

ARAŞTIRMA

EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NİN KİMİ POLİKLİNİKLERİNDE VERİLEN 1. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN BOYUTLARI*

Ufuk BERBEROĞLU**, Muzaffer ESKİOCAK***,
Galip EKUKLU***, Ahmet SALTİK****

ÖZET

Giriş ve Amaçlar: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dengesiz dağılımı ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kurumların işlevlerini yeterli düzeyde yerine getirememesi nedeniyle, 2. basamak kurumlarından devlet hastanelerine aşırı yığılmalar olmaktadır. Bunun sonucunda devlet hastaneleri temel işlevlerini tam olarak yerine getirememektedirler. Bu araştırma, bir 2. basamak sağlık kurumu olan Edirne Devlet Hastanesi'nin kimi polikliniklerinin, 1. basamak (ilk başvuru basamağı) olarak ne ölçüde kullanıldığını göstermek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Edirne Devlet Hastanesi'nin İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde gözlemler yapılmıştır. Muayeneyi yapan hekimle birlikte bulunularak, yapılan başvurular değerlendirilmiştir. Kesitsel tipte bir araştırmadır. Tüm başvurular, gözlemcinin saptamasına ve poliklinikte muayeneyi yapan hekimin görüşüne göre, 1. basamak ya da 2. basamak olgusu olarak ayrılmıştır.

Bulgular: Edirne Devlet Hastanesi'nin incelenen polikliniklerine 24 günlük gözlem süresi içinde toplam 965 başvuru yapılmıştır. İncelenen polikliniklere kadınlar daha fazla başvurmuştur (% 53.4). Gözlem yapılan polikliniklere daha çok sosyal güvencesi olanlar başvurmuştur (% 82.5). Yapılan başvuruların % 56.2'si,

incelenen poliklinikleri ilk başvuru Basamağı olarak kullanmıştır (gözlemciye göre). İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların % 48.1'i muayeneyi yapan hekime göre 1. basamak, % 51.9'u ise 2. basamak olgusudur.

Sonuçlar: Edirne Devlet Hastanesi'nin incelemeye alınan poliklinikleri, önemli bir oranda 1. basamak hizmeti vermektedir. Bu hizmetler 1. basamak sağlık kuruluşlarında kolayca verilebilir ve hastane polikliniklerine aşırı yığılmalar önlenir. Ayrıca sağlık yöneticilerine ve politikacılara önerilerde bulunularak, sağlık sisteminin daha iyi işlemesi ve Sağlık Ocaklarının mutlaka işlevsel kılınması sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Edirne Devlet Hastanesi, 1. basamak, Sağlık Ocakları, Sevk Sistemi Hastanede 1. Basamak Hizmeti, Laboratuvar Hizmetlerinin Kullanımı.

ABSTRACT

DIMENSIONS OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES GIVEN AT SOME OUTPATIENT DEPARTMENTS OF EDİRNE STATE HOSPITAL

There is excessive accumulation in state hospitals which are secondary care units in Turkey. These hospitals are not able to carry out their basic tasks mainly because of the insufficient functions and unbalanced distribution of primary care units. The aim of our study is to indicate the function of Edirne State Hospital as a primary or a secondary care unit dominantly.

Material and Methods: In this cross-sectional study data were obtained by observations in determined outpatient clinics of Edirne State Hospital. All applications were classified as a first health care or a second health care cases according to observer and opinions of the present clinicians.

Results: 965 cases were recorded in selected

* Bu makale "Edirne Devlet Hastanesinin Kimi Polikliniklerinde Verilen 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları" adlı teze dayalıdır ve 6-9 Ekim 1999'da Malatya'da 6. Ulusal Halk Sağlığı Günleri'nde poster olarak sunulmuştur.

** Uzm.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

*** Yrd.Doç.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

****Prof.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

outpatient clinics of Edirne State Hospital during 24 days. Females (53,4 %) were applied males. Cases with health insurance (82.5 %) were more than the cases without any insurance. 56.2 % of cases applied to selected outpatient clinics of Edirne State Hospital as a first health care. By a similar discrimination, taking into consideration of the judgements of examining physicians, above proportions are 48.1 % and 51.9 % respectively.

Conclusions : Edirne State Hospital is serving particularly a primary health care unit. These services can be given by primary health care units easily and hospitals' outpatient clinics can be prevented from excessive accumulation of the cases. In addition, by giving some suggestions to the health sector authorities including politicians, "Sağlık Ocakları (so called Primary Health Care Units in Turkey)" as indispensable Primary Health Care Units of Turkey must strongly reemphasized.

Key Words : Edirne State Hospital, Primary Health Care, Referral system, Secondary Health Care Utilisation, Primary Care at Hospital, Utilization of Laboratory Services.

GİRİŞ VE AMAÇLAR

Bir ülkenin sağlık sisteminin başarılı olmasının temel varsayımı, güçlü ve işlevsel bir 1. basamak yapılanmasıdır. Bu Basamağı gereği gibi işletmeyen hemen hiçbir ülke, verimli işleyen sağlık hizmetleri yapısına kavuşamamıştır (Eren, N;1989). 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un temel çıkış noktası, sağlık hizmetlerinin verilmesindeki ve sağlık örgütlenmesindeki aksaklıkları gidermektir (Öztek, Z.; Eren, N.;1996).

Ülkemizde kabul edilen 224 sayılı Yasa'dan 17 yıl sonra Alma-Ata'da yayımlanan Bildirge'nin 7 sayılı önerisiyle "Temel sağlık hizmetlerinin sağlık örgütünün bir parçası olduğu ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak biçimde örgütlenmesi gerektiği" belirtilerek, aynı konuya uluslararası düzeyde değinilmiştir. Ayrıca bu Bildirge'de, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına yönelik olarak geliştirilen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kapsamı içinde de sevk zincirine uyulmasının önemi üzerinde durulmuştur (World Health Organization; 1988). Bu düşüncenin pratik bir sonucu, halkın % 90-95'e varan düzeyde sağlık gereksinimlerinin sağlık ocaklarında karşılanması, buralarda tanı ve sağaltımı olanaksız olan olguların bir sevk zinciri içinde 2. ve 3. basamağa gönderilmesidir. Böylece bu kuruluşlar daha az sayıda kişiye, daha verimli hizmet verebileceklerdir (Aksakoğlu, G;1994:52-55).

