

Aile hekimliği uygulamalarının Doğankent sağlık, eğitim ve araştırma bölgesindeki durumu Ferdî Tanır^a

Özet

Amaç: Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Bunları sağlayacak en önemli araç, sağlık hizmeti sunumudur. Bu amaçla Türkiye'deki temel sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulamaları temelinde yeniden düzenlenmiştir. Bu çalışma, Adana ili kırsalında, aile hekimliği uygulamalarını hizmeti alanlar ve sunanlar açısından değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. **Yöntem:** Veriler, Adana ili Doğankent sağlık, eğitim ve araştırma bölgesindeki kırsal alanda birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanan 543 erişkin ile hizmeti sunan 43 sağlık personelinin Nisan-Eylül 2011 tarihlerinde yüz yüze görüşmeyle toplanmıştır. **Bulgular:** Hizmeti alanlar %44.0 muayene, %43.5 reçete yazdırmak için başvurduklarını bildirmişlerdir. Sürekli aynı kişilerden hizmet almalarını, her ilacı reçeteye yazdırabilmelerini, her eczaneden ilaç alımını ve sevsiz her yere gidebilmelerini avantaj, mesai dışı hizmet alamamalarını ise dezavantaj olarak nitelendirmişlerdir. ASM çalışanları çalışma ortamı ve ücretlerinden büyük oranda memnun oldukları belirtmiş, bunun yanında çalışma koşulları ile ilgili bazı yakınmalarda bulunmuşlardır. TSM çalışanlarının %77'si, genel olarak bu yeni sistemde kendilerine değer verilmediğinden yakınmışlardır. **Sonuç:** Sağlık hizmeti kullanıcıları, mesai dışı sağlık hizmeti alamamakta ve her muayenede para ödemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kesintisiz ve tamamen ücretsiz olarak sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, temel sağlık hizmeti, memnuniyet, aile sağlığı merkezi, kırsal bölge

The condition of family medicine practices in the Doğankent health, training and research region

Abstract

Objective: The primary objective of health care services is to protect and improve the health of individuals and populations. The most important facility ensuring this objective is provided by healthcare services. For this objective, basic healthcare services in Turkey have been rearranged on the basis of family medicine practices. This study was planned to evaluate of the family medicine practices for both users and servers in the rural area of Adana Province. **Method:** The data were collected between April and September 2011, face-to-face, from 43 healthcare personnel at primary health care services and from 543 adult patients residing in the Doğankent Health, Training and Research Region in Adana Province. **Results:** The users applying for healthcare services reported that their reasons were as follows: medical examination 44.0%, prescription, 43.5%. They also stated that the advantages of using the service were: encountering the same personnel, obtaining the prescription for the medications they demanded

^a Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Adana

Sorumlu Yazar: Ferdî Tanır, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Adana;
Tlf: 0532 454 18 32; Faks: 0322 338 68 24, E-mail: ftanir@cu.edu.tr

Geliş tarihi: 10.04.2013, Kabul tarihi: 23.03.2014

applying to all hospitals without referral. The disadvantage was unavailability of healthcare outside of official working hours. Personnel of family health centers reported that they were mostly satisfied the working atmosphere and salaries while they complained about their working conditions. Seventy-seven percent of the community health care centers personnel complained that they were ignored by the new system. **Conclusion:** Health care users are not able to receive service out of working hours and also pay for each medical examination. Primary health care services should be continuous and free of charge.

Key Words: Family medicine, primary health care, satisfaction, family health center, rural area

Giriş

Sağlık reformları 1980'lerden bu yana sosyal politikaların en çok tartişılan konularından birisidir. Dünyanın farklı yerlerinde uygulanan reformlar birbirlerine hem biçim hem de içerik olarak çok benzemektedir ve adeta bir reform salgını vardır. Uygulamalarda tek tip sağlık modeline gidiş varmış gibi görünse de sistemlerdeki farklılıklar ortadan kalkmamıştır.¹⁻³

Türkiye'de 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Yasa ile oluşturulan sağlık ocağı sistemi ile örgütlenme modeli,⁴ özellikle kırsal yerleşim alanlarında birçok sağlık hizmet sorununu (ulaşım, ekip ve entegre hizmet vb.) çözmekle birlikte, yerleşim, donanım, personel ve özlük hakları ile denetimin yeterli olmaması ve metropol sağlık hizmet talebine yanıt verememesi, 1970'lerin başından itibaren sağlık politikacılarının ve yöneticilerin yeterli desteği vermemesi gibi nedenlerle, beklentileri karşılayamamıştır.

