

ANTALYA MERKEZ ÖRNEĞİNDE; BİRİNCİ BASAMAKTA HİZMET VEREN HEKİMLERİN AİLE HEKİMLİĞİNE GEÇİŞ SÜREÇLERİ, UYGULAMA SÜRECİNDEKİ DURUM VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Fatma Yeşim KARAKOÇ*, İlker BELEK**

Özet: Türkiye’de aile hekimliği sisteminin uygulandığı diğer ülkelere göre aile hekimlerine kayıtlı nüfus oldukça kalabalıktır. Bununla birlikte; aile hekimlerini kaliteli sağlık hizmeti sunmaları yönünde motive etmek bakımından gereken alt yapı olanakları sağlanmamış, koruyucu sağlık hizmetlerini öne çıkaracak düzenlemeler yapılmamıştır. Aile hekimleri, tedavi hizmetlerine ağırlık veren bir uygulama içinde çalışıp, koruyucu hizmetlerini tek personelle aksatmamaları istenirken, sürekli yeni görev tanımlamaları ile karşı karşıya bırakılmışlardır. Bu araştırma Antalya’da 2010 yılı sonundan beri uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi içinde Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin; sisteme geçmeye nasıl karar verdiklerini, sistem hakkındaki düşüncelerini, karşılaştıkları sorunları ve memnuniyet düzeylerini saptanmayı amaçlamaktadır. Araştırma evrenini Konyaaltı ve Kepez’de çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Toplamda 146 aile hekiminden 131 aile hekimine ulaşılmıştır (%89,7 katılım). Hekimlerin %42,7’si acil ya da toplum sağlığı merkezinde çalışmaktan daha mantıklı geldiği için aile hekimi olmayı tercih etmiştir. Aile hekimliğini birinci basamak için uygun bulan hekim oranı %48 olup, %92,4’ü aile hekimliğinde zorlandığı yönler olduğunu ifade etmiştir. Hasta beklentisinin artması, kayıtlı nüfusun fazla olması, hekimlik dışı işler ve performans kesintileri en fazla zorlanılan yönler olmuştur. Hekimlerin %56,2’si aile hekimi olmaktan memnun değildir. Bu veriler aile hekimliği sisteminin, sistemin en önemli bileşeni olan hekim boyutunda çok önemli sıkıntılar taşıdığını, ürettiğini açığa çıkarmaktadır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmeti, memnuniyet

The Transition Process of Primary Health care Physicians to Family Physician System, The Situation of The Implementation and the Satisfaction Levels of Physicians: An Example in the Centre of Antalya

Abstract: In Turkey, compared to the other countries having family medicine model, the ratio of registered population to the system is relatively high. However, needed infrastructure to motivate family practitioners on qualitative healthcare service; and regulations to prioritize protective healthcare system are not provided. In addition to treatment and protective services that they focus on, family practitioners are also faced with new responsibilities. This research aims to present how family practitioners who work in Konyaaltı and Kepez decided to engage family medicine model, what their opinions about the model are, what is the problems that they are faced with; and to show their satisfaction level. The research environment involves family practitioners working in Konyaaltı and Kepez region. Out of 146, 131 practitioners participated to the research (89.7% participation rate). 42.7% of the practitioners prefer to be a part of family medicine system because they think that it covers more urgent issues and it makes more sense than working in community health centers. While 48% of practitioners think that family medicine system is appropriate for the first step, 92.4% of them say that there are challenging parts of being family practitioner. The most challenging issues are increasing patient expectations, high number of population that they are responsible for, performance cuts, and irrelevant jobs. 56.2% of the practitioners are not happy in their current positions. These data show that family medicine system has a lot problems in terms of practitioners who are the most important component of the system; and also creates new one.

