

2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Primary and Secondary Health Care Services in the Erzurum Region Between 2002-2008

Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu, Muhammet Örnek, Selim Yavuz Sanisoğlu

Sağlık Bakanlığı Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin verilmesinde başta insan kaynakları ve ulaşım sorunları olmak üzere çeşitli güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Bu çalışmada ülkemizin sağlık göstergeleri açısından daha geri durumdaki doğu bölgelerindeki sağlık verilerinin incelenmesi ve tartışılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Bu kesitsel çalışmada Erzurum sağlık bölgesinde yapılan periyodik olarak yürütülen saha çalışmaları sonucunda 2002 -2008 tarihlerinde elde edilen sağlık verileri karşılaştırılmaktadır.

Bulgular: Bölgede 2002 yılına göre pratisyen hekim sayısında %44, yardımcı sağlık personeli sayısında ise %65 artış sağlanmıştır. 2002 yılına göre yıllık başvuru sayısı 1.9’dan 4.5’e (%33’ü birinci basamak, %67’si ise ikinci basamak) yükselmiştir. Sevk oranı ise %20.2 ‘den %2.7’ye düşmüştür. Bölge geneli bebek tespit oranı %87, gebe tespit oranı ise %70’tir. DBT-1 aşı oranı ise %90’dır. Tüberküloz hasta insidansı yüz binde 14’tür. Bölge illerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde iyileşme mevcuttur. İkinci basamağa başvuru sıklığı ise halen yüksektir. Personel sayısındaki artışa rağmen aşılama başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinde hedefe ulaşmanın zaman alacağı gözlenmektedir.

Sonuç: Hizmet entegrasyonunun sağlanması, sevk zincirinin tesisi ve sağlık düzeyi göstergelerinin artırılması açısından aile hekimliği uygulaması umut vermektedir.

Anahtar Sözcükler: Türkiye, aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmeti, Erzurum sağlık bölgesi, saha ziyaretleri

Geliş tarihi: 22.06.2009

Kabul tarihi: 14.08.2009

ABSTRACT

Objective: Turkey has problems starting with manpower shortage and transportation problems to deliver health care services. In this study, it is intended to investigate and discuss the data of the eastern region of Turkey which is trailing in health care indicators.

Material and Methods: In this cross-sectional study, the health data gathered through periodical field studies in the Erzurum Health Field during 2002-2008 are compared.

Results: In the region, compared to year 2002 data, a 44% increase in general practitioner number and 65% increase in supporting medical personnel number have been achieved. Compared to year 2002 data, application to the health organisation has increased from 1.9 to 4.5 (33% to primary level and 67% to secondary level). The referrals from local health clinics to hospitals have been reduced from 20.2% to 2.7%. In the region in general, recording of birth ratio is 87% and recording of pregnancy ratio is 70%. DBT-1 vaccination ratio is 90%. Tuberculosis ratio is 14 per hundred thousand. Health care services have improved in the cities of the region. Referral ratios to secondary level frequency is still high. Even though the number of personnel is increased, it is observed that, to reach the set targets, starting with inoculation, the primary level health care services will take time.

Conclusion: Family medicine practice is promising for the integration of services, institution of referral chain system and improvement of health level indicators.

Key Words: Turkey, family medicine practice, primary health care, Erzurum health region, field visits

Received: 22.06.2009

Accepted: 14.08.2009

Giriş

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bugün ulusal sağlık sistemlerinin giderek artan taleplerle, kaynak kısıtlılığı, sağlık hizmet sunumunda eşitsizlikler ve sağlık insan gücünde sayı ve nitelik olarak eksiklik gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya ve bu yönde bir takım stratejiler geliştirmeye çalıştıkları gözlenmektedir. Yeni bir sistem tasarlanırken bir yandan gelişmiş Dünyanın felsefesi, diğer yandan da ülkenin kendi kalkınma öncelikleri dikkate alınmalıdır (1, 2).

Sağlık ihtiyaçlarının ve kaynaklarının çeşitli olmasına rağmen, sağlık sistemlerinin temel amacı, sağlık seviyesini mümkün olduğunca optimize etmek, bireyler ve gruplar arasındaki sağlık statü farklılıklarını en aza indirmektir (3). Çağdaş sağlık sistemi, "Herkese, her zaman ve her yerde" sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır (4).

Sağlık insan gücü planlaması; topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli sayıda, yüksek nitelikte, düzgün bir dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesidir (5).

Gerçekçi olmayan veya yetersiz kalan planlamaların yapılması, sistemin üretkenliğini azaltmakta, maliyeti arttırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmakta, özetle sistemin işleyişini ciddi şekilde bozmaktadır. Tüm bunların sonucunda toplumun ihtiyaç duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir.

Dünyada ve ülkemizde bu güne kadar etkili ve rasyonel bir insan gücü planlamasının yapıldığını söyleyebilmek pek de mümkün değildir (6).

Sağlık Göstergeleri

Türkiye Cumhuriyeti geniş bir coğrafyada, 70.5 milyon nüfusu ile bulunduğu bölgenin önemli ülkelerinden biridir. Nüfusun %26'sı 15 yaşın altında, yarısı 28.3 yaş altındadır; 65 yaş üzeri nüfus ise %7'dir. Kırsal kesimde yaşayan nüfus 20.838.397 (%29.5) dir. Avrupa'da çocuk ve bebek ölüm hızı en yüksek ülke Türkiye'dir (sırasıyla %0.9 ve %0.29). 5 yaş altı çocuk ölüm hızı ise %0.26'dır (4). Bu veriler ışığında Türkiye sağlık düzeyi açısından incelendiğinde orta düzeyde ülkeler arasında yer almaktadır. Hedef, en geç 2010 yılında bebek ölüm hızının binde 2'nin altına çekilmesidir. Bu zor hedefe ulaşmak yoğun ve planlı bir çalışma ile gerçekleştirilebilir (9).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir." denilerek herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama teminat altına alınmıştır (7). Sağlık politikasının en önemli hedefi bölgeler arasında sağlık hizmeti farklılıklarının azaltılmasıdır. 1960'larda "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile önemli bir sistemin temeli atılmış, ancak istenen başarı sağlanamamıştır (8). Mevcut uygulamada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aksamalar yaşanmaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu yerleşim birimlerinde daha etkili verilebilmesi için geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir (10).

Etkili bir sağlık sisteminin, sosyal ya da ekonomik koşullarına bakılmaksızın tüm bireyler için eşit, kolay erişilebilir olması, özel gereksinimleri olan insanların dışlamaması ve bunların uygun hizmete kolay ulaşmalarını sağlayabilmesi gerekir. Bu amaçla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2010 yılına kadar, bölgedeki insanların esnek ve duyarlı bir hastane sistemi ile desteklenen, aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmelerini hedef olarak belirlemiştir (9). Önerilen yeni aile hekimliği uygulamasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanacağına dair yeterince esneklik sunulmakta ve birinci basamağı kuvvetlendirmek için daha fazla kaynak vaad edilmektedir (10).

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, hasta odaklı hizmet anlayışının yaygınlaştırılması, hizmete erişimin kolaylaştırılması, basamaklar arası koordinasyonun sağlanması ve bölgesel farklılıkların ortadan kaldırılmasını sağlamak amacıyla saha çalışmaları yapmaktadır. Bu çalışmalar aile hekimliğine hazırlanan illerde geçiş öncesi hazırlıklar, aile hekimliği uygulanan illerde ise sistemin işleyişi açısından önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntemler

Bu kesitsel çalışmada sağlık göstergeleri Türkiye'nin batı bölgesine göre daha düşük olan Erzurum, Kars, Ağrı, Ardahan,

Iğdır, Artvin, Bayburt, Erzincan illerinde yapılan saha çalışmalarının sonuçları (2002-2008 tarihlerindeki sağlık verileri) karşılaştırılmaktadır. Saha çalışmaları il ve bölge bazında periyodik olarak yürütülmektedir. Çalışmalar Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı idarecileri, taşra teşkilatı idarecileri ve saha koordinatörleri tarafından oluşturulan ekipler tarafından yürütülmektedir. İlgili ekipler; belirlenen iller ya da bölgelerdeki sağlık tesislerini ziyaret ederek yerinde tespit yapmaktadır.

Kaynakların etkin kullanımı ve daha güçlü sunumunu planlamak amacıyla ülke genelinde 25 sağlık bölgesi belirlenmiştir. Sağlık Bölgeleri planlamasında illerin nüfusları, coğrafi özellikleri, hasta sevk alışkanlıkları ve vatandaşların hizmet taleplerinin doğal akışı gibi kriterler dikkate alınmaktadır. Bu durum bazı illerin birkaç farklı bölgede yer almasına sebebiyet verebilmektedir. Örneğin; Erzurum Sağlık Bölgesinde bulunan Artvin ilinin Murgul, Borçka, Arhavi ve Hopa ilçeleri Trabzon Sağlık Bölgesi'nde, Ağrı ilinin Doğubayazıt ve Patnos ilçeleri ise Van Sağlık Bölgesinde değerlendirilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda Ağrı ve Artvin iline ait istatistikî analizlere ilgili ilçeler dahil edilmemiştir.

Erzurum Sağlık Bölgesi'ndeki Erzurum, Ağrı, Artvin, Bayburt, Kars, Ardahan, Iğdır, Erzincan illeri; 15 saha koordinatörü ve 61 sağlık idarecisinden oluşan 76 kişilik ekiple değerlendirilmiştir.

Ziyaretler kapsamında 8 il ile bağlı ilçe ve köylerinde bulunan toplam 547 sağlık kurumundan 383'ü (%70) ziyaret edilerek yerinde değerlendirilmiştir. Bölge genelindeki Sağlık Müdürlüğü, Hastane, Entegre İlçe Hastanesi, ADMS, AÇS-AP ve VSD'lerin tamamı ile rastgele seçilen sağlık ocakları (%50) ziyaret edilmiştir.

Bulgular

Nüfus Analizi: Erzurum Sağlık Bölge Yapılanmasında değerlendirilen: Erzurum, Ağrı, Kars, Erzincan, Ardahan, Iğdır, Bayburt, Artvin illerinin ADNKS'ye göre toplam nüfusu: 2.380.000, ETF nüfusu ise: 2.272.000'dir. ETF ve ADNKS nüfusları arasındaki fark %4.5'tir. Bu farklılık Ardahan ili hariç kabul edilebilir fark olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık %9 fark olan Ardahan ilinde ETF kayıtlarının güvenilirliği açısından yeniden saha çalışması yapılmalıdır. Bölge genelinde nüfusun %47'si kırsal alanda yaşamaktadır. Kır nüfusu kent nüfusundan fazla olan üç il mevcuttur. Bunlar Ardahan (%73), Kars (%61) ve Ağrı (%55)'dir.

Tablo 1. Bölge geneli köy başına düşen nüfus ve nüfus yoğunluğu

İller	Nüfus/Köy	Nüfus Yoğunluğu (Kişi/Km ²)
Erzurum	288	32
Ağrı	439	47
Kars	462	33
Erzincan	186	18
Ardahan	322	21
Iğdır	544	51
Bayburt	233	19
Artvin	454	22
Bölge Geneli	338	30
Türkiye Geneli	823	90

Bölgede köy başına ortalama 338 kişi yaşamaktadır. Bu rakam 482 olan ülke ortalamasının altındadır. Bölgede köy başına düşen nüfus en fazla 544 ile Iğdır'dadır. Bölgede batıya doğru gittikçe köy nüfusu azalmaktadır (Tablo 1).

Bölge illeri genelinde 2002 yılı ile 2008 yılları arasında bazı parametrelerin karşılaştırılması Tablo 2'deki gibidir.

2002-2008 döneminde birinci basamak başvuru sayısı yaklaşık olarak %100 artış gösterirken gerek hekim ve gerekse yardımcı sağlık personeli sayısındaki artış %44-65 düzeyinde kalmıştır.

Personel Durumu: Eleman temininde güçlük çekilen bölgede 2002 yılına nazaran pratisyen hekim sayısında %44, diğ hekim sayısında %52, yardımcı sağlık personeli sayısında ise %65 artış sağlanmıştır. Diğ hekim sayısını önceki döneme nazaran %52 artmasına rağmen açık kapanmamıştır (PDC: %50) (Tablo 2).

Bölge genelinde "kişi başına yıllık sağlık kurumuna başvuru sayısı" 2002 yılına nazaran 1.9'dan 4.5'e yükselmiştir.

Başvuruların %33'ü birinci basamağa %67'si ise ikinci basamağa yapılmaktadır. Birinci basamak başvuru oranları düşüktür.

Sağlık kurumlarına yapılan tüm başvurular içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının oranı 2002-2008 arasında %38'den %33 değerine düşmüştür (Tablo3).

Bölge geneli bebek tespit oranı %87, gebe tespit oranı ise %70'tir. Hastanede yapılan doğum oranı %80'dir. DBT-1 aşı oranı ise %90'dır (Tablo 4).

Bölge genelinde bebek ve gebe takip sıklığı Ağrı ili hariç ideale yakındır (Tablo 5).

Kars, Ardahan, Iğdır ve Artvin illerinde aşı oranları düşük bulunmuştur. Ayrıca Kars, Erzincan, Ardahan, Iğdır, Bayburt, Artvin illerinde DBT-1 ve DBT-3 arasında %10'dan fazla fark, araştırılması gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Bölge genelinde bulunan 318 verem hastasının 2'si hariç diğerleri Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) kapsamında takip edilmektedir. Ardahan, Kars ve Artvin illerinde sağlık personeli gözetiminde takip oranı %25 olarak saptanmıştır. Tüberküloz hasta insidansı bölge genelinde yüz binde 14'tür.

Tartışma

Sağlık sistemleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımlarının finansmanın sağlanması, planlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır (10). Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının köşe taşlarından birisidir. Güçlü birinci basamak sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir (11, 12).

DSÖ'nün Dünya Sağlık Bildirgesi'nde sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için önerilen ilkelerden bazıları şunlardır (13):

- Birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastane sistemi tarafından desteklenmesi,
- Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyonun sağlanması,
- Geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi önerilmektedir.

Türkiye'nin bölgeleri arasında çocuk sağlığı göstergeleri

Tablo 2. Ziyaret edilen illerde 2002-2008 yılları karşılaştırması

	2002	2008	Artış Oranı
Pratisyen hekim sayısı	772	1.110	%44
Diğ hekim sayısını	89	135	%52
YSP sayısı	3.764	6.216	%65
Birinci basamak başvuru sayısı	1.709.000	3.393.000	%98
Kişi başına yıllık sağlık kurumuna başvuru sayısı	1.9	4.5	%125
Sağlık ocaklarından hastanelere sevk oranı	%20.2	%2.7	
Mobil hizmet götürülen nüfus oranı	%18	%83	%361
Kızamık vaka sayısı	300	-	
Aşı oranı (DBT-3)	%68	%90	%32
Birinci basamak muayene oda sayısı	302	%468	%55

Tablo 3. Kişi başına yıllık sağlık kurumuna başvuru sayıları ve birinci basamağa yapılan başvuruların tüm başvurular içindeki payı

	Kişi Başına Yıllık Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı		Birinci Basamak Başvuru Oranı (%)	
	2002	2008	2002	2008
Erzurum	1.7	4.1	50	47
Ağrı	1.1	3.7	31	27
Kars	1.9	4.5	47	30
Erzincan	4.2	6.6	26	20
Ardahan	1.8	4.4	36	32
Iğdır	1.5	5.4	37	29
Bayburt	2.5	5.8	42	39
Artvin	3.7	5.2	30	23
Bölge Geneli	1.9	4.5	38	33

açısından da dengesizlik mevcuttur. Ülkenin genel olarak kuzeyinde, İç Anadolu bölgesinde ve doğusunda bu problem daha yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Bebek ölüm hızında kırsal kesim göstergeleri kentsel kesime göre daha geri durumdadır (14). Bu bölgeler genellikle dağlık ve kırsal çok geniş olup, halkın eğitim seviyesi de diğer bölgelere göre daha düşük olan bölgelerdir. Çalışmamızda Erzurum bölge geneli bebek tespit oranı %87, gebe tespit oranı ise %70 ile düşük bulunmuştur. Bölge genelinde hastanede yapılan doğum oranı %80'dir. Bakanlığın 2008 sonu hedefinin %90 olduğu düşünüldüğünde, bu oranın hedefin altında kaldığı görülmektedir. Bölge genelinde DBT-1 aşı oranı ise %90'dır. Bu durum aşı yapılan bebeklerin kayıt altına alınmasında sorunlar olduğunu göstermekte ve sebeplerine yönelik araştırma yapılması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca Türk Tüberküloz ve Toraks Derneği verilerine göre ülke genelinde yüz binde 33 olan tüberküloz hasta insidansı bölge genelinde yüz binde 14 bulunmuştur. Bu durum kayıt ve tespit problemi olduğunu düşündürmektedir. Gelişmiş bölgelere göre dezavantajlı durumda olan kırsal yerleşim birimlerine özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin

Tablo 4. Hastanede yapılan doğum, gebe ve bebek tespit oranları ile DBT-1 aşı oranları

	Hastanede Yapılan Doğum Oranı (%)	Gebe Tespit Oranı	Bebek Tespit Oranı	DBT-1 Aşı Oranı
Erzurum	82	71	80	90
Ağrı	69	68	106	96
Kars	80	69	83	97
Erzincan	97	83	98	95
Ardahan	87	87	100	108
İğdir	89	47	38	85
Bayburt	96	100	98	111
Artvin	97	86	99	87
Bölge Geneli	80	70	87	94

Tablo 5. Bebek ve gebe takip sıklığı ile aşı oranları

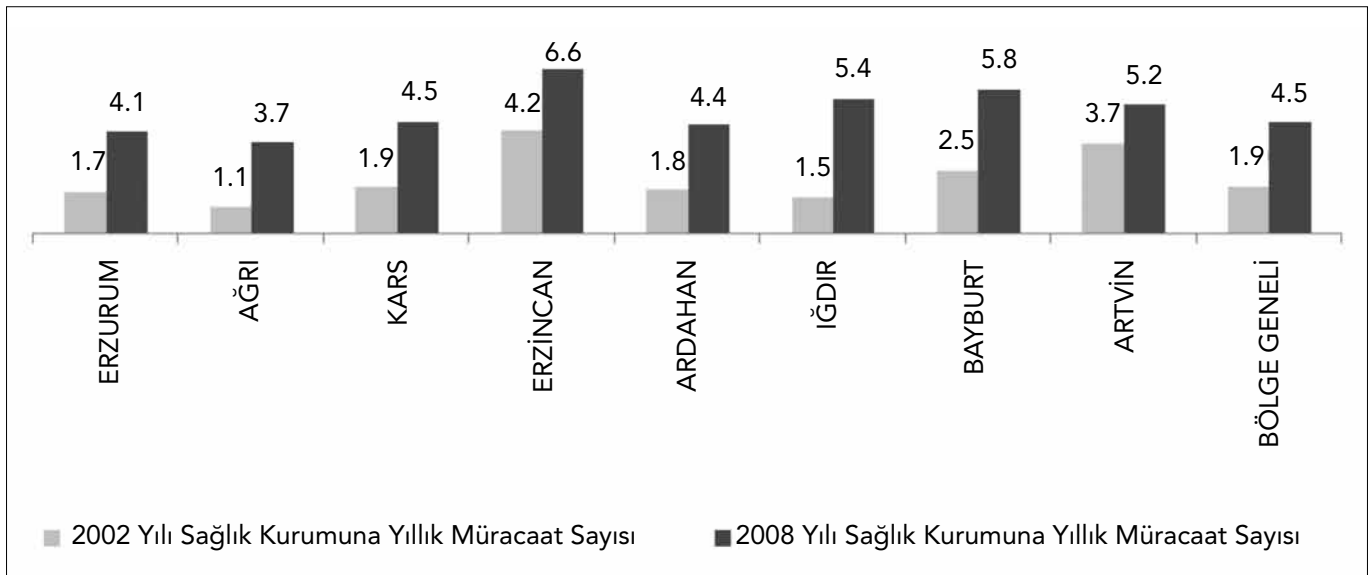
İller	Gebe İzlem Sıklığı (İdeal: 4 İzlem)	Bebek İzlem Sıklığı (İdeal: 7 İzlem)	DaBT-İPA-Hib-1 Aşı Oranı (%)	DaBT-İPA-Hib-3 Aşı Oranı (%)
Erzurum	3.1	5.5	90	93
Ağrı	2.1	2.5	96	100
Kars	5.1	5.1	97	74
Erzincan	4.2	6.0	95	78
Ardahan	5.7	6.4	108	88
İğdir	4.1	8.1	85	77
Bayburt	5.0	8.2	111	93
Artvin	3.3	13.1	87	79
Bölge Geneli	3.4	5.2	94	90

daha etkin bir biçimde götürülmesi büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik yapılmış birçok çalışma olmasına rağmen, bu çalışmalardan henüz net bir sonuç alınabilmiş değildir (6). Kırsal kesime sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı halen tartışılmakta ve yer yer bazı politikalar hayata geçirilmektedir.

Sağlık hizmetinde kırsal bölge için, populasyon büyüklüğü, köylerin büyüklüğü, kent merkezine olan uzaklık gibi birçok faktöre göre yapılmış değişik tanımlamalar mevcuttur (15). OECD ülkelerinde yatan ve ayaktan hasta servisleri sistemlerinde, ne yazık ki halen uluslar arası kabul görmüş karşılaştırmaya imkan verecek standardize edilmiş bilgiye ulaşılamamaktadır (16). Anne ve çocuk sağlığı açısından dünyada örnek ülkelerden biri olan Finlandiya'da dahi, kırsal kesimde (Lapland bölgesi) hekim çalıştırmakta zorlanılmakta, buna karşılık gelişmiş bölgelerde bekleme listelerinin olduğu bilinmektedir (17).

Çalışmamızda bölge genelinde 2008 yılındaki "kişi başına yıllık sağlık kurumuna başvuru sayısı" 2002 yılına göre artarak 1.9'dan 4.5'e yükselmiştir. Başvuru sayısı örneğin Danimarka'da yılda 6 kez, İngiltere'de yılda 5 kezdir (10). Başvuru sayısındaki bu 2.4 katlık artışın sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Başvuruların %33'ü birinci basamağa %67'si ise ikinci basamağa yapılmaktadır. Birinci basamak başvuru oranları çok düşüktür. 1978 Alma Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Yine yapılan çalışmalara göre, tetkik imkânı arttıkça hastanın birinci basamakta tutulma oranı %96'ya kadar çıkmaktadır (18). Sevk oranları çeşitli faktörler ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalar sağlık sigortasının varlığının, sevk oranını arttırdığını bildirmektedir (19). Yine uzmana ulaşımın artması da sevk oranını artırmaktadır (20). Çalışmalar kırsal kesimde ve küçük köylerde çalışan birinci basamak hekimlerinin, büyük şehirlerdekilere göre daha az sıklıkta sevk ettiklerini göstermektedir (21-23). Hasta sevk talebinin yüksek sevk hızı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (24, 25). Yapılan analitik bir çalışmada ise toleransı daha düşük ve karar verme aşamasında emin olamayan hekim grubunda sevk oranının daha yüksek ol-

**Şekil 1. 2002-2008 Yılları Sağlık Kurumuna Yıllık Müracaat Sayısı**

duğu bildirilmektedir (26). Yüksek sevk hızının yaş cinsiyet, iş yükü veya çalışılan yıllarla ilişkili olmadığı bildirilmektedir (27). Yapılan kesitsel bir çalışmada ise medikal dışı nedenlerinde sevk kararını etkilediği bildirilmektedir (28). Diğer bir çalışma ise, yüksek sevk hızının malpraktis korkusu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (29). Spesifik uzman sayısındaki artışın toplum sağlığını iyileştirici etkisi yoktur (30). Gelişmekte olan ülkelerde, sevk edilen 2. ve 3. basamak hastaneler toplum sağlığının geliştirmesinde sınırlı katkıda bulunurken, sağlık giderlerinde (bakım daha komplike ve uzmanlara çoğunlukla yüksek ödeme mevcut) çok büyük harcamalara neden olmaktadır. 2. ve 3. basamak hastaneler, fazla kullanıldığında, sağlık sistemine negatif etki edebilir. Bazı kesimler, birinci basamaktaki hekimler tarafından muayeneleri maliyet açısından çok daha uygun olabileceken, rutin sağlık bakımları için 2. ve 3. basamak hastanelerini tercih ederler. Bu durum ise hastanelerin uygunsuz kullanımı ile sonuçlanır. Politika yapıcılar, sağlık için ayrılan paranın nasıl harcanması gerektiği konusunda zor tercihlerde bulunmak durumundadırlar. Ya bu para fakirler için birinci basamak bakımına yönlendirilir, bu da 2. ve 3. basamak hastanelerin gelirlerinde potansiyel azalma yapar veya fakirlerin önündeki üst basamakların kullanımı ile ilgili engelleri kaldırır ki bu da tüm sağlık basamaklarında harcamaların yükselmesi anlamına gelir. Birinci basamak ile sevk edilen hastalar arasındaki uygun dengenin sağlanması birçok faktöre bağlıdır. Örneğin, birinci basamağın kapasitesi, uzmana ulaşılabilirlik, eğitim kapasitesi, organizasyon, kültür, politik yapı ve gelenektir. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalar hastanelerin tüm sağlık harcamalarının %50-60'ını emmektedir (31).

Ülkelerin en az %90'ı, etkili ve maliyet-etkin sevk sistemleri ile ikinci ve üçüncü basamak hastane hizmetlerine sevk ve buradan geri bildirimle hizmetin sürekliliğini sağlayan kapsamlı temel sağlık hizmetlerine ve entegre temel sağlık hizmetlerinde çalışan aile sağlığı hekimleri ve hemşirelere sahip olmalıdır. Ayrıca, sağlık, sosyal ve diğer sektörlerden multiprofesyonel sağlık ekiplerinin ve yerel toplumun da katılımı sağlanmalıdır (10).

Birinci basamak hekimi aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu hekimdir. Aile hekimliği uygulamasını yapan ülkelere bakıldığında, Aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevi görmesi sağlanmaktadır. Aile hekimi ülke çapında "sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor"dur. Ayrıca sevk ve geri bildirim önemli ölçüde uyulmaktadır (32). Aile hekimi, hastalıkların uygun basamaklarda tedavisini sağlar. Hastaya verilen hizmetleri izler, hizmet birimleri arasında koordinasyonu sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder (10). Sevkin gerekli olduğu durumlarda kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, birinci basamağa göre daha yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar (9). Kapı tutuculuğunun uzman kullanımını ve hastaneye yatışı ve de yapılan tıbbi işlemleri azalttığı gösterilmiştir (33, 34). ABD'de uzmana ulaşım imkanı arttıkça, sevk oranında artmaktadır. Kapı tutuculuğunun uygulandığı eyaletlerde ise sevk oranı ve uzman kullanımı düşmektedir (35). İsveç'te 1970 yılından beri gelişen takım bazlı birinci basamak hizmeti sayesinde sevk oranları düşmüş ve sağlık harcamaları azalmıştır. Yine bu ülkede, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile

hekimliğinde uzmanlaşma giderek artmaktadır. Aile hekimliğinde uzmanlaşma, eğitim ve deneyim düşük sevk oranlarıyla paraleldir. Uzmanlaşma ve sürekli tıp eğitimi sevk oranlarını düşürmek için en iyi yöntem olarak görünmektedir (36-38).

Bazı ülkelerde, kaynak yetersizliği ve kırsal ziyaretlere az zaman ayrılması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri başarısızlıkla sonuçlanmıştır. "birincil bakım"ın hastaların gözünde "ilkel bakım"la özdeşleşmesine sebep olunmuştur. Sevk zincirinin iyi işlememesi bu sorunları daha da artmıştır. "nitelsiz bakım" sıklıkla atlanmaya ve hastaların doğrudan hastaneye gitmelerine neden olur. Bu da sevk zincirinin işlememesine ve ikinci ve üçüncü basamağa kaynakların önemli kısmının akmasıyla sonuçlanır (39). Gelişmiş ülkelerde, birinci basamak sağlık hizmetleri tüm sağlık sistemi içine daha güçlü bir şekilde entegre edilmiş durumdadır. Bu da, hizmetlerin aile hekimleri tarafından yürütülmesi sayesinde.

Ülkemizde ikinci basamakta belirli düzeyde fiziki mekân ve hizmet sunumu kalitesi yakalanmıştır. Sevk zinciri olmadığı için hastalar fiziki mekân ve donanım açısından daha konforlu ve yeterli gördükleri yerlere, yani hastanelere yönelmektedir. Mevcut durumda %33 düzeyindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm sağlık hizmetleri içindeki payının aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması ve halka benimsetilmesi ile önümüzdeki yıllarda artırılacağı düşünülmektedir. Böylece sevk zincirinde de başarı sağlanabilecektir (40).

Sevk zinciri sisteminin başarılı olması için sistemin başarısızlığına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması gerekir. Bu süreçte uygulamaya geçilen pilot illerde yerinde izlem ve değerlendirme raporları ışığında tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesi, sevk zincirinin kurulması ve vatandaşın sistemi kabullenmesini kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda, başta eğitim, işleyiş ve ücretlendirme, kırsal bölgeler ve gezici sağlık hizmetlerinde belirlenen zorlukların giderilmesi gerekmektedir.

Türkiye gibi sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin kısıtlı olduğu ülkelerde zorunlu sevk, en uygun çözümlerden birisi olarak düşünülmelidir. Çünkü mevcut haliyle artan maliyetlerle baş etmek uzun dönemde mümkün olmayacaktır (4).

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı hem bölgeler açısından hem de aynı il içinde kırsal-kentsel bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500'ün altına düşebilirken, bazı ilçelerde 15-20 binlere çıkabilmektedir (10). Çalışmamızda ebe-hemşire sayısı Erzurum (PDC: %57) ve Bayburt (PDC: %63) hariç, yeterli düzeyde bulunmuştur. Bu iller haricinde bölge genelinde önemli YSP eksikliği bulunmadığı saptanmıştır. Hekim, ebe-hemşire açığı büyük oranda giderildiği, uygulamaların isabetli olduğu, ancak dağılımdaki sorunların devam ettiği görülmektedir. Sağlık kurumlarına başvuru iki katına çıktığı 2002-2008 döneminde sağlık personelinin aynı oranda artmamış olmasının ilk olarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde azalmaya neden olabileceği düşünülebilir. Ancak, uygulanan doğru sağlık politikalarının sonucu olarak sağlık personelinin veriminin arttığı, sağlık hizmetlerinin niteliğinde beklenenin aksine düşüş değil bir artış olduğu gözlenmektedir.

Ülkemizde değişik faktörler etkili olmakla birlikte sağlık hizmet sunumunda mevcut problemlerin başlıca sebepleri, sağlık personeli dağılımındaki dengesizlik ve çalışan sağlık personelinin motivasyon eksikliğidir. Çalışan motivasyonunu artırmak

amacıyla hekimin çalışacağı yerin tüm özellikleri göz önünde bulundurularak, özendirici tedbirler alınabilir (41).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarındaki eksikliklerden büyük oranda etkilenmiş 57 ülke belirlemiştir. Sağlık sistemlerinin, özellikle kırsal bölgelere personel çekme ve elinde tutmada yaşadığı zorlukların birçok nedeni vardır. Bu nedenlerden bazıları küresel, bazıları da yereldir. İnsanları ayrılmaya iten "itici" faktörlerin (kötü çalışma koşulları, güvenlikle ilgili endişeler, yetersiz eğitim, yetersiz kariyer geliştirme fırsatları, insan kaynaklarının yönetiminin yetersiz olması ve çatışmalar) yanı sıra, sağlık çalışanlarını diğer ülkelerdeki kuruluşlarda daha iyi koşullarda çalışmaya çeken, bazı 'çekici' faktörler bulunmaktadır (42). Parasal ve parasal olmayan teşvikler ile motivasyonu sağlamanın, öngörülen modellerde kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli olduğu da ortadadır.

Pilot illerde kademeli olarak uygulanmaya başlanan aile hekimliği uygulamasına göre; kent bölgelerinde yetersiz kalan bu hizmetlerin yaygın, örgütlü ve disiplinli şekilde yürütülmesinin yanı sıra, kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği fakat personel yetersizliği nedeniyle başarılı olamadığı topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesini sağlayacak yapılanma da gerçekleştirilmesi öngörülmektedir.

Hekimlerin ücretlendirilmesinde temelde üç model kullanılmaktadır (43):

- Maaş
- Kişi başı ödeme
- Hizmet başı ödeme

Halen ülkemizdeki aile hekimliği pilot uygulamasında kişi başı ödeme modeli kullanılmaktadır. Hizmet başı ödeme sisteminde sevk oranları daha düşüktür. Mevcut kişi başı ödemeye hizmet başı ödemede eklenerek karma model oluşturulması sevk oranlarının düşmesini sağlayabilecektir. Mevcut uygulamada aile hekimine kişi başı ödeme sistemi uygulanmaktadır. Özellikle acil hasta bakımı, hasta müşahedesı, evde hasta muayenesi, küçük cerrahi müdahaleler gibi sağlık hizmetleri karşılığında hizmet başı ödeme uygulamasına geçilmesi, bu hizmetlerin performans ile ilişkilendirilmesinin yararlı olacağı değerlendirilmektedir. Bunun uygulanması, mesai sonrası hizmetin özendirilmesini ve hastane acil servislerine yapılan müraaahatları ve buna bağlı olarak da hastanelerin poliklinik yükünü azaltacaktır (10).

Nüfusa göre coğrafyanın genişliği dikkate alındığında mobil sağlık hizmet kapsamının %361 oranında artışla %83 düzeyine çıkarılması önemlidir. Ancak her ilde farklı algılanan ve plansız yürütülen mobil sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması ile planlı yürütülmesi mümkün olabilecektir. Gezici sağlık hizmetleri, aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, yerel sağlık idaresince belirlenen sağlık kuruluşu bulunmayan yerleşim birimlerinde (ilçe, belde, köy, mezra gibi; özellikle kırsal kesimde) belirlenen aralıklarla ve yerinde vereceği ayaktan teşhis tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerini kapsar. Her hekim, sorumlu olduğu bölgedeki ailelere gezici hizmetleri ulaştırır.

Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması Etki Değerlendirme Çalışması ve "Hane Halkı Sağlık Harcamaları ve Hizmet Kullanıcılarının Memnuniyeti Araştırması", Aile Hekimliği Uygulama-

sında Hasta Memnuniyeti Çalışması kapsamında, aile hekimliği uygulamasında 6 ayını dolduran aile hekimliği öncesi çalışması bulunan illere ait aile hekimliği öncesi ve sonrası toplu karşılaştırma çalışmaları ile aile hekimliği pilot uygulamalarının maliyet analizi ve finansal izleme değerlendirme çalışmaları da sonuçlarının görülebilmesi ve sistemin iyileştirilmesine katkı sağlaması açısından düşünülebilir.

Sonuç

1978'de Alma-Ata bildirgesinden bu yana geçen çeyrek yüzyılda "herkese sağlık" düşüncesi, sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve sağlık sistemlerinin önceliklerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamış ve böylelikle temel sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi kabul görmüştür. Bildiri, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde, temel sağlığı teknik işbirliği ruhu içinde, yeni ekonomik düzeye uygun olarak geliştirmek ve yerleştirmek için, acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir (10).

Ülkemiz sağlık sektörünün giderek yoğunlaşan sorunları, artık sektörün yeniden yapılanmasının kaçınılmazlığı ve yapılanmanın ertelenemezliğini açıkça ortaya koymaktadır. Mevcut sağlık hizmetleri arzının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği, sağlık göstergelerindeki olumsuz sonuçlar ve genel bir hoşnutsuzluğa neden olmaktadır (22).

Temel sağlık hizmetlerine özel bir önem verilmesi gerektiği, aile hekimliği uygulamasının böyle bir amacın gerçekleşmesinde son derece önemli bir yere sahip olduğu, uygulandığı ülkelerde bu amaca yaklaşıldığını görmek mümkündür (10). 2005 yılı içerisinde pilot il olarak seçilen Düzce'de uygulamaya başlanan aile hekimliğinin, kademeli olarak Türkiye geneline yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Uygulamaya geçilen pilot illerde alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile başarılı adımların atılması hızlanacaktır (10, 44). Kırsal kesimdeki mevcut sağlık birimlerinin reorganizasyonu ile temel sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli olabilmesi mümkün görünmektedir (22, 45).

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Şahin B, Top M. Bigger Expectations at the Smaller World:Future Health Systems), Sağlık ve Toplum, 2002;12:3.
2. Figueras J, Menabde N, Busse R. The road to freedom. BMJ 2005;331:170-1. [CrossRef]
3. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Sysems: The Contribution of Family Medicine, A Guidebook, WONCA 2002;11.
4. Hamzaoglu O. The Interpretation of Health of Turkey, sted.2008;17:6.
5. Hogart J. " Glossary of Health Care Terminology", WHO, Copenhagen, 1975.
6. Gümrükcüoğlu FO, Tosun N, Yol S, Septioğlu AS, Zırh H, Solak A, Ceylan D. The Report of the Ratio of Health Workers to Population in Turkey, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Uyum ajans, Ankara 2008, p.11
7. Law constitution of Republic of Turkey. 1982
8. Law to socialization of services, n.224, 1961. [CrossRef]
9. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S, Afşar Oz, Soydal T, Üner S et al. Health 21, health for all targets and strategies of Turkey, Published by

- the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Barok Matbaacılık, Ankara 2001;71-3.
10. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Editor: Aydın S, Family Medicine, The Turkish Model, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Çetin Ofset, Ankara 2006, p.12-13-17-22-23-30-37-38-40-66- 74 -76-79-85-88-9.
 11. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development countries, 1970-1998. Health Serv. Res 2003;38: 831-65. [\[CrossRef\]](#)
 12. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil, Borrell C, Ferran M, Cirera E. (An evaluation of the impact of primary care reform on health). Aten Primaria 1999;24:468-74.
 13. World Health Declaration. Fifty -first World Health Assembly, May, 1998.
 14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Turkey Demographic And Health Survey, 2003, Ankara, p:113.[in Turkish]
 15. Ricketts, T.C., Johnson-Webb, K.D. & Taylor, P. (1998). Definitions of Rural: A Handbook for Health PolicyMakers and Researchers. (Working Paper 62). Chapel Hill, NC: North Carolina Rural Health Research and Policy Analysis Center; and Coburn, A.F., MacKinney, A.C., McBride, T.D., Mueller, K.J., Slifkin, R.T. & Wakefield, M.K. (2007). Choosing Rural Definitions: Implications for Health Policy. (Issue Brief no. 2). Columbia, MO: RUPRI Rural Policy Research Institute Health Panel.
 16. M. Raffel (University Park and London: The Pennsylvania State University Press, 1984); and Organization for Economic Cooperation and Development, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries (Paris: OECD, forthcoming).
 17. MoH of Türkiye, Local Information Documents and Reports of Research of Health System Of Finland 2003, p.2,3. [in Turkish]
 18. Uğurlu M., Doğusan AR, Üstü Y, Korukluoğlu S, Kasım İ. Implimentation of Family Medicine, Transition Period Course fo Family Doctors, First Stage, Guidebook for Trainer, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Ata Ofset, Ankara 2004, p.197. [in Turkish]
 19. Franks P, Clancy CM. Referrals of adult patients from primary care: demographic disparities and their relationship to HMO insurance. J fam pract 1997; 45: 47-53.
 20. Christensen Bo, Henrik Toft, Sorensen HT, Carl Erik Mabeck. Differences in referral rates from general practice. Fam Pract 1989;6:19-22. [\[CrossRef\]](#)
 21. Chan BT, Austin PC: Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. Med Care 2003;41:500-11.
 22. Langley GR, Minkin S, Till JE. Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation. CMAJ 1997;157:265-72.
 23. Iverson GD, Coleridge ST, Fulda KG, Licciardone JC. What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? Rural Remote Health 2005;5:413.
 24. Evans A. A study of the referral decision in general practice. Fam Pract 1993;10:104-10. [\[CrossRef\]](#)
 25. Armstrong D, Fry J, Armstrong P. Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. Br Med J 1991;302:1186-8. [\[CrossRef\]](#)
 26. Bailey J, King N, Newton P. Analysing general practitioners' referral decisions. II. Applying the analytical framework: do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? Fam Pract 1994;11: 9-14. [\[CrossRef\]](#)
 27. Iverson GD, Coleridge ST, Fulda KG, Licciardone JC. What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? Rural Remote Health 2005;5:413.
 28. Langley GR, Minkin S, Till JE. Regional variation in nonmedical factors affecting family physicians' decisions about referral for consultation. Can Med Assoc J 1997;157:265-72.
 29. Peter Franks, Geoffrey C Williams, Jack Zwanziger, Cathleen Mooney, Melony Sorbero. Why do physicians vary so widely in their referral rates? J Gen Intern Med. 2000;15:163-8. [\[CrossRef\]](#)
 30. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood) 2005;W5-97-W5-107. [\[CrossRef\]](#)
 31. Hensher M, Price M, Adomakoh S, Disease Control Priorities Project Referral Hospital, Chapter 66.1229-42.
 32. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C Jr, Truman A et al. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA 1999;282:261-6. [\[CrossRef\]](#)
 33. Ferris TG, Perrin JM, Manganello JA, Chang Y, Causino N, Blumenthal D. Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children. Pediatrics 2001;108:283-90. [\[CrossRef\]](#)
 34. artin DP, Diehr P, Price KF, Richardson WC. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. Am J Public Health 1989;79:1628-32.
 35. Ferris TG, Perrin JM, Manganello JA, Chang Y, Causino N, Blumenthal D: Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children. Pediatrics 2001;108:283-90. [\[CrossRef\]](#)
 36. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area. II. Utilization of out-patient hospital services, Scand J Prim Health Care 1984;2:77-83. [\[CrossRef\]](#)
 37. Vehviläinen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. Scand J Prim Health Care 1996;14:13-20.
 38. Elhayany A, Shvartzman P, Regev S, Reuveni H, Tabenkin H. Variations in referrals to consultants: a study of general practitioners' characteristics in southern Israel. J Ambul Care Manage 2000, 23:45-54.
 39. Sanders D, Kravitz J, Lewin S, McKee M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? Health Policy and Planning, 1998:359-70.
 40. Uğurlu M, Üstü Y, Doğusan AR. New Period in Health Care, 1. Basamakta Ruh Sağlığı, Published by the Ministry of Health of Turkey, 11.2003;1:12.
 41. Doğusan A.R., Üstü Y., Kasım İ., Korukluoğlu S., Uğurlu M., "Was the Article 224 of Law to socialization of services successful?", Temel Sağlık Dergisi,, 4-6.2004, 1(2):25-30.[in Turkish]
 42. McColl K, War With Brain Drain, BMJ Türkiye, March 2009, Volume 14; 3, p.26.
 43. Hayran O, Sur H, Ed. Finance of Healthcare and Payment Models to healthcare service providers, Handbook of Healthcare, İstanbul: Yüce, 1998: s: 91-112.
 44. Akdağ R. Health Transformation Programme, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1st ed. Ankara 2003; p. 2.[in Turkish]
 45. Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S. Health systems in Transition: Learning From Experience, WHO, 2004; p.3-8.