1980'lerin sonuna doğru liberal ekonomik eğilimlerden sağlık sistemi de etkilenmiş ve 1987'de çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"⁵ ile kamu hastanelerinin yapısı değiştirilerek yeni işletme ve personel politikaları oluşturulma aşamaları başlamıştır. 1989-90 yıllarında yapılan çalışmalarla, Dünya Bankası kredileri ile destekli bir dizi reform

yapılmaya başlanmıştır.³ 2003 yılında "Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformları" adı altında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlatılmıştır.⁶ Programın amaçlarının; sağlık hizmetlerini etkili ve üretken yolla, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmak olarak belirtilmiştir. Temel ilkeler, insan merkezli olma, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin paylaşımı ile yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verilmesi olarak açıklanmıştır. Programın amaçlarında, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetim yapması ve genel sağlık sigortasının herkesi kapsamaması öngörülmüştür.⁶⁻¹⁰

Adana'da aile hekimliği uygulamaları, 21 Mayıs 2008 tarihinde 586 hekim ile sözleşme yapılarak başlatılmıştır. Dönüşüm öncesi bulunan 150 sağlık ocağı ve 13 grup başkanlığında, 521 hekim, 42 hemşire, 702 ebe, 117 sağlık memuru (SM), 39 çevre sağlığı teknisyeni (ÇST), 21 sekreter, 126 hizmetli, 4 şoför ile birinci basamak hizmetleri yürütölmekteydi. Sonrasında oluşturulan 94 aile sağlığı merkezinde (ASM), 575 aile hekimi pratisyeni, 23 uzman hekim, 123 ASM + 40 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) hemşiresi, 405 ASM + 115 TSM ebesi, 32 ASM + 27 TSM-SM, 37 TSM-ÇST, 27 TSM sekreteri, 54 TSM hizmetlisi ve 4 TSM şoförü ile hizmetler yürütölmeye başlanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Adana ilinde aile hekimliği öncesi ve sonrası personel durumu

Aile Hekimliği Öncesi	Aile Hekimliği Sonrası
13 Grup Başkanlığı	15 Toplum sağlığı merkezi
150 Sağlık Ocağı	94 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
521 Pratisyen hekim	575 Aile Hekimi-Pratisyen 23 Aile Hekimi-Uzman hekim
42 Hemşire	123 ASM-Hemşire 40 TSM-Hemşire
702 Ebe	405 ASM-Ebe 115 TSM-Ebe
117 Sağlık Memuru (SM)	32 ASM-SM 27 TSM-SM
39 Çevre Sağlığı Teknisyeni (ÇST)	37 TSM-ÇST
21 Sekreter	27 TSM-Sekreter
126 Hizmetli	54 TSM-Hizmetli
4 Şoför	4 TSM-Şoför
Toplam 1572 personel	Toplam 1462 personel

Sağlık sistemimizdeki birinci basamaktaki sunumda yaşanan (farklı hekim, kayıt, süreklilik vb.) sorunların giderilmesi amacı ile uygulandığı savunulan⁶⁻⁷⁻⁸ birinci basamaktaki aile hekimliği uygulamasının, hizmet veren ve alanlar tarafından değerlendirmesi ile ilk geri bildirimleri belirlemenin mümkün olacağı düşünölmüştür.^{11,12}

Bu amaçla Adana ilinde üç yıldan fazla süredir (40 ay) sürdürölen aile hekimliği uygulamalarının, özellikle

Doğankent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki durumu değerlendirilmiştir. Bu çalışma aile hekimliği uygulamaları ile oluşan birinci basamaktaki hizmet sunumu değişikliğinin, Adana ili kırsalında (merkez ilçe Yüreğir'e bağlı beldeler) hizmeti alanlar ve sunanlar tarafından değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

1980 yılından 2008 yılına kadar geçen yaklaşık 30 yılda, Çukurova Üniversitesi Tıp Faköltesi Halk Sağlığı