Key words: Family practitioner, Primary health care system, satisfaction

Giriş

Birinci basamak sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri yerine getirebiliyor olması ve sağlık hizmet yapılanmasının da bu durumu desteklemesi halinde, bir toplumda kişilerin sağlık hizmet ihtiyacının %75-85’i birinci basamakta çözülebilir (Shi,

2012). Bu anlamda birinci basamak, güçlü bir sağlık sisteminin temel taşıdır.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 yılından 2004’e dek 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin

*Halk Sağlığı Uzmanı, Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muratpaşa Toplum Sağlığı Merkezi

**Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında sağlık ocakları ve sağlık evleri vasıtasıyla sunulmuştur. Ancak, sisteme sağlanan finansmanın yetersizliği, koruyucu sağlık hizmetleri için aktarılan kaynakların kısıtlılığı gibi nedenlere bağlı olarak zaman içinde önemli sorunlar ortaya çıkmıştır. Bunların başlıcaları yeterli sayıda sağlık ocağının hizmete sokulamaması, mevcut sağlık ocaklarının fiziksel olanaklarının, araç, gereç donanımlarının yetersizliği, hekim ve diğer personelin ülke genelinde eşitsiz dağılımı, sevk siteminin uygulanmamasıdır (TTB, 1995). Bu ortamda, var olan sistemin eksiklerinin tamamlanarak güçlendirilmesi değil; temelleri 1990'larda Dünya Bankası önerisiyle atılmış olan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki aile hekimliğine geçilmesi tercih edilmiştir (Belek, 2011).

Türkiye'de Aile Hekimliği 2004'te pilot olarak uygulamaya konulmuştur. Sisteme girmeyi tercih eden hekimlere yüksek ücret verilmiştir. Ancak buna karşılık sözleşmeli statüde, bölge temelli olmayan ve tedavi hizmetlerinin öncelendiği bir organizasyon içinde çalışmak zorunda bırakılmışlardır. Başlangıçta pek üzerinde durulmamış olmakla birlikte sistemin yaygınlaşması ile hizmet verdikleri yerler için farklı kira bedelleri ödemek; bina koşulları, ekipman ve çalıştırılan ek personel gibi kriterlere göre A, B, C, D şeklinde sınıflandıran aile sağlığı merkezlerinin (ASM) koşullarını yerine getirmek ve bunun için de ek harcamalar yapmak durumunda kalmışlardır.

Türkiye'de aile hekimliği sisteminde bir hekime bağlı nüfus sistemin uygulandığı diğer ülkelerden daha fazladır (Kulbay, 2104; Gorry, 2013; Harrison, 2011). Bu durum, en başından itibaren, gerek tedavi gerekse koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli sorunlar yaratmaktadır. Hal böyleyken aile hekimleri zaman içinde başlangıçtaki görev tanımları içinde bulunmayan kimi sorumluluklarla da (ASM'ye malzeme alma, personel istihdam etme, defin ruhsatı düzenleme, hastane acillerinde ya da hafta sonları çalıştıkları birimlerde nöbet tutma gibi) karşılaşmışlardır. Bütün bunların hekimlerin çalışma motivasyonunu ve iş doyumunu olumsuz etkilediği varsayılabilir.

Amaç

Bu araştırma Antalya'da 2010 yılı sonundan beri uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi içinde Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin; sisteme geçmeye nasıl karar verdiklerini, sistem hakkındaki düşüncelerini, karşılaştıkları sorunları ve memnuniyet düzeylerini saptanmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Konyaaltı ve Kepez'de çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Antalya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan liste ile evrenin tamamı olan Konyaaltı'nda çalışan 31, Kepez'de çalışan 115 aile hekimine ulaşılması hedeflenmiş, örnek seçilmemiştir. Toplamda 146 aile hekiminden 27'si Konyaaltı'nda, 104'ü Kepez'de olmak üzere 131 aile hekimine ulaşılmıştır (%89.7 katılım). Ocak-Mart 2013 tarihlerinde verilerin toplanması sonrası SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 18 programı kullanılarak istatistiksel analizler yapılarak, elde edilen p değerleri 0,05'den küçük durumlarda istatistiksel fark anlamlı kabul edilmiş, analizlerde ki kare ve lojistik regresyon (Forward Conditional) kullanılmıştır.

