

Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Mevzuatında Yer Alan Bazı Konuları Benimseme Durumu

Opinions of Primary Care Health Workers on Family Medicine Legislation

Funda Sevensan

M.D.
Department of Public Health
Hacettepe University
fundasevensan@yahoo.com

Güledal Boztaş

Specialist, M.D.
The Ministry of Health of Turkey
guledal@hotmail.com

Fehminaz Temel

Specialist, M.D.
Department of Public Health
Hacettepe University
fehminazt@yahoo.com

Muhterem Akbay

M.D.
Department of Public Health
Hacettepe University

Sarp Üner

M.D., Ph.D.
Department of Public Health
Hacettepe University
sarpuner@hacettepe.edu.tr

This study was presented at the XI National Congress of Public Health, 23-26 October 2007, Denizli, Turkey.

Submitted : February 18, 2009
Revised : June 09, 2009
Accepted : January 29, 2010

Corresponding Author:

Dr. Funda Sevensan
Halk Sağlığı Uzmanı
Sağlık Müdürlüğü
Diyarbakır / Turkey

Phone : +90- 312 3051590-505 2973166
E- mail : fundasevensan@yahoo.com

Özet

Amaç: Aile hekimliği uygulamasına geçilmemiş bir ilde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin Aile Hekimliği uygulaması mevzuatında yer alan bazı konuları ne ölçüde benimsediklerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, 2006 yılında bir Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmıştır. Aile Hekimliği uygulamalarındaki yasa ve yönetmelikleri dikkate alarak hazırlanan önermeler, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, finansmanı ve örgütlenmesi ile ilgili üç alanda değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar Aile Hekimliği yasa ve yönetmeliklerinde belirtilen fikirlerin daha fazla benimsenmesi olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama puanları, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanında 44,9±16,1, finansman alanında 34,1±17,5 ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi alanında ise 57,0±20,1 iken hemşire, ebe ve sağlık memurlarından oluşan grup sırasıyla 41,8±12,9, 26,5±16,3 ve 54,1±15,9 puan almışlardır. Sağlık hizmetleri finansmanı alanında, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Araştırmaya katılan hekimlerin ve diğerlerinin sosyalleştirme ve aile hekimliği mevzuatlarında benzer ve farklı şekilde bulunan önermelerden aldıkları puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: Çalışmada yer alan birinci basamakta sağlık hizmeti sunan personelin aile hekimliği uygulamasını destekleyen yanıtlardan aldıkları puan ortalamalarının düşük oluşu bu uygulamaların tam olarak benimsediklerini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: **Birinci Basamak Sağlık Hizmeti, Aile Hekimliği, Sağlık Personeli**

Abstract

Purpose: The aim was to get some adopt on Family Medicine Legislation of primary care health workers working in a district where this legislation has not been yet started.

Material and Methods: This descriptive study was conducted in 2006, in all of the primary care centers in one district of a city. The propositions on three basic areas, which are planning, organization and financing of health services considering the Family Medicine Legislation were evaluated. The answers to the propositions were scored, and the highest scores indicate that the Family Medicine Legislation is supported by the primary health care workers.

Results: The mean scores of the doctors on organization, financing and utilization of health services were 44.9±16.1, 34.1±17.5 and 57.0±20.1, respectively. The mean scores of nurses/midwives on the same areas were 41.8±12.9, 26.5±16.3 and 54.1±15.9, respectively. Health services financing area scores of the doctors were significantly higher than the other health workers (p<0,001). The mean scores of the doctors and the nurses on propositions apparently different and similar in two legislations were significantly different for doctors and nurses (p<0,001).

Conclusion: The mean scores on propositions which agreed on the Family Medicine Legislation practice were low. This result may show that the health workers have not adopted the principles of this legislation yet.