Anabilim Dalı, Doğan kent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi olarak bir ilçe ve yedi beldedeki yaklaşık 50.000 nüfusa hizmet vermekteydi. Bölgemizde, sekiz sağlık ocağı ve dört sağlık evinde; 22 hekim, 12 hemşire, yedi sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, 24 ebe, 10 sıtma savaş memuru, iki sekreter, 15 hizmetli ve iki şoför ile hizmet veriliyordu. Aynı bölgede 2008 Mayıs'ından itibaren altı aile sağlığı merkezi(ASM)'nde 15 hekim, 15 yardımcı sağlık personeli ve bir toplum sağlığı merkezi(TSM)'nde üç hekim, altı memur, bir sekreter ve üç hizmetli personel hizmet vermeye başlamıştır. İki sağlık ocağı ve üç sağlık evi kapatılmıştır.¹³

Bu çalışma, Adana ili Yüreğir merkez ilçesinde üç ve Karataş ilçelerindeki iki kırsal yerleşim yerindeki beş aile sağlığı merkezi ve bir toplum sağlığı merkezini içeren, Doğan kent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ndeki sağlık kurumlarında yapılmıştır. Araştırma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci kısımda, sağlık kuruluşlarına hizmet almak üzere başvuran kişilerden veri toplanmış, ikinci kısımda ise bu kuruluşlarda görev yapan yani hizmet sunanlarla görüşülmüştür. Hemşire, ebe, sağlık memurlarından oluşan veri toplama ekibine veri toplama konusunda eğitim verilmiştir. Nisan-Eylül 2011 tarihleri arasında sağlık kuruluşlarına başvuran, 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmayı kabul eden 543 kişi ile yüzyüze görüşülerek anket formu doldurulmuştur. Anket dolduran kişinin, hizmet sunumuna katkıda bulunmayan diğer bir sağlık personeli olması sağlanmıştır. Araştırmanın diğer kısmına, 18 hekim, 15 yardımcı sağlık personeli ve 10 diğer personel olmak üzere toplam 43 kişi katılmış, veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Gerek hizmet alan katılımcılar gerekse sağlık personelinin görüşmeleri, sağlık kuruluşu içinde izole bir odada gerçekleştirilmiştir.

Anketlerde hizmet alanlara; demografik bilgi soruları yanında, başvurma nedeni ve sonucu, hizmeti aldığı kişiden ve hizmetten memnuniyet, hizmet türlerinin yeterliliği, hizmet alım zamanı sorulmuştur. Hizmet aldığı personelden ve hizmetten

memnuniyetin ölçülmesinde likert tipi bir skala kullanılmıştır (tam olarak memnunum, genellikle memnunum, bazen memnunum, genellikle memnun değilim, hiç memnun değilim). Hizmet sunan sağlık personeline ise aile hekimliği uygulamaları, hizmet sunulan birimler için düşünceleri likert ve açık uçlu sorular ile sorulmuştur. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmamız için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıkları:

Araştırmanın hizmetten yararlananlarla ilgili bölümünde, bölgedeki tüm birinci basamak kuruluşları kapsanmış olsa da, yeterli örnek büyüklüğü hesaplanmamış ve olasılıklı örneklem seçilmemiştir. Bu nedenle çalışma toplumu temsil etmemektedir. Diğer yandan araştırma sağlık kuruluşuna başvuranlarda yapıldığı için, çeşitli nedenlerle hizmeti kullanmayanların görüşleri değerlendirilmemiştir.

Bulgular

Araştırmanın bulguları iki başlık altında verilmiştir.

1. Sağlık hizmetinden yararlananlar

Çalışmamızda anket uygulanan 543 erişkinin %43.1'i erkek, %56.9'u kadındır. Yaş ortalamaları: 32.2±4.5 (en küçük:18, en yüksek:71)'dir. Öğrenim durumlarının dağılımında; ilköğretim mezunu olanlar %56.4, okur-yazar olmayanlar %11.5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda, sürekli yerleşim yeri olarak belde-köyde oturanların oranı %86.0'dır. Araştırmaya katılan kişilerin mesleki durumları; %52.3'ü ev kadını, %21.0'i işçi ve %14.1'i işsiz olduğunu belirtilmiştir. Sosyal güvencelerinde %34.2'si yeşil kart, %39.6'sı SGK(4/a), %6.3'ü SGK(4/b), %6.5'i SGK(4/c) üyesi olduğunu, %13.4'ü ise hiçbir sosyal güvencesi olmadığını bildirmiştir (Tablo 2).

