



# Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

## *Evaluation of Primary Health Care*

Merve Çelik<sup>1</sup>, Gizem Linnili<sup>2</sup>, A. Dilek Güldal<sup>3</sup>

<sup>1)</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Arş. Gör, Uzm. Dr., Samsun

<sup>2)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Öğr. Gör, Uzm. Dr., İzmir

<sup>3)</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Prof. Dr., İzmir

**İletişim adresi:**

Dr. Gizem Linnili  
gizem.linnili@deu.edu.tr

Geliş tarihi: 22/10/2019

Kabul tarihi: 13/12/2019

Yayın tarihi: 25/12/2019

**Alıntı Kodu:** Çelik M., Linnili G. ve Güldal AD. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.  
Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (4): 163-72. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00463.

## Özet

**Giriş:** Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim mevcuttur. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin en önemli parçasını oluşturan birinci basamaktaki durumu ortaya koymak toplumun gelecekteki sağlığını belirlemek açısından son derece önemlidir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerindeki değişimin etkilerini hasta düzeyinde ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Kesitsel analitik desende bu çalışmada Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada 390 haneden 762 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılanların %50,8'i (n=387) kadın, %49,2'si (n=375) erkek ve yaş ortalaması  $42,09 \pm 11,91$  bulunmuştur. Katılımcıların %39,4'ü (n=300) düzenli sağlık hizmeti aldıklarını ve bu hizmetin %72,3'ünü (n=217) de ASM'de görevli aile hekiminden aldıklarını belirtmiştir. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinde en yüksek puan boylamsal süreklilikte ( $70,96 \pm 26,42$ ) ve koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutlarında ( $70,96 \pm 26,42$ ) iken, en düşük puan finansal ulaşılabilirlikte ( $38,94 \pm 18,76$ ) bulunmuştur.

**Sonuç:** Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda değişikliğe gidilmiştir. Bu uygulamanın sonuçlarını değerlendirecek gereçlerinden biri olan Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ile yaptığımız çalışmada birinci basamakta sürekli hekimi olanların yüzdesi ve finansal ulaşılabilirlik puanları düşük bulunmuştur. Sonuçların genellenebilmesi için bu tür araçların kullanıldığı daha kapsamlı ve ileri araştırmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Birinci basamak, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

## Summary

**Introduction:** There is a fundamental change in primary health care system in our country. The objectives of the Health Transformation Program are to organize, finance and provide health services in an effective, efficient and equitable manner. Identifying the situation in primary care, which constitutes the most important part of health services, is extremely important in terms of determining the future health of the society. The aim of this study is to reveal the effects of changes in health services at the patient level.

**Method:** The Primary Care Assessment Scale (PCAS) was used in this cross-sectional analytical study.

**Results:** In this study, 390 house and 762 persons were reached. Of the participants, 50.8% (n = 387) were female, 49.2% (n = 375) were male, and the mean age was  $42.09 \pm 11.91$ . It was seen that 39.4% (n = 300) of the participants received regular health services and 72.3% (n = 217) of them received this service from their family physician who works in primary health care centers. The highest score was in the longitudinal continuity ( $70.96 \pm 26.42$ ) and preventive counseling and counseling ( $70.96 \pm 26.42$ ), while the lowest score was in the financial access ( $38.94 \pm 18.76$ ).

**Conclusion:** There has been a change in the provision of primary health care services in our country. In our study with PCAS; which is one of the instruments that will evaluate the results of the application, it was found that the percentage of permanent physicians in primary care and financial access points were found low. In order to generalize the results, more comprehensive and advanced studies using such tools are needed.

**Key-words:** Primary care, Health Transformation Program, Primary Care Assessment Scale

## Giriş

Türkiye’de sağlık sistemi 2003 yılında başlatılan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ adı verilen bir yenilik hareketi ile yeniden yapılandırılmaya çalışılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Etkililik, uygulanacak hizmetlerin bireylerin sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. Hakkaniyet ise bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır.<sup>(1)</sup>

Bu program her ne kadar Türkiye’deki sağlık sorunlarına yönelik olsa da, dünyadaki sağlık uygulamalarından da etkilenmiştir. Dönüşümün temel taşını ise birinci basamak sağlık hizmetlerindeki değişiklikler oluşturmaktadır. 2003 yılında bu dönüşüm programı başlamıştır ancak temelleri çok daha önceye dayanmaktadır.