Key words: **Family Practice, Health Personnel; Primary Health Care.**

Giriş

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü “sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır (1-4). Birinci basamak sağlık personeli sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik bir noktadadır (5, 6). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı açısından önemi 1978 yılında Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda belirtilmiştir. Türkiye’de ise bu konferanstan önce 1961 yılında kabul edilen "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile bu hizmetlerin önemi benimsenmiştir. Bu yasa sağlık hizmetlerine beş temel ilke getirmektedir. Bunlar, hizmetlerin var olması (sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmesi), hizmetin kabul edilebilir olması (sağlık hizmetlerini planlama ve uygulamada halkın katılımının sağlanması), entegre sağlık hizmeti (koruyucu ve tedavi hizmetlerin birlikte sunulması), kademeli hizmet anlayışı ve ekip anlayışıdır (1-3, 7, 8).

Birinci basamak sağlık örgütünün sunacağı sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetisi ve yetenekleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı en önemli kuruluştur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde temel birim Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık ocaklarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü birimler olan sağlık ocaklarında evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin yanı sıra kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin tümü, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin ise bazıları verilmektedir (7). Dünya Bankası 2003 yılında Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerinin sunumunu güçlendirmek amacıyla Aile Hekimliği kavramı ve uygulamasının benimsenmesi gerektiğini (9) ifade etmesini takiben Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimliği benimsenmiş ve uygulamaya konmuştur (10).

Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Aile Hekimliği’ni, “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı klinik bir uzmanlık” olarak tanımlamaktadır (11, 12). Bu kavrama göre aile hekimi birinci basamakta

görev yapan, bireye ve ailesine kişi merkezli yaklaşım sergileyen, hastalıkları tanı ve tedavisinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesinde de görev üstlenen, sağlık sorunlarını mevcut ortam koşullarıyla ele alan uzman hekimdir (10).

Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uzmanlığına dayandığı görülmektedir. Ancak uygulamada sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim pratisyen ya da uzmanlığına bakılmaksızın aile hekimi olabilmektedir. Aile hekimliği sistemi, sigorta sistemine dayanan, belirli bir bölgeye ait nüfusa göre örgütlenmemiş, tedavi hizmetlerine odaklı, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birbirinden ayıran ve hekim odaklı bir sistemdir (13, 14).

2005 yılına kadar sağlık ocakları ile sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetleri, “Sağlıkta dönüşüm programı” kapsamında aile hekimleri tarafından verilmeye başlanmıştır (15-17). Aile Hekimliği Pilot Kanunu ile yürütülen çalışmalar sonucunda 2008 sonu itibarıyla 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve yeni iller hızla uygulamaya dâhil edilmektedir. Bu çalışmada henüz sosyalleştirmem geçeri olduğu bir ilde birinci basamakta sağlık hizmeti sunan personelin Aile Hekimliği uygulaması mevzuatında yer alan bazı konuları ne ölçüde benimsediklerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, 2006 yılında bir il merkezinde yer alan Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı 31 sağlık ocağı ve AÇS/AP merkezinde yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda çalışan hekim (136 kişi), hemşire (119 kişi), ebe (147 kişi) ve sağlık memurları (19 kişi) araştırmanın evrenini (421 kişi) oluşturmuştur. Örnek seçilmemiş ve tüm çalışanlara ulaşılması hedeflenmiştir. Hekimlerin %62,5’i (85 kişi), hemşirelerin %81,5’i (97 kişi), ebelerin %68,0’ı (100 kişi) ve sağlık memurlarının %84,2’si (16 kişi) araştırmaya katılmıştır.

Veri toplama aracı olarak 50 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve iş öyküsünün yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Aile Hekimliği uygulamalarındaki yasa ve yönetmelikleri dikkate alarak hazırlanan 32 önerme bulunmaktadır. Anketin ön denemesi aynı ilin başka bir sağlık grup başkanlığında bulunan bir sağlık ocağında yapılmıştır. Üçlü likert biçiminde hazırlanan önermeler üç farklı alanda gruplanarak değerlendirilmiştir. Bu gruplar sağlık hizmetlerinin

örgütlenmesi, finansmanı ve yürütülmesidir. Tablo II’de listelenen önermelerden 1, 2, 5, 6, 12, 21, 26, 27, 30, 31 ve 32 numaralılar aile hekimliği uygulaması mevzuatında yer alan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, 8, 9, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28 ve 29 numaralılar finansmanı, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16 ve 22 numaralılar ise yürütülmesi ile ilgilidir.

Her önerme Aile Hekimliği uygulamasını destekler yönde yanıtlandığında bir puan verilmiş, her alanda alınan puanlar gruptaki önerme sayısına bölünerek 100 ile çarpılmış, böylece katılımcıların yukarıda bahsedilen sağlık hizmetlerinin her “alan”ı ile ilgili puanları 100 üzerinden değerlendirilmiştir.

Önermelerden alınan yüksek puanlar Aile Hekimliği uygulamalarındaki yasa ve yönetmelikte belirtilen fikirlerin daha fazla benimsenmesi olarak tanımlanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan önermelerden bazıları (1, 3, 5, 7, 8, 11, 15, 19, 22, 29) hem *Sosyalleştirme* hem de *Aile Hekimliği* mevzuatında benzer şekilde yer aldığından ve “Her iki mevzuatta benzer şekilde yer alan” önermeler olarak tanımlanmıştır.

Araştırma yapılan İlin Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin ve katılımcıların bilgilendirilmiş olurları alınmış ve Helsinki İlkeler Deklerasyonuna uyularak gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan anket formları Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki tüm birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara posta ile dağıtılmış ve toplanmıştır.

Toplam sağlık hizmeti verilen süre ve birinci basamakta sağlık hizmeti sunma süresi ay olarak analiz edilmiş, tablolarda yıla çevrilerek sunulmuştur. Veriler 15.0 SPSS paket programına girilmiştir. Analizlerde yüzde dağılımları kullanılmıştır. Ayrıca veriler kolmogorov-smirnov testi ile incelenmiş ve normal dağılım göstermesi nedeniyle parametrik testlerden t-testi kullanılmıştır. Veriler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılmayı kabul eden 299 hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurunun bazı sosyodemografik özellikleri Tablo I’de sunulmuştur. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $36,0 \pm 6,1$ yıldır (en küçük-en büyük=24-63 yıl, ortalama 35,0 yıl) ve %82,6’sı (247 kişi) kadındır. Katılımcıların %90,9’u (271 kişi) evlidir, %28,5’i (85 kişi) hekimidir. Yüzde 55,2’si (164 kişi) 11–20 yıl arasında sağlık hizmeti sunduğunu, %59,4’ü (174 kişi) ise 10 yıl ve daha kısa süredir birinci basamakta sağlık hizmeti

sunduğunu belirtmiştir (Tablo I). Sağlık hizmetleri sunma süresi $13,7 \pm 5,8$ yıl (Ortanca: 14,0 yıl, en küçük-en büyük: 6 ay-29 yıl), birinci basamakta sağlık hizmetleri sunma süresi ise $9,4 \pm 6,0$ yıl (Ortanca: 9,0 yıl, en küçük-en büyük: 2 ay-29 yıl) olarak bulunmuştur.

Tablo I. Araştırmaya katılan sağlık personelinin bazı sosyodemografik özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Yaş (n=299*)		
≤30	43	14,4
31-40	192	64,2
41-50	56	18,7
>50	8	2,7
Cinsiyet (n=299*)		
Erkek	52	17,4
Kadın	247	82,6
Medeni durum (n=298*)		
Evli	271	90,9
Bekâr	16	5,4
Boşanmış		
Eşi ölmüş, dul		
Çalıştığı kurumdaki statüsü (n=299*)		
Hekim	85	28,5
Hemşire, ebe, sağlık memuru	214	71,5
Sağlık hizmeti sunma süresi (n=297*)		
≤10 yıl	93	31,3
11-20 yıl	164	55,2
>20	40	13,5
Birinci basamakta sağlık hizmeti sunma süresi (n=293*)		
≤10 yıl	174	59,4
11-20 yıl	108	36,9
>20	11	3,8

*Bazı katılımcılar bazı soruları cevaplamamıştır.

Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Aile Hekimliği uygulamalarını içeren bazı önermelere verdikleri yanıtların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo II’de sunulmuştur.

Tablo II. Araştırmaya katılan sağlık personelinin önermelere verdikleri yanıtların dağılımı.

Önerme	Hekim (n=85)		Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru (n=213)	
	Katılan (%)	Katılmayan (%)	Katılan (%)	Katılmayan (%)
1.Sağlık hizmeti; herkese, her zaman ve her yerde verilmelidir.	69,0	25,0	78,5	18,2
2.Hasta olan kişi, baş vuracağı hekimi seçebilmelidir.	80,0	12,9	93,3	4,3
3.Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilmelidir.	82,1	14,3	72,6	22,7
4.Sağlık hizmeti sunulan nüfusun takibi için haneye ve kişiye özel kayıt tutulmalıdır.	82,4	8,2	76,1	18,0
5.Sağlık hizmeti, bir ekip hizmetidir.	95,3	1,2	99,0	0,5
6.Bir ailedeki bütün kişiler aynı hekimden hizmet almalıdır.	42,2	49,4	39,2	55,2
7.Sağlık hizmeti; öncelikli olarak en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan hastalıklara yönelik olmalıdır.	67,1	23,3	43,1	45,0
8.Hastalar, acil durumlar dışında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmamalıdır.	81,0	15,5	74,1	23,1
9.Hasta isteği doğrultusunda 2.basamak sağlık kuruluşuna (hastaneye) sevk edilebilir.	45,8	47,0	73,0	22,3
10.Sağlık hizmetlerini planlama ve uygulama çalışmalarına halk da katılmalıdır.	46,4	38,1	43,1	43,1
11.Sağlık hizmetlerinde ayaktan tedavi öncelikli hizmet olarak verilmelidir.	63,1	32,1	78,6	12,4
12.Sağlık hizmeti, belli bir nüfusa hizmet verecek biçimde planlanmalıdır.	78,3	13,3	78,4	16,3
13.Hekim olmasa da sağlık hizmeti verilebilir.	33,3	56,8	49,9	42,0
14.Aile Hekimliği uzmanları birinci basamakta çalışmalıdır.	73,2	7,3	77,2	9,7
15.Birinci basamak sağlık personelinin sürekli eğitimi yapılmalıdır.	90,4	4,8	85,0	10,7
16.Birinci basamakta sadece koruyucu sağlık hizmeti verilmelidir.	15,7	79,5	49,3	44,0
17.Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli tam gün esasına göre çalışmalıdır.	49,4	38,3	35,7	50,8
18.Hekimler sözleşmeli olarak da çalışabilmelidirler.	27,8	48,1	32,7	23,9
19.Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri ücretsiz olmalıdır.	55,4	30,1	58,8	27,9
20.Hekim, verdiği hizmet sayısını göz önüne alınarak ücretlendirilmelidir.	40,2	48,8	42,0	32,4
21.Özel sağlık kuruluşları yaygınlaştırılmalıdır.	33,3	53,1	39,1	41,5
22.Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda gezici sağlık hizmeti de bulunmalıdır.	45,7	40,7	34,6	49,3
23.Hekim, sabit ücretle çalışmalıdır.	27,2	60,5	20,7	45,8
24.Sağlık hizmetleri için prime dayalı bir sigorta sistemi kurulmalıdır.	31,3	37,3	25,9	29,8
25.Hasta başına ücret alınması uygundur.	31,3	47,0	35,4	39,9
26.Kişiler sağlık hizmeti almak için bir hekime kayıt olmalıdır.	45,1	42,7	32,8	52,0
27.Hekimin mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları ve o bölgedeki kişilerin ihtiyaçları dikkate alınarak hekim tarafından belirlenmelidir.	75,6	13,4	35,0	42,7
28.Kişiler aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemelidir.	55,6	28,4	27,4	54,8
29.Hekim tarafından sevk edilmeden 2.basamak sağlık kuruluşlarından (hastane) hizmet almak isteyen kişilerden katkı payı alınmalıdır.	72,6	16,7	28,4	56,7
30.Birinci basamak sağlık hizmetleri, aynı bölgede yaşayan kişilere sunulmalıdır.	56,0	34,5	55,5	37,3
31.Hekim yalnızca kendisine kayıt olacak kişilere sağlık hizmeti sunmalıdır.	26,2	63,1	16,1	67,8
32.Hastalar yakınmalarına göre istedikleri uzmana doğrudan başvurabilmelidir.	23,8	72,6	65,1	27,8

“Fikrim yok” cevabı tabloda verilmemiştir. Aile Hekimliği uygulamasını destekler yanıtlara “1” puan verilmiştir. Bu yanıtlar koyu renk olarak işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık personelinin “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi”, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” ve “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi” alanlarında alınan puanlar ve gruplar arası farkın dağılımı Tablo III’te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi alanından aldıkları puan ortalaması 44,9±16,1 iken hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aynı alanda aldıkları puan ortalaması 41,8±12,9’dur. Hekimlerin sağlık hizmetlerinin

yürütülmesi alanından aldıkları puan ortalaması 57,0±20,1 iken diğer grubun aynı alanda aldıkları puan ortalaması ise 54,1±15,9’dur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında hekimlerin aldıkları puan ortalaması 34,1±17,5 iken, diğer grubun aynı alanda aldığı puan ortalaması 26,5±16,3 olarak saptanmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanı alanında “alan puanı” açısından hekim ve diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo III).

Tablo III. Araştırmaya katılan sağlık personelinin “alan puanı” ve gruplar arası farkın dağılımı.

Sağlık Hizmetlerinin...	Hekim (n=85)	Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru (n=213)	t	p
	Ort.±ss	Ort.±ss		
Örgütlenmesi	44,9±16,1	41,8±12,9	1,758	0,080
Finansmanı	34,1±17,5	26,5±16,3	3,610	<0,001
Yürütülmesi	57,0±20,1	54,1±15,9	1,320	0,188

Aile Hekimliği uygulaması ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi mevzuatında benzer şekilde yer alan ve farklı olan önermelerden alınan puanlar ve gruplar arası farkın dağılımı Tablo IV’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin her iki mevzuatta da benzer şekilde bulunan önermelerden aldıkları puan ortalaması 50,8±16,7 iken, farklı olan önermelerden aldıkları puan ortalaması 27,7±11,6 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının her iki mevzuatta da benzer

şekilde bulunan önermelerden aldıkları puan ortalaması 40,4±13,5 iken, farklı olan önermelerden aldıkları puan ortalaması 27,3±9,2 olarak saptanmıştır. Her iki katılımcı grubunda da Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi mevzuatında benzer şekilde yer alan önermelerden aldıkları puan ortalamaları farklı olan önermelerden aldıkları puan ortalamalarından yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo IV).

Tablo IV. Araştırmaya katılan sağlık personelinin Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi mevzuatında benzer şekilde yer alan ve farklı olan önermelerden aldıkları puanlar ve gruplar arası farkın dağılımı.

	Her iki mevzuatta...		t	p
	Benzer şekilde yer alan önermeler Ort.±ss	Farklı olan önermeler Ort.±ss		
Hekim (n=85)	50,8±16,7	27,7±11,6	15,633	<0,001
Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru (n=213)	40,4±13,5	27,3±9,2	15,054	<0,001

Tartışma

Çalışmada yer alan birinci basamakta sağlık hizmeti sunan personelin aile hekimliği uygulamasını destekleyen yanıtlardan aldıkları alan puan ortalamalarının 60 puandan düşük oluşu, bu uygulamaların tam olarak benimsemediklerini düşündürmektedir. Çalışmanın

yapıldığı ilde henüz uygulamaya geçilmemiş olması ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili bilgilendirmenin yapılmamış olması bu durumun nedenleri olarak ilk anda sayılabilir. Ancak son üç yılda aile hekimliği uygulamasının hızlı yaygınlaşması nedeni ile kamuoyunda olumlu ve

olumsuz yönleriyle sıklıkla yer alması, tartışılması ve Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı sonunda uygulamayı tüm ülkeye yayma düşüncesi göz önüne alındığında sağlık personelinin konuya bu derece ilgisiz kalması düşündürücüdür. Bir hizmetin başarılı olması için o hizmeti verenlerin sistemi benimsemeleri gereklidir. Aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmemiş bölgelerde uygulamanın ilke ve mevzuatı konusunda bilgilendirme yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin tüm gruplarda "alan puanı" hemşire, ebe ve sağlık memuru grubundan yüksek olarak saptanmıştır. Hekimlerin aldıkları puanların yüksek oluşu aile hekimliği sisteminin hekim odaklı olarak kurgulanmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim Sağlık Bakanlığı 2008 kayıtlarına göre, Aile Hekimliği sisteminin uygulandığı illerde Aile Hekimlerinin %99'u sözleşmeli çalışırken, Aile Sağlığı Elemanlarının yalnızca %75'i sözleşmeli çalışmaktadır. Aile Sağlığı Elemanı olacak yardımcı sağlık personelinin sözleşmeli çalışma koşullarını hekimlere göre daha az tercih ettiği görülmektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanı alanında hekim ve diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Bu hekim grubunun aile hekimliği mevzuatındaki finansman alanını diğer gruba göre daha fazla benimsedikleri biçiminde yorumlanabilir ve hekimlerin aylık gelirlerinin bu uygulama ile artmasından kaynaklanabiliyor olabilir. Aile hekimliği uygulamasında yer alan bir hekimin geliri üç katı kadar artarken diğer sağlık personelinde bu artış çok daha düşük olmaktadır (9).

Halen ülkenin farklı bölgelerinde uygulanan Aile Hekimliği ve Sosyalleştirme hizmet modellerinin mevzuatlarında benzer hususlar da yer almaktadır. Katılımcıların benimsedikleri hususların yıllardır içerisinde hizmet verdikleri sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri uygulamasından mı, yoksa son zamanlarda gündemde çok fazla yer tutan ve hızlı bir yayılma gösteren aile hekimliği uygulamasından mı kaynaklandığını incelemek amacıyla katılımcıların aldıkları puanlar farklı bir gruplama ile yeniden değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin her iki mevzuatta da benzer şekilde bulunan önermelerden aldıkları puan ortalaması, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının aldıkları puan ortalamasından yüksektir. Her iki araştırma grubunun mevzuatlarda farklı olan önermelerden aldıkları puan ortalaması ise benzer bulunmuştur. Her iki katılımcı grubunda da Aile Hekimliği

ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi mevzuatında benzer şekilde yer alan önermelerden aldıkları puan ortalamalarının, farklı olan önermelerden aldıkları puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sağlık ocakları ile günümüzde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde birçok sorun olduğu gerçektir. Ancak günümüzde sağlık ocaklarında dört duvar arasında, sadece kapıdan girenlere verilen, performans ve hasta muayenesine odaklı sağlık hizmetinin Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ilkeleri ile bağdaşması mümkün değildir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasaının öngördüğü sağlık ocaklarında ücretsiz hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, gezici hizmet, toplum katılımı, sevk sistemi ve tam gün gibi uygulamaların hiçbiri bu günkü uygulamada yer almamaktadır. Buna karşın her iki grubun benzer önermelerden daha fazla puan almış olmaları (alınan puanlar yetersiz de olsa) uygulanmasındaki birçok aksaklığa karşın sağlık personeli tarafından Sosyalleştirmenin benimsendiğini ortaya koymaktadır.

Ancak bazı sonuçların değerlendirilirken dikkatli olunması gereklidir. Araştırmaya katılan hekim grubunun dörtte biri, hemşire, ebe ve sağlık memurunun ise beşte biri hizmetlerin herkese, her yerde ve her zaman verilmesi önermesine katılmamaktadır. Oysa 1961 yılında kabul edilen ve halen araştırmanın yapıldığı ilde yürütülmekte olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunda ve 1978 yılında kabul edilen Alma Ata Bildirgesi'nde sağlık hizmetinin herkese, her yerde ve her zaman verilmesi gerektiği ilkesi bulunmaktadır. Benzer şekilde hekimlerin beşte biri, hemşire, ebe ve sağlık memurunun ise üçte biri koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ayrı verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Oysa Sosyalleştirme ile ilgili kanunda koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından entegre bir şekilde verilmesi gerektiği ilkesi bulunmaktadır (1-3, 14, 18).

Araştırmada katılımcıların önemli bir bölümü kişilerin isteği doğrultusunda ikinci basamağa sevk edilebileceğini ve hastaların istedikleri uzmana doğrudan başvurabileceklerini ifade etmişlerdir. Oysa Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunda kademeli hizmet ilkesi bulunmaktadır. Aynı şekilde her iki grubun da yaklaşık yarısı hizmetin kabul edilebilir olması ilkesinden farklı olarak sağlık hizmetlerini planlama ve uygulamada halkın katılımının gerekmediğini belirtmiştir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda halen yürürlükte olan Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesi yasasında belirtilen sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşım kavramından ve yasanın temel ilkelerinden farklılık göstermektedir (1-3, 14, 18). Çalışmada yer alan sağlık personelinin yarısı birinci basamakta 10 yıldan fazla süredir çalışmakta ve sağlık hizmeti vermelerine karşın, herkese her yerde eşit hizmet, entegre hizmet (koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetlerin bir arada verilmesi), sevk sistemi, halkın sağlık hizmetlerine katılımı ilkelerini benimsemedikleri görülmektedir. Bu durumu kırk yıldan fazla süredir yürürlükte olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin çalışanlara yeterince anlatılamadığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bazı kısıtlılıkların göz önüne alınması gerekmektedir. Bunlardan birincisi çalışmanın tanımlayıcı olmasıdır. Araştırmanın yapıldığı grup dışında bir genelleme yapılmadan değerlendirilmesi doğru olacaktır. Araştırmadaki ikinci kısıtlılık çalışmada geçen “toplum katılımı”, “sevk sistemi”, “prime dayalı sigorta sistemi”, “katkı payı” ve benzeri kavramlar katılımcılara ayrıca açıklanmamıştır. Katılımcılar bu kavramları farklı algılamış olabilirler. Kısıtlılıklardan üçüncüsü ise sorulan sorular araştırmacıların hazırladığı önermelerle sınırlıdır ve katılımcıların Aile Hekimliği sistemi ve uygulaması hakkındaki genel görüşlerinin ne olduğu kendi ifadeleri ile sorulmamıştır. Sağlık hizmetlerinde birinci basamakta çalışan bir sağlık personelinin yeni uygulama hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi için temsil eden gruplarda daha detaylı incelemeler yapılması uygun olacaktır.

Kaynaklar

- 1.Öztek Z. Sağlık Yönetimi. Güler Ç, Akan L, editör. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006. p.994-1017.
- 2.Öztek Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Ankara. Palme Yayıncılık; 2004. p.91-111.
- 3.Pala K. Sağlık ocaklarını kapatmak ne anlama geliyor? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2008; 17:26-28.
- 4.Üner S, Özvarış ŞB, Turan S ve ark. Ankara'da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sunulan hizmetlere ilişkin öz değerlendirmeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14:143.
- 5.Sağlık Hizmeti Yönetimi Eğitimi Referans Notları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. <<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/referansnotlari.pdf>> (7/11/2008).
- 6.T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Ocağı Hekimlerinin Görev Analizi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 1988.
- 7.Öztek Z. Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi. 8.baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını; 2001. p.3-7.
- 8.Öztek Z. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı, Temel Sağlık Hizmetleri. 2.baskı. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını; 1992. No: 92/2. p.13-18.
- 9.Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu. Dünya Bankası Dokümanı. Rapor no: 24358-TU. Cilt 1: Ana Rapor. Mart 2003. p.77.
- 10.Belek İ, Kılıç B. 10 Soruda aile hekimliği doktorluğu. Yanlışlar değil doğrular, yalanlar değil gerçekler. Toplum ve Hekim 2003; 18:417-418.
- 11.Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2007; 27(3):412-418.
12. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. World Family Doctors. Caring For People. Wonca Europe-2002. Evans P, editor. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Başak O, çeviri editör. Haziran 2003: p.4.
- 13.Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile hekimliği Türkiye için uygun değildir. Toplum ve Hekim 2003; 18:253-255.
- 14.Öztek Z. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) yayını; 2007. p.10.
- 15.[Yazar Listesi Yok]. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında 5258 Sayılı Kanun.ÉResmi Gazete. 2004; 25665: p.1-3.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını; 2003. p.34-35.
- 17.Akdağ R. Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı yayını; 2007. p.48-49.
18. [Yazar Listesi Yok]. Aile hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik. Resmi Gazete; 25904: p.1-8.
19. [Yazar Listesi Yok]. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Sayılı Kanun. Resmi Gazete: 1961; 10705: p.1-7.