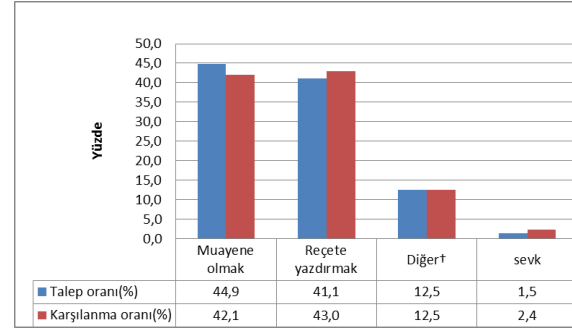
Tablo 2. Sağlık hizmeti alanların bazı demografik özellikleri

Özellikler	Ort±Ss
Yaş	32.2±4.5 (enküçük:18, en yüksek:71)
	Yüzde
Cins	
Erkek	43.1
Kadın	56.9
Öğrenim Durumu	
Okur-yazar değil	11.5
Okur-yazar	12.2
İlköğretim	56.4
Lise	14.8
Yüksekokul	5.1
Meslek	
Ev kadını	52.3
İşçi	21.0
Memur	2.6
Çiftçi	5.1
Esnaf	2.2
Emekli	5.7
İşsiz	14.1
Sosyal Güvence*	
Yeşil Kart	34.2
SGK 4/a	39.6
SGK 4/b	6.3
SGK 4/c	6.5
Yok	13.4

*SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu, Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma

Başvurma nedenlerini; %44.9'u muayene olmak, %41.1'i reçete yazdırmak, %12.5'i diğer sağlık hizmetleri (aşı, enjeksiyon, pansuman vb.), %1.5'i de sevk yaptırmak olarak belirtmiştir. ASM'de yapılan işlemlerde; %43.0'ü sadece reçete yazıldığını, %42.1'i ise muayene sonrası

reçete ile tedavi verildiğini, %12.5'ü diğer sağlık hizmeti işlemlerini ve %2.4'ü de sevk yapıldığını belirtmiştir (Şekil 1).



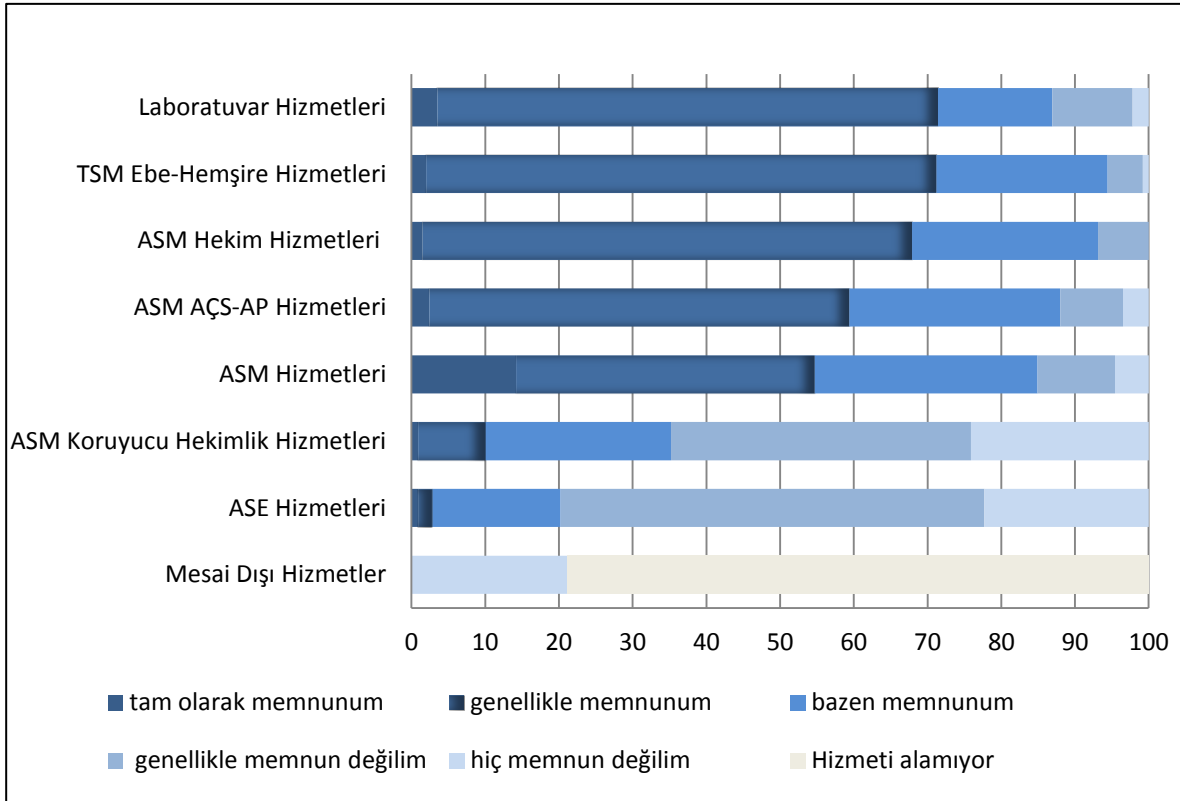
† Diğer sağlık hizmetleri: aşı, enjeksiyon, pansuman vb.

Şekil 1: Hizmet alanların talepleri ve karşılama durumu

Genel olarak ASM hizmetlerinden memnuniyet; %54.7'si tam veya genellikle memnun, %45.3'ü ise bazen memnun-genellikle memnun değil bildiriminde bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kişilerden %78.9'u mesai dışı acil sağlık hizmetlerini alamadığını, %75.3'ü sürekli aynı hekimden hizmet alabildiğini, %66.4'ü hekim hizmetinden genellikle memnun olduğunu, %55.8'i hekimin mahremiyete genellikle duyarlılık gösterdiğini, %40.7'si içeriği açıklanan koruyucu hekimlik hizmetlerinin (aşı, ana ve çocuk sağlığı, erken tanı vb.) genellikle memnun olmadığını belirtmiştir. Aile sağlığı elemanları(ASE)'nin hizmetlerini, %57.5'i katılımcı 'genellikle memnun değilim' olarak bildirmiştir. Laboratuvar hizmetlerinden memnuniyet; %67.9'u 'Genellikle memnunum', %32.1'i 'Bazen memnunum/genellikle memnun değilim', AÇS-AP hizmetlerini; %57.0'si 'Genellikle memnunum', %43.0'ü 'Genellikle memnun değilim' olarak belirtmiştir. Anket uygulanan kişilerin %50.5'i hekimlerin kendilerine tekrar muayene için randevu vermediğini, %42.4'ü yetersiz sayıda randevu verildiğini, %7.1'i yeterli randevu verildiğini belirtmiştir. TSM'nin ebe-hemşire hizmetlerinden %69.2'si genellikle memnun, %30.8'i genellikle memnun değilim olarak bildirmiştir (Şekil 2).

Anket uygulamaları sırasında açık uçlu sorulara verilen yanıtlara göre; hizmet alan kişiler, hemen her gelişlerinde aynı hekimle görüşmeleri, istedikleri ilaçları yazdırabilmeleri ve istedikleri zaman sevk alabildikleri konularda eskiye göre memnun olduklarını (%62.1) belirtmişlerdir. Hekimlerin daha fazla zaman ayırarak

hastalarla daha fazla ilgilenmeleri, bazı kurumlardaki fiziki yapıların daha uygun durumlara getirilmesi, hizmet alınan yerlerde vatandaşların memnun oldukları durumlar olarak belirlenmiştir. Hizmet alan kişiler, özellikle hekimlerin kendilerine davranışlarının iyi ve içten olduğunu (%66.4) belirtmişlerdir.



Şekil 2: ASM ve TSM personeli ve hizmetlerinden memnuniyet durumunun dağılımı

2. Sağlık hizmeti sunanlar

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %94.0'ü, çalışma ortamı ve aldıkları ücretlerin eskiye oranla belirgin ölçüde iyileştiğini belirtmiştir. Uygulamada görev alan aile hekimlerinden %96.3'ü, özerk çalışmaları ve sabit yerde çalıştıkları için memnun olduklarını bildirmişlerdir. Buna karşın TSM çalışanları ile ASM çalışanları arasındaki görev ve ücret farklarının, personel arasındaki eşitsizlikleri arttırdığını, personelin çalışma uyumu ve ekip anlayışını ortadan kaldırdığını (%81.4) belirtmişlerdir.

ASM hekimleri, yoğun poliklinik içerisinde Aile Hekimliği Bilgi

Sistemi(AHBS)'nde yaşadıkları kayıt sorunları ve harcadıkları sürenin çokluğunu, yardımcı sağlık personellerinin yetersizliğini (%92.2), her tür bürokratik ve mekanik sorunla kendilerinin ilgilenmek zorunda olduklarını (%95.3), tüm formları günlük-aylık kendilerinin doldurduklarını (%90.5), mahalle-köy ziyaretlerinde ve hizmet içi eğitim için ASM'de bulunmadıklarında polikliniğe başvuranların yakındığını (%77.8), bölge dışı hastaların bakımında sorunlar yaşadıklarını ve bakmak istemediklerini (%97.1), izine ayrıldıklarında kendilerinin istediği yerine TSM'den görevlendirilen bir hekimin çalışmasına karşı olduklarını (%96.0) belirtmişlerdir. Saha hizmetine

gerekli zamanı ayıramadıklarını (%88.3), gebe tespiti ile izlemlerinin azaldığını (6'dan 4'e) (%65.7)¹⁴⁻¹⁵, yataklık hasta tespit ve izlemlerinin istenilen düzeyde olmadığını (%86.4), ASE'nin işlemlerde yetersiz kaldığını (%75.0), performans sistemin yanlış kriterleri olduğunu (%89.9) belirtmişlerdir. Sevk zincirinin zorunlu olmamasının, ASE'nin bölgeyi tanımayan ve periferde çalışmamış kişiler olmasının sıkıntı yarattığı (%85.0), istifa eden ASE yerine hemen görevlendirme yapılamadığı için uzun süre hekimin tek çalışmak zorunda kalabildiği (%76.2), ASM hekimlerine bağlı nüfusların farklı olduğu ve bunun kayıtlardaki düzensizliklerden (başka yerde yaşayan ama orada kayıtlı, kimliksiz vb.) olduğunu (%89.5) belirtmişlerdir. Yıllık izinlerinde performanslarının kesintiye uğramasından zarar gördüklerini (%98.0) ifade etmişlerdir. ASM kullanım alanlarının kira bedellerinin saptanmasında ve ortak alanların kira bedeli ile temizlik, bakım vb. işlemleri için sorunlar yaşandığı (%85.0) belirtilmiştir. Üç ASM'de (%60.0) "Biz burayı şartlı başıyla devlete verdik nasıl size kiralararak gelir elde ederler" diye hizmet alan vatandaşlardan yakınmalar duyduklarını bildirmişlerdir.

TSM hekimleri; toplum sağlığı hizmetlerinin geri plana itildiğini, sadece hekim açığını kapatmada ve gece nöbetlerinde hekim olarak görüldüklerini ve değişik yerde piyon gibi yer değiştirerek görevlendirildiklerini, bunun dışında reçete yazamadıklarını, bürokratik-masa başı memuru görevlerini yaptıklarını, ücretlerinin çok düşük olduğunu belirterek mesleki sorun yaşadıklarını, tek kurtuluşu TUS'a hazırlanıp kazanmak olarak seçtiklerini ve kendilerini hiçe sayan kurum için görev yapmak istemediklerini (%77.0) belirtmişlerdir. Ayrıca ASM hekimleri tarafından da çok farklı ve meslek dışı kişiler gibi davranışlara muhatap olmanın deontolojik yıkımını da yaşadıklarını, çalışma ortamında ekip ruhunun ortadan kaldırıldığı ve ekonomik piyasa ruhu gibi ticari ortamın oluşturulduğu bir hizmet sektörü haline geldiklerini hissetmeye başladıklarını (%75.0) belirtmişlerdir. TSM'de çalışan diğer yardımcı sağlık

personeli; çalışma ortamı, özlük hakları ve görevler konusunda yaratılan eşitsizlik ortamının çalışma şevklerini ortadan kaldırdığını ve devletin TSM'de çalışan personelini tamamen gözden çıkardığını düşündüklerini, bu yüzden "parayı alan personel çalışsın" diyerek görev yapma isteklerinin kalmadığını (%80.0) belirtmişlerdir.

Mesai saatleri dışında hekimlerin görev yerlerinde ikamet etmemelerinden kaynaklanan acil hizmetlerin alınamaması kırsal bölgelerde çok önemli bir sorun olduğu (%78.9) bildirilmiştir. Daha önce kullanılan bazı kırsal sağlık ocağı ve sağlık evlerinin kapatılmasıyla sağlık personelinin kullandığı lojmanların atıl binalar haline geldiği dile getirilmiştir. Bu lojmanların diğer kamu kurumlardan personellere tahsisi edilmesinin istenilen verimliliğin sağlanamadığı, sağlık personeli dışındaki kamu personelinin lojmanda kalmasının da yerel tepkilere yol açtığı (%61.5) bildirilmiştir.

Tartışma

2010 yılının sonunda tüm ülkeye yaygınlaştırılan aile hekimliği uygulaması, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmet modelinin değişimi anlamına gelmektedir. Sağlık sisteminde kökten bir değişim olmasına karşın aile hekimliği uygulaması konusunda yapılmış az sayıda çalışma vardır.¹⁶⁻¹⁹ Bu çalışmanın özelliği ise, hem hizmeti kullananlar hem de hizmeti sunanlar açısından konuyu ele alıyor olmasıdır.

Araştırmanın bulguları, hizmeti kullananların genel olarak memnuniyetinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu tabloda, araştırma bölgesinin 18 yıl gibi uzun bir süre eğitim-araştırma bölgesi olmasının ve ASM'de görev alan aile hekimlerinin tümü daha önce aynı yerlerde sağlık ocağı hekimi olarak çalışmasının da rolü göz önünde bulundurulmalıdır.

Daha ayrıntılı incelendiğinde aile hekimliği uygulamalarının birinci basamak kırsalındaki hizmet alımında; hizmet alanların (aynı hekimle görüşme, istediği

ilacı yazdırabilme, istediği sevki alabilme ve kendilerine daha fazla zaman ayrılması gibi nedenlerle) memnuniyetinin arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar Sağlık Bakanlığı'nın kendi araştırma sonuçlarını verdiği çalışma değerlendirmelerinde de belirtilen sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanmada memnuniyet düzeylerini artıran bir faktör olarak, kurum farklarının ortadan kalkması gösterilmektedir.^{16,20,21} Kurum farkları ve bürokrasinin giderilmesi sonucu herkesin anlaşılabilir özel kurumlara da başvurabilmesi, her sosyal güvenlik kurumu üyesinin(SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) ilaçlarını hemen aynı koşullarda alması ve yeşil kartlılar dışındakilerin kurumlara başvurularındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması olumlu bürokratik düzenlemeler olarak değerlendirilmiştir.^{21,22}

Hizmet alan vatandaşların çoğu mesai dışı hizmet alımının mümkün olmadığını (%78.9), ASE'dan (%57.5) ve TSM ebe-hemşirelerinden (%30.8) genellikle memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer yandan hekimler, ASM'e başvuranların içinde reçete yazdırmaya gelenlerin (%41.1) çok olması yanında, ASE'lerinin sayılarının az olması ve işlemleri yapma konusunda yetersiz kalmaları gibi nedenlerle hizmette aksamlar olduğundan yakınmaktadır, Hizmetteki aksamlar konusunda elde edilen bu bulgular diğer bazı çalışmalarla benzerdir.^{17,18,19,24} ASM hekimlerinin bölge dışı hastaları performansla dahil olmaması nedeniyle angarya olarak görmesive bakmak istemeyerek olabildiğince geri çevirmesi, gebe tespit ve izlemlerinin sadece başvuru ve duyum ile ASM'e gelenlerde yapılmasının ülke genelinde yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi izlem etkinliğinin azalttığını düşündürmektedir.^{15,22,23} TSM hekimlerinin ve yardımcı sağlık personellerinin kendilerini değersiz hissetmeleri (%77), işlerinin artık ticari olduğunu belirtmeleri (%75) ve görev yapma isteklerinin kalmadığını belirtmeleri (%80) nedenleri ile aile hekimliği uygulama bölgelerinde, hekimler ve diğer sağlık personeli arasındaki eşitsizliklerin artması, sadece hekim hizmetini önceleyen, poliklinik ve

ayaktan tedavinin hedef alındığı çalışma düzeni ve harcamaların belirginleştiğinin irdelenmesi, benzer bulguları veren diğer çalışmalarda olduğu gibi ekip hizmeti anlayışlı çağdaş sağlık hizmetini engellediğini kanısına varılmıştır.^{24, 25, 26}

Aile hekimliği kırsal uygulamalarında belirlenen bu sorunların giderilmesi için; bağlı nüfusa ve performansa dayalı sistem yerine asgari-azami sınırların getirildiği ve ek ödemelerin buna göre düzenlendiği bir psikososyal motivasyon çalışması önerilmektedir.^{3,9}

Yerel özellikler dikkate alınarak birinci basamak hizmetlerinde kentsel sağlık ocağına, kırsalda ise sağlık evi ve sağlık ocağı sistemine güncellenerek dönüştürülmesi için örgütsel düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenlemede 224 sayılı Yasa'da da belirtildiği gibi entegre ve ekip çalışmalı sağlık hizmeti (sağlık ocağı modeli) temel olmalıdır.^{26, 27}

Sağlıkta Dönüşüm Programında nasıl uygulanacağı detaylı olarak verilen ama günümüze kadar yapılamayan "Etkili, Kademeli Sevk Zinciri" uygulanmalıdır.⁶

Teşekkür

Çalışmamızda anlayışla sorularımızı yanıtlayan bölge halkına ve sağlık personelimize, anket uygulamamızda zaman, yer ve emeklerini harcayan değerli meslektaşlarımız ile hemşire, ebe ve sağlık memurlarımıza çok teşekkür ediyorum.

Kaynaklar

1. Klein R. Health care reform: The global search for Utopia. *BMJ* 1993; 307(3):752.
2. Collins C, Hunter D.J, Green A. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy* 1999;(47):69-83.
3. Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları; 2007. s:15-52.

4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12.01.961 Tarih ve 10705 Sayılı Resmi Gazete. Kanun No: 224.
5. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 15.05.1987 tarih ve 19461 Sayılı Resmi Gazete. Kanun No:3359.
6. Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003, s.24-37.
7. Aile Hekimliği Türkiye Modeli (Ed. S. Aydın), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.
8. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 09.12.2004 Tarih ve 25665 Sayılı Resmi Gazete. Kanun No:5258.
- 9.Yıldırım H, Tarcan M. Karşılaştırılmal Sağlık Sistemleri: Türkiye için çıkarılacak dersler. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 20-21 Mayıs 2000.
10. OECD-WB. OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri-Türkiye. Ankara: OECD Publishing, 2008.
11. Sargutan AE. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005;8(3):400-428.
12. Ateş M. Sağlık Sistemleri. İstanbul: Beta Yayınları, 2011.
13. Akbaba M, Nazlıcan E. Doğankent S.E.A. Bölgesi Raporu, Adana, 2009.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi. AÇSAP Gn. Md., Ankara, 2008.
15. Saltuk Demir L. Aile hekimliği uygulamasına, bebek, gebe, köy ve ev ziyaretlerine genel bir bakış. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 2010, İzmir. s.72.
16. Özdemir AR. Sağlıkta dönüşüm programında aile hekimliği uygulaması ve hasta memnuniyet düzeyi: Kilis örneği. Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Denizli, 2012.
17. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzkaya A. Kayseri ilindeki aile hekimlerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünceleri ve uygulamaları. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 2012, Bursa.
18. Özyurt B, Dündar P. Manisa kent merkezinde aile sağlığı birimlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamaları ile ilgili değerlendirmeleri. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 2010, İzmir. s. 68.
19. Erkman N. Düzce ili aile hekimliği birimlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşleri. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2008, Ankara. s. 69
20. Sağlık Çalıştay 2015 Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, 2006.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) İlerleme Raporu. Ankara, 2008. Yayın No: 749
22. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. İstatistikçiler Dergisi 2008;1(2): 95-104.
23. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler-Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. 30.12.2010, R.G. 27801.
24. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünalın D. Sağlık çalışanları bakış açısı ile sağlık ocağından aile hekimliği sistemine geçiş: Kayseri ili develi ilçesi örneği. 2. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi: 2010, Ankara. s.345-359.
25. Çetinkaya A, Özmen D, Tunca A. Aile hekimliği uygulaması ile ekip anlayışının yok oluşu. 6. Temel Sağlık Buluşması: 2010, İzmir. s48.
26. Öztekin Z. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlar ve Çözümler Raporu. HASUDER. Ankara, 2007.
27. Türk Tabipleri Birliği. Sağlıkta Dönüşüm Programından Sağlıkta Dönüşüm Problemine [Online]. Erişim: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/sdp-1431.html>. Accesed July 15, 2011.