Temel Sağlık Hizmetleri’nin tanımı 1978 Alma Ata konferansında yapılmış ve bütüncül bir yaklaşımla sunulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu konferansta tanımlanan temel sağlık hizmetleri özelliklerine bakıldığında; süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, toplum katılımı ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin tanımın içinde yer aldığı görülmektedir.<sup>(2)</sup>

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılından 2003 yılına kadar yürürlükte olan 224 sayılı yasaya göre yürütülmekteydi. Sosyal güvenlik, Türkiye’de 1961 Anayasasında uluslararası normlara uygun olarak, temel insan haklarından biri ve devlet

görevi olarak tarif edilmiş ve garanti altına alınmıştır. Bu uygulamada temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, köy tipi (nüfusu 10 binden az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardı. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenirdi. Hastalar gerek görüldüğünde bir üst basamağa sevk edilirdi. Fikir olarak birinci basamak hizmetlerine uygun olmakla birlikte ilerleyen yıllarda özellikle 1982 anayasasından sonra devlet denetleyici rolünü kaybetmiş, sağlık hizmetindeki etkinliği kaybolmuştur.<sup>(3)</sup>

2003 yılı ile birlikte dünyada kabul görmüş olan aile doktoru (aile hekimi, genel pratisyen) ile birinci basamak sağlık hizmetleri Türkiye’de sunulmaya başlanmıştır. Her ne kadar bu hizmeti veren hekimler aile hekimliği disiplini ile yetişmiş olmasa da uzaktan eğitim ve üniversitede uzmanlık eğitimi ile bu açık kapatılmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü bir değişim mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin en önemli basamağını oluşturan koruyucu, tedavi edici ve iyilik halinin korunması hizmetlerinin durumunu ortaya koymak, toplumun gelecekteki sağlığını belirlemek açısından son derece önemlidir. Sağlık hizmetleri çeşitli boyutlarda değerlendirilebilir: sağlık hizmetini sunanlar, sağlık hizmetini kullananlar, hizmetin verildiği birim ve olanaklar gibi. Çalışmamızdaki en önemli amaç da bu değişimin etkilerini hasta düzeyinde ortaya koymaktır.

Hasta memnuniyeti ile ilgili kalitatif ve kantitatif çalışmalar yapmak mümkündür. İdeal olanı bu yöntemlerin karması sonucu yapılmaktadır. Sağlık hiz-

meti memnuniyet araştırmaları hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklentisi, önerisi ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileşmesini sağlamak, sosyodemografik ve tedavi süresine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır.

Birinci basamağı değerlendirme ve ölçmede zorluklar mevcut olsa da, kabul görmüş temel özellikler açısından yaklaşmakta fayda vardır. Süreklilik özelliğiyle birlikte kişi merkezli ve iş birliğine dayalı, kapsayıcı, hizmet sürekliliği olan, aile ve toplum yönelimli bir anlayış birinci basamak sağlık hizmetinin temel özellikleri olarak kabul görmüştür. Değerlendirmelerimizi de bu kavramlar doğrultusunda yapmakta fayda vardır.

## Yöntem

Bu araştırma kesitsel analitik bir çalışmadır. Çalışma için gerekli izinlerin Dokuz Eylül Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan alınmasının ardından yüz yüze anket uygulama metodu ile veri toplanmıştır. Çalışma; Mayıs-Haziran 2015 tarihleri arasında İzmir ili Balçova ilçesinde bulunan hanelerde oturan 18 yaş üstü erişkinlerden toplanan verilerle yapılmıştır. Balçova Toplum Sağlığı Merkezi'nden alınan bilgilere göre 39321 hane arasında evreni bilinen örneklem hesabı formülüne göre %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile en az 381 haneye ulaşılması gerektiği hesaplandı. İlçede 8 mahalle ve 491 sokak bulunmaktaydı.

Rastgele sayılar tablosundan hangi sokakların seçileceği bulundu. Sokak başında yazı tura atılarak sağdan ya da soldan başlandı. Her apartmandan rastgele bir daire seçildi. Dairede kimsenin bulunmaması durumunda bir sonraki daireye geçilerek anket yapmayı kabul eden haneye kadar devam edildi. Her haneden

en az bir kişi olmak üzere evde bulunan 18 yaş üstü kişilere ulaşıldı. Öncelikle anne baba, sonra 18 yaş üstü çocuk ya da dede-anneanne, onlar da yoksa evde yaşayan 18 yaş üstü herhangi iki kişi çalışmaya alındı. Dışlama kriteri hanede bulunan kişinin fiziksel ya da zihinsel engeli bulunması idi. Çeşitlilik açısından anket uygulamaya mesai saatleri sonrası gidilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri, bağımsız değişkenlerden oluşan ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik verilerin sorulduğu bir anket ile Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) anketidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Lağarlı ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa değeri 0.80-0.90 olarak bulunmuştur.

Ölçek, hiçbir boyuta ait olmayan tarama amaçlı iki soru ile birlikte toplam 33 sorudan oluşmuş olup, yedi boyut, 11 alt boyut ve son olarak iki özel boyutta toplanmıştır.<sup>(4,5)</sup> Çalışmaya katılanlar arasında düzenli hekimi olup, hekimi Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde çalışan 217 kişide PCAS puanlama rehberine göre boyut ve alt boyutlar için puanlama yapılmıştır. Rehber göre düzeltilmiş puanlar hesaplandığında her alt boyut ve boyut için en az 0, en çok 100 puan alınabilmektedir. Boyutlar ve alınan puanlar **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Ankete araştırmacılar tarafından üç soru eklenmiştir. Orijinal PCAS anketinde randevu alma ile ilgili soru sadece telefon üzerine kurulmuştur. Ancak ülkemizde birinci basamakta randevu sistemi standardize olmadığından ve kişisel faktörlere göre düzenlendiğinden; 'Doktorunuzdan nasıl randevu alıyorsunuz?' ve 'Bu durumu nasıl değerlendirirsiniz?' olarak iki adet soru eklenmiştir.

Ayrıca sürekli başvuru doktorun hangi basamakta görev yaptığına ilişkin bir soru bulunmadığı için sürekli başvuru doktorun hangi basamakta ça-

lıştığına dair bir soru eklenmiştir.

İstatistiksel analizler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları kullanılmıştır. Kategorik bağımsız değişken ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve ANOVA testi uygulanmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında normal dağılımlar için t-testi, normal olmayan dağılımlar için Mann-Whitney-U testleri kullanılmıştır. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmada İzmir ili Balçova ilçesindeki toplam 390 hanede 762 kişiye ulaşılmıştır. Bunların %39,4'ü

(n=300) düzenli sağlık hizmeti almaktaydı. Düzenli sağlık hizmeti alanların %72,3'ünün (n=217) hekimi ASM'de görevli aile hekimi, %,27,7'sinin (n=83) ise özel hekim ya da üniversite-devlet hastanesinde farklı branşlarda çalışan hekimlerdi. Çalışmaya katılanların düzenli sağlık hizmeti alıp almamaları ve kimden aldıklarına göre sosyodemografik verilerinin dağılımı **Tablo 2'**de gösterilmiştir.

Anket yapılan kişilerin %50,8'i (n=387) kadın, %49,2'si (n=375) erkek ve yaş ortalaması 42,09±11,91 idi. Hanelerde en az bir, en çok dokuz kişi yaşamaktaydı. 5 yaş altı çocuk sayısı ortalama olarak birin altında bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin %62,2'sinin eğitim durumunun lise ve üzeri olduğu; ekonomik durum değerlendirmesinde % 60,5'inin gelirinin

**Tablo 1. PCAS boyut ve alt boyutları puanları**

Alt boyutlar	Alt boyut puanları Ort.±SS	Boyutlar	Boyut puanları Ort.±SS
Finansal ulaşılabilirlik	38.94±18.76	Ulaşılabilirlik	49.97±11.41
Örgütsel ulaşılabilirlik	53.64±12.36		
Boylamsal süreklilik	70.96±26.42	Süreklilik	58.99±15.11
Hekim temelli süreklilik	52.99±17.31		
Hastanın bütüncül bilgisi	49.64±16.49	Kapsayıcılık	40.66±23.54
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	70.96±26.42		
Eşgüdüm (entegrasyon) *	54.48±14.46	Eşgüdüm *	54.48±14.46
İletişim	60.05±13.00	Hizmet memnuniyeti	59.61±12.50
Fiziksel bakı	56.95±16.88		
Kişisel yaklaşım	61.21±16.62	Kişisel yaklaşım	61.22±16.62
Güven	64.43±11.82	Güven	64.43±11.82

\*Eşgüdüm boyutunda 58 kişi soruları cevaplamıştır.

**Tablo 2. Katılımcıların bazı özelliklerinin düzenli hekim varlığına göre dağılımı**

		Düzenli hekim ASM'de olanlar (n=217)		Düzenli hekim diğer olanlar (n=83)		Düzenli hekim olmayanlar (n=462)		Çalışmaya katılanlar (n=762)	
		Ort. ±SS	Min-Max	Ort. ±SS	Min-Max	Ort. ±SS	Min-Max	Ort. ±SS	Min-Max
Yaş		44.12±11.91	19-80	42.41±14.65	17-83	41.07±13.59	17-83	42.09 ±13.31	17-83
Ailede yaşayan kişi sayısı		4.0±1.12	2-8	1.17	1-8	3.78±1.24	1-9	3.78 ±1.24	1-9
5 yaş altı çocuk sayısı		0.26±0.55	0-3	0.30±0.45	0-5	0.28±0.54	0-5	0.29 ±0.584	0-5
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	124	57.1	40	48.1	242	52.3	387	50.8
	Erkek	93	42.9	43	51.9	220	47.7	375	49.2
Hane reisinin yaptığı iş	İşsiz	13	6.0	0	0.0	28	6.2	41	5.4
	Kendi hesabına çalışan	37	17.0	27	32.5	114	24.6	178	23.4
	Ücretli çalışan	167	77.0	56	67.5	320	69.2	543	71.3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	2	0.9	0	0.0	9	2.0	11	1.4
	Okuryazar / İlkokul	86	39.6	37	55.4	154	33.3	277	36.4
	Lise / Üniversite / Yüksekokul	129	59.4	46	44.6	299	64.7	474	62.2
Ekonomik durumu değerlendirme	Gelirim giderimden az	62	28.6	25	30.1	143	30.9	230	30.1
	Gelirim giderime eşit	136	62.7	44	53.0	281	60.8	461	60.4
	Gelirim giderimden fazla	19	8.8	14	16.9	38	8.3	71	9.5
Kronik hastalık varlığı	Var	70	32.3	65	78.3	17.1	17.1	214	28.1
	Yok	147	67.7	18	21.7	82.9	82.9	548	71.9



giderine eşit olduğu görülmüştür.

Düzenli sağlık hizmeti alanların yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti ( $p=0.009$ ). Düzenli hekimi olanlarda ailede yaşayan kişi sayısı daha fazla iken, beş yaş altı çocuk sayısı ile anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla  $p=0.001$ ,  $p=0.509$ ).

Ayrıca düzenli sağlık hizmeti alıp almama ile cinsiyet, eğitim durumu ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla  $p=0.030$ ,  $p=0.045$ ,  $p=0.000$ ). Kadınların düzenli sağlık hizmet alımı yüksek, eğitim durumu lise ve üzeri olanların düzenli sağlık hizmet alımı düşük bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların ise düzenli hekimi olmaması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda en yüksek puan boylamsal süreklilik ( $70.96\pm 26.42$ ) ve koruyucu hizmetler ve danışmanlık alt boyutlarında ( $70.96\pm 26.42$ ), en düşük puan ise finansal ulaşılabilirlikte ( $38.94\pm 18.76$ ). Boyut puanlarında ise en yüksek puan ortalaması güven ( $64.43\pm 11.82$ ), en az kapsayıcılıktadır ( $40.66\pm 23.54$ ). Boyut ve alt puanlarının karşılaştırması **Grafik 1** ve **Grafik 2**'de gösterilmiştir.

**Grafik 1: PCAS alt boyut puanları**

## PCAS ALT BOYUT PUANLARI



PCAS boyut puanları ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında birtakım anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olanlar birinci basamak sağlık hizmetlerine finansal ve örgütsel olarak daha kolay ulaşabilmekteydiler (sırasıyla  $p=0.007$ ,  $p=0.021$ ) ve ulaşılabilirlik ve güven boyut puanları daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla  $p=0.03$ ,  $p=0.027$ ).

Hekim temelli süreklilik çalışanlarda işsizlere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Hastanın bütüncül bilgisi puanı ise kronik hastalığı olanlarda daha yüksekti ( $p=0.016$ ). Koruyucu hizmetler ve danışmanlık konusunda 5 yaş altı çocuğu olanlar daha çok hizmet almaktaydı ( $p=0.042$ ) ve ulaşılabilirlik, kapsayıcılık ve kişisel yaklaşım boyutlarında puanları daha yüksekti ( $p=0.08-0.044$ ,  $p=0.024$ ).

Yaş arttıkça bu alt boyutta hizmet alımı azalmaktaydı ( $p=0.032$ ). Kadınlar hekimlerinin iletişim becerilerinden daha memnundular ( $p=0.028$ ) ve hizmet memnuniyeti erkeklerden daha yüksekti ( $p=0.035$ ). Ailede yaşayan kişi sayısı beş ve üzeri olanlar ise iletişimden memnun değildi ( $p=0.023$ ). 5 yaş altı çocu-

**Grafik 2: PCAS boyut puanları**

## PCAS BOYUT PUANLARI



ğu olanların hekimle ilişkileri daha kötü idi ( $p=0.024$ ). Kronik hastalığı olmayanlar ve gelirim giderimden az diyenlerin hekimlerine güven düzeyleri daha düşüktü ( $p=0.000$ ,  $p=0.027$ ). 5 yaş altı çocuk varlığı ile ulaşılabilirlik, kapsayıcılık ve kişisel yaklaşım boyutlarında puan artırmaktaydı ( $p=0.08-0.044$ ,  $p=0.024$ ).

## Tartışma

Sağlık hizmetleri bir ülkenin hem ekonomik hem de sosyal yaşantısına etkisi büyük olan bir alandır. Dolayısıyla tüm ülkelerin öncelikleri arasında yer almaktadır. Türkiye, mevcut durumda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın içerisinde yer almaktadır. Bu program içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verildiği görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde en dikkat çekici bulgu düzenli sağlık hizmeti alma durumunun %39,4 olmasıdır. Türkiye'de 2002-2017 yılları arasında ayaktan hasta görme oranları birinci basamakta fazla değişikliğe uğramamıştır.<sup>(6)</sup>

Sağlıkta dönüşüm programı ile ileri sağlık basamakları ve acil servislere olan başvuru azaltılamamış gibi gözükmemektedir. Hizmet alma oranının düşük olmasının sebebi öncelikle sevk zincirinin mevcut olmaması ve mesai saatleri dışında birinci basamağın hizmet vermemesi olarak düşünülmüştür. Ayrıca çalışmanın yapıldığı Balçova bölgesinde üniversite hastanesi ve özel semt poliklinikleri de yer almaktadır. Çalışmamızda düzenli olarak birinci basamak sağlık hizmeti alanların arasında çalışma saatlerinden memnunum diyenlerin oranı da %38,1'dir.

Bu sonuçlar hizmet saatleri ile ilgili düzenlemelere de ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek bir popülasyon olmasına karşın düzenli olarak birinci basamak kullanım oranının düşük olması ve finansal ulaşılabilirlik puanının düşük olması ileri çalışmalara olan ge-

reksinimi doğurmaktadır. Çalışmamızda düzenli olarak sağlık hizmeti almayanların kronik hastalık varlığı, düzenli olarak sağlık hizmeti alanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Bu durum kronik hastalığa bağlı komplikasyonlar ve buna bağlı mortalite ve morbidite ile doğru mücadele edemediğimizi göstermektedir. Bilinmektedir ki koruyucu ve rehabilite edici birinci basamak sağlık hizmeti alımı hem sağlık düzeyini artırır, hem de sağlık hizmeti maliyetini düşürür.<sup>(7)</sup>

Veriler toplanırken her haneden iki kişi alınması ve bir kadın, bir erkek cinsiyet olması hedeflenmiştir. Popülasyon bu açıdan dengelidir. Fark düzenli sağlık hizmeti almada ortaya çıkmaktadır. Kadınların düzenli sağlık hizmeti alma durumu erkeklerden yüksektir ( $p=0.03$ ). Bu durum; gebe takibi, çocuk takibi, aşılanma, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılmasının bir sonucu olarak düşünülmüştür.

Ayrıca koruyucu hizmetler ve danışmanlık konusunda 5 yaş altı çocuğu olanlar daha çok hizmet almaktadır ( $p=0.042$ ). Bu da çocuk bakımını kadınların üstlenmesi ile sağlık hizmetini daha çok almalarını açıklar. Yaş arttıkça bu alt boyutta hizmet alımının azaldığı görülmüştür ( $p=0.032$ ). Oysa bu boyut ileri yaşta da önemlidir ve hasta-hekim görüşmelerinde sigara-alkol-madde kullanımı, sağlıklı cinsel ilişki, egzersiz, beslenme, kanser taramaları gibi koruyucu hizmetleri içermelidir.

Çalışmamızda işsizlik oranı %5,4 ile Türkiye ortalamasının altında bulunmuştur.<sup>(8)</sup> Bununla birlikte çalışmamıza katılanların %71,3'ünün hane reisi işi sorulduğunda ücretli çalışan (yüksek eğitilmiş, memurbüro çalışanı, işçi, emekli, niteliksiz işlerde çalışanlar vb) cevabını vermiştir. Bu Balçova ilçesinin sosyoekonomik şartlarından kaynaklanmaktadır. Kringos ve



ark. yaptığı bir çalışmada ülkelerin zenginlik artışı ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik arasında pozitif ilişki saptanmıştır.<sup>(9)</sup> Bizim verilerimizde de gelirim giderimden fazla diyenlerin ulaşılabilirlik ve güven boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yine Kringos ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı Avrupa’da birinci basamağın gücünü araştıran çalışmada Türkiye yapısal özelliklerde (birinci basamak yönetimi, ekonomik koşullar, insan gücü orta, uygulama özelliklerinde ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm) zayıf olarak bulunmuştur.<sup>(10)</sup> Aile hekimliğinin Sağlık Bakanlığı genel bütçesindeki payı oldukça yüksektir, ancak bu yeterli bulunmamaktadır ki; çalışmamızda ulaşılabilirlik, kapsayıcılıkla birlikte en düşük puan ortalamasına sahiptir.<sup>(11)</sup>

Bu düşüklüğün sebebi özellikle finansal ulaşılabilirliktedir. Bu boyutta muayene ücretleri ve ilaç tedavisi ve diğer tedaviler için ödenen para miktarının

nasıl değerlendirildiği sorulmuştur. Düzenli hekimi olan kişilerin %62,7’si hekim muayene ücretlerine, %75,2’si tedavi maliyetlerine orta-kötü veya çok-kötü cevabını vermiştir. Tüm ülkeye genelleme yapılamasa da Balçova gibi ekonomik düzeyi iyi bir bölgede finansal ulaşılabilirlik puanının düşük olması düşündürücüdür.

### Sonuç

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda değişikliğe gidilmiştir. Bu uygulamanın sonuçlarını değerlendirecek gereçlerinden biri olan PCAS ile yaptığımız çalışmada birinci basamakta sürekli hekimi olanların yüzdesinin düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca kapsayıcılık ve ulaşılabilirlik puanları da düşük bulunmuştur. Sonuçların genelleşebilmesi için bu tür araçların kullanıldığı daha kapsamlı ve ileri araştırmalara gereksinim vardır.



## Kaynaklar

1. OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri Türkiye 2008. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/oecdkitap.pdf> adresinden 1 Aralık 2019 tarihinde erişilmiştir.
2. WHO, Alma Ata Deklarasyonu [online]. [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) adresinden 26 Aralık 2019 tarihinde erişilmiştir.
3. Fişek NH. Türkiye’de Sağlık Hizmeti. “Halk Sağlığına Giriş” içinde. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2. 1983; 155-66.
4. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH et al. The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care* 1998; 36 (5): 728-39.
5. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Turk J Public Health* 2014;12(3):162-77.
6. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bakanlığı, Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> adresinden 1 Aralık 2019 tarihinde erişilmiştir.
7. Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, Chopra M et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 940–49.
8. TÜİK: Türkiye işsizlik oranı. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=72&locale=tr> adresinden 1 Aralık 2019 tarihinde erişilmiştir.
9. Kringos DS, Boerma W, Zee J, Groenewegen P. Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 2013;32(4):686–94.
10. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 2013; 63 (616): 742-50.
11. Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Aralık 2012. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden 1 Aralık 2019 tarihinde erişilmiştir.

**Alıntı Kodu:** Çelik M., Limnili G. ve Güldal AD. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy* 2019; 10 (4): 163-72. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00463.