Bir 2. basamak sağlık kurumu olan Edirne Devlet Hastanesi'nde (EDH) verilen 1. basamak Sağlık Hizmetlerinin (BBSH) değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca;

- EDH'nin araştırmaya alınan polikliniklerine başvuranların demografik özelliklerini tanımlamak,
- İlk başvuru basamağı olarak kullanma durumunu belirlemek,

- Başvurulara yapılan işlemler ve sonuçlandırılma biçimlerini saptamak,

- Başvuruları hekimlerin görüşlerine göre sınıflandırmak (1. basamak, 2. basamak şeklinde),

- Bölgesel sağlık planlaması çalışmalarına katkıda bulunarak, yerel sağlık yönetimine önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

DSÖ tarafından hastaneler "Gözlem, tanı, sağaltım ve rehabilitasyon olarak kümelendirilen sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli sağaltım gördükleri yataklı kuruluşlardır." biçiminde tanımlanmıştır (Menderes, M;1995:32-46).

Hastaneler; ülkemizde yürürlükte olan fakat her nasılsa uygulan(a)mayan 224 sayılı Yasa'ya göre; BBSK'ndan (Birinci Asamak Sağlık Kurumları) sevk edilerek gelen bireylerin, yatırılarak veya ayakta, sağaltım ve/veya esenlendirici hizmet aldıkları, ileri tanı ve inceleme olanaklarına sahip 2., 3. basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlar, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri vermesi gereken, sınırlı kaynakları optimal kullanması beklenen sağlık kuruluşlarıdır. 1. basamakta uygun ve yeterli hizmet verilmesi, hastanelerin görevlerini daha iyi yerine getirmesine yardımcı olacaktır. Sağlık sistemimiz, hastaların ilk muayene ve sağaltım için sağlık ocakları ve dispanserlere, ileri inceleme ve sağaltım için gerekirse ilçe ve il hastanelerine, daha sonra da gerekli olursa eğitim ve üniversite hastanelerine gitmeleri üzerine kurulmuştur (Fişek, N;1985, Dirican, R;1997)

Eğer hastaneler ilk başvuru birimleri olarak çalışırsa ister istemez, çok yanlış biçimde sağlık ocaklarıyla rekabet içinde olur. Bu durum sağlık ocaklarının kötüleşmesi ve hastane polikliniklerinin aşırı kalabalıklığı ile sonuçlanır (Kocadağ, Z.;1995).

Türkiye'de bireyler, hastalandıkları zaman sevk zincirine uymaksızın diledikleri sağlık kurumuna başvurabilmekte ve bu durum hastane polikliniklerinde aşırı yığılmalara neden olmaktadır. Bir 2. basamak sağlık kurumu olan devlet hastaneleri, ilk başvuru basamağı olarak kullanılmaktadır (Health Project General Coordination, 1995). Bu durum, buralarda hem aşırı yığılmalara yol açmakta hem de yataklı kurumlarda uzman hekimlerin işgücü ve verimlilik yitiğine yol açmaktadır. Genel olarak ülkemizde hastanelerin yatak işgal oranları düşüktür. Yani hasta yatırmak için boş, bekleyen yatak bulunmaktadır. Uzman hekim başına, 1 iş gününde yatan ortalama hasta sayısı 1.6 gibi komik bir düzeyde kalmaktadır. Bu veri, hastanede çalışan uzman hekimlerin çoğunluğunun hastaneye yeterli sayıda hasta yatır(a)madığını göstermektedir (Şeref, B.;1995:6-10). Neden yine aynı noktada aranabilir : Başvuranların % 90 dolayında bir kesimi, esas olarak 1. basamak olgusudur. Yani evde ve ayakta sağaltım/bakım olanaklıdır. 2. basamak sağlık hizmeti, yatarak sağaltım olanağının da olduğu, uzman personelin çalıştığı hastanelerde verilen tıbbi bakım hizmetidir. Sağlık hizmeti kullanıcısı genellikle

1. basamak'tan sevk edilir. Hastaneler; 224 Sayılı Yasa'ya göre 1. basamak sağlık kuruluşlarından sevk edilen hizmet kullanıcılarının, yatırılarak veya ayakta sağaltım ve / veya esenlendirildikleri, ileri tanı ve inceleme olanaklarına sahip 2. ve 3. basamak yataklı sağaltım kuruluşlarıdır. Ayrıca tüm acil olgular hastanelerde sağaltım olanağına sahiptirler. Yasaya göre, sevk edilmeden gelen kullanıcılar ise hizmet bedelini ödeyerek hastanelerden yararlanabilirler (**Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve Yönerge, Kanun no:224, Yönerge No:154, 1961-Fişek, N;1985-Dirican, R; 1997-Dirican R, Bilgel N; 1993-Bertan, M, Güler,, Ç.; 1995).**

1. ve 2. basamak sağaltım hizmetlerini yakından ilgilendiren bir başka sorun, kamu hastanelerinde çalışan ve büyük çoğunluğunu uzmanların oluşturduğu hekimlerin, özel muayenehane açarak hasta bakabilmeleridir. TTB'nin kesin olmayan kayıtlarına göre Türkiye'deki hekimlerin yaklaşık yarısı hem kamu hem de özel sektörü birarada kullanmaktadır (**Soyer, A.; 1995:92-102**). Bu nedenle sosyal güvencesi olan hastaların bir bölümü de kamudaki işlemlerinin daha hızlı ve sağlıklı yürüyebilmesi için önce, hem kamu hem de özel sektörde çalışan hekimin muayenehanesine gitmekte ve doğrudan kendi cebinden harcama yapmak zorunda kalmaktadır. EDH'nde görevli olan 51 uzman hekimin 45'inin (yaklaşık % 90'nın) muayenehanesi vardır. 2'si özel hastanede çalışmakta olup 4'ünün muayenehanesi yoktur.

1997 sayımına göre 398 125 olarak belirlenen Edirne ili toplam nüfusunun % 50.2'si erkek, % 49.8'i kadındır. İl merkezinin nüfusu ise 119 446'dır. Edirne ilinde toplam 51 sağlık ocağı bulunmaktadır. sağlık ocaklarının 9'u (% 17.6) Edirne il merkezinde hizmet vermektedirler. Merkezde ayrıca 1 AÇS-AP Merkezi, 1 VSD, işyeri ve kurum sağlık birimleri vardır. İl genelinde 9 kamu, 2 özel olmak üzere toplam 11 hastane vardır. İl merkezinde 1 devlet hastanesi, 1 SSK Hastanesi, 1 göğüs hastalıkları hastanesi 1 üniversite hastanesi, 1 özel hastane, 2 özel poliklinik hizmet vermektedir (**Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, 1998**).

Edirne ili toplam 974 yatak kapasitesine sahiptir. Bunun 386'sı Sağlık Bakanlığı kurumlarına aittir. Yatak başına düşen nüfus 487, on bin nüfusa düşen yatak sayısı 20.5'tir. İl genelinde yataklı sağaltım kurumlarında toplam 243 uzman, 264 pratisyen hekim çalışmaktadır (**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını;1998:Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997**). Ocak 1999'da il genelinde toplam 300 uzman, 368 pratisyen (araştırma görevlileri dahil) hekim bulunmaktadır (**Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, 1998**).

İl genelinde Sağlık Bakanlığı yataklı sağaltım kurumlarında yıllık poliklinik sayısı 426 583 olarak gerçekleşmiştir. Yine il genelinde YİO % 48.8, yatan hasta oranı % 3.8'dir (poliklinikler yapılan başvurular üzerinden hesaplanmıştır) (**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını;1998**).

Edirne ilinde yaşayan nüfusun % 51.1'inin sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olanlarda en yüksek oran % 16.2 ile Emekli Sandığı'nın, en az oran ise; % 5.1 ile Yeşil Kart'lılarıdır (**Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, 1998 - Eküklü G, Saltık A;1998:334-346**).

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikli bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Edirne Devlet Hastanesi'nde (EDH) yürütülmüştür. EDH, 151'i serili olmak üzere toplam 200 kadro yatağına sahiptir. Kurumda 51 uzman hekim görev yapmaktadır.

1997 yılında polikliniklere toplam 135 305 başvuru olmuştur (acil servis ve dış polikliniği dışında bırakılmıştır). Aylık olarak bu sayı 11 500 dolaylarındadır. Yıl boyunca toplam yatan hasta sayısı 6 467, yatan hasta oranı başvuranların yalnızca % 3.3'üdür (**Edirne Devlet Hastanesi Kayıtları, 1998**). Görevli 51 uzman hekimden 37'si hasta yatırabilen dallardadır. Yılda uzman başına yatan hasta sayısı; $6\ 467 / (220 \times 37) = 0.79$ uzman-gün'dür. YİO % 56.9'dur (**Edirne Devlet Hastanesi Kayıtları, 1998**).

Edirne ili genelinde yataklı sağaltım kurumlarının polikliniklerine yapılan başvurular üzerinden hesaplanan yatan hasta oranı % 3.8'dir (**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını;1998**).

Çalışmanın yapılacağı 4 poliklinik, literatüre dayalı olarak, İç Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz (KBB), Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (ÇSH) olarak belirlenmiştir (**Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını;1998-Kocadağ Z;1995-Kaya S;1992**). Gözlemler her hekim için 2 gün olacak biçimde, saptanan dallarda çalışma döneminde eylemli olarak görevde olan tüm uzman hekimleri kapsamıştır (İç Hastalıkları 3 x 2 gün, KBB 2 x 2 gün, KHD 4 x 2 gün ve ÇSH 3 x 2 gün). Acil polikliniği ve laboratuvarlar dışarıda bırakılmış, hesaplama belirtilen polikliniklere başvuran hastalar üzerinden yapılmıştır. Araştırmacı her poliklinikte gözlem süresi boyunca (Mart 1998 - Temmuz 1998) muayeneleri izlemiş ve olguları başvuru biçimine göre "1. ve 2. basamak olgusu" şeklinde ayırmıştır (sevklı gelenler ve sağlık raporu başvuruları, bunların dışarıda tutulmuştur).

Ayrıca muayeneyi yapan uzman hekimin görüşüne göre de 1. basamak olguları belirlenmiştir. Araştırmacı hazırladığı günlük değerlendirme formuna gözlemlediği ve incelediği her parametreyi kaydetmiş ve sonunda bunları birleştirmiştir. Veriler kodlanarak bilgisayarda SPSS 8.0 for Windows programında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırmada, belirli polikliniklerde her hekim için 2 iş günü gözlem yapılması, ilkbahar - yaz mevsimlerinde çalışılması, gözlemcinin poliklinikte bulunmasının hekimi etkilemesi ve evreni temsil etme sorunu gibi kısıtlılıklar söz konusudur.

TABLO 1 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Yaşa Göre Dağılımı.

POLİKLİNİKLER	Ortalama ± SS	Min. - Maks. (yıl)	Tepe Değer ve Ortanca (yıl)
İç Hastalıkları	49.5 ± 16.8	15 - 86	45 - 52
KBB	37.3 ± 10.6	1 - 83	60 - 36
KDH	32.3 ± 10.6	15 - 68	23 - 30
ÇSH*	58.4 ± 44.5	7-168**	72 - 48**
TOPLAM***	39.7 ± 17.9	1 - 86	28 - 39

* Ay olarak verilmiştir, ** Gün olarak verilmiştir, *** ÇSH başvuruları dışarda tutulmuştur.

TABLO 2 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Cinsiyete Göre Dağılımı (1998)*

CİNSİYET	Poliklinik Başvurusu		Edirne Popülasyonu	
	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	637	53.4	187 309	49.8
Erkek	328	46.6	188 759	50.2
TOPLAM	704	100.0	376 068	100.0

Evren Oranı Önemlilik Testi, kadınlar ve erkekler için; $p < 0.05$

* KHD polikliniğine başvurular dışarıda bırakılmıştır.

TABLO 3: Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Yapılan Başvuruların ve Türkiye Genelinin Sağlık Sosyal Güvence Durumları (1998).

SOSYAL GÜVENCE	Poliklinik Başvurusu		Türkiye Popülasyonu	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	796	82.5	42 182 800	67.1
Yok	169	17.5	20 682 774	32.9
TOPLAM	965	100.0	62 865 574	100.0

Evren Oranı Önemlilik Testi, $t = 12.19$, $p < 0.05$

TABLO 4: Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevki Başvurma Durumu.

Poliklinikler	Sevki Başvuru Durumu		Sevksiz Başvuru Durumu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KHD	104	39.8	157	60.2	261	100.0
ÇSH	74	34.7	139	65.3	213	100.0
KBB	50	21.1	187	88.9	237	100.0
İç Hastalıkları	37	14.6	217	85.4	254	100.0
TOPLAM	265	27.5	700	72.5	965	100.0

$X^2 = 39.317$, $p = 0.000$

TABLO 5 : Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Sevklı Başvuruların Geldikleri Yere Göre Dağılımı

SEVKEDEN YER	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Ocağı	25	67.6	27	55.1	48	49.0	46	63.0	146	56.8
Kurum Hekimi	5	13.5	11	22.4	29	29.6	23	31.5	68	26.5
Askeri Revir	-	-	8	16.3	15	15.3	2	-	25	9.7
Özel Hast-Muay.*	3	8.1	2	-	6	6.1	2	-	13	5.1
Başka Devlet Hst.	3	8.1	1	-	-	-	-	-	4	-
AÇS-AP**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOPLAM	37	100.0	49	100.0	98	100.0	73	100.0	257	100.0

*Sözel ya da pusula (not) ile

** Merkezde 1 pediatri uzmanı, 1 aile hekimi, 2 pratisyen hekim görevlidir ve hiç sevk yapılmamıştır.

TABLO 6 : Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruların Muayeneyi Yapan Hekime Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirilmesi

HEKİME GÖRE OLGULAR	POLİKLİNİKLER									
	İç Hastalıkları		KBB		KHD		ÇSH		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Basamak	80	31.5	78	32.9	158	60.5	148	69.5	464	48.1
2. Basamak	174	68.5	159	67.1	103	39.5	65	30.5	501	51.9
TOPLAM	254	100.0	237	100.0	261	100.0	213	100.0	965	100.0

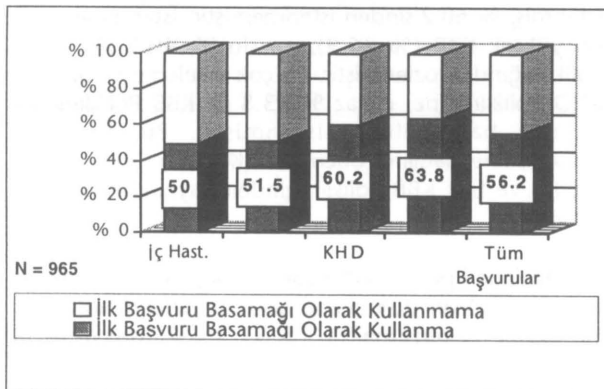
 $\chi^2 = 105.1, p = 0.000$

Tablo 7: Edirne Devlet Hastanesi'nin İncelenen Polikliniklerine Yapılan Başvuruları, Gözlemciye ve Muayeneyi Yapan Hekime Göre 1. veya 2. Basamak Olgusu Olarak Değerlendirme Uyumu

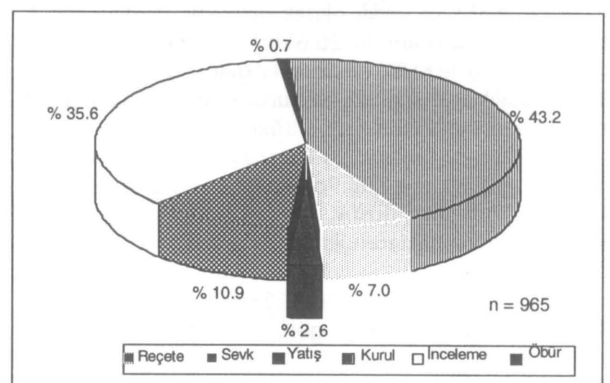
DEĞERLENDİRMELER	Muayene Eden Hekime Göre			
	1. Basamak	2. Basamak	TOPLAM	
Gözlemcinin Tanımlamasına Göre	1. Basamak	308	234	542
	2. Basamak	156	267	423
TOPLAM	464	501	965	

Kohen kappa = 0.19

Şekil 1: Araştırmaya Alınan Poliklinikleri İlk Başvuru Basamağı Olarak Kullanma Durumu



Şekil 2: Araştırmaya Alınan Polikliniklere Yapılan Başvuruların Sonlanma Biçimi



BULGULAR

Araştırmaya alınan polikliniklere, inceleme döneminde (Mart- Temmuz 1998) yapılan toplam başvuru sayısı 965'tir. İncelemeye alınan polikliniklere başvuranlar 1 ay ile 86 yaş arasındadır. Başvuranların, polikliniklere göre yaş dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo 1).

İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların (KHD dışındakilerin) cinsiyete göre dağılımına bakılacak olursa; erkeklerin % 46.6, kadınların % 53.4 oranında olduğu görülmektedir (Tablo 2). Erkekler Edirne nüfusunda % 50.2 oranında iken, EDH'nin incelenen polikliniklerine başvuranlar içinde % 46.6 düzeyindedirler. Bu oranlarla, erkekler anlamlı biçimde daha az başvuruda bulunmuşlardır (Evren Oranı Önemlilik Testi; $t = 12.9$, $p < 0.05$). Kadınlarda ise durum tersine olup, Edirne nüfusunda % 49.8 olan temsil düzeyi, poliklinik başvurularında % 53.4'e ulaşmaktadır. Aradaki fark önemli olup, kadınların değinilen hizmetleri daha fazla kullandığı gözlenmektedir (Evren Oranı Önemlilik Testi; $t = 11,1$ $p < 0.05$).

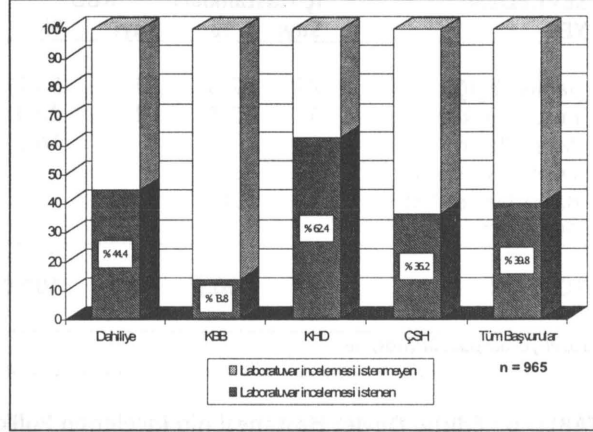
Başvuranların % 76.8'i il merkezinde, % 21'i ilçe ve köylerde oturduklarını bildirmişlerdir. Nüfusun il merkezi ve ilçe-köylere dağılımı, sırasıyla % 29,6 ve % 70,4'tür. İncelenen polikliniklere başvuranların ($n = 965$), % 82.5'inin sosyal güvencesi vardır. Kalan % 17.5'inin hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Polikliniklere başvuranların sağlık sosyal güvence durumunun, Edirne ili geneli ile karşılaştırılması sonucu, aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (Evren Oranı Önemlilik Testi, $t = 37.65$, $p < 0.05$). EDH'ne sosyal güvencesi olanların daha çok başvurmakta olduğu görülmektedir (Tablo 3).

İncelenen poliklinikleri ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı (gözlemcinin saptaması sonucu), tüm poliklinikler dikkate alındığında % 56.2 olarak bulunmuştur. En yüksek oran ÇSH (% 63.8), en düşük oran ise İç Hastalıkları (% 50.0) Polikliniğine yapılan başvurularda gerçekleşmiştir (Şekil 1). İncelenen poliklinikler, ilk başvuru basamağı olarak kullanıma bakımından benzer dağılım göstermektedir (Ki-Kare= 5.291 , $p = 0.151$).

Araştırma yapılan polikliniklere yapılan başvuruların yalnızca % 27.5'i sevklı olarak gelmiştir (sevke göre 1. basamak olma oranı % 26.6'dır). En çok sevklı gelme oranı, % 39.8 ile KHD, en az sevklı gelme oranı ise %14.6 ile İç Hastalıkları Polikliniği başvurularda olmuştur. Sevklı başvuruların polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemli düzeyde farklıdır (Ki-kare= 39.317 , $p = 0.000$). Bu fark İç Hastalıkları ve KBB Polikliniği'nde diğerlerine göre sevklı başvuruların düşük, sevsiz başvuruların yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4).

Sevkliden kuruluşları incelediğimizde; ilk sırada % 56.8 ile sağlık ocağının geldiği görülmektedir. En az oranda sevklı başvuru, % 0.4 ile VSD'den olmuştur. Sağlık ocağı sevklı başvurular en çok (% 67.6) İç Hastalıkları

Şekil 3: Edirne Devlet Hastanesi'nin Araştırmaya Alınan Polikliniklerine Başvuran Laboratuvar İncelemesi İstenme Durumu



Polikliniği'ne yapılmıştır. Ancak bu sevkların önemli bir bölümü, salt başvuranın istemine dayalı labilidir. Özel hastane ve muayenehaneden sevklar de yine en çok İç Hastalıkları (% 8.1) Polikliniği'ne yönlendirilmektedir (Tablo 5).

Araştırmaya alınan polikliniklere yapılan tüm başvuruların nasıl sonuçlandırıldığı incelendiğinde; % 43.2'sine yalnızca reçete verilerek gönderildiği saptanmıştır. Bu oran, en çok KBB Polikliniğine başvuran kesimdedir (% 62.4). Bütün başvuruların % 35.6'sından laboratuvar incelemesi istenmiştir. İncelenen polikliniklerde toplam yatan hasta sayısı 25'tir. 12 uzman hekimle (her biriyle 2 gün çalışılmıştı) gözlem yapıldığı dikkate alınır; uzman başına yatan hasta sayısı, $25 / (2 \times 12) = 1.04$ uzman-gün olarak bulunabilir. Bir başka anlatımla, 1 uzman, günde 1 hasta yatırmaktadır. Tüm başvurularda yatış oranı % 2.6'dır. En yüksek yatış oranı, % 3.6 ile İç Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleşmiştir. İncelenen polikliniklere yapılan başvurularda % 8 oranında sevklı işlemi uygulanmıştır (Şekil 2). En yüksek sevklı oranı İç Hastalıkları (% 15.7), en düşük ise KHD (% 4.3) polikliniğine başvuran kümededir.

Çalışma kapsamındaki polikliniklere yapılan tüm başvuruların % 39.8'inden laboratuvar incelemesi istenmiş, % 60.2'sinden istenmemiştir. İstememe oranı en yüksek KBB (% 86.9), en düşük KHD (% 37.5) Polikliniğinde gözlenmiştir. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.8 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurularda istenmiştir. Bu durum polikliniklere dağılımı önemlidir (Ki-kare= 130.039 , $p = 0.000$) ve fark KBB Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Şekil 3).

İncelenen polikliniklere yapılan başvurular, muayane eden hekimlerin görüşlerine göre değerlendirildiğinde; % 48.1'i 1. basamakta, % 51.9'u 2. basamak'ta çözülebilecek sorunlar nedeniyledir. Önemli bir nokta, en çok 1. basamak olgusu oranı, % 69.5 ile ÇSH Polikliniğine

başvuran küme için gerçekleşmiştir. Bu değerlendirmenin polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir (Ki-kare= 105.139, p = 0.000) ve fark ÇSH Polikliniğinden kaynaklanmaktadır (Tablo 4).

Yapılan başvuruların, hem poliklinikleri 1. basamak olarak kullanma durumuna (gözlemcinin saptadığı) hem de muayeneyi yapan hekime göre (fizik muayeneye dayalı olarak), 1. basamak olgusu olma oranı % 19'dur. Başka bir anlatımla, polikliniklere yapılan başvuruların % 19'u 1. basamak olgusu olduğu konusunda görüşbirliği vardır (Kohen kappa 0.19, Tablo 7). Buna göre 0.19 düzeyindeki kappa değeri oldukça zayıf bir uyumu göstermektedir. Yani, EDH'nin incelenen polikliniklerine yapılan başvuruları, 1. ya da 2. basamak olgusu olarak ayırmada, poliklinikleri 1. basamak olarak kullanma durumu ile fizik muayeneye dayalı olarak hekimin görüşü arasında düşük derecede bir uyum vardır.

TARTIŞMA

Türkiye'de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler, tıpkı öbür gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi finansman, altyapı (teknik-fizik kapasite ve sağlık insangününün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılımı), eğitim, beslenme ve çevre sorunlarıdır. Buna bağlı olarak, sağlık düzeyimizin ülke çapında yükseltilmesinde en önemli kazancın TSH'nin geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa kapsamında kurulan Sağlık Ocağı sistemi bu amaca yönelik olup; hastalıkların tanı ve sağaltımında ileri basamak (2. ve 3. basamak) sağlık hizmetlerinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan 1. basamak birimleridir (Öztek, Z, Eren, N.;1996-Dirican, R.;1997-Dirican, R., Bilgel, N.;1993-Bertan, M., Güler, Ç.;1995-Dirican, RM.;1994:49-51).

Edirne ili sağlık ocaklarında yapılan bir çalışmada; buralarda çalışan hekimlerin % 78.8'i sağlık ocağının veriminin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, sağlık ocaklarına başvuranların sorunlarının çözümlenebilirliğine ilişkin verilen ortalama % 82'dir. Kendi sağlık ocaklarında bu orana ulaşamayanlar bunu en çok teknik donanım yetersizliği (% 82.4) ile açıklamaktadırlar. Bu da 1. basamağın donanım açısından desteklenmesi gereğinin hekim gözüyle gerekliliğini göstermektedir (Erdoğan, S, Eskiocak, M., Saltık A.;1998:3-10).

Gelişmiş ülkeler sağlık sorunlarının % 90-95 gibi büyük bir bölümünü BBSH ile çözmektedir. Ancak buna ulaşırken yetkin pratisyen hekimler yetiştirmeyi hedef almakta, tanı hizmetlerini ise en küçük merkezlere bile ulaştırabilmektedir (Öztek, Z, Eren, N.; 1996 – Aksakoğlu, G.;1994:52-55 – Dirican, R.;1997). Yeterli bilgi ve beceriyi kazanmış hekimin, standart teknik donanımla 1. basamak'ta kendisine başvuran kişilerin (hastaların) % 90'ına çözüm bulabileceği net olarak pekçok deneyimle kanıtlanmıştır (Aytekin, H.;1997:18-20). Türkiye'nin de halka sağlık ocaklarının hizmetlerini

kullandırmak için, öncelikle yeterli ve nitelikli BBSH'ni topluma sunma gereksinimi hatta zorunluluğu vardır.

Tüm bu saptamalar da göstermektedir ki; BBSH'ni ve özellikle de 224 sayılı Yasanın öngördüğü örgütlenme ilkeleri uygulanmamaktadır. Bu durum, 2. basamağın eldeki kıt kaynaklarının en ussal biçimde kullanılması gereğini, açıkça ortaya koymaktadır. 1. basamağa gereken önemin verilerek gerekli donanımın sağlanması ve sevk zincirinin işletilmesinin, sorunların önemli bir bölümünü çözeceği açıktır.

İncelenen polikliniklere Mart - Temmuz 1998 dönemi içinde toplam 965 başvuru yapılmıştır. En yüksek başvuru, KHD Polikliniğinde (261) saptanmıştır. En düşük başvuru ise ÇSH Polikliniğinde (213) gerçekleşmiştir. Süre farklılıklarının etkisini gidermek için, hekim başına düşen başvuru sayıları incelendiğinde; en yüksek başvuru KBB (118), en düşük ise KHD Polikliniğinde (71) bulunmuştur. Araştırmanın belirli polikliniklerde, kısıtlı süre ve mevsimde yapılması, sonuçların temsilci olamayacağı açıktır. Bu nedenle sonuçları tüm evrene genellestemeyiz.

İncelenen polikliniklere (KHD dışında) kadınlar erkeklerden daha çok başvurmuştur. Bu durum, ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK) tarafından yaptırılan, (Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması) (Health Services Utilization Survey in Turkey) bulguları ile uyumludur (Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit;1995). Kadınların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmalarının, literatürle olan uyumu önemlidir. Çünkü, kadınlar jinekolojik obstetrik sorunları bakımından, erkeklerle göre daha riskli ve hizmet kullanmaya gereksinimlidirler. Ayrıca psikosomatik sorunların, kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğuna ilişkin klasik bilgiler literatürde yer almaktadır.

Başvuranların % 82.5'inin sağlık bakımından sosyal güvencesi vardır. 1995 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nce yaptırılan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'na göre ülke genelinin % 47.8'inin sosyal güvencesi var, % 52.2'sinin yoktur (Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit;1995). Sosyal güvenceye sahiplerin oranı % 83.6 dolayındadır. Sağlık kapsamı içindekilerin oranı ise % 67,1'dir (Maral, I.;1996:125-128). Turan, EDH'ne başvuranların % 73'ünün sosyal güvenceye sahip olduğunu bulmuştur (Turan, N.;1993). Edirne ili genelinde, sosyal güvencesi olanların oranı % 48.9'dur. Fakat bu oran yalnız sosyal güvenceyi vermektedir. Sağlık bakımından sosyal güvence sorulmadığı için, tam bir karşılaştırma yapılması olanaklı değildir.

Bu nedenle başvuranların sağlık bakımından sosyal güvence durumu, Edirne ili geneli ile karşılaştırılmamıştır (Edirne için yalnız sosyal güvence verileri vardır) (Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, 1998). Bunun Türkiye geneli ile (sağlık bakımından güvencede olanların oranı % 67,1'dir, DİE Kayıtları;1998) karşılaştırılması sonucu; aradaki farkın

istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Evren Oranı Önemlilik Testi, $t = 12.19$, $p < 0.05$). Bu sonuç, EDH'nin incelenen polikliniklerine başvuruların daha çok sosyal güvencesi olanlar olduğunu açıkça göstermektedir. Yine buradan, sosyal güvencesi olmayanların çok az başvurdukları çıkmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan kesimin 1.basamak sağlık kurumları'na gittikleri ya da muayenehanelere (Trakya bölgesinde ilk başvuru yeri olarak muayenehaneleri kullanma oranı oldukça yüksektir) (Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit;1995) yönelindikleri daha olasıdır. Sağlık hizmeti almak için, hizmetin daha ucuz olduğu kamu kurumları, gereken önem verilmediği, güven duyulmadığı, olanaksızlıklar içinde oldukları ve her gün medyada da bu durum gözler önüne serildiği (belki de amaçlı olarak) için tercih edilmemektedir. Bu sonuçlar, ülkemizin sağlık alanındaki çarpıcı gerçeklerini açıkça göstermektedir.

İncelemeye alınan poliklinikleri ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı % 56.2'dir. En yüksek oranda ilk başvuru basamağı olarak kullanılan poliklinik ÇSH'dir. Turan'ın çalışmasında da EDH'nin polikliniklerini ilk başvuru basamağı olarak kullanma oranı % 63.8'dir (Turan, N.;1993). Ceylan ve ark'nin çalışmasında, 3. basamak kurumu olan Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi poliklinikleri, % 66.04 oranında 1. basamak olarak kullanıldığı saptanmıştır (Ceylan, T.;1989:409-416). Bu çalışmalar ile uyumlu olan bulgularımız, EDH'nin sağlık sistemine ve sevk zincirine göre uygun kullanılmadığını göstermektedir. Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'na göre; Türkiye genelinde, halkın % 48.7'si ilk başvuru basamağı olarak hastaneleri seçmektedir. Bu oran, kırdı % 36.8, kentte % 57.6'dır (Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit;1995).

İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların % 27.5'inin, sevkli geldiği görülmektedir. Bu oran en az (% 14.6) İç Hastalıkları Polikliniğine yapılan başvurularda belirlenmiştir. Sevkli gelen başvuruların en yüksek oranı, % 39.8 ile KHD Polikliniği başvurularında gerçekleşmiştir. Başka bir deyişle; EDH'nin incelenen poliklinikleri ağırlıklı olarak sevksiz ve ilk başvuru basamağı olarak kullanılmaktadır. Sevkli başvuruların polikliniklere dağılımları arasında istatistiksel bakımdan, önemli fark bulunmuştur ($\chi^2 = 39.317$, $p = 0.000$). Bu fark, İç Hastalıkları ve KBB Polikliniğinde öbürlerine göre sevkli başvuruların düşük, sevksizlerin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tüm başvuruların % 43.2'sine yalnızca reçete verilerek gönderilmiştir. Bir 2. basamak kurumu olan devlet hastanesinde, laboratuvar olanaklarının bu denli kullanılmadan tanı konularak, yalnızca reçete yazılması oldukça anlamlıdır. Tanıların laboratuvar bulgularıyla desteklenmesinin önemi açıktır. Buna karşın, 2. basamak kurumunun böylesine işlemesi, eldeki uzman hekim işgücü kaynağının kötü kullanımına ironik bir örnek oluşturmaktadır.

Öte yandan, laboratuvar incelemesi gereksinimi duyulmaksızın rahat tanı konabilmesi uygun ya da gerçekçi ise, bu 1. basamakta da yürütülebilir. Laboratuvar incelemesi sonucu reçete yazılan başvuru oranı % 28.2'dir. Hastaneye yatış oranı % 2.6'dır (polikliniklere yapılan başvurular üzerinden hesaplanmıştır). Bu rakam, Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağaltım kurumlarında yatan hasta oranı olarak verilen % 4.9'dan düşüktür. EDH için bulunan % 3.3'lük (yıllık toplam poliklinik başvuru sayısı üzerinden hesaplanmıştır) yatan hasta oranından da düşüktür. Yine Edirne geneli için verilen % 3.8 rakamından da düşüktür (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını;1998). Aradaki fark, acil servisten yatışlar nedeniyle olabilir. Ayrıca muayenehaneden gelip doğrudan servise yatan (polikliniğe uğramadan) hastaları da dikkate almak gerekmektedir. EDH'nin YİO'ı % 56.9'dur. En yüksek yatış oranı İç Hastalıkları Polikliniği başvurularında belirlenmiştir.KBB Polikliniğinde inceleme isteme oranının düşük olması; devlet hastanesinde odiyoloji laboratuvarının olmaması, konulan tanıların daha çok fizik muayeneye dayalı olması nedeniyledir.

Tüm başvurularda, inceleme istenenlerin oranı % 39.8 olarak saptanmıştır. En çok inceleme % 62.4 ile KHD Polikliniğine, en az % 13.8 ile KBB Polikliniğine yapılan başvurulardan istenmiştir. Laboratuvar incelemesi istenen başvuru oranlarının polikliniklere göre dağılımı önemli bulunmuştur ($\chi^2 = 130.039$, $p = 0.000$).

İncelemeye alınan polikliniklere yapılan tüm başvuruların, muayeneyi yapan hekime göre değerlendirilmesinde; % 48.1'i 1. basamak, % 51.9'u ise 2. basamak olgusudur. Dağılımda ise; 1. basamak olgusu olan başvurular (% 69.5 ile), en çok ÇSH Polikliniğine yapılmıştır. Bu oranların polikliniklere dağılımı istatistiksel olarak önemlidir ($\chi^2 = 105.2$, $p = 0.000$). Farkın kaynağı ÇSH Polikliniğinde 1. basamak olgusu oranının yüksek olmasıdır. Kocadağ'ın Ankara'da yaptığı çalışmada, başvuran olguların % 39.2'sine pratisyen hekimin tanı koyabileceği muayeneyi yapan uzmanlar tarafından belirtilmiştir. En yüksek oran KBB Polikliniği başvurularında saptanmıştır (Kocadağ, Z.;1995).

Rutkove ve ark. nin çalışmasında ÇSH Polikliniğine başvuran olguların % 42.2'sinin 1. basamak düzeyinde çözümlenebileceği belirlenmiştir (Rutkove, SB., Abdool Karim, SS., Loening, W.E.K;1990:476 - 478). Metrikin ve ark. ise; HIV / AIDS'li hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, % 59.2'sinin 1. basamak düzeyinde sağaltılabileceğini saptamışlardır (Metrikin et al;1995:619-623). Beghin ve ark. da, ÇSH Hastanesi'ne kabul edilen başvuruların % 69'unun 1. basamakta önlebilecek nedenlerden olduğunu belirlemişlerdir (Beghin et al;1989:37-40). Görüldüğü gibi sorunu yalnız Edirne ve Türkiye'nin sorunu değil, bazı ülkelerin 2. basamak kurumlarının da sorunudur.

Araştırmaya alınan polikliniklere yapılan başvuruların, poliklinikleri kullanma durumu (gözlemcinin saptadığı) ve muayeneyi yapan hekime göre 1. basamak olgusu

olarak değerlendirilme uyumu incelendiğinde; raslantıya bağlı olmayan net uyum % 19 olarak bulunmuştur (Kohen kappa = 0,19). Bu sonuç, yapılan başvuruların % 19'unun, hem gözlemcinin saptadığı poliklinikleri kullanma durumuna, hem de muayeneyi yapan hekime göre, 1. basamak olgusu olarak değerlendirildiğini göstermektedir. Oldukça zayıf bir uyum söz konusudur. Gözlemci ve muayeneyi yapan hekimler farklı hastaları 1. basamak olgusu olarak değerlendirilmiştir. Her ne kadar genelleme yapılamazsa da Edirne'nin genelini ve Türkiye'nin benzer durumda olduğu kestirilebilir. Ülkemizde 1.basamağın üzerine düşen işlevleri yerine getirememesi sonucunda 2. basamağa yönelme olmaktadır. Bu yönelme de 2.basamağın aşırı yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

Sağlık Ocaklarının donanımının geliştirilmesi, ilk başvuru yeri olarak kullanımını da artıracaktır. Eser, 1991'de Bornova Merkez Oağlık Ocağı'nda yaptığı çalışmada, sağlık ocağı laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ve kullanılmasıyla 1. basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiğini ve halkın sağlık ocaklarına olan güveninin arttığını saptamıştır (Eser, E.;1992). Aynı sorun Edirne İli sağlık ocaklarında da yaşanmaktadır. Özellikle merkezdeki sağlık ocakları istek üzerine sevklerin yapıldığı, reçetelerin yinelenildiği kurumlara dönmüştür. Halkın sağlık ocağına ve sağlık ocağı hekimine güveni azalmıştır. Bu sorun, ancak nitelikli 1. basamak sağlık hizmetiyle çözülebilir ve laboratuvar kullanımı belirleyici bir konumdadır (Ekuklu, G., Saltık,, A.;1998:334-346, Kaplan, A.;1991).

SONUÇLAR

EDH'nin polikliniklerine yapılan başvurulara verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir :

- Başvuranların büyük çoğunluğu sosyal güvencesi olanlardır (% 82.5).

- EDH'nin poliklinikleri, % 56.2 oranında **ilk** başvuru basamağı olarak kullanılmıştır (gözlemcinin saptaması).

- Başvurulardan yalnızca % 27.5'i sevk zincirini izleyerek gelmiştir.

- İncelenen polikliniklere yapılan başvuruların % 43.2'si yalnızca reçete verilerek sonlandırılmıştır. % 39.8'inden laboratuvar incelemesi istenmiş, % 8'i sevk edilmiştir. Başvurularda hastaneye yatış oranı % 2.6 olarak gerçekleşmiştir.

- Yapılan başvuruların % 48.1'inin, muayeneyi yapan hekime göre 1. basamak, % 51.9'unun ise 2. basamak olgusu olduğu düşünülmüştür.

- Tüm başvuruların % 19'unun, hem gözlemcinin

saptamasına hem de muayeneyi yapan hekime göre, 1. basamak olgusu olarak değerlendirildiği belirlenmiştir.

Öneriler ise şöyle sıralanabilir :

- Sağlık kurumlarının kullanımı, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi ile ilişkili olduğu için, önemli bir toplumsal sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlığı yönetimine bu konuda önemli görevler düşmektedir.

- Hastaların yığılması, hastanenin potansiyeli altında çalışmasına neden olmaktadır. BBSH, vermesi gereken birimlere bırakılmalı; hastaneler kaynaklarını 2. basamak hizmetlere yoğunlaştırmalı, bu hizmetler salt gereksinimi olanlara vermelidir.

1. basamağın, sağlık sisteminin omurgası olduğu unutulmamalıdır. Türkiye gibi sağlığa yeterli kaynak ayıramayan bir ülkede; sağlık hizmetlerinde niteliği geliştirmenin ve verimliliği yükseltmenin en temel yolu 1. basamağın güçlendirilmesidir. Bu bağlamda, 224 sayılı Yasa, özü korunarak güncelleştirilmeli ve mutlaka uygulanmalıdır.

- Sağlık Ocaklarını işlevsel kılmak, sanıldığından veya gösterilmek istendiğinin tersine, ülkemiz için stratejik önemde bir seçimdir.

KAYNAKLAR

Abaoğlu A. (1998), "Teşhiste Temel Bilgi (Propedötik)" III. Baskı, İstanbul: Filiz Kitabevi.

Aksakoğlu G. (1994). "Denemeyen Model : Sosyalleştirme", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 9(60):52-55.

Arı A. (1983), "Sağlık Ocağı Laboratuvarında Uygulanacak Çalışma Yöntemleri" Sağlık Bakanlığı Yayını, No. 492, Ankara, 1983.

Aytekin H. (1997), "Sağlık Hizmetleri ve Pratisyen Hekimin Konumu" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12(78):18-20.

Beghin et All. (1989), "A Versatil Approach to Health System Evaluation" World Health Forum, 10:37-40.

Bertan M, Güler Ç. (1995), "Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)" Ankara : Güneş Kitabevi.

Birinci Sağlık Ocakları ve Koruyucu Hekimlik Kurultayı, T.C. Sağlık Bakanlığı TSH Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1998.

Ceylan T, Ergör G, Hamzaoğlu O. (1989), "Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Polikliniğinin Hasta Sevk Zincirinde Kaçınıcı basamak Olarak Kullanıldığının Saptanması" Katkı Pediatri Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını, 10(4):409-416.

Dedeoğlu N. (1996), "Türkiye'de Kentlerde Sağlık Sorunları" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 11(71):54-56.

Dirican RM. (1994), "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 9(60):49-51.

Dirican R. (1997), "Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I (Sağlık Yönetimi). TTB yayını.Ankara.

Dirican R., Bilgel N. (1993), "Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)" II. Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

DİE Kayıtları, Ankara, 1998 (internet adresi : <http://www.die.gov.tr>).

Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları, Edirne, 1998.

Edirne Devlet Hastanesi Kayıtları, 1998.

Ekuklu G, Saltık A. (1998), "Edirne İli Sağlık Ocaklarının Donanım, Personel Durumu ve Sunulan Kimi Hizmetler, 1996" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(5):334-346.

Erdoğan S, Eskiocak M, Saltık A. (1998), "Edirne İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Pratisyen Hekimlerin Sağlık Ocağı Hekimliğine İlişkin Değerlendirmeleri 1997" Sağlık ve Toplum, Ankara, Nisan- Haziran 1998, Sayı 8, s. 3-10.

Eren N. (1989), "Sağlık Hizmetlerinde Yönetim" IV. Baskı, Ankara:Hatiboğlu Yayınevi.

Eren N. (1995). "Kentlerde 1. basamak Sağlık Hizmetleri" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(68):57-59.

Ersoy K. (1996), "Hastane Yönetimi : Nereden Başlamalı ?" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(69-70):6-9.

Fişek NH. (1985), "Halk Sağlığına Giriş" DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No : 2, Ankara:Çağ Matbaası.

Health Services Utilization Survey in Turkey, Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, Ankara,1995

Kandemir E. (Editör), (1980), "Propedötik (Kadın-Doğum)" A.Ü.Tıp Fakültesi Yayınlarından, Yayın No : 397, Ankara.

Kılıç B. (1996), "Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 11(74):2-10.

Kılıç B, Bilaloğlu E. (1995), "Hastanelerde Reform" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(69-70):95-98.

Kocadağ Z. (1995), "Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesinde Bazı Polikliniklere Başvuran Hastaların Hizmetten Yararlanmalarının Değerlendirilmesi" Yayınlanmamış Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanlığı Tezi, H. Ü. Sağlık Bilimleri Ens., Ankara.

Maral I. (1996), "Yeşil Kart" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(69-70):125-128.

"Master Plan Konusunda TTB Başkanı Prof. Dr. Nusret Fişek ile Söyleşi" Sağlık ve Toplum, Ankara,

Mart- Nisan 1990, Sayı 2 s. 7-14 **Öztek Z (Editör)**. (1987), "Sağlık Hizmetlerinde Denetim" T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara. South Africa Medical Journal, 77:476-478.

Menderes M. (1995), "Hastanelerde Muhasebe, Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(68-70):32-46

Metrikin et All. (1995), "Is HIV/AIDS A Primary-care Disease? Appropriate Levels of Outpatient Care For Patients Whith HIV/AIDS" AIDS, 9(6):619-623.

Öztek Z. (1996), "1. basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi" Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yayını, V. Baskı, Ankara.

Öztek Z. Eren N. (1996) "Sağlık Ocağı Yönetimi" 7. Baskı, Ankara:Palme Yayınevi.

Rutkove S.B, Abdoool Karim S.S, Loening W.E.K. (1990) "Patterns of Care In An Overburdened Tertiary Hospital Outpatients Department" South Africa Medical Journal, 77:476-478.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve Yönerge" Kanun no : 224, Yönerge No : 154, 1961

Sayek İ, Kılıç B. (1997), "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu" Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara.

Sayek F. (1995), "Devlet Hastaneleri ve İyi Hekimlik" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(69-70):58-61

Soyer A. (1995), "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 11(67):92-102

Soyer A. (1995), "Modern Hastanelerin Doğuşu." Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(69-70):95-98

Şeref B. (1995), "Yataklı Tedavi Kurumlarının Bazı Hizmetler Yönünden İl Bazında Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma" Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(66):6-10.

TTB Pratisyen Hekim Kolu, Birinci basamak Araştırması. 4. Pratisyen Hekimlik Kongresi. İzmir, 1997.

Turan N. (1993), "Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Edirne Devlet Hastanesine Başvuran Hastaların

Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hizmet Talepleriyle İlgili Etmenler" Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, No : 589, Ankara, 1997

World Health Organisation. (1988). From Alma-Ata To The Year 2000. Geneva.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No : 588, Ankara

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı. Başbakanlık Basımevi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No : 499, Ankara, 1983