öncelikle 10 pilot hastanede başlatılan uygulamaya Sağlık Bakanlığına bağlı 850 hastanede ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında devam edilmektedir(43) Ancak Anayasa Mahkemesi 16 Temmuz 2010 tarihinde Tam Gün adı ile bilinen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un kimi maddelerini iptal etmiş ve bazı maddelerin yürürlüğünü durdurmuştur. İptal edilen maddeler arasında performansa dayalı ek ödeme sistemi de bulunmaktadır. Ancak bu maddenin iptali ile bir uygulama boşluğu doğacağından gerekçeli kararın yayınlanmasından itibaren yeni bir yasal düzenlememin yapılabilmesi için 9 aylık bir süre verilmiştir (22)

2.3.4.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Sağlık Bakanlığı kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır. Ayrıca Bakanlığın görevleri arasında vatandaşların kullandığı ilaçların etkili, kaliteli, güvenilir bir şekilde uygun fiyatlarla bulabilmesini temin etmekte vardır. Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları arasında ise vatandaşların herhangi bir ayrıma tabi tutulmaksızın ilaçlarına erişiminin sağlanması ve bu erişimin sürekliliğinin temin edilmesi vardır (13). Program kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonuna, ruhsatlandırılmasına ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalamak amacıyla Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurmak istenmiş bu amaçla hazırlanan yasa tasarısı taslağı 2007 yılında başbakanlığa gönderilmiştir (13).

Yine program kapsamında 1262 sayılı yasanın kaldırılması ile 5. maddesinde yer alan tıbbi ürünlerin üretimi ve bu amaçla açılacak laboratuvar ve fabrikaların kurulabilmesi için konunun uzmanının bulunmasına dair yasal zorunluluk ortadan kaldırılmaktadır. Buna göre Sağlık Bakanlığına ilaç ve diğer tıbbi malzeme ve ürünlerin fiyatının belirlenmesinde yetki veren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu taslakla yürürlükten kalkmaktadır. Sonuçta kanunun yürürlükten kalkmasıyla fiyatların hangi kurumlar tarafından nasıl belirleneceği konusunda taslağın mevcut halinde bir netlik bulunmamaktadır.

Konuyla ilgili olarak TTB, Türkiye İlaç Kurumunun oluşturulması için hazırlanan yasa taslağını gereksinimleri karşılamadığını, ilaç, kozmetik, özel ürün ve tıbbi cihazlar ile ilgili olarak kurallara aykırı davranan ve insan sağlığına zarar veren kişi ve kuruluşlara uygulanacak idari para cezalarına yer verilmediğine dikkat çekerek, İlaç Kurumunun tıbbi ürünlerin piyasa gözetim ve denetimini nasıl yapacağını da net olmadığını savunmaktadır. Ayrıca, düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı'nın fiyat belirleme yetkisinin ortadan kaldırılmasını, ilaçta reklam yasağının sona erdirilmesini ve ilaçların eczanelerde eczacılar tarafından satılması zorunluluğunun kaldırılmasını toplum sağlığı ve kamusal çıkarlar açısından zararlar doğuracağını düşünmektedir (47).

2.3.4.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım

Sektörler arası işbirliği ile ulusal sağlık bilgi sistemi alt yapısını oluşturmak amacıyla kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektörden temsilcilerin katılımı ile 30 Ocak 2003 tarihinde Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi çalışmaları bakanlık tarafından başlatılmıştır. Bu çalışmayla Sağlık Bakanlığı, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında etkin ve verimli bir şekilde kullanımını sağlayarak, erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılabilir, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin sağlıkla ilgili güncel ve doğru bilgiler ile kendi bilgilerine erişebildiği, doğum ile başlayıp tüm yaşam süresince oluşan sağlıkla ilgili verilerin tüm ülkeyi kapsayacak sağlık özel ağı üzerinden paylaşılmasını amaçlamıştır.

Sağlık Bakanlığı'na göre Sağlık-NET Projesi sayesinde tanı, tahlil ve tetkik bilgilerinin hasta mahremiyeti çerçevesinde paylaşımı ile hekimler ve sağlık kurumlarının hastaya ait sağlık verilerine erişimi sağlanacak, vatandaşların hastanede daha kısa sürede daha iyi hizmet almasına olanak tanınacaktır. Proje ayrıca bakanlığın hastanelerden elde edilecek verilerden istatistiksel sonuçlara ulaşmasını, hangi bölge ve illerde hangi hastalıklar yaygın, ölüm oranları nerelerde yüksek gibi birçok saptama yapabilmesini ve bu verilere göre düzenlemelere gitmesini de mümkün kılacaktır. Sağlık-NET projesi ile Bakanlık, vatandaşların elektronik sağlık kayıtlarının ulusal ve uluslararası standartlar kullanılarak güvenli bir şekilde tek bir merkezde toplanılmasını, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılmasını amaçlamaktadır (48).Yapılacak analiz çalışmaları ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılacağı düşünülmektedir (13).

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışma KTÜ Tıp Fakültesi ile Trabzon Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkındaki bilgi düzeylerinin ve düşüncelerinin belirlenmesine yönelik yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Koordinatörlüğünden ve Trabzon Sağlık Yüksekokulu sekreterliğinden son sınıf öğrencilerinin sayısı alınmıştır. Buna göre; Tıp Fakültesi son sınıf öğrenci sayısı 116, Hemşirelik son sınıf sayısı 88, Ebelik son sınıf sayısı 42 olarak tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına bu kişilerin tamamının alınması planlanmış, örnekleme yapılmamıştır.

Araştırma tarihinde sınavda olmama, staja devam etmeme ve anketi yanıtlamayı kabul etmeme nedeniyle çalışmaya katılım oranı tıp fakültesi öğrencilerinde % 84.4, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde %92.3' tür. Araştırmaya tıp fakültesinden 98 sağlık yüksekokulundan 120 öğrenci katılmıştır.

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket yöntemi uygulanmıştır. Araştırma Trabzon Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden ve Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan izinden sonra başlamış ve devam etmiştir. Hemşirelik öğrencilerine staj bölgelerinde, Ebelik öğrencilerine sınav sonrası bir arada iken, Tıp Fakültesi öğrencilerine bulundukları stajlarda araştırmacı gözetiminde anket uygulanmıştır. Ebelik ve Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri benzer derslerine giren öğretim elemanlarının aynı olması, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında aynı statüde yer almaları nedeniyle Ebelik ve Hemşirelik öğrencileri bir grup olarak düşünülmüştür.

Anket 46 sorudan oluşmuştur. Anket soruları öğrencilerin sosyo demografik özelliklerini ve Sağlıkta Dönüşüm Programına ilişkin bilgi ve düşüncelerini öğrenmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Sosyo demografik özelliklerini öğrenmeye yönelik olarak yaş, cinsiyet, okudukları bölüm, anne ve babalarının eğitim durumları ve meslekleri, ikamet yeri nitelikleri, sağlık problemleri olduğunda tedavi için kurum tercihleri sorgulanmışken, bilgi ve düşüncelerini ölçmeye yönelik olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının temel

bileşenlerinden Aile Hekimliği, Aile Sağlığı Elemanlığı, Genel Sağlık Sigortası, Sevk zinciri, Kalite ve akreditasyon, Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma, Sağlık Bilgi Sistemi, Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı'na yönelik sorulara yer verilmiştir. Anketteki bilgi sorularının cevapları çoktan seçmeli veya evet, hayır, bilgim yok, şeklinde hazırlanmışken, düşünce sorularının cevapları 3'lü Likert ölçeğine uygun olarak hazırlanmıştır. Yanıtlar, katılıyorum kısmen katılıyorum, katılmıyorum şeklinde düzenlenmiştir. Soruların yanıtızsız kalmaması ve cevaplamayı kolaylaştırmak amacıyla bu yanıtlara "fikrim yok" seçeneği de ilave edilmiştir.

Araştırma 01.10.2009 tarihinde planlanmış, Nisan-Mayıs 2010'da anket formları uygulanmış ve Mayıs 2010'da veriler SPSS 13.0 programına aktarılarak, veriler sayı ve yüzdelerle tanımlanmış, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulanmıştır.

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonundan 17.05.2010 tarihinde 2010/2 – 1 nolu onay alınmıştır.

4. BULGULAR

KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeylerini ve Düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada çalışmaya katılanların okul gruplarına göre cinsiyet, yaş grubu ve ikamet yeri dağılımı, Tablo 1’ de özetlenmiştir. Çalışmaya 20 ile 38 yaş arasında 218 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %70.2’ si kız, %29.8’ i erkektir. Araştırmaya tıp fakültesinden 98 (%45) sağlık yüksekokulundan 120 (%55) öğrenci katılmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin 36’sı (%37.1) arkadaşlarıyla kalıyorken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin 53’ü (%44.2) yurttta kaldığını belirtmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Cinsiyet, Yaş Grubu Ve İkamet Yeri Dağılımları

	Tıp fakültesi		Sağlık yüksekokulu		X ²	sd	p
	n	%	n	%			
Yaş Grubu							
20-23	7	7.1	99	82.5	123.689	2	P<0.0001
24-27	84	85.7	21	17.5			
28-38	7	7.1	-	-			
Toplam	98	100.0	120	100.0			
Cinsiyet							
Kadın	33	33.7	120	100.0	113.405	1	P<0.0001
Erkek	65	66.3	-	-			
Toplam	98	100.0	120	100.0			
İkamet Yeri							
Ailesi ile	34	35.1	40	33.3	35.434	3	P<0.0001
Arkadaşı/Arkadaşları ile	36	37.1	27	22.5			
Yalnız	13	13.4	-	-			
Yurtta	14	14.4	53	44.2			
Toplam	98	100.0	120	100.0			

Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde annelerin %43.6'sının ilkokul mezunu, babaların ise %29.8'inin üniversite mezunu olduğu, ebeveynlerinin meslekleri değerlendirildiğinde ise annelerinin % 89.4'ünün ev hanımı, babalarının %30.2'sinin memur olduğu tespit edilmiştir.

Tıp Fakültesi öğrencilerinin 96'sı (%98.0) mezun olduktan sonra mesleğini yapmayı düşündüğünü, 1'i (%1) mesleğini yapmayı düşünmediğini, %1'i (%1) kararsız olduğunu belirtirken sağlık yüksekokulu öğrencilerinin 107'si (%89.2) mezun olduktan sonra mesleğini yapmayı düşündüğünü, 4'ü (%3.3) mesleğini yapmayı düşünmediğini, 9'u (%7.5) ise mesleğini yapmada kararsız olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilere sağlık problemleri olduğunda hangi sağlık kurumuna başvuracakları sorulmuş ve sonuçlar tablo 2'de özetlenmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi, tıp fakültesi öğrencileri sağlık problemi olduğunda ilk olarak üniversite hastanesini (%61.9), sağlık yüksekokulu öğrencileri ise ilk olarak devlet hastanesini (%58.8) tercih etmişlerdir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$).

Tablo 2. Öğrencilerin Tedavi İçin İlk Olarak Kurum Tercihlerinin Dağılımı

Kurum Tercihi	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile Hekimi	21	21.6	35	29.4	56	25.9
Devlet Hastanesi	4	4.1	70	58.8	74	34.3
Özel Hastane	12	12.4	5	4.2	17	7.9
Üniversite Hastanesi	60	61.9	9	7.6	69	31.9
Toplam	97	100.0	119	100.0	216	100.0

$X^2 = 101.758$ SD=3 ; $p < 0.0001$

Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma ve programla ilgili bilgi edinmelerine yönelik durumlarının dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %54.1'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ise %92.5'i Sağlıkta Dönüşüm Programını duyduğunu belirtmiştir. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,0001$).

Tablo 3. Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Duyma ve Bilgi Edinme Durumları

Sağlıkta Dönüşüm Programını duyma	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		X ²	sd	p
	n	%	n	%			
Evet	53	54.1	111	92.5	44.164	1	p<0.0001
Hayır	45	45.9	9	7.5			
Toplam	98	100.0	120	100.0			
Bilgi edinme							
Evet	9	9.6	26	21.8	4.903	1	0.027
Hayır	85	90.4	93	78.2			
Toplam	94	100.0	119	100.0			

Öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulmuş ve sonuçlar tablo 4’de özetlenmiştir. Buna göre soruyu yanıtlayan tıp fakültesi öğrencilerinin %96.2’si basın internet, %11.3’ü ders yoluyla, bilgi edindiğini belirtmişken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %82.9’u ders, %42.3’ü basın internet yoluyla bilgi edindiğini belirtmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Bilgiyi Nereden Aldıklarına Yönelik Yanıtları*

Bilgi kaynakları	Tıp Fakültesi (n=53)		Sağlık Yüksekokulu (n=111)	
	n	%	n	%
Ders	6	11.3	92	82.9
Basın ve İnternet	51	96.2	47	42.3
Seminer	3	5.7	-	-
Arkadaş - aile	3	5.7	-	-

* Bir öğrenci birden fazla bilgi kaynağı belirtmiştir

Tıp fakültesi öğrencilerinin %99.0’ı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ise tamamı aile hekimliği sistemini duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerini bilme durumlarının dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin Kayıtlı Oldukları Aile Hekimini Bilme Durumları

Aile Hekimini Bilme	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	54	55.1	93	77.5	147	67.4
Hayır	44	44.9	27	22.5	71	22.6
Toplam	98	100.0	120	100.0	218	100.0

$X^2=11.324$ SD=1 ; $p=0,001$

Tıp fakültesi öğrencilerinin %55.1'i aile hekimini bildiğini, %44.9'u bilmediğini sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ise %77.5'i aile hekimini bildiğini , %22.5'i bilmediğini belirtmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencileri tıp fakültesi öğrencilerine göre aile hekimlerini anlamlı olarak daha fazla bilmektedir ($p=0,001$).

Öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programının hangi kurum tarafından planlandığı sorulmuş ve sonuçlar Tablo 6'da özetlenmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %56.3'ü sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %62.5'i SDP'nin Sağlık Bakanlığı tarafından planlandığını belirtmiştir. Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerinin %5.0'ı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %6.3'ü Dünya Bankası cevabını vermiştir.

Tablo 6. Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını Planlayan Kuruma Yönelik Yanıtları *

	Tıp Fakültesi (n=80)		Sağlık Yüksekokulu (n=112)	
	n	%	n	%
Sağlık Bakanlığı	45	56.3	70	62.5
Dünya Bankası	4	5.0	7	6.3
Başbakanlık – Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı	21	26.3	28	25.0
Sağlık Bakanlığı, Başbakanlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	29	36.2	31	27.7

* Bir öğrenci birden fazla yanıt vermiştir

Tablo 7'de araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %46.9'u, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %50.8'ine göre Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlandığı belirtilmektedir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmenin amaçlandığını daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. ($p<0,005$).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Mevcut Yapıyı Tahrip Etmeden Yeni Bir Sisteme Geçmek Amaçlanmıştır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	46	46.9	61	50.8	107	49.1
Hayır	15	15.3	35	29.2	50	22.9
Fikrim yok	37	37.8	24	20.0	61	28.0
Toplam	98	100.0	120	100.0	218	100.0

$X^2=10.765$ SD=2 ; $p=0,005$

Öğrencilere SDP'nin önemli bir bileşeni olan GSS ile kimlerin kapsam dahilinde olduğu sorulmuş ve alınan cevaplar Tablo 8'de özetlenmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %81.3'ü yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanların, %45.3'ü ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanların kapsam dahilinde olduğunu belirtmişken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %83.7'si yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanların, %62.7'si ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanların kapsam dahilinde olduğunu belirtmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilere Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar*

	Tıp Fakültesi (n=75)		Sağlık Yüksekokulu (n=86)	
	n	%	n	%
Yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar	61	81.3	72	83.7
Ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanlar	34	45.3	54	62.7
Askerlik Hizmetini yapanlar	25	33.3	21	24.4
Tutuklular ve Mahkumlar	23	21.4	18	20.9

* Bir öğrenci birden fazla yanıt vermiştir

Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır” önerme cümlesine verdikleri yanıtlar tablo 9’da özetlenmiştir. Araştırmaya katılanların %63.1’ine göre Genel Sağlık Sigortası Sağlık Hizmetleri bedelinin tamamını karşılamamaktadır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %56.7’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %68.3’üne göre Genel Sağlık Sigortası sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamamaktadır. Öğrencilerin Genel Sağlık Sigortası’nın sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamadığını bilme durumları arasında fark yoktur ($p=0,124$).

Tablo 9. Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	10	10.3	13	10.8	23	10.6
Hayır	55	56.7	82	68.3	137	63.1
Fikrim yok	32	33.0	25	20.8	57	26.3
Toplam	97	100.0	120	100.0	217	100.0

$X^2=4.181$ SD=2 ; $p=0,124$

Öğrencilerin “Aile Hekimliği uygulamasında; Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır” önerme cümlesine verdikleri cevaplar Tablo 10’da gösterilmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %54,1’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %81.5’ine göre Aile Hekimliği uygulamasında, Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Aile Hekimliği uygulamasında, Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenlerin sözleşme ile çalıştırılacağını daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p<0,0001$).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Aile Hekimliği Uygulamasında; Aile Hekimi Veya Aile Sağlık Elemanı Olarak Çalışmak İsteyenler Sözleşme İle Çalıştırılacaktır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	53	54.1	97	81.5	150	69.1
Hayır	12	12.2	8	6.7	20	9.2
Fikrim yok	33	33.7	14	11.8	47	21.7
Toplam	98	100.0	119	100.0	217	100.0

$X^2=19,538$, SD:2 ; $p<0,0001$

Öğrencilere kimlerin aile sağlığı elemanı olabileceği sorulmuş ve alınan cevaplar Tablo 11’de özetlenmiştir. Soruyu cevaplayan tıp fakültesi öğrencilerinin %95.4’ü hemşire, %85.1’i sağlık memuru, %83.9’u ebe cevabını verirken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %98.3’ü ebe, yine %98.3’ü hemşire, %76.9’u sağlık memuru cevabını vermiştir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kimlerin Aile Sağlığı Elemanı Olabileceğine Yönelik Verdikleri Yanıtlar *

	Tıp Fakültesi (n=87)		Sağlık Yüksekokulu (n=117)	
	n	%	n	%
Ebe	73	83.9	115	98.3
Hemşire	83	95.4	115	98.3
Sağlık memuru	74	85.1	90	76.9
Çevre Sağlığı Teknisyeni, Röntgen Teknisyeni, Laboratuvar Teknisyeni	47	54.0	52	44.4

* Bir öğrenci birden fazla yanıt vermiştir

Öğrencilerin “Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için Aile Hekiminin uygun görmesi gerekmektedir” önermesine verdikleri cevaplar Tablo 12’de gösterilmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %60.8’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %80.8’ine göre Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için Aile Hekiminin uygun görmesi gerekmektedir. Sağlık yüksekokulu öğrencileri Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için Aile Hekiminin uygun görmesi gerekliliğini daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekmetedir” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	59	60.8	97	80.8	156	71.9
Hayır	12	12.4	13	10.8	25	11.5
Fikrim yok	26	26.8	10	8.4	36	16.6
Toplam	97	100.0	120	100.0	217	100.0

$X^2=14.128$, SD:2 ; $p=0,001$

Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır” önermesine verdikleri cevaplar Tablo 13’de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %61.2’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %78.2’sine göre Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır. Sağlık yüksekokulu öğrencileri Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak olduğunu daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$).

Tablo 13. Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının Görevleri Arasında, Hastaların Sevk İşlemlerini Yürütmek, Sevk Edilen Hastaların Sevk Edildiği Kurumla Koordinasyonunu Sağlamak Vardır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	60	61.2	93	78.2	153	70.5
Hayır	9	9.2	11	9.2	20	9.2
Fikrim yok	29	29.6	15	12.6	44	20.3
Toplam	98	100.0	119	100.0	217	100.0

$X^2=9.832$ SD: 2; $p=0,007$

Öğrencilere “Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir” önermesi sorulmuş ve alınan cevaplar Tablo 14’de özetlenmiştir. Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %33.7’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin

%35.0'ı Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir olarak tanımlamıştır. Bu önermeyi öğrencilerin benzer oranlarda tanımlaması fark yaratmamıştır. ($p=0,934$).

Tablo 14. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı İlkeleri Arasında Yer Alan Sevk Zinciri Aktif Olarak İşlemektedir” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	33	33.7	44	35.0	75	34.4
Hayır	35	35.7	42	36.7	79	36.2
Fikrim yok	30	30.6	34	28.3	64	29.4
Toplam	98	100.0	120	100.0	218	100.0

$X^2=0,137$ SD= 2; $p=0,934$

Öğrencilerin “Çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Aile Hekimliği uygulamasının bir parçasıdır” önermesine verdikleri cevaplar Tablo 15’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %65.3’ü, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %81.7’si çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini Aile Hekimliği uygulamasının bir parçası olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Aile Hekimliği uygulamasının bir parçası olduğunu tanımlama durumları farklıdır. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$).

Tablo 15. Öğrencilerin “Çevre Sağlığına Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Parçasıdır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Y.O		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	64	65.3	98	81.7	162	74.3
Hayır	12	12.3	7	5.8	19	8.7
Fikrim yok	22	22.4	15	12.5	37	17.0
Toplam	98	100.0	120	100.0	218	100.0

$X^2=7.633$ SD: 2; $p=0,022$

Öğrencilere Sağlık-net’in nasıl bir sistem olduğu sorulmuş ve alınan cevaplar Tablo 16’da gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %69.7’si vatandaşların sağlık bilgilerinin

yer aldığı bir sistemdir, %48.7'si vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir, %44.7'si vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir cevabını vermişken sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %63.6'sı vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir, %54.6'sı vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir %43.4'ü vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir, cevaplarını vermişlerdir.

Tablo 16. Öğrencilerin Sağlık-Net Uygulamasının İçeriğine Yönelik Verdikleri Yanıtlar*

	Tıp Fakültesi (n=76)		Sağlık Yüksekokulu (n=99)	
	n	%	n	%
Vatandaşların Sağlık Bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir	53	69.7	63	63.6
Vatandaşlar kendi Sağlık Bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir	34	44.7	54	54.6
Vatandaşların Sağlık Bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.	37	48.7	43	43.4

* Bir öğrenci birden fazla yanıt vermiştir

Öğrencilere “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır” önermesi sorulmuş alınan cevaplar Tablo 17’de özetlenmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %37.8’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %31.1’ine göre “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (p=0,417).

Tablo 17. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Birlikte Belli Şartları Taşıyan Hastanelere Verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın Bir Uygulamasıdır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	37	37.8	37	31.1	74	34.1
Hayır	8	8.2	15	12.6	23	10.6
Fikrim yok	53	54.0	67	56.3	120	55.3
Toplam	98	100.0	119	100.0	217	100.0

$X^2=1.748$ SD=2; $p=0,417$

Öğrencilere “Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır” önermesi sorulmuş alınan cevaplar Tablo 18’de gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %38.8’i, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %37.5’ine göre Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır. Öğrencilerin Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapmasının planlanmasını tanımlama durumları arasında fark yoktur ($p=0,904$).

Tablo 18. Öğrencilerin “Ulusal İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, Malzeme Ve Tıbbi Cihazların Standardizasyonu, Ruhsatlanması İle İlgili Görev Yapması Planlanmaktadır” Önermesine Verdikleri Yanıtlar

	Tıp Fakültesi		Sağlık Yüksekokulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	38	38.8	45	37.5	83	38.1
Hayır	6	6.1	6	5.0	12	5.5
Fikrim yok	54	55.1	69	57.5	123	56.4
Toplam	98	100.0	120	100.0	218	100.0

$X^2=0,201$ SD=2 ; $p=0,904$

Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 19’da gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %34.7’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %44.2’sinin düşüncesi Sağlıkta Dönüşüm

Programını ülkemizde kısmen uygulanabilir yönündedir. Öğrenciler benzer şekilde Sağlıkta Dönüşüm Programının ülkemizde kısmen uygulanabilir bir program olarak görmektedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır.
($p=0,033$)

Tablo 19. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı Ülkemizde Uygulanabilir Bir Programdır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	23	23.5	34	34.7	25	25.5	16	16.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	17	14.2	53	44.7	41	34.2	9	7.5	120	100.0
Toplam	40	18.3	87	39.9	66	30.3	25	11.5	218	100.0

$X^2=8.754$ SD=3 ; $p=0,033$

Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 20’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %37.8’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %29.2’sinin düşüncesi Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açmasını olumlu bir gelişme olmadığı yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır
($p=0,111$).

Tablo 20. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Bakanlığın Sağlık Hizmet Sunumunda Özel Sektörden Yararlanma Yolunu Açması Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	12	12.2	30	30.6	37	37.8	19	19.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	30	25.0	35	29.2	35	29.2	20	16.7	120	100.0
Toplam	42	19.3	65	29.8	72	33.0	39	17.9	218	100.0

$X^2=6.021$ SD=3 ; $p=0,111$

Öğrencilerin “Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 21’de gösterilmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %32.7’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %31.7’sinin düşüncesi Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiği yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p= 0,832$).

Tablo 21. Öğrencilerin “Bakanlığın Hizmet Sunumundan Ziyade Düzenleyici Ve Denetleyici Rolünü Üstlenmesi Sağlık Alanındaki Rol Ve Sorumluluklarından Çekilme Eğilimine Girdiğini Gösterir” Düşünce Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımları

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	32	32.7	26	26.5	17	17.3	23	23.5	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	38	31.7	34	28.3	16	13.3	32	26.7	120	100.0
Toplam	70	32.1	60	27.5	33	15.1	55	25.2	218	100.0

$X^2=0,873$ SD=3 ; $p=0,832$

Öğrencilerin GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 22’de gösterilmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %45.9’u , sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %49.2’sinin düşüncesi Genel Sağlık Sigortası sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkileyen bir uygulama olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır($p= 0,883$).

Tablo 22. Öğrencilerin “GSS Sağlık Sisteminin Finansmanı ile İlgili Olduğundan Sağlık Çalışanlarının Mesleklerini Bağımsızca Uygulamalarını Etkilemez” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	9	9.2	15	15.3	45	45.9	29	29.6	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	13	10.8	15	12.5	59	49.2	33	27.5	120	100.0
Toplam	22	10.1	30	13.8	104	47.7	62	28.4	218	100.0

$X^2=0,656$ SD=3 ; $p=0,883$

Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 23’de gösterilmiştir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %29.6’sı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %46.7’sinin düşüncesi Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesini hastalar açısından olumlu bir gelişme olduğu yönündedir. Sağlık yüksekokulu öğrencileri bu uygulamayı tıp fakültesi öğrencilerine göre daha olumlu olarak görmüştür bu düşünce öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$).

Tablo 23. Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortası Uygulamasıyla Birlikte, Kamu Hastaneleriyle Özel Sektör Hastanelerinin Ulaşılabilirlik Yönünden Denkleştirilmesi Hastalar Açısından Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	29	29.6	28	28.6	21	21.4	20	20.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	56	46.7	33	27.5	19	15.8	12	10.0	120	100.0
Toplam	85	39.0	61	28.0	40	18.3	32	14.7	218	100.0

$X^2=8.957$ SD=3 ; $p=0,030$

Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters düşer” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 24’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi

öğrencilerinin %39.8'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %56.7'sinin düşüncesi Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p = 0,062$).

Tablo 24. Öğrencilerin “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanabilmek İçin Kişilerin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın “Hak” Olduğu Düşüncesine Ters Düşer” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	39	39.8	20	20.4	14	14.3	25	25.5	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	68	56.7	16	13.3	9	7.5	27	22.5	120	100.0
Toplam	107	49.1	36	16.5	23	10.6	52	23.9	218	100.0

$X^2=7.323$ SD=3 ; $p=0,062$

Öğrencilerin “Hekimin hastaya bakabilmesi için “ kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 25’de gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %46.9’ unun, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %55.0’ının düşüncesi hekimin hastaya bakabilmesi için “kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkileyen bir durum olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p = 0,239$).

Tablo 25. Öğrencilerin “Hekimin Hastaya Bakabilmesi İçin “ Kişilerin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı” Mesleki Bağımsızlığını Olumsuz Etkiler” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	46	46.9	25	25.5	7	7.1	20	20.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	66	55.0	18	15.0	12	10.0	24	20.0	120	100.0
Toplam	112	54.4	43	19.7	19	8.7	44	20.2	218	100.0

$X^2=4.213$ SD=3 ; $p=0,239$

Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürür” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 26’da gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %51.0’ının, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %63.3’ünün düşüncesi Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürebileceği yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p= 0,230$).

Tablo 26. Öğrencilerin “Sağlıkta Dönüşüm Programıyla İdari Ve Mali Açıdan Özerk Hale Gelen Hastaneler Hekim–Hasta İlişkisini Tüccar–Müşteri İlişkisine Dönüştürür” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	50	50.1	18	18.4	14	14.3	16	16.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	76	63.3	18	15.0	9	7.5	17	14.2	120	100.0
Toplam	126	57.8	36	16.5	23	10.6	33	15.1	218	100.0

$X^2=4.306$ SD=3 ; $p=0,230$

Öğrencilerin “Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 27’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %50.0’ı Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışmayı kaygı verici bir durum olarak görürken, %21.4’ü bu düşünceye kısmen katıldığını belirtmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin de %79.2’si Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışmayı kaygı verici bulmuştur. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir farklı bulunmuştur($p< 0,0001$).

Tablo 27. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Modelinde Zorunlu Olarak Sözleşmeli Çalışma Kaygı Vericidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	49	50.0	21	21.4	11	11.2	17	17.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	95	79.2	7	5.8	5	4.2	13	10.8	120	100.0
Toplam	144	66.1	28	12.8	16	7.3	30	13.8	218	100.0

$X^2=22.487$ SD=3 ; $p<0,0001$

Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 28’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %41.8’i ise araştırma grubundan farklı olarak Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliğini olumlu olarak görmüştür. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %72.5’i ise araştırma grubuna benzer şekilde Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumsuz olarak görmüştür. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir farklı bulunmuştur($p= 0,0001$).

Tablo 28. Öğrencilerin “Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi İle Çalışabilmesi İçin Aile Hekiminin Uygun Görmesi Gerekliliği Olumlu Olacaktır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	41	41.8	24	24.5	14	14.3	19	19.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	14	11.7	11	9.2	87	72.5	8	6.7	120	100.0
Toplam	55	25.2	35	16.1	101	46.3	27	12.4	218	100.0

$X^2=73.859$ SD=3 ; $p<0,0001$

Öğrencilerin “ülkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 29’da gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %31.6’sı ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasını kısmen gerekli görürken, sağlık yüksekokulu

öğrencilerinin %40.8'i ise Aile Hekimliği uygulamasını gereksiz görmüştür. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,004$).

Tablo 29. Öğrencilerin “Ülkemizde Aile Hekimliği Sisteminin Uygulanması Gereklidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	29	29.6	31	31.6	20	20.4	18	18.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	22	18.3	38	31.7	49	40.8	11	9.2	120	100.0
Toplam	51	23.4	69	31.7	69	31.7	29	13.3	218	100.0

$X^2=13.466$ SD=3 ; $p=0,004$

Öğrencilerin “Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir” düşüncesine ne yönde katıldıkları tablo 30’da gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %39.8’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %70.8 ’i Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeleri etik değerlerin yitimi açısından endişe verici bulmaktadır. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir farklı bulunmuştur ($p=0,0001$).

Tablo 30. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Sistemindeki Kayıtlı Kişi Sayısına Ve Sevk Oranına Göre Yapılan Ödemeler Etik Değerlerin Yitimi Açısından Endişe Vericidir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	39	39.8	31	31.6	8	8.2	20	20.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	85	70.8	16	13.3	5	4.2	14	11.7	120	100.0
Toplam	124	56.9	47	21.6	13	6.0	34	15.6	218	100.0

$X^2=21.603$ SD=3 ; $p<0,0001$

Öğrencilerin “Hastanelere ve Aile Hekimliği merkezlerine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 31’de gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %33.7’si hastanelere ve Aile

Hekimliği merkezlerine başvurularda alınan katılım payının hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkileyeceğini düşünürken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin de %58.3'ü bu düşüncededir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,002$).

Tablo 31. Öğrencilerin “Hastanelere Ve Aile Hekimliği Merkezlerine Başvurularda Alınan “Katılım Payı” Hastaların Hekime Başvurmalarını Olumsuz Etkiler” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	33	33.7	25	25.5	19	19.4	21	21.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	70	58.3	24	20.0	10	8.3	16	13.3	120	100.0
Toplam	103	47.2	49	22.5	29	13.3	37	17.0	218	100.0

$X^2=14.710$ SD=3 ; $p=0,002$

Öğrencilerin “Zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 32’de gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %56.1’inin, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %55.8’inin düşüncesi zorunlu sevk zinciri uygulamasının ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulama olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p=0,245$).

Tablo 32. Öğrencilerin “Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması İkinci Ve Üçüncü Basamaktaki Gereksiz Yığılmaları Önleyebilecek Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	55	56.1	22	22.4	8	8.2	13	13.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	67	55.8	28	23.3	17	14.2	8	6.7	120	100.0
Toplam	122	56.0	50	22.9	25	11.5	21	9.6	218	100.0

$X^2=4.153$ SD=3 ; $p=0,245$

Öğrencilerin “Aile Hekimliği uygulamasında Aile hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak isterim” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 33’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi

öğrencilerinin %29.6'sı Aile Hekimi olarak çalışmak istemiyorken, %27.6'sı Aile Hekimi olarak çalışmak istemektedir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %50.8'i Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak istemiyorken, %20.0'ı Aile Sağlığı Elemanı çalışmak istemektedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 33. Öğrencilerin “Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı Olarak Çalışmak İsterim” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	29	29.6	21	21.4	27	27.6	21	21.4	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	24	20.0	25	20.8	61	50.8	10	8.3	120	100.0
Toplam	53	24.3	46	21.1	88	40.4	31	14.2	218	100.0

$X^2=15.800$ SD=3 ; $p=0,001$

Öğrencilerin “Tıp Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulu kontenjanlarının artırılması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 34’de gösterilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %42.9’u tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırılmasını olumsuz bir uygulama olarak değerlendirirken, %23.5’i bu durumu olumlu bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %56.7’si kontenjanların arttırılması olumlu olarak değerlendirirken, %16.7’si bu durumu olumsuz olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir farklı bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 34. Öğrencilerin “Tıp Fakülteleri Ve Sağlık Yüksekokulu Kontenjanlarının Arttırması Ülkemizdeki Sağlık İnsan Gücünü Karşılamak İçin Yapılmış Olumlu Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	23	23.5	19	19.4	42	42.9	14	14.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	68	56.7	18	15.0	20	16.7	14	11.7	120	100.0
Toplam	91	41.7	37	17.0	62	28.4	28	12.8	218	100.0

$X^2=28.153$ SD=3 ; $p<0,0001$

Öğrencilerin “İlaçta %18 olan KDV oranının %8’ e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 35’de gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %56.1’i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %60.0’ı ilaçta %18 olan KDV oranının %8’e düşürülmesini olumlu bir gelişme olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır. ($p= 0,155$)

Tablo 35. Öğrencilerin “İlaçta %18 Olan KDV Oranının %8’ e Düşürülmesi Olumlu Bir Gelişmedir” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	55	56.1	19	19.4	7	7.1	17	17.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	72	60.0	11	9.2	13	10.8	24	20.0	120	100.0
Toplam	127	58.3	30	13.8	20	9.2	41	18.8	218	100.0

$X^2=5.237$ SD=3 ; $p=0,155$

Öğrencilerin “Tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır” düşüncesine ne yönde katıldıkları Tablo 36’da gösterilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %58.2’si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %65.0’ı tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanmasını, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce bir fark yaratmamıştır ($p= 0,582$).

Tablo 36. Öğrencilerin “Tüm Vatandaşların Sağlık Kayıtlarının Tek Bir Merkezde Toplanması, Ülkemizde Yapılacak Olan Analiz Çalışmalarında Sağlık Verilerine Erişimi Kolaylaştıracak Bir Uygulamadır” Düşüncesine Verdikleri Yanıtlar

	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tıp Fakültesi	57	58.2	19	19.4	7	7.1	15	15.3	98	100.0
Sağlık Yüksekokulu	78	65.0	20	16.7	10	8.3	12	10.0	120	100.0
Toplam	135	61.9	39	17.9	17	7.8	27	12.4	218	100.0

$X^2=1.955$ SD=3 ; $p=0,582$

5. TARTIŞMA

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Reform çalışmaları 1990 yılında başlatılmıştır.(49) İlk olarak 1990 yılında Türkiye’de bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesi amacıyla DPT tarafından özel bir firmaya master plan çalışması yaptırılmış ardından Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkras Anlaşmaları doğrultusunda 1990 yılında Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında, İkinci Sağlık Projesi, 1997 yılında ise Aile Hekimliği altyapı ve pilot uygulamasına yönelik olarak hazırlanan “Temel Sağlık Hizmetleri Projesi” başlatılmıştır. Sağlık Projelerinin en önemli özelliği Birinci Basamak için Aile Hekimliğini, İkinci ve Üçüncü Basamak için ise rekabet edebilir özel hastaneleri öngörmesidir (3,4).

2002 yılında iktidar olan hükümet, seçim bildirgesinde hükümet programı ile acil eylem planında sağlık için; sağlık sisteminin, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile gereksinime yanıt veremeyecek duruma geldiğini hükümetin, köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturmakta kararlı olduğunu ifade etmiştir (5). Bu bağlamda bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığı güvence altına almak ve eldeki tüm kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmıştır (6). Bu programın temel öğeleri, aile hekimliği sistemi, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özzerkleşmesidir (50).

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan bir modelin verimliliği (bütün toplumu kapsaması, maliyetinin düşük ve ulaşılabilir olması, hasta memnuniyeti vb) ekonomik, sosyal, kültürel faktörlerin yanı sıra çalışanların da o modeli anlayıp benimsemiş olmalarına bağlı olduğundan geleceğin sağlık çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgi düzeyleri ve düşünceleri önemlidir (51).

Tıp Fakültesi eğitiminin altı yıl olması nedeniyle araştırmamıza katılan öğrencilerin yaş dağılımları farklılık göstermektedir Tıp Fakültesi öğrencilerinin %85.7’si 24-27 yaş grubundayken sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %82.5’i 20-23 yaş grubundadır. Sağlık yüksekokullarına 2007 yılı itibariyle erkek öğrenci alımı başladığından bu okuldan

araştırmamıza katılan erkek öğrenci bulunmamakta, araştırma grubunun çoğunluğu kız öğrencilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin % 54.1'i sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %92.5'i Sağlıkta Dönüşüm Programını duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda ise soruyu yanıtlayan tıp fakültesi öğrencilerinin %96.2'si basın ve internet, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %82.9'u ders yoluyla bilgi edindiğini belirtmiştir.

Araştırmamızda öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programını araştırma durumları sorgulanmış, tıp fakültesi öğrencilerinin %9.6'sı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %21.8'i konuyu araştırdığını belirtmiştir. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,027$). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin daha yüksek oranda konuyu araştırması öğrencilerinin konu hakkında daha çok bilgi edinme gereksinimi ihtiyacı içinde olduğunu gösterebilir.

Aile hekimliği ile ilgili çalışmalar, 9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun"(30) ile başlamış ilk uygulama 15.09.2005 tarihinde Düzce'de uygulamaya konulmuştur (57). Aile Hekimliği sisteminin içinde Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı görev yapmaktadır(51). Araştırmamızda sağlık çalışanı olma yolunda ilerleyen tıp fakültesi öğrencilerinin %99.0'ı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ise tamamı aile hekimliği sistemini duyduğunu belirtmiştir. Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerinin %55.1'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ise %77.5'i kendi aile hekimlerinin kim olduğunu bildiğini belirtmiştir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Aile Hekimlerini daha yüksek oranda bilmeleri anlamlı bulunmuştur. ($p<0.001$) Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin tıp fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek oranda aile hekimlerini bilmelerini tedavi için devlet hastanesinden (%58.8) sonra aile hekimini (%29.4) tercih etmeleriyle açıklanabilir. Tıp fakültesi öğrencileri tedavi için %61.9 oranla kendi kurumları olan üniversite hastanesini tercih etmektedir. Öğrencilerin tedavi için kurum tercihleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. ($p<0.0001$) Yapılan literatür taramasında Aile Hekimliği sistemi ile ilgili öğrenciler üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte Deveci ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları araştırmada toplumun %83.3'ünün aile hekimliğinden haberdar olmadığı, Öztürk ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında aile hekimliği kavramını halkın %51.9'unun duymadığını saptamıştır. Pala ve arkadaşlarının (2003) ise sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak sağlık çalışanlarının %45.3'ünün aile hekimliği konusunda bilgi sahibi olmadığını,

bilgisi olmayanların içinde en yüksek orana ebelerin (%60.0) ve hemşirelerin (%55.4) sahip olduğunu belirlemiştir.

Dünya Bankası 1970’li yılların sonlarında sağlık sektörü ile yakından ilgilenmeye başlayarak birçok ülkede “sektör analizi” adı altında çalışmalar başlatmıştır. Ülkelerdeki sağlık düzeyini, sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimlerini, insan kaynakları durumunu, finansman modellerini ve karşılaşılan sorunları belirleyerek ülkenin yöneticilerine rapor biçiminde sunmuştur. Çözüm önerileri de Dünya Bankası tarafından yapılarak ilişki kurulan ülkelerin sağlık bakanlıklarına verilen kredilerle bu önerilerin gerçekleştirilmesi yoluna gidilmiştir. Türkiye’de bu girişimler 1989 yılında başlamış, Dünya Bankası ile sıkı ilişkiler kurulmuştur. Dünya Bankası’nın önerileri başlangıçta, sağlık alt yapısının güçlendirilmesi çerçevesinde bazı hastanelerin iyileştirilmesi ile sınırlı iken giderek genişlemiş ve “sağlık reformu” boyutuna erişmiş, 2002 yılından sonra hükümet programlarında yer almıştır. Dünya Bankası tarafından Türkiye için 2003 yılında hazırlanmış olan doküman ile sağlık bakanlığı tarafından 2003 yılında yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm” dokümanı arasındaki benzerlikler vardır.(50) En son olarak 11 Haziran 2004 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ne ilişkin 49,4 milyon Euro tutarındaki kredi anlaşması Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında imzalanmıştır(12) Çalışmamızda öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programının hangi kurum tarafından planlandığı sorulmuş tıp fakültesi öğrencilerinin %56.3’ü sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %62.5’i Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık Bakanlığı tarafından planlandığını belirtmiştir. Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerinin %5.0’ı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %6.3’ü Dünya Bankası cevabını vermiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm kitabında; istenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerektiğini ve bu dönüşüm için kararlı olduklarını vurgulamaktadır (6). Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %46.9’u, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %50.8’ine göre de Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmenin amaçlandığını daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre ikameti Türkiye’de olmayanlar, askerlik hizmetini yapanlar ve tutuklularla mahkûmlar GSS kapsamı dışında tutulmakla birlikte, Türkiye’de sürekli ikamet eden T.C. Vatandaşlarını, bunların (var ise) yabancı uyruklu eş ve çocuklarını, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancıları,

Türkiye'nin onayladığı Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri kapsamında olan kimseler ile sığınmacıları ve vatansızları ayrıca eğitim gören çocuklar orta öğretim için 20, yüksek öğretim için 25 yaşlarına kadar GSS kapsamında yer almıştır. Araştırmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin %81.3'ü yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanları, %45.3'ü ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanları, %33.3'ü askerlik hizmetini yapanları, %21.4'ü tutuklular mahkumları GSS kapsamında tanımlamışken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %83.7'si yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanları, %62.7'si ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanları, %24.4'ü askerlik hizmetini yapanları, %20.9'u tutuklular mahkumları GSS kapsamında tanımlamıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre Genel Sağlık Sigortası finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kurumca ödenecek bedellerini Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu belirler. Yani Genel Sağlık Sigortasının sağlık hizmetlerinin bedelinin tamamını karşılama gibi bir durum söz konusu değildir. Araştırmamızda Tıp fakültesi öğrencilerinin %10.3'ü, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %10.6'sı "Genel Sağlık Sigortası Sağlık Hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır" olarak tanımlamışlardır. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,124$).

DSÖ reform çalışmalarında sözleşmelerle hizmet satın alınmasını önermesiyle birlikte Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamasında sözleşmeler gönüllük esasına göre yapılmaktadır. Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin % 54.1'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %81.5'ine göre "Aile Hekimliği uygulamasında, Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır" Öğrencilerinin önerme cümlesini bu şekilde tanımlaması anlamlı bulunmuştur. ($p<0,0001$).

5283 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkından Kanun'a (30) göre Aile Sağlığı Elemanı; Aile Hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu ifade eder. Çalışmamızda öğrencilere kimlerin aile sağlığı elemanı olabileceği sorulmuş soruyu cevaplayan tıp fakültesi öğrencilerinin %95.4'ü hemşire, %85.1'i sağlık memuru, %83.9'u ebe %54.0'ı çevre sağlığı teknisyeni, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni cevabını verirken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %98.3'ü ebe, yine %98.3'ü hemşire, %76.9'u sağlık memuru %44.4'ü çevre sağlığı teknisyeni, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni cevabını vermiştir.

Resmi Gazete'de 12.08.2005'te yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte Aile Sağlığı Elemanları, Aile Hekimi tarafından belirlenen ve

Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır, yer almaktadır. Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %60.8'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %80.8'ine göre de Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için Aile Hekiminin uygun görmesi gerekmektedir. Öğrencilerinin önerme cümlesini bu şekilde tanımlaması anlamlı bulunmuştur. ($p=0,001$). Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerin bu konuyla ilgili düşüncelerini değerlendirdiğimizde tıp fakültesi öğrencilerinin %41.8'i Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliğini olumlu olarak görürken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %72.5'i Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumsuz olarak görmüştür. Öğrenciler arasındaki bu düşünce farkı anlamlı bulunmuştur. ($p< 0,0001$).

27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır. Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %61.2'si, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %78.2'si bu önermeyi doğru olarak tanımlamıştır. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin daha yüksek oranda tanımlaması anlamlı bulunmuştur. ($p=0,007$).

Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğunu ileri sürerek sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkansız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelemiştir. (13) Yani Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlememektedir. Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %33.7'si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %35.0'ı Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir olarak tanımlamıştır. Bu önermeyi öğrencilerin benzer oranlarda tanımlaması anlamlı bulunmamıştır ($p=0,934$). Ayrıca araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %56.1'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %55.8'inin de düşüncesi zorunlu sevk zinciri uygulamasının ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulama olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,245$).

Aile Hekimliği Uygulamasında çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezlerinin sorumluluğundadır. Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %65.3'ü, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %81.7'si çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini Aile Hekimliği uygulamasının bir parçası olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Aile Hekimliği uygulamasının bir parçası olduğunu tanımlama durumları farklıdır. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$).

Sağlık Bakanlığı'na göre Sağlık-NET Projesi sayesinde tanı, tahlil ve tetkik bilgilerinin hasta mahremiyeti çerçevesinde paylaşımı ile hekimler ve sağlık kurumlarının hastaya ait sağlık verilerine erişimi sağlanacak, vatandaşların hastanede daha kısa sürede daha iyi hizmet almasına olanak tanınacaktır. Proje ayrıca bakanlığın hastanelerden elde edilecek verilerden istatistiksel sonuçlara ulaşmasını, hangi bölge ve illerde hangi hastalıklar yaygın, ölüm oranları nerelerde yüksek gibi birçok saptama yapabilmesini ve bu verilere göre düzenlemelere gitmesini de mümkün kılacaktır. Sağlık-net'i Tıp Fakültesi öğrencilerinin %69.7'si vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir, %48.7'si vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir, %44.7'si Vatandaşlar kendi Sağlık Bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir olarak tanımlamışken sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %63.6'sı vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir, %54.6'sı vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir %43.4'ü vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde analiz edilerek bilimsel çalışmalarda kullanılabilir, olarak tanımlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında belli şartları taşıyan hastanelere verilen "Hizmet Kalite Belgesi" Sağlık Bakanlığının bir uygulamasıdır. Çalışmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %37.8'si, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %31.1' Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen "Hizmet Kalite Belgesi"ni Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın uygulaması olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen "Hizmet Kalite Belgesi" Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir uygulaması olduğunu tanımlama durumları arasında fark yoktur ($p=0,417$).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %38.8'i, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %37.5'ine göre Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun Sağlıkta Dönüşüm Programı

Kapsamında İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır. Öğrencilerin Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapmasının planlanmasını tanımlama durumları arasında fark yoktur ($p=0,904$).

Öğrencilere Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır düşüncesine ne yönde katıldıkları sorulmuş Tıp Fakültesi öğrencilerinin %34.7'si, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %44.2'sinin düşüncesi kısmen uygulanabilir olması yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,033$).

Özel kesimin sağlık alanındaki faaliyetlerinin 1980'lerle birlikte artması, dünyadaki dalgalanmaların Türkiye'ye de bir yansımasıdır DB sağlık reformlarının temeli, özel sektörün kamu sektöründen daha verimli çalıştığı kuralına dayanmaktadır. Bu bağlamda sağlık reformlarının temel mantığı, sağlık alanında hükümetlerin rolünün azaltılması ve özel sektör sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerini sağlarken devlete sadece düzenleyici bir rol biçmesidir (51). Dünya Bankasının 1987 yılında yayınladığı "Financing Health Services In Developing Countries" (Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı) adlı raporunda; Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüs eliyle yürütülmesinin gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici bir program teklif etmiştir (2). 1993'te Dünya Bankası'nın yayınladığı Dünya Kalkınma Raporu'nda sağlık hizmetleri ile ilgili desantralizasyon ve özelleştirme stratejilerinin güçlendirilmesi öneriliyordu. 2002 yılında iktidar olan hükümetin acil eylem planında sağlık için; Etkin, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sisteminin, nitelikli bir toplum için vazgeçilmez olduğu, devletin herkesin temel sağlık gereksinimini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunluluğu vurgusu yapılmış ve 2008 yılı itibariyle de özel sektör yoluyla sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Çalışmamızda "Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir" düşüncesine tıp fakültesi öğrencilerinin %12.2'si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %25.0'ı katılmaktadır. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,111$).

Günümüzde merkezi yönetim-yerel yönetim arasındaki görev ve sorumluluk paylaşımında denge yerel yönetim lehine değişmektedir. Bu süreç içinde devletin rolünün yol göstericilikle sınırlanmaya başladığı, dolayısıyla artık güvenlik, eğitim, sağlık, sosyal yardım, tarım ve ulaşım gibi birçok kamu hizmeti alanının artan biçimde yerel yönetimlere, sivil toplum örgütlerine ve özel sektöre açıldığı görülmektedir(53). Araştırmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin %32.7'si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %31.7'sinin düşüncesi

Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiği yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p=0,832$).

Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmaya katılanların % 67.6'sı sağlık hizmetlerinin devlet eliyle verilmesinden yanadır, özelleştirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ise % 25.1'dir. Deveci ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada çalışma grubunun %53.0'ü sağlık ocaklarındaki hizmetlerin, %48.5'i hastane hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulması taraftarı olduğu belirtilmiştir.

GSS reformun sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olan sosyal sigorta kısmıdır. Bu değişiklik toplumun tüm kısımlarını etkileyecektir. Ancak sağlık çalışanları bizzat sağlık hizmetlerini sunan kişiler olarak bu değişimden daha farklı boyutlarda etkileneceklerdir. Bu nedenle sağlık çalışanları sağlıkta reform çalışmalarının bir boyutu olarak GSS konusunda toplumun diğer kısımlarına göre daha net bilgi sahibi olması gereken meslek grubudur(49). Araştırmamıza katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %45.9'u , Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin %49.2'sinin düşüncesi GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkileyen bir uygulama olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur($p=0,883$).

Dünya Bankası ve OECD gibi örgütler az gelişmiş ülkelerde kalkınma amacına yönelik programların başarısızlığının sebebi olarak sosyal harcamalar ve iyi yönetilememeyi öne sürmekte Bu sorunlara çözüm olarak kamu hizmetlerinin üretim ve sunumunda özelleştirme, özel sektör-kamu sektörü ortaklığı ve sosyal harcamaların azaltılması gibi politikalar önerilmektedir(54). Genel Sağlık Sigortasında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanacaktır (27).

Araştırmamıza katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %29.6'sı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %46.7'sinin düşüncesi Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesini hastalar açısından olumlu bir gelişme olduğu yönündedir. Sağlık yüksekokulu öğrencileri bu uygulamayı tıp fakültesi öğrencilerine göre daha olumlu olarak görmüştür bu düşünce öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,030$).

Genel Sağlık Sigortalısı sayılanların sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde en az 90 gün prim ödemiş olması ve sağlık hizmet sunucularına başvurularda kimlik yerine geçen belgelerin gösterilmesi gerekmektedir (3) Tıp fakültesi

öğrencilerinin %39.8'i, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %56.7'sinin düşüncesi Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın "hak" olduğu düşüncesine ters olduğudur ($p= 0,062$). Ayrıca hekimin hastaya bakabilmesi için " kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı" tıp fakültesi öğrencilerinin %46,9'una, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %55,0'ına göre mesleki bağımsızlığını olumsuz etkileyen bir durum olduğu yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,239$).

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak denetim ve düzenlemeden sorumlu bir birim durumuna getirilmesi amacıyla bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlanması amacıyla "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" hazırlanmış ve 18 Mart 2010 tarihinde TBMM Plan ve Bütçe Komisyonundan geçerek Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu'na gönderildi. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin %51,0'ının sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %63,3'ünün düşüncesi Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim-hasta ilişkisini tüccar-müşteri ilişkisine dönüştürebileceği yönündedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,230$).

Resmi Gazete'de 12.08.2005'te yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte (27) Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenlerin sözleşme ile çalıştırılacağı yer almaktadır. Ayrıca GSS' ye ilişkin kanunda da aile hekiminin aynı zamanda Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan hekim olduğu belirtilmiştir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %50.0'ı Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışmayı kaygı verici bir durum olarak görürken, %21.4'ü bu düşünceye kısmen katıldığını belirtmiştir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin de %79,2'si Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışmayı kaygı verici bulmuştur. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p< 0,0001$).

Dinçer'in doktorlar arasında yaptığı araştırmasında Aile Hekimliği uygulaması var olan iş garantisini ortadan kaldıracığı sonucu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %31.6'sı Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasını kısmen gerekli görürken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %40.8 'i ise Aile

Hekimliği uygulamasını gereksiz görmüştür. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,004$).

Etik sorunlar çalışma barışını ve hizmet kalitesini bozan en önemli unsurların başında gelmektedir. Tıp mesleklerinde etik sorunlar ortaya çıkması arzu edilmeyen sorunlardır. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin %39.8'i Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeleri etik değerlerin yitimi açısından endişe verici bulmaktayken, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %70.8'i Aile Hekimliği sistemindeki - kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeleri etik değerlerin yitimi açısından endişe verici bulmaktadır. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p<0,0001$).

Dinçer'in araştırmasında bizimkinden farklı olarak Aile Hekimliği uygulaması ile doktorların arasındaki etik sorunlarda bir artış olmayacağı beklentisine doktorlar yüksek katılım göstermişlerdir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde, ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar, ortez, ilişme, iyileştirme araç ve gereçlerinde, ayaktan tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetlerinde katılım payı alınacaktır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin %33.7'si Hastanelere ve Aile Hekimliği merkezlerine başvurularda alınan "katılım payı"nın hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkileyeceğini düşünürken, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin de %58.3'ü bu düşüncededir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,002$).

Kanun ve Yönetmelikte; aile hekimi olarak atanacakların talepte bulunması şartı aranmaktadır. Aile hekimi olmak için doktorların müracaatta bulunmaları gerekmektedir. Kanunda 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak personel çalıştırılması" öngörülmüştür. Kanuna göre; "bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personeli bu hizmetler için görevlendirebilecektir". Araştırma sonuçlarına göre, Tıp fakültesi öğrencilerinin %29.6'sı Aile Hekimi olarak çalışmak istemiyorken, %27.6'sı Aile Hekimi olarak çalışmak istemektedir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %50.8'i Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak istemiyorken, %20.0'si Aile Sağlığı Elemanı çalışmak istiyordur. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p=0,001$).

Dinçer'in yaptığı araştırmada doktorlara aile hekimi olarak çalışmak isteyip istemedikleri sorulduğunda aile hekimi olmak istemediğini ifade edenlerin oranının %58.6 olduğu görülmüştür. Doktorların %16.1'i aile hekimi olmak istediklerini ifade etmişlerdir.

Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı olmayı istemeyenlerin oranının yüksek olması aile hekimliği sistemi hakkında sağlıklı bilgi sahibi olmamalarına veya sistemin doktorların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamada yetersiz kaldığı varsayımına neden olabilir.

Bakanlık, sağlık insan gücü yetersizliğini ileriye sürerek kontenjanların arttırılması talep etmiş ve YÖK 2008 tarihinde Tıp fakültesi öğrenci kontenjanlarını %30, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanını %15 artırmıştır.(13) Araştırmaya katılan öğrencilerin %41.7'si tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırılmasını ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulama olarak değerlendirirken, %28.4'ü bu durumu olumsuz değerlendirmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %42.9'u tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırılmasını olumsuz bir uygulama olarak değerlendirirken, %23.5'i bu durumu olumlu bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %56.7'si kontenjanların arttırılması olumlu olarak değerlendirirken, %16.7'si bu durumu olumsuz olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulunmuştur ($p= 0,000$).

2004 tarihli “beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasına dair karar” ile ilaçların fiyatlanmasında beş AB ülkesinin fiyatları baz alınarak fiyatlama işlemi gerçekleştirilmeye başlanılmasıyla beraber, yaklaşık 100 ilaçta %1 ila %80 arasında değişen indirimler elde edilmiş, ilaçta %18 olan KDV oranı %8' e düşürülmüştür (13). Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %56.1'i , sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %60.0'ı ilaçta %18 olan KDV oranının %8' e düşürülmesini olumlu bir gelişme olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,155$)

Sağlık-net uygulamasıyla Sağlık Bakanlığı, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında etkin ve verimli bir şekilde kullanımını sağlayarak, erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılabilir, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin sağlıkla ilgili güncel ve doğru bilgiler ile kendi bilgilerine erişebildiği, doğum ile başlayıp tüm yaşam süresince oluşan sağlıkla ilgili verilerin tüm ülkeyi kapsayacak sağlık özel ağı üzerinden paylaşılmasını amaçlamıştır. Araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin %58.2'si, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %65.0'ı tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanmasını, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark yoktur ($p= 0,582$).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeylerini ve Düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada Sağlık yüksekokulu öğrencileri bilgi sorularına tıp fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek oranlarda doğru cevaplar vermiştir. Bu durumda sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıkta dönüşüm programından daha fazla haberdar olduğu söylenebilir

1. Tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunlukla 24-27 yaş, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin 20-23 yaş grubunda olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,0001$)
2. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin tamamen kızlardan oluşması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,0001$)
3. Tıp fakültesi öğrencileri daha çok arkadaşlarıyla, sağlık yüksekokulu öğrencileri daha çok yurttan ikamet etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,0001$)
4. Tedavi için Tıp fakültesi öğrencilerin üniversite hastanesini, sağlık yüksekokulu öğrencilerin devlet hastanesini tercih etmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,0001$)
5. Sağlık yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla sağlıkta dönüşüm programını duymuştu ($p = 0.0001$)
6. Sağlık yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi edinmişti ($p = 0.027$)
7. Tıp fakültesi öğrencileri programla ilgili bilgiyi daha çok basın-internet, sağlık yüksekokulu öğrencileri ise daha çok ders yoluyla edinmişti.
8. Sağlık yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla aile hekiminin kim olduğunu biliyordu ($p = 0,001$)
9. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri çoğunlukla sağlıkta dönüşüm programının Sağlık Bakanlığı tarafından planlandığını belirtti

10. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmenin amaçlandığını daha yüksek oranda tanımlaması öğrenciler arasında fark yaratmıştır ($p=0,005$).
11. Öğrenciler daha çok yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar ile ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanların Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğunu belirtti
12. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Aile Hekimliği uygulamasında, Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenlerin sözleşme ile çalıştırılacağını daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,0001$)
13. Tıp fakültesi öğrencileri daha yüksek oranda çevre sağlığı, röntgen ve laboratuvar teknisyenin Aile Sağlığı Elemanı olabileceği belirtti
14. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için Aile Hekiminin uygun görmesi gerekliliğini daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,001$)
15. Sağlık yüksekokulu öğrencileri Aile Sağlığı Elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak olduğunu daha yüksek oranda tanımlaması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,007$)
16. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sevk zincirinin aktif olarak işlemediğini bilme durumları arasında fark tespit edilmedi ($p=0,934$)
17. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Parçası olmadığına büyük oranda yanlış cevap verdi.
18. Öğrencilerin çevre sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği uygulamasının Bir Parçası olmadığını bilme durumları istatistiksel açıdan anlamlı bulundu $p=0.022$
19. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri sağlık-net'i büyük oranda vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistem olarak tanımlamıştır
20. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen "hizmet kalite belgesi" nin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir uygulamasıdır önermesine büyük oranda fikrim yok cevabını vermişlerdir $P>0.417$

21. Öğrencilerin ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumunun Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapmasının planlanmasını tanımlama durumları arasında fark yoktur ($p=0,904$).
22. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin daha yüksek oranda Sağlıkta Dönüşüm Programını ülkemizde kısmen uygulanabilir bulması düşünce yönünden fark yarattı ($p= 0,033$).
23. Öğrenciler Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açmasını olumlu bir gelişme olarak görmemektedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,111$).
24. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesini sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiği yönünde değerlendirdi. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,832$).
25. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri Genel Sağlık Sigortasını sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkileyen bir uygulama olduğu yönünde değerlendirdi. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,883$).
26. Sağlık yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, kamu hastaneleriyle özel sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesini hastalar açısından olumlu bir gelişme olarak değerlendirdi ($p=0,030$).
27. Öğrenciler Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartını, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters olduğu yönünde değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,062$).
28. Öğrenciler hekimin hastaya bakabilmesi için “kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” nı mesleki bağımsızlığını olumsuz etkileyen bir durum olarak değerlendirdi. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,239$).
29. Öğrenciler Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar–müşteri ilişkisine dönüştürebilir olarak

- değerlendirdi Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,230$)
30. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin anlamlı olarak daha fazla Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışmayı kaygı verici bulmaktadır ($p< 0,0001$)
31. Tıp fakültesi öğrencileri Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliğini olumlu olarak, Sağlık yüksekokulu öğrencileri olumsuz olarak değerlendirmiştir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulundu ($p= 0,0001$).
32. Tıp Fakültesi öğrencileri ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasını kısmen gerekli görürken, sağlık yüksekokulu öğrencileri Aile Hekimliği uygulamasını gereksiz görmüştür. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulundu ($p= 0,004$)
33. Sağlık Yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeleri etik değerlerin yitimi açısından endişe verici bulmaktadır. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulundu ($p= 0,0001$)
34. Sağlık yüksekokulu öğrencileri anlamlı olarak daha fazla hastanelere ve Aile Hekimliği merkezlerine başvurularda alınan katılım payının hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir. Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulundu ($p= 0,002$)
35. Tıp Fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencileri zorunlu sevk zinciri uygulamasının ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulama olduğunu belirtti. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,245$)
36. Tıp fakültesi öğrencileri Aile Hekimi olarak çalışmak istiyorken, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak istememesi, Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,001$).
37. Tıp Fakültesi öğrencileri tıp fakülteleri ve sağlık yüksekokulu kontenjanlarının arttırılmasını olumsuz bir uygulama olarak değerlendirirken, Sağlık yüksekokulu öğrencileri kontenjanların arttırılmasını olumlu olarak değerlendirdi, Öğrenci grupları arasında bu düşünce farklı bulundu ($p=0,001$).

38. Öğrenciler ilaça %18 olan KDV oranının %8'e düşürülmesini olumlu bir gelişme olarak değerlendirdi. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,155$).
39. Öğrenciler tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanmasını, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulama olarak değerlendirdi. Öğrenci grupları arasında bu düşünce yönünden fark tespit edilmedi ($p= 0,582$).

6.2. Öneriler:

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan bir modelin verimliliği ekonomik, sosyal, kültürel faktörlerin yanı sıra çalışanların da o modeli anlayıp benimsemiş olmalarına bağlıdır

Bu çalışmanın bulguları ışığında;

- Geleceğin sağlık çalışanları olan tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerinde sağlıkta dönüşüm programına yönelik mevcut uygulamalara yer verilmeli konuyla ilgili haberdar olmaları sağlanmalı,
- Eğitim programları sadece açıklanan programın teorik olarak tanıtımı boyutuyla kalmamalı pratiğe yönelik değerlendirmeleri de içerecek biçimde farklı bakış açılarıyla şekillendirilmelidir
- Böylece öğrencilerin yani geleceğin sağlık çalışanlarının açıklanan dönüşüm programının olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilmeleri sağlanmalıdır

7. ÖZET

Türkiye’de 2003 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinde istenen değişimi sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Dönüşüm Programını” başlatmıştır. Programın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi finansmanının sağlanması ve sunulması olarak ifade edilmiştir.

Araştırmanın amacı, KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu Ebelik ve Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezun olduktan sonra çalışma hayatlarında karşılaşacakları Sağlıkta Dönüşüm Programının kapsamı ve temel bileşenleriyle ilgili bilgi düzeylerini ölçmek ve bu konuyla ilgili düşüncelerini öğrenmektir.

Araştırmaya tıp fakültesinden 98, sağlık yüksekokulundan 120 olmak üzere 218 kişi katılmıştır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Elde edilen veriler sayı ve yüzdelerle tanımlanmış, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulanmıştır. Ankette öğrencilerin bilgi ve düşüncelerini ölçmeye yönelik olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinden aile hekimliği, aile sağlığı elemanlığı, genel sağlık sigortası, sevk zinciri, kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, sağlık bilgi sistemi, planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı’na yönelik sorulara yer verilmiştir.

Araştırmada, genel olarak sağlık yüksekokulu öğrencileri bilgi sorularına tıp fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek oranlarda doğru cevaplar vermiştir. Öğrenciler Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamalarını olumsuz olarak değerlendirmelerine rağmen tıp fakültesi öğrencileri aile hekimliği uygulamasını sağlık yüksekokulu öğrencilerine kıyasla daha olumlu değerlendirmiştir.

Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerinde sağlıkta dönüşüm programına yönelik mevcut uygulamalara yer verilmesi, eğitim programlarının sadece açıklanan programın teorik olarak tanıtımı boyutuyla kalmaması gerektiği, pratiğe yönelik değerlendirmeleri de içerecek biçimde farklı bakış açılarıyla şekillendirilmesi, böylece öğrencilerin yani geleceğin sağlık çalışanlarının açıklanan dönüşüm programının olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirebilmelerinin sağlanması ihtiyacının olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm programı, tıp fakültesi, sağlık yüksekokulu, öğrenci

8. ABSTRACT

KTU FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH HIGHER SCHOOL SENIOR STUDENTS' LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAMME AND THEIR IDEAS

By 2003 Ministry of Health launched "Health Transformation Programme" to provide the desired change in health services in our country. The aims of the program are defined as effective organization of the health services and financing it.

The purpose of the researcher is to identify the level of knowledge and the opinions of the senior students of KTU Faculty of Medicine and Health Higher School within the scope of Health Transformation Programme which they are supposed to come across after graduation and its fundamental components.

The research population consists of all the senior students of KTU Faculty of Medicine and Health Higher School. Data has been gathered via survey method. 98 students from faculty of medicine and 120 students from health higher school making a total number of 218 students participated in the research. The data gathered is both identified by numbers and percentages and chi-square test is used to compare the qualitative data. The survey method includes questions for testing the knowledge of the students about the Health Transformation Programmes fundamental components: family medicine, family health personnel, general health insurance, transfer procedure, quality and accreditation, rational management of pharmaceuticals and institutional capacity building material, health information system, planner and controller health ministry.

In the research, compared with the faculty of medicine students, the Health Higher School students usually gave more correct answers to the information based questions. Although the students regard the applications of Health Transformation Programme as negative, faculty of medicine students regard Family Medicine Application more positive than the health higher school students.

It is concluded that there is a need to give place to existing applications intended Health Transformation Programme in the education of faculty of medicine and Health Higher School students who are going to be the future employees of health sector. Besides, the education syllabus should not remain only in theory, and should be shaped in altering points of views in

a way that it can include practical elements; thus, providing the students- future employees of health sector- with evaluation of the advantages and disadvantages of Transformation Programme.

Key Words : Health transformation programme, medicine faculty, health higher school, student

9. KAYNAKLAR

1. Orhan, Ö.: Küreselleşme süreci ve Türkiye’de sağlık politikaları. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniv. Sosyal Bilimler Enst., 2006.
2. Baran, E.; Türkiye’de sosyalleştirme’den sağlıkta dönüşüme sağlık harcamaları ve mevzuatı. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniv., 2009.
3. Çakıcı, S.: Yönetimin yeniden yapılandırılması bağlamında genel sağlık sigortası uygulaması. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniv. Sosyal Bilimler Enst., Sivas 2006.
4. Günaydın, A.: Aile hekimlerinin 5510 sayılı genel sağlık sigortası kanununu değerlendirmeleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniv. Sosyal Bilimler Enst., İstanbul 2007.
5. Aksu, H., Atay, E., Karaöz, B., Körükçü, Ö., Özmeri, G.: Bir grup hekim ve hemşirenin sağlıkta dönüşüm projesi ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin incelenmesi. Sted, 16(4):57, 2007.
6. T.C sağlık bakanlığı, sağlıkta dönüşüm programı, Ankara, Aralık 2003 <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E19ABF9BBCF4C02FA1> Erişim Tarihi, Mayıs 2009.
7. Yaşar, Y.G., Uğurluoğlu, E.: Neoliberalizm, küreselleşme ve sağlık. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Derg., 9(1):7, 2010.
8. Görgün, H.: Örgütlerdeki değişimin hizmet yapısı üzerindeki etkisinin incelenmesi, sağlıkta dönüşüm programının Çanakkale yerelindeki etkileri. Yüksek lisans tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Sosyal Bilimler Enst., İstanbul 2009.
9. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. 12.01.1961 tarih 10705 sayılı Resmi Gazete, www.ttb.org.tr.
10. 1219 sayılı tababet ve şuaabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanun. 14/04/1928 tarih 863 sayılı Resmi Gazete, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/451.html>
11. Bağırhan, T.: Türkiye’de sağlık örgütlenmesinde değişim. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniv., Sosyal Bilimler Enst, İzmir 2007.
12. Dinçer, M.: Sağlıkta dönüşüm programı bileşenlerinden aile hekimliği uygulamasına dair doktor beklentileri ve bir uygulama. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniv. Sosyal Bilimler Enst., Ankara 2006.
13. Akdağ, R.: Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu. sağlık bakanlığı, 2008.

14. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), dünyada küreselleşme ve bölgesel bütünleşmeler. Yayın No: 2375, ÖİK: 440, Ankara, s. 1, Ocak 1995.
15. Yılmaz, F.: Küreselleşme sürecinde gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği. Uluslar arası insan bilimleri derg., 6(1), 2009.
16. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), beşinci beş yıllık kalkınma planı (1985-1989), yayın No: DPT: 1974, s. 152
17. Haluk, Ö.: "Sağlık reformu sürecinde hastanecilik hizmetlerinin yeri", (12.10.2006) <http://www.hastanenedergisi.com.tr>.
18. Bostan, S.: Sağlıkta dönüşüm programının hastane işletmeleri üzerindeki değişim etkisi. Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniv., Sosyal Bilimler Enst., Trabzon 2009.
19. Sağlık bakanlığı, proje yönetim destek birimi, Türkiye sağlıkta dönüşüm projesi konsept notu, s. 5, 2003.
20. Coşkun, C., Çoban, H.: Kamu sektöründe iyi yönetim ilkeleri (16.02.2010) www.canaktan.org/politika/kurum-devyonetimi/aktan-coban.pdf
21. TTB yayınları, Hekimlerin değerlendirmesiyle performansla dayalı ödeme, 2009, Ankara
22. TTB, Tam gün yasası kısmen iptal, <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/179-ttb/2086-haber>
23. Sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin işlem, düzenleme iptali ve yasanın anayasaya aykırılığı istemli davada verilen yargı kararına ilişkin açıklama, erişim: 12.04.2006, <http://www.ato.org.tr/guncel/danistay karar.php3>
24. Çalış, S.: Türkiye’de sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortasının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniv. Bankacılık ve Sigortacılık Enst. İstanbul 2006.
25. 18 yaş altı çocuklarda GSS, (06.05.2010) <http://www.sgkbilgi.net/18-yas-alti-cocuklarda-gss>
26. SGK kemer sıkıyor, 18 yaş altına yeniden 'aileleri' bakacak Medimagazin, Sağlık Profesyonelleri Gazetesi, sayı: 417, www.medimagazin.com.tr, (22.10.2009) <http://www.medimagazin.com.tr/mm-sgk-kemer-sikiyor-18-yas-altina-yeniden-aileleri-bakacak-h-62154.html>
27. Genel sağlık sigortası, SGK, www.sgk.gov.tr (7.01.2010) <http://www.sgk-tr.com/genel-bilgi/genel-saglik-sigortasi.html>
28. Tedavi katılım payının uygulanması hakkında tebliğ. 1/10/2009, Resmî Gazete sayı: 27353, sıra no: 12 (18.09.2009) <http://www.memurlar.net/haber/149140/>
29. TTB yayınları, genel sağlık sigortası, ikinci baskı, s. 17, Nisan 2005.

30. Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun (2004 tarih ve 5258 sayılı), (09.12.2004)
<http://www.istabip.org.tr/yasa/ailehekim.html>
31. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği (2010 tarih, No: 27591), (12.06.2010)
www.malatyasaglik.gov.tr/index.php?...uygulamasi...
32. Aile hekimliği pilot uygulaması kapsamında sağlık bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak demeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik (2005 tarih, No:25904), (16.12.2005) <http://www.istabip.org.tr/yasa/ailesozlesme.htm>
33. TC sağlık bakanlığı aile hekimliği Türkiye modeli, 2004 Ankara: 78-79 (14.10.2009)
www.doktortr.net/.../saglik-bakanligi-hifzissihha-mektebi-mudurlugu-e-book-arsivi/ -
34. OECD (2008), sağlık sistemi incelemeleri Türkiye, OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI s.100-101 (26. 03. 2010) www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?...oecd...
35. TTB yayınları, aile hekimliğinde son durum, birinci baskı, Eylül 2006, Ankara (03.11.2009) www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi_son_durum.pdf
36. İstanbul tabip odası, aile hekimliği konusunda TTB ne dedi? nasıl dedi? ne yaptı? (21.03.2010) <http://www.istabip.org.tr/icerik/dosya-aile-hekimligi-konusunda-ttb-ne-dedi-nasil-d/>
37. TTB, sağlık ocaklarımıza sahip çıkalım, (18.01.2007)
<http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/161-aile-hekimli/479-sa-ocaklara-sahip-kal>
38. 2008 yılı sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliği <http://rega.basbakanlik.gov.tr/#> (02.12.2008)
39. 2008 yılı sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm> (01.01.2009)
40. 2008 yılı sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ.
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/01/20090131.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2009/01/20090131.htm>
41. Kamu hastane birimleri kanun tasarısı, 2007 (27.10.2007)
<http://www.memurlar.net/haber/91410/>
42. TTB, kamu hastane birlikleri tasarısı üzerine değerlendirme birinci baskı, Haziran 2007, Ankara, www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf
43. TC sağlık bakanlığı, Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri yayın no: 770, 156-157, Kasım 2008.
44. 6283 sayılı hemşirelik kanunu, (1954 tarih, No:8647) erişim tarihi:3.5.2010.
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.6283&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>

45. TC sağlık bakanlığı, hemşirelik yonnetmeliği Resmi Gazete tarihi: 08.03.2010 sayısı: 27515 <http://www.mevzuat.gov.tr/Yonetmelikler.aspx>
46. TC sağlık bakanlığı tedavi hizmetleri genel muddurluğu, hemşirelik hizmetleri daire başkanlığı 2006, (15.01.2010).
http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Sunu_Meral_Gunduz.ppt#324,1
47. TTB, ilaç ust kurulu kurulmak isteniyor, erişim tarihi: 18.04.2009
<http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/123-a/480-ast-kurulu-kurulmak-isteniyor>
48. TC sağlık bakanlığı, Türkiye sağlık bilgi sistemi eylem planı ocak 2004,
<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>
49. Hıdıroğlu, S., Önsüz, M.F., Sülün, S., Topuzoğlu, A., Karavuş, M.: Ümraniye ilçesinde birinci basamakta görevli sağlık çalışanlarının genel sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyi. TAF Prev Med Bull. 8(3):245-250, 2009.
50. Özteke, Z.: “Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği”, Toplum Hekimliği Bülteni, 25(2), Mayıs 2006.
51. Nur, N., Özşahin, L., etinkaya, S., Sümer, H.: Sağlık ocağı çalışanları açısından aile hekimliği modeli, TAF preventive medicine bulletin: 8 (1), 2009.
52. Özkan, Ö., atıker, A.: Aile sağlığı hemşireliği: Sağlık hizmetlerindeki özelleştirmenin hemşirelik mesleğindeki görünümü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 10:4, 2007
53. Erenin, A., Yolcu, V.: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, Memleket siyaset yonnetim, 3(6):118-136, 2008/6.

EKLER

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ (KTÜ)

HALK SAĞLIĞI A.B.D

KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri

Değerli Öğrenciler,

Mezun olduktan sonra çalışma hayatınızda karşılaştığınız Sağlıkta Dönüşüm Programının kapsamı ve temel bileşenleriyle ilgili olarak bilimsel verilere dayalı kanıt oluşturabilmek amacıyla sizlerin görüş ve düşüncelerinizi yansıtacak bu anketi cevaplamak üzere ayırdığınız zaman ve emek için teşekkür ederiz.

Halk Sağlığı ABD

Yaşınız :..... **Cinsiyetiniz** : Kadın () Erkek()

Okuduğunuz Bölüm :Tıp Fakültesi () Hemşirelik() Ebelik()

Annenizin eğitim durumu : okuryazar değil () okuryazar () ilkokul mezunu ()
ortaokul mezunu () lise mezunu () üniversite mezunu ()

Babanızın eğitim durumu : okuryazar değil () okuryazar () ilkokul mezunu ()
ortaokul mezunu () lise mezunu () üniversite mezunu ()

Annenizin mesleği :

Babanızın mesleği :

İkamet yeri niteliğiniz :Evde ailemle () Evde arkadaşlarımla () Evde yalnız () Yurtta ()

Diğer(belirtiniz).....

Sağlık probleminiz olduğunda tedavi için ilk olarak hangi kurumu tercih edersiniz?

Aile Hekimi () Kamu Hastanesi () Özel Hastane () Üniversite Hastanesi ()

Diğer(belirtiniz).....

Mezun olduktan sonra mesleğinizi yapmayı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()
Kararsızım ()

Sağlıkta Dönüşüm Programını duydunuz mu? Evet () Hayır ()

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bilgiyi nereden aldınız? Ailemden ()
Derslerden () Basın ve İnternet yoluyla () Seminerlerden ()
Diğer(belirtiniz).....

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ilgili bilgi edinme amacıyla araştırma yaptınız mı?
Evet ()

Hayır ()

Aile Hekimliği sistemini duydunuz mu? Evet () Hayır ()

Aile Hekiminizi biliyor musunuz? Evet () Hayır ()

(Aşağıdaki sorularla ilgili olarak birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Sağlıkta Dönüşüm Programı hangi kurum tarafından planlanmıştır ? Sağlık Bakanlığı ()
Başbakanlık () Dünya Bankası () Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası (IBRD)() Çalışma ve
Sosyal Güvenlik Bakanlığı ()

Genel Sağlık Sigortası ile kimler kapsam altına alınmıştır?

Askerlik Hizmetini Yapanlar () Yükseköğretim gören ancak 25 yaşını aşmayanlar ()
Tutuklular ve Mahkumlar () Ortaöğretim gören ancak 20 yaşını aşmayanlar ()

Kimler Aile sağlığı elemanı olabilir? Ebe () Hemşire () Sağlık memuru () Çevre
Sağlığı Teknisyeni () Röntgen Teknisyeni () Laboratuar Teknisyeni ()

Sağlık- net uygulaması;

Vatandaşların sağlık bilgilerinin yer aldığı bir sistemdir ()

Vatandaşlar kendi sağlık bilgilerine bu uygulamayla birlikte ulaşabilir ()

Vatandaşların sağlık bilgileri, mahremiyet ve gizlilik ilkeleri çerçevesinde analiz edilerek
bilimsel çalışmalarda kullanılabilir ()

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI” yla ilgili aşağıdaki bilgiler hakkında kendi durumunuza uygun olanı işaretleyiniz

	Evet	Hayır	Bilgim Yok
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mevcut yapıyı tahrip etmeden yeni bir sisteme geçmek amaçlanmıştır.			
Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri bedelinin tamamını karşılamaktadır.			
Aile Hekimliği uygulamasında; Aile Hekimi veya Aile Sağlık Elemanı olarak çalışmak isteyenler sözleşme ile çalıştırılacaktır.			
Aile Sağlık Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekmektedir.			
Aile Sağlığı elemanının görevleri arasında, hastaların sevk işlemlerini yürütmek, sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak vardır.			
Çevre Sağlığına Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği uygulamasının bir parçasıdır.			
Sağlıkta Dönüşüm Programı ilkeleri arasında yer alan sevk zinciri aktif olarak işlemektedir.			
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte belli şartları taşıyan hastanelere verilen “Hizmet Kalite Belgesi” Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bir uygulamasıdır.			
Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlanması ile ilgili görev yapması planlanmaktadır			

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI” hakkında aşağıdaki düşüncelerle ilgili sizce uygun olanı işaretleyiniz.

	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
Sağlıkta Dönüşüm programı ülkemizde uygulanabilir bir programdır.				
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bakanlığın sağlık hizmet sunumunda özel sektörden yararlanma yolunu açması olumlu bir gelişmedir.				
Bakanlığın hizmet sunumundan ziyade düzenleyici ve denetleyici rolünü üstlenmesi sağlık alanındaki rol ve sorumluluklarından çekilme eğilimine girdiğini gösterir.				
GSS sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olduğundan sağlık çalışanlarının mesleklerini bağımsızca uygulamalarını etkilemez.				
Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte, Kamu hastaneleriyle Özel Sektör hastanelerinin ulaşılabilirlik yönünden denkleştirilmesi hastalar açısından olumlu bir gelişmedir.				
Genel Sağlık Sigortasından yararlanabilmek için kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın “hak” olduğu düşüncesine ters düşer.				
Hekimin hastaya bakabilmesi için “ kişilerin prim borcunun bulunmaması şartı” mesleki bağımsızlığını olumsuz etkiler.				
Sağlıkta Dönüşüm Programıyla idari ve mali açıdan özerk hale gelen hastaneler hekim–hasta ilişkisini tüccar-müşteri ilişkisine dönüştürür.				
Aile Hekimliği modelinde zorunlu olarak sözleşmeli çalışma kaygı vericidir.				
Aile Sağlığı Elemanının Aile Hekimi ile çalışabilmesi için aile hekiminin uygun görmesi gerekliliği olumlu olacaktır.				
Ülkemizde aile hekimliği sisteminin uygulanması gereklidir.				
Aile Hekimliği sistemindeki kayıtlı kişi sayısına ve sevk oranına göre yapılan ödemeler etik değerlerin yitimi açısından endişe vericidir.				
Hastanelere ve Aile Hekimliği merkezlerine başvurularda alınan “katılım payı” hastaların hekime başvurmalarını olumsuz etkiler.				
Zorunlu sevk zinciri uygulaması ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz yığılmaları önleyebilecek bir uygulamadır.				
Aile Hekimliği uygulamasında Aile hekimi/ Aile Sağlığı Elemanı olarak çalışmak isterim.				

	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok
.Tıp Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulu kontenjanlarının arttırması ülkemizdeki sağlık insan gücünü karşılamak için yapılmış olumlu bir uygulamadır.				
İlaçta %18 olan KDV oranının %8' e düşürülmesi olumlu bir gelişmedir				
Tüm vatandaşların sağlık kayıtlarının tek bir merkezde toplanması, ülkemizde yapılacak olan analiz çalışmalarında sağlık verilerine erişimi kolaylaştıracak bir uygulamadır.				

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında bunların dışında düşüncelerinizi belirtebilirsiniz:

.....

.....

.....

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
DEAN'S OFFICE**

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi :05.05.2010
Toplantı Sayısı :17
Toplantı Yeri :Dekanlık Toplantı Salonu

KARAR 6: Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığından gelen 05.05.2010 gün ve 375 sayılı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığının 03.05.2010 tarih ve 46 sayılı yazısında yüksek lisans öğrencisi Merve AYDIN' ın Anket Formu Taslağı görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonunda; gereği düşünüldü.

KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri isimli anket çalışmasının Fakültemiz son sınıf öğrencilerinde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.



ASLI GIBİDİR

07.05.2010

Mehmet ÇOBAN
Fakülte Sekreteri

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL
ARAŞTIRMALARI
DEĞERLENDİRME
KOMİSYONU**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ASSESSMENT OF THE
SCIENTIFIC RESEARCH
COMMITTEE**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
ONAY BELGESİ**

Çalışmasının Adı: "KTÜ Tıp Fakültesi İle Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri"
Çalışmacılar: Yük.Lis.Öğr.Merve AYDIN, Prof.Dr.Gamze ÇAN, Doç.Dr.Murat TOPBAŞ
Anabilim Dalı: Halk Sağlığı AbD.

Dosya No 2010/18	Toplantı Tarihi 17.05.2010	Toplantı No 2010/2	Karar No 1
----------------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu, Tıp Fakültesi Dekanlığı Toplantı Salonu'nda Prof.Dr.Akif CİNEL'in başkanlığında: "KTÜ Tıp Fakültesi İle Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri" başlığını taşıyan tez/araştırma çalışmasının, yürütülmesine onay verilmesine Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu üyelerinin oybirliğiyle karar vermiştir. (17.05.2010)

Prof.Dr. Akif CİNEL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başkanı

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
DEAN'S OFFICE**

Sayı/Ref : B.30.2.KTÜ.0.20.00.00/278
Konu/Subj. :

Tarih: 10.05.2010

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

KTÜ Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri anket formu çalışmasının Fakültemiz son sınıf öğrencilerimizde yapılmasına ilişkin Fakültemiz, Fakülte Yönetim Kurulunun 05.05.2010 tarih ve 17/6 sayılı kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman BAYKAL
Dekan

**T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI**



**KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH**

03.05.2010

Sayı : 2010 - 45
Konu : Araştırma

TRABZON SAĞLIK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE,

Ülkemizde bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığı güvence altına almak ve eldeki tüm kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla uzun yıllardır çeşitli çalışmalar yürütülmüş ve en son olarak 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının temelleri atılmıştır.

Başlatılan bu dönüşüm programı ile sağlık çalışanlarının çalışma hayatlarını etkileyecek önemli değişiklikler olmuştur. Bu dönüşüm sırasında ortaya çıkacak yapılanma ile ilgili olarak mesleğe yeni başlayacak olan sağlık ekibi üyelerinden hemşire ve ebelerin sistem hakkında ve gelecekteki çalışma şartları ile ilgili ne kadar bilgi sahibi olduklarını araştırmak amacıyla Anabilim dalımız yüksek lisans öğrencisi Merve AYDIN tarafından bir tez çalışmasının yürütülmesi planlanmaktadır.

Araştırma ile ilgili anket formu geliştirilmektedir. Çalışmanın okulunuz son sınıf öğrencilerinde yapılabilmesi için Kurumumuzdaki tez/araştırma değerlendirme komitesinden onay alabilmek amacıyla ön izin vermeniz gerekmektedir. Araştırma Değerlendirme komisyonunun onayından sonra başlayacaktır.

Gereği için bilgilerinize arz ederim.

Uygundur
Yrd. Doç. Dr. Nesrin NURAN
MÜDÜR

Gamze ÇAN
Prof. Dr. Gamze ÇAN
Halk Sağlığı ABD Başkanı

EK-1: Anket Formu Örneği

ÖZGEÇMİŞ

Merve AYDIN, 01.04.1984 Trabzon, Merkez doğumlu olup, İlköğretim ve Ortaöğretim eğitimini Trabzon’da tamamladı.

2002-2006 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü bitirdi. 2006-2007 eğitim-öğretim yılında KTÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen aynı bölümde öğrenciliğine devam etmektedir.2006 Yılından itibaren KTÜ Farabi Hastanesi Nöroloji- Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire olarak görev yapmaktadır.

Aydın, evli ve bir çocuk annesidir.