Bulgular

1. Aile hekimlerinin bazı sosyodemografik özellikleri ve aile hekimliği öncesindeki çalışma özellikleri

Çalışmaya katılan hekimlerin %55,4'ü 45-49 yaş aralığında yer almaktadır. %32,8'i kadın, %67,2'si erkektir. %70,2'sinin mesleki çalışma süresi 21 yıl ve üzerindedir. Aile hekimlerine kayıtlı nüfus, en az 2111, en çok 4628 olmak üzere, ortalama 3875'dir.

Hekimlerin %90,3'ünün, ortalama 13,18±6,97 yıl olmak üzere, sağlık ocağı deneyimi olup %59,2'sinin en son çalıştıkları kurum sağlık ocağıdır. En son çalışılan yerin konumu ise %34,1'inde ilçe, köy veya kasabadır.

2. Hekimlerin aile hekimi olmayı seçme nedenleri ve sistemin özelleştirmeye ilişkisi hakkındaki düşünceleri

Hekimlerin %42,7'si "acil ya da toplum sağlığı merkezinde çalışmaktan daha mantıklı geldiği için", %6,9'u ise "sadece ücreti" için aile hekimi olmayı tercih etmiştir. Aile hekimlerinin %42,7'si aile hekimliği sisteminin bir tür özelleştirme olduğunu düşünmektedir (Tablo 1).

3. Aile hekimlerinin aile hekimliği modelini birinci basamak için uygun bulma durumu

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden, aile hekimliği sisteminin birinci basamağa uygunluk derecesini 1 ile 10 arasında derecelendirmeleri istenmiştir. 1 ile 6 puan "uygun bulmuyor", 7 ile 10 puan arası "uygun buluyor" olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre hekimlerin %48'i aile hekimliğini birinci basamak için uygun bulmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 1. Hekimlerin aile hekimi olma nedeni, sistem hakkında bazı düşünceleri

Özellik	n	%
Aile hekimi olma nedeni		
Sistemi onaylayan, isteyerek geçen	55	42,0
Sistemi sadece ücreti için tercih eden	9	6,9
Acil ya da Toplum Sağlığı Merkezi'nde çalışmaktan daha mantıklı olduğu için tercih eden	56	42,7
Diğer	11	8,4
Aile hekimliği bir tür özelleştirme olup olmadığı hakkındaki görüşleri		
Özelleştirme olmadığını düşünen	15	11,5
Özelleştirme olduğunu düşünen	56	42,7
Kısmen özelleştirme olduğunu düşünen	60	45,8
Toplam	131	100,0

Tablo 2. Aile hekimliği sistemini birinci basamağa uygun bulma durumu

Özellik	n	%
Uygun bulmayanlar		
Çok az uygun (1-2 puan)	17	13,4
Az uygun (3-4 puan)	18	14,1
Orta derece uygun (5-6 puan)	26	20,5
Uygun bulanlar		
Uygun (7-8 puan)	40	31,5
Çok uygun (9-10 puan)	26	20,5
Toplam	127	100,0

4. Aile hekimlerinin aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılması ile ilgili görüşleri

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %50,4'ü aile sağlığı merkezlerinin A, B, C, D olarak sınıflandırılmasının hizmet kalitesini artırdığını, %39,7'si ise hem aile sağlığı merkezleri hem de hastalar açısından eşitsizlik yarattığını düşünmektedir (Tablo 3).

5. Hekimlerin aile hekimliğinde zorlandığı yönler ve aile hekimi olmaktan duyduğu memnuniyet

Hekimlerin %92,4'ü aile hekimliğinde zorlandığı yönler olduğunu ifade etmiştir. Zorlandığı yönler olduğunu ifade edenlerden zorluk yaşadığı parametreleri (8 parametre) işaretlemesi ve derecelendirmesi istenmiştir. Parametrelerin aile hekimliğinde zorlanma nedeni olma yüzdesi, zorluk yaşamadığını belirtenlerinki "0" alınarak toplam hekim sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Buna göre, tüm hekimler içinde zorluk yaşama nedenlerinin oranları şu şekildedir: %83,2 hekimlik dışı işler, %77,9 hasta beklentisinin artması, %67,9 kayıtlı nüfusun fazlalığı, %66,4 tek personelle çalışmak, %64,1 performans kesintileri, %64,1 sözleşmeli çalışmak, %60,3 ekip anlayışının kalmayı ve %46,6 Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ndeki (AHBS) eksiklikler.

Hekimlerin zorluk yaşadığı yönleri 1'den 10'a kadar derecelendirmesine göre en yüksek ortalama puana sahip olan zorluk yaşama durumları 7,43 puan ile hasta beklentisinin artması, 7,00 puan ile kayıtlı nüfusun fazla olması, 6,90 puan ile hekimlik dışı işler ve 6,75 puan ile performans kesintileri olmuştur (Tablo 4).

Tablo 5'de hekimlerin sistemden kaynaklı zorlanma durumları gruplandırılmış biçimde sunulmuştur. Hekimlerin %34,6'sının aile hekimliğinde zorlanma derecesi fazla ve çok fazladır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden, aile hekimi olmaktan duydukları memnuniyeti 1 ile 10 arası derecelendirmesi istenmiştir. Memnuniyet puan ortalaması 5,67±2,65'tir. Tablo 6'da memnuniyet derecesinin gruplandırılmış hali görülmektedir. Hekimlerin %43,8'i aile hekimi olmaktan memnun ya da çok memnundur.

Aile hekimlerinin aile hekimliğinden memnun olmama durumunu etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; 45-49 yaş aralığındaki hekimler daha fazla memnunken, Kepez'de çalışan hekimler 28,82 kat, aile hekimliğinden önce en son çalıştığı yer sağlık ocağı olanlar 24,60 kat,

Tablo 3. Aile Sağlığı Merkezleri'nin sınıflandırılması hakkındaki düşünceler* (n=131)

Özellik	n	%
Aile Sağlığı Merkezleri'nin kalitesini artırdı	66	50,4
Aile sağlığı Merkezleri /hastalar açısından eşitsizlik yarattı	52	39,7
Kararsız	14	10,7
Diğer**	22	16,8

*Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

**kapitalist zihniyetin yansıması, hekimlerden para kesmek-harcatma amaçlı, makyaj, anlamsız bir uygulama, malzeme aldırma amaçlı, efektif değil, esnek mesai uygulaması yanlış, gereksiz maliyet, zorlama, çalışma düzenini suistimal edenler için zorlayıcı, mantıksız kriterler var, zorlayıcı, karşıyım, piyasayı canlandırma/işsizliği azaltmaya katkı, sağlık ocağının kalitesi artırılıyordu.

Tablo 4. Hekimlerin aile hekimliğinde zorlandığı yönler ve etki derecesi

Zorluk yaşanan yön (n=131)	Zorluk yaşama derecesi				
	n	%	En az	En çok	Ort±SS
Hekimlik dışı işler *	109	83,2	1	10	6,90±3,36
Hasta beklentisinin artması	102	77,9	1	10	7,43±3,08
Kayıtlı nüfusun fazlalığı	89	67,9	1	10	7,00±3,25
Tek personelle çalışmak	87	66,4	1	10	6,17±3,38
Performans kesintileri	84	64,1	1	10	6,75±3,25
Sözleşmeli çalışmak	84	64,1	1	10	6,54±3,46
Ekip anlayışı kalmayışı	79	60,3	1	10	6,24±3,45
Aile Hekimliği Bilgi Sistemi eksiklikleri	61	46,6	1	10	4,87±2,90
Diğer**	22	16,8	5	10	8,81±1,83

* Bu konularda zorluk yaşadığını belirten bir kişi derece belirtmemiş.

** Bu konularda zorluk yaşadığını belirten iki kişi derece belirtmemiş.

Tablo 5. Aile hekimliğinde zorlanma derecesi

Özellik	n*	%
Aile hekimliğinde zorlanmayan	85	65,4
Zorlanma yok	10	7,7
Zorlanma az (1-16 puan)	23	17,7
Zorlanma az (17-32 puan)	31	23,8
Zorlanma orta (33-48 puan)	21	16,2
Aile hekimliğinde zorlanan	45	34,6
Zorlanma fazla (49-64 puan)	27	20,8
Zorlanma çok fazla (65-80 puan)	18	13,8
Toplam	130	100,0

* Hiçbir parametrede zorluk derecesi belirtmeyen bir kişi hariç bırakıldığında

aile hekimliğine geçme nedeni onaylayarak/ iste-yerek olmayanlar 48,32 kat, sistemi birinci basamak için uygun bulmayanlar 43,19 kat, aile hekimliğinde zorlandığı yön fazla olanlar 13,87 kat daha az mem-nundur (Tablo 7).

6. Aile hekimlerinin sisteminin geleceği hakkındaki düşünceleri

Hekimlerin %43,0'ı aile hekimliği sisteminin devam edeceğini düşünürken %29,7'si sistemin devamı hakkında kararsız olup, %18,6'sı uzun süre devam edeceğini düşünmemektedir. Ayrıca hekimlerin %35,2'si, yeni aile hekimliği birimi açıldıkça ücretle-rin azalacağı kanaatindedir (Tablo 8).

Aile hekimliği sisteminin geleceği hakkında "diğer" olarak belirtilen ifadeler şu şekildedir: "Adı aile he-kimliği ancak sistem sağlık ocağı", "alternatifi yok",

"bu sözleşme dönemi sonuna dek ancak çalışırım", "bu ülkede rutin düzen yok", "gelecek belirsiz", "gö-çün yoğun olduğu ülkemizde uygulanması zor", "işini yapmak isteyenlere berbat sistem", "iş yükü ar-tıp ücret azalacak", "nüfus azalıp maaş artacak", "okumuş kesim dibe vuracak", "olması gerektiği gibi olmayacak", "olması gerektiği gibi olacağını umuyorum", "sistemi olmayan bir birinci basamak uygulaması", "sistemin sürekliliği hekimlere bağlı", "sistem iyi ama ilgili makamın sistemi aile hekimle-rinin gözüyle görmesi gerek", "uygulama kötü", "ücret azalırsa kamu binası olmayan aile sağlığı merkezleri için sıkıntılı olacak".

Tartışma

Antalya Kepez ve Konyaaltı ilçelerinde çalışan aile hekimlerinin %70'inin meslekteki çalışma süre-sinin 21 yıl ve üzeri; yaş ortalamasının 46 olduğu

Tablo 6. Aile hekimi olmaktan duyulan memnuniyet

Özellik	n	%
Aile hekimi olmaktan memnun olmayan	73	56,2
Çok az memnun (1-2)	21	16,2
Az memnun (3-4)	12	9,2
Orta memnun (5-6)	40	30,8
Aile hekimi olmaktan memnun olan	57	43,8
Memnun (7-8)	40	30,7
Çok memnun (9-10)	17	13,1
Toplam	130	100,0

Tablo 7. Aile hekimlerinin aile hekimliğinden memnuniyetsizliğini etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	B±SH	p	OR	%95 GA
Yaş grupları				
33-44 yaş		0,044	1	
45-49 yaş	-2,16±1,03	0,036	0,12	0,01-0,87
50 yaş ve üzeri	0,16±1,04	0,876	1,18	0,15-9,08
Çalıştığı bölge				
Konyaaltı			1	
Kepez	3,36±1,25	0,007	28,82	2,50-331,76
Aile hekimliğinden önce en son çalışılan yer				
Diğer yerler			1	
Sağlık ocağı	3,20±0,96	0,001	24,60	3,76-160,77
Aile hekimliğine geçme nedeni				
Sistemi onaylayan, isteyerek geçen			1	
Diğerleri	3,88±1,02	0,000	48,32	6,50-359,16
Aile hekimliğinin birinci basamak için uygun bulma durumu				
Uygun bulan			1	
Uygun bulmayan	3,77±0,91	0,000	43,19	7,31-254,99
Aile hekimliğinde zorlanma durumu				
Zorlanmayan			1	
Zorlanan	2,63±1,08	0,015	13,87	1,68-114,50
Katsayı	-7,38±1,80	0,000	0,001	
2 Log likelihood: 56,792 R ² =0,770				

Tablo 8. Hekimlerin aile hekimliği sisteminin geleceği hakkındaki düşünceleri*(n=128)

Özellik	n	%
Sistemin devam edeceğini düşünen	55	43,0
Sistemin sürekliliği hakkında kararsız olan	38	29,7
Uzun süre devam etmeyeceğini düşünen	24	18,6
Yeni aile hekimliği birimleri açılınca ücretlerin azalacağını düşünen	45	35,2
Diğer	21	16,4

*birden fazla seçenek işaretlenebilir.

görülmektedir. Bu durum aile hekimliğine yerleşmede hizmet puanının dikkate alınması nedeniyle, özellikle batıda ve il merkezlerinde hizmet yılı daha fazla olan hekimlerin görev yapması ile uyumludur. Benzer şekilde Ankara merkezde yapılan bir çalışmada da hekimlerin yaş ortalaması 47,3, Manisa'da ise 44,5 olarak bulunmuştur (Tay, 2014; Mihçio-kur, 2013).

Yeni bir modelin başarısında sağlık çalışanlarının o modeli benimseyerek ve anlayarak başlamış olmasının etkisi büyüktür. Çalışmamızda hekimlerin, aile hekimliğini esas tercih nedenlerinin; acil ya da toplum sağlığı merkezinde çalışmaktan mantıklı bulmaları (%42,7) ve yüksek ücret (%6,9) olması, sisteme benimseyerek giriş koşulunun yeterli derecede sağlanmadığını göstermektedir. Aile

hekim olarak çalışmak, sisteme geçiş öncesinde ilçe ve köyde çalışmakta olan hekimlere (%34,1), il merkezine gelme için bir fırsat da yaratmış olabilir. Sisteme geçişle ilgili benzer kaygılar başka çalışmalarda da yer almaktadır. Gelecek belirsizliği, toplum sağlığı merkezinde kalındığında sürekli geçici görevlendirmelere maruz kalma olasılığı, hekimlik yapabilmek için artık başka seçeneğinin kalmadığı algısı gibi itici faktörlerle birlikte, yüksek gelir ve/veya statü-prestij beklentisi gibi çekici faktörlerin etkisiyle sisteme sürüklenmişlerdir (**Öcek, 2013; Çetinkaya, 2012**). Pilot illerde aile hekimliğine aşırı hızlı bir şekilde geçilmiş olması ve ayrıca ilk yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliğini tercih etmeyen hekimleri ilçelerde geçici görevlendirme yönündeki tutumu da aile hekimliğini kabul etmeleri bakımından hekimlerin üzerinde baskı yaratmış olabilir (**Öcek, 2013**).

Modelin uygulanmasından önce Sivas'ta yapılan bir çalışmada da, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sadece %14'ünün aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı olarak çalışmayı istediği bulunmuştur (**Nur, 2009**). Çalışmamızda da aile hekimleri içinde sistemi onaylamayarak geçenlerin ve birinci basamak için uygun bulmayanların büyük oranda (%52) olduğu görülmektedir. Hekimlerin yeni sisteme geçiş sürecinde, iş güvenceleri ve özlük haklarını kaybetme kaygıları taşımalarına rağmen aile hekimi olmayı seçtikleri görülmüştür (**Öcek, 2013**). Nitekim halen bu tarz kaygılar devam etmektedir ve çalışmamızdaki hekimlerin %64,1'i sözleşmeli çalışmanın kendilerini zorlayan bir unsur olduğunu belirtmiştir. Benzer çalışmalarda başlangıçta sisteme daha olumlu baktıklarını belirten hekimlerin bile büyük bölümünün beklediklerini bulamadıkları ve motivasyonlarını kaybettikleri ve aile hekimi olarak çalışılan yılın artması ile iş doyumunun azaldığı saptanmaktadır (**Tözün, 2008; Öcek, 2013**). Kayseri'de yapılan bir çalışmada, hekimlerin meslekteki toplam hizmet süresi ile tükenmişlik düzeyi arasında korelasyon saptanmazken; aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (**Baykan, 2014**). Türkiye genelinde 2011 ve 2012 yılları toplamı için aile hekimlerinin %7'si kendi isteği ile sözleşmesini feshetmiştir. Bu oranın -yine 2011-2012 toplamı olarak- Antalya'da %0,9, Ankara'da %7,2, İstanbul'da %29,3 iken Urfa'da %54,5 ve Muş'ta %113 olması ise bölgeler arası uygulama/çalışma koşulları farklılıkları olduğunu düşündürmektedir (**DB, 2013**).

Hekimlerin sistemden zorlanmalarının ilk nedeni hekimlik dışı işlerin yapılmak zorunda (%38.2)

kalınması iken, başka araştırmalarda saptanan ve aile hekimliği öncesinde hiç söz konusu olmayan müşteri memnuniyeti, rekabet, hizmet satın alma gibi kavramların hekim kimliğiyle oluşturduğu zıtlığın da memnuniyetsizlikte payı büyüktür (**Öcek, 2013**). Nitekim modeli bir özelleştirme olarak görmeyen hekim oranı yalnızca %11,5'tur.

Çalışmamızda hekimlerin yarısından fazlası (%60,3) ekip anlayışının kalmamasının kendisini zorladığını belirtmiştir. Kayseri'de de hekimlerin %45'i nüfuslarına kayıtlı kişilerin listeden çıkması, %42,8'i diğer aile hekimlerinin nüfusunu almak istemesi, %23,7'si çalıştığı aile sağlığı merkezindeki aile hekimi arkadaşlarının nüfusunu almak istemesi, %13,2'si aile sağlığı elemanının ayrılması ile ilgili kaygı duyduklarını belirterek; %77,9'u hekimler arası rekabet ve %63,8'i etik yozlaşmanın var olduğunu ifade etmişlerdir (**Çetinkaya, 2012**). Yaşanan bu tarz kaygılar, uygulanan modelin çalışma barışını bozduğunu gözler önüne sermektedir.

Aile sağlığı merkezlerinin sınıflandırılması da benzer bir sürecin örneğidir. Bunun iyi bir uygulama olduğunu düşünen hekimler olmakla birlikte, %40'ünün hem aile sağlığı merkezleri hem de hastalar açısından eşitsizlik yarattığını düşündükleri görülmektedir. Sınıflama kriterlerinin 1/3'ünün hizmet verilen binanın yüz ölçümüne göre şekilleniyor olması, daha baştan hangi aile sağlığı merkezinin hangi sınıfa gireceğini belirlemiş olmaktadır (**27801 Sayılı RG.**). Benzer çalışmalarda da çoğu hekim, eğer varsa eskiden sağlık ocağı olup şu an aile sağlığı merkezi olarak kullandıkları binaların ya da tamamen aile hekimi tarafından oluşturulmuş birimlerin birbirlerinden çok farklı koşullarda olduğunu belirterek, hizmet verdikleri yerlerin eşit koşullar taşımadığına dikkat çekmişlerdir (**Öcek, 2013**). Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu'nun yaptığı bir araştırmada aile sağlığı merkezi binalarının %70 civarında kamu binası olduğu ve oda boyutlarını değiştirmenin zaten mümkün olmadığı saptanmıştır (**AHEF, 2014**). Hekimler, sınıflamayı hastanın gereksinimlerini karşılamaktan çok, maliyeti aile hekimlerinin sırtına yüklemeyi amaçlayan ve hekimler arasında gelir ve çalışma koşulları açısından eşitsizlik yaratan bir uygulama olarak görmektedirler (**Öcek, 2013**). Hekim sayısı az olan aile sağlığı merkezlerinde ise maliyetin hekimin karşılayamayacağı seviyeye ulaşması muhtemeldir. Uygulamanın, tüm sağlık hizmeti kullanıcıları için standart bir hizmet sunumu oluşturma çabası taşıyor oluşu ise sağlık hizmeti kullanıcıları açısından da kabul edilebilir değildir.

Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda hekimlerin uygulanan modeli yarı yarıya birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için uygun bulma/bulmama durumu ise hekimlerin çalışmakta oldukları sistem içinde verimli çalışması adına üzerinde durulması gereken bir sonuçtur (**Çetinkaya, 2012**).

Araştırmamız kapsamındaki hekimlerin yarısından fazlasının sistemden memnun olmaması (%56,2) ve neredeyse yarısının sistemin devamı hakkında tereddütlü oluşu (%48,3) bu açıdan ciddiye alınması gereken bir sonuçtur. Araştırma bölgesine ait aile hekimliği öncesine ya da ilk başladığı döneme dair bir veri olmaması, memnuniyeti aile hekimliği öncesine göre kıyaslamamızı olanaksızlaştırmaktadır. Kayseri’de aile hekimliğinin dördüncü yılında yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %57,6’sının; Eskişehir’de yapılan bir çalışmada ise %72,8’inin aile hekimliği ile ilgili uygulamalardan memnun olduğu bulunmuştur (**Çetinkaya, 2012; Tözün, 2008**). Manisa’daki bir çalışmada memnuniyetin, aile hekimliğinin ilk aylarına göre ikinci yılında hem hekimlerde hem de aile sağlığı elemanlarında arttığı tespit edilirken; Eskişehir’de sistemdeki hizmet süresi 13-20 ay olan hekimlerin iş doyumlarının, 2-12 ay olan hekimlere göre azaldığı tespit edilmiştir (**Özyurt, 2010; Tözün, 2008**).

Memnuniyet düzeylerindeki farklılıklar kişilerin beklentileri, hekime bağlı nüfusun özellikleri ya da illerin uygulama farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Bu açıdan aynı bölgedeki hekimlerin belli zaman sürecindeki memnuniyet ve iş doyumlarındaki değişimleri izlenerek daha anlamlı bir değerlendirme yapılabilir. Bununla birlikte çalışmamızdaki hekimlerin de belirttiği; ekip anlayışının kalmayıp, sözleşmeli çalışma, iş yükü ile ilgili sıkıntılar başka çalışmalarda da saptanmıştır (**Öcek, 2013; Çetinkaya, 2012; Çevik, 2013**).

Sistemi onaylamayarak aile hekimi olan, birinci basamak sağlık hizmeti için aile hekimliğini uygun bulmayan ve aile hekimliğinde zorlanma durumu yüksek olan hekimlerde memnuniyet daha az olmakla birlikte; bu hekimler, hali hazırda memnun olmadıkları için sistemi onaylamadan aile hekimliğini tercih etmek zorunda kalmış oldukları bilgisini vermiş olabilirler. Çalışmanın kesitsel oluşu burada neden sonuç ilişkisini net olarak saptamamızı engellemektedir. Bununla birlikte Kayseri’de yapılan bir çalışmada da bulgular; aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu düşünen, sistemde yer almaktan memnun olan ve beklentilerinin

karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin tüketmişlik puanlarının daha düşük olduğu yönündedir (**Baykan, 2014**).

Aile hekimliği öncesinde çalıştığı yer sağlık ocağı olan hekimlerin aile hekimliğinden 24 kat daha az memnun olması ise, sağlık ocağındaki ekip anlayışının ve çalışma barışının kalmayıpına bağlanabilir. Bununla birlikte neden ne olursa olsun memnuniyet derecesi sonuçta hizmeti etkileyecek sürecin bir parçasıdır ve değerlendirilmesi gerekir.

Hekimlerin %68’inin kayıtlı nüfusