

## ARAŞTIRMA

# AİLE HEKİMLİĞİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME KAVRAMLARINA HALKIN YAKLAŞIMI – BİR ÖN ÇALIŞMA\*

S. Erhan DEVECİ\*\*, Yasemin AÇIK\*\*\*,  
Aylin ÖGETÜRK\*\*\*\*, Canan GÜLBAYRAK\*\*\*\*\*,  
A. Tefvik OZAN\*\*

## Özet

**Giriş ve Amaçlar:** Aile hekimliği önermesi ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme kavramları yıllardır Türkiye'nin gündeminde olup, mevcut Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta dönüşüm programı adı altında yeniden ortaya konmuştur. Bu çalışmada halkın direkt olarak etkileneceği bu dönüşümden ne kadar haberdar olduğu, görüşleri ve uygulamalara bakış açılarının irdelenmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan çalışmada, Mayıs-Haziran 2004 tarihlerinde, bir araştırma sağlık ocağı polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri 466 kişiye yüz yüze görüşülerek anket uygulandı.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınanların %55.6'sı kadın, %44.4'ü erkek olup, grubun yaş ortalaması 37.2±12.8 idi. %50.6'sı ilköğretim ve altı eğitim düzeyine, %31.8'i düzenli bir işe sahipti. %37.8'i en fazla yararlandığı sağlık kuruluşunun sağlık ocağı olduğunu belirtti. Ankete katılanların %58.4'ü "aile hekimliği" ya da "aile doktorluğu" terimini hiç duymadığını ifade etti. Böyle bir terimi duyduğunu söyleyenlerin %21.1'i doğru tarifte bulundu. Çalışma grubunun %53.0'ı sağlık ocaklarındaki hizmetlerin, %48.5'i hastane hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulması taraftarı olup, %68.2'si sağlık ocaklarında sunulan hizmetlerden ücret alınmasına karşıydı.

**Sonuç:** Lokalize bir grupta yapılan bu çalışma dönüşüm adı altında ortaya konulan sistemin, toplumda yaşayan bireyler tarafından duyulmadığını ve özelleştirme kavramının çoğunluk tarafından reddedildiğini gösterdi. Bu ön çalışmanın çok merkezli olarak yapıp, düşünülen sistem değişikliğinin uygulanabilirliğinin tekrar gözden geçirilmesi ve halk etkilerinin tartışılmasının gerekliliği kanaatine varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, özelleştirme, dönüşüm programı.

## Giriş

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi hala kavranabilmiş değildir. Yaklaşık 43 yıl önce çıkarılan 224 sayılı yasada, sağlık ocakları örgütlenme modeli öngörülmüştür. Konuyu bilen herkes, bu yasanın getirdiklerinin; 1978'deki Alma-Ata Deklarasyonundan çok önce, Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) ana felsefesini gerçekleştirmeye en uygun örgütlenme olduğunun farkındadır (Aytekin, H.;1997: 18-20). 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa"; sağlık ocaklarında parasız hizmet, entegre hizmet, ekip hizmeti, nüfusa orantılı hizmet, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem, gezici hizmet, personelin sürekli eğitimi, toplum katılımı, sevk sistemi, tam gün dediği için savunulmalı, ancak daha fazlası istenerek bütün hizmetlerin kamu eliyle, parasız sunulması gerektiği vurgulanmalı, hizmetten yararlananların sağlık sisteminin her düzeyinde sınırsız katılımı hedeflenmelidir (On Soruda 224; 2001: 28-33, Belek, İ.; 1997: 8-17).

Şu anda Sağlık Bakanlığı tarafından "sağlıkta dönüşüm programı" adı altında ortaya konulan ve adında yapılan

\*Bu makale 3-6 Kasım 2004 tarihlerinde Ankara'da IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongre'sinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

\*\*Yrd. Doç. Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

\*\*\*Doç. Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

\*\*\*\*Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

\*\*\*\*\*Uzm. Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

değişiklik ile "aile doktorluğu" denilen "aile hekimliği" önermesi yaklaşık on yıldır ülkemizin gündemindedir. İsim değişikliği ne olursa olsun bu sistemin içeriğinin tartışılması oldukça önemlidir (Kılıç, B.; 2003: 120-2). Bu konudaki tartışmalar devam ederken Sağlık Bakanlığı pilot illerde aile hekimliği uygulamalarının başlayacağını duyurmuştur.

Türkiye'de yıllardır hükümetlerin gündeminde olan sağlıkta değişim paketlerinde, aile hekimliği önermesi yanında hastanelerin özertleştirilmesi, zamanla özertleştirilmesi kavramı da mevcuttur (Soyer, A.; 2003: 123-35).

Sağlıkta sistem değişiminden halk direkt olarak etkilenecektir. Bu sosyal tıp çalışması ile, gündemdeki bu konulara farklı bir boyut kazandırılarak, aile hekimliği ve sağlık hizmetlerinde özertleştirme kavramlarına halkın yaklaşımının irdelenmesi amaçlanmıştır.

#### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma; Mayıs-Haziran 2004 tarihlerinde, Elazığ Abdullahpaşa Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı'na başvuran, 18 yaş ve üzeri 466 kişiye birebir görüşme ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

Anket; demografik sorular, aile hekimliği ve sağlık hizmetlerinde özertleştirme ile ilgili farkında olma, bilgi ve yaklaşım sorularından oluşmuştur. Anket uygulanırken araştırmacı hiçbir zaman sorular hakkında yorum yapmamış, böylece ankete katılan kişilerin yönlendirilmemesi sağlanmıştır.

Anketler değerlendirilirken veriler SPSS Windows 10.0 paket programına kaydedilip, istatistiksel analizler bu program aracılığı ile yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak  $\chi^2$  testi ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

#### Bulgular

Araştırma kapsamına alınanların %55.6'sı kadın, %44.4'ü erkek olup, grubun yaş ortalaması  $37.2 \pm 12.8$ 'dir. Araştırma kapsamına alınanların bazı demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Sosyal güvencesi olanların; %57.6'sı Emekli Sandığı, %27.6'sı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), %14.8'i Bağkur güvencesine sahiptir.

Araştırma kapsamına alınanların %37.8'i en çok yararlandığı sağlık kuruluşunun sağlık ocağı olduğunu belirtmiştir. Bunu %25.1 oranla devlet hastanesi, %20.6 ile SSK hastanesi, %12.2 ile üniversite hastanesi, %4.3 ile diğer sağlık kuruluşları (özel hastane, özel muayenehane, kurum hekimliği) izlemektedir.

Ankete katılanların %41.6'sı "aile hekimliği" yada "aile doktorluğu" terimini duyduğunu, %58.4'ü hiç duymadığını ifade etmiştir. "Aile hekimliği" terimini duyduğunu söyleyenlerin ancak %21.1'i doğru tarifte bulunmuş, %78.9'u "aile hekimliği nedir?" sorusuna eksik yada yanlış cevap vermiştir.

"Aile hekimliği" terimini duyduğunu söyleyenlerin %70.1'i aile hekimliği sistemi gelince mevcut sisteme göre daha iyi olacağını, %14.9'u bir şey değişmeyeceğini, %3.6'sı daha kötü olacağını, %11.4'ü ise yorum yapamayacağını ifade etmiştir.

"Aile hekimliği" teriminden haberdar olma durumunun bazı demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

"Aile hekimliği nedir?" sorusuna doğru yanıt verenlerle vermeyenler arasında; cinsiyet, iş durumu, eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumları açısından istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ( $P>0.05$ ).

Araştırma kapsamına alınanların sağlık ocağında ve hastanede verilen hizmetlerin özertleştirilmesi konusuna yaklaşımı Tablo 3'te verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %31.8'i (148 kişi) sağlık ocaklarında sunulan hizmetlerden ücret alınması, %68.2'si (318 kişi) alınmaması gerektiğini ifade etmiştir. "Neden ücret alınmalı yada alınmamalıdır?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınanların demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik Özellik	Sayı	%	Demografik Özellik	Sayı	%
<b>Eğitim durumu</b>			<b>Çalışma durumu</b>		
İlköğretim mezunu ve altı	236	50.6	Düzenli iş sahibi	148	31.8
Lise ve dengi okul mezunu	127	27.3	Düzensiz iş sahibi	11	2.4
Üniversite mezunu	103	22.1	Emekli	40	8.6
<b>Medeni durum</b>			Çalışmıyor (ev hanımı dahil)	267	57.2
Evli	355	76.2	<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Bekar	96	20.6	Var	388	83.3
Dul/boşanmış	15	3.2	Yok	78	16.7

**Tablo 2. Araştırmaya katılanların aile hekimliğinden haberdar olup-olmama durumunun bazı demografik özelliklere göre dağılımı**

Demografik özellikler	Aile hekimliği teriminden haberdar olan		Aile hekimliği teriminden haberdar olmayan		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	75	29.0	184	71.0	0.0001
Erkek	119	57.5	88	42.5	
<b>Yapılan iş</b>					
Düzenli ve gelir getiren(emekliler dahil)	134	71.3	54	28.7	0.0001
Düzensiz ve gelir getirmeyen (ev hanımları dahil)	60	21.6	218	78.4	
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim mezunu ve altı	44	18.6	192	81.4	0.0001
Lise ve dengi okul mezunu	57	44.9	70	55.1	
Üniversite mezunu	93	90.3	10	9.7	
<b>Sosyal güvence durumu</b>					
Sosyal güvencesi var	181	46.6	207	53.4	0.0001
Sosyal güvencesi yok	13	16.7	65	83.3	

**Tablo 3. Araştırma kapsamına alınanların "sizlere sunulan sağlık ocağı veya hastane hizmetleri devlet tarafından mı yoksa özel sektör tarafından mı verilmelidir?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı**

Kurumlar	Devlet tarafından		Özel sektör tarafından		Devlet ve özel sektör		Yorum yok		Toplam	
Sağlık ocağı hizmetleri	247	53.0	72	15.5	107	23.0	40	8.5	466	100.0
Hastane hizmetleri	226	48.5	111	23.8	92	19.8	37	7.9	466	100.0

**Tablo 4. Araştırma kapsamına alınanlardan "sağlık ocağı hizmetlerinden ücret alınmalıdır ya da alınmamalıdır" diyenlerin gerekçelerinin dağılımı**

Sağlık ocağı hizmetlerinden ücret alınmalıdır diyenlerin gerekçeleri	Sayı	%
Daha iyi ve kaliteli hizmet için	74	50.0
Sağlık ocaklarının kendi kendine yetebilmesi-eksiklerin giderilmesi için	30	20.2
Çalışanlar açısından döner sermayeye katkı için	13	8.8
Devlete katkı için (her şeyi devletten beklememeli)	13	8.8
Paralı olan hizmetin karşılığının daha kıymetli olacağı düşüncesi	8	5.4
Yanıtız	10	6.8
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>
Sağlık ocağı hizmetlerinden ücret alınmamalı diyenlerin gerekçeleri	Sayı	%
Dar gelirli de hizmetten yararlanabilmeli (ekonomik nedenler)	219	68.9
Devletin temel görevi olduğundan devlet karşılamalı	48	15.1
Sağlık ocağı hizmetleri koruyucu hizmetler olduğundan ücretsiz olmalı	18	5.7
Devlet memuruz, devlet güvencesi olanlardan alınmamalı	12	3.8
Çalışan personele zaten devlet maaş veriyor	3	0.9
Yanıtız	18	5.6
<b>Toplam</b>	<b>318</b>	<b>100.0</b>

### Tartışma

Türkiye’de 1982 Anayasası ile sağlık hizmetleri sunumunun devlet görevi olmaktan çıkarılmasını takiben, o tarihten itibaren hükümetlerin sağlık sektörü ile ilgili olarak sundukları önerilerin halkı etkileyecek olumsuzlukları, Halk Sağlığı Öğretim Üyeleri tarafından 1997 yılında kamuoyuna duyurulmuştur. Bu kamuoyu duyurusunda “aile hekimliği” ve “sağlıkta özelleştirmenin” halka yansıtacak olumsuzlukları bildirilmiştir (**Halk Sağlığı Öğretim Üyelerinden Kamuoyu Duyurusu; 1997: 74-5**). Yıllar sonrada değişen bir şey olmamıştır. Türkiye’de Kasım 2002 seçimlerinden sonra iş başında olan hükümetlerin sağlık programında da; aile hekimliği uygulamasına geçileceği ve devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak, tüm hastanelerin özleştirileceği maddeleri yapılması gerekenler içinde yer almıştır (**58. Hükümet Programı; 2002**).

Araştırmamızda bu kavramlara halkın yaklaşımı irdelenerek, olaya değişik bir perspektiften bakılmak istenmiştir. Araştırma kapsamına alınanların %58.4’ü aile hekimliği terimini hiç duymadığını ifade etmiştir. Yıllardır gündemde tutulmaya çalışılan bu terimin çoğunluk tarafından duyulmaması, özellikle değişimin gerçekleştirilmesinin düşünüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar arasında duyulmamış olması oldukça ilginçtir. Daha da ilginç olan aile hekimliği terimini duyduğunu söyleyenlerin %21.2’si ne olduğunu doğru tarif edebilmektedir. Ancak, yine terimden haberdar olduğunu belirtenlerin %70.1’i aile hekimliği sisteminin mevcut sisteme göre daha iyi olacağını ifade edebilmektedir. Bir kavramın hem ne olduğunu bilemeyip, hem de iyi şeyler getireceğini söylemek halkın politik yaklaşımlarının tercihleri üzerine çift kör etkisini düşündürmüştür.

Bu çalışmada, cinsiyetin (erkek olma), düzenli bir gelire sahip olmanın, eğitim düzeyi yüksekliğinin ve sağlık güvencesi sahibi olmanın aile hekimliği terimini duyma oranlarını artırdığı saptanmıştır ( $P<0.05$ , Tablo 2). Ancak aynı değişkenler aile hekimliği teriminin ne olduğunun bilinmesinde etkili değildir ( $P>0.05$ ). Örnek olarak eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde dahi bir kavram kargaşası yaşandığı düşünülürse, halkın sistemlerle ilgili olan değişimlere yaklaşımının; sadece politize bir yaklaşımla terimlere ilgi düzeyinde değil, bilgi düzeyinde olması gerekliliği tartışılmalıdır.

Araştırmamızda, çalışma grubunun %53.0’ı sağlık ocaklarındaki hizmetlerin, %48.5’i de hastane hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulması taraftardır (Tablo 3). Bu durum halkın sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin getireceği sorunları sezinlemiş olduğu izlenimini vermiştir. Türkiye’de özelleştirme uygulamalarının sağlık sektöründe değişik şekil ve kapsamlarda uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Öncelikle yataklı tedavi kurumlarında temizlik, yemek vb.

hizmetler taşeron şirketlere verilmeye, özel yatak, özel oda gibi uygulamalarla ek paralar temin edilmeye başlanmıştır. Yine kamuya bağlı kurumlarda özel tetkik ve özel tedavi/ ameliyat gibi uygulamalar başlatılmıştır (**Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü; 2004**). Sağlık hizmetlerinde özelleştirme “parası olan müşteri” devrini başlatacak, özel sektörün kar artımı için maliyeti düşürme çabalarıyla sağlık hizmetinin niteliği düşecek ve de kapsamı daralacaktır.

Araştırmaya katılanların %68.2’si sağlık ocağında sunulan hizmetlerden ücret alınmaması gerektiğini belirtmiştir. Buna en büyük gerekçe olarak ekonomik nedenler gösterilmiştir (Tablo 4). Bilindiği üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin yetersizliği ileri sürülerek, 23 Ocak 2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı kanunla birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tüm sağlık hizmetleri döner sermaye aracılığıyla ücretlendirilmiştir (**Resmi Gazete No: 24296**). Bostancı ve Özşahin’in çalışmasında; döner sermaye uygulamasının başlamasıyla sağlık ocağı poliklinik sayılarında önemli düşüş yaşandığı, Keskinoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise poliklinik sayılarındaki düşüşe karşın laboratuvar oranlarının anlamlı bir şekilde bir önceki yıla göre yükseldiği bildirilmiştir (**Bostancı, M. ve ark.; 2002: 502, Keskinoğlu, P. ve ark.; 2002:535-7**). Konakçı ve arkadaşlarının doğrudan sağlık harcamalarının ve döner sermaye uygulamasının etkilerinin incelendiği araştırmalarında; bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kişilerden bir aylık sürede sağlık gereksinimi olanların %68’inin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvurama nedeni olarak ise %52 oranında ekonomik sorunların gerekçe olarak gösterildiği bildirilmiştir (**Konakçı Kayser, S. ve ark.; 2002: 531-4**). Döner sermaye uygulamalarının kaynak olarak kişiler tarafından yapılan ödemelere yönelmesi kamusal hizmetin özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. Özelleştirmelerinde sağlık kullanımındaki eşitsizlikleri artırdığı bilinmektedir (**Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü; 2004, Whitehead, M.; 1992: 429-45**). Birinci basamakta döner sermaye uygulaması ile halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasının düşürüldüğü, maddi kaynak olarak görülüp fazla tetkik gibi işlemlerle bir nevi sömürüldüğü görülmektedir. Öyle ki; çalışmamızda ücret alımına taraftar olanların yarısı iyi ve kaliteli hizmetin ancak bu yolla gerçekleşeceği düşüncesindedir (Tablo 4).

Sonuç olarak; sistemlerin temel yapıtaşını oluşturan halktır. Bu çalışma lokalize bir bölgede de yapılmış olsa, halkın önemli bir oranda sağlık ocaklarından yararlandığı görülmektedir. Türkiye’de 40 yıldan bu yana süregelen ve halka hizmeti götüren bir sistemi, halkın hizmeti aradığı bir sistem haline dönüştürmenin ne ölçüde başarılı olacağı düşünülmelidir. Yıllardır gündeme getirilen aile hekimliği sisteminin halka halen anlatılmadığı da açıktır. Bu durumun getirilmek istenen sistemi halkın benimsemek istememesinden de kaynaklanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

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

**Belek, İ.** (1997), "Türkiye Aile Hekimliği Modeli: "Herkes İçin Sağlık" Perspektifli Bir Değerlendirme", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12 (78): 8-17.

**Bostancı, M., Özşahin, A.** (2002), "Uygulama Sağlık Ocaklarında Döner Sermaye Uygulamasının Poliklinik Hizmetine Yansımaları", 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı 2. s: 502.

**Halk Sağlığı Öğretim Üyelerinden Kamuoyu Duyurusu.** (1997), Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12(80): 74-5.

**Keskinoğlu, P., Kılıç, B., Kayser Konakçı, S. ve ark.** (2002), "Narlıdere Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi Sağlık Düzeyi Göstergelerine Sağlık Ocaklarındaki Döner Sermaye Uygulamasının Etkileri", 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı 2. s:535-7.

**Kılıç, B.** (2003), "AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta "Dönüş"üm Programı (10 Soru 10 Yanıt)", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18 (2): 120-2.

**Konakçı Kayser, S., Kılıç, B., Keskinoğlu, P., Kulaç, E.** (2002), "Narlıdere İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Nisan 2002 Tarihinde Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Doğrudan Harcamalar ve Döner Sermaye Uygulamasının Doğrudan Harcamalara Etkileri", 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı 2. s: 531-4.

**On Soruda 224.** (2001), "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16 (1): 28-33.

**Resmi Gazete** (2001), "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri İle 190 Sayılı KHK'nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No: 4618, 23 Ocak: Resmi Gazete No:24296.

**Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü.** (2004), TTB Kocaeli Tabip Odası Yayını.

**Soyer A.** (2003), "AKP" Hükümeti ve Sağlık. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18(2): 123-35.

**Whitehead, M.** (1992), "The concepts and principles of equity and health", Int J Health Serv, 22(3): 429-45. 58. Hükümet Programı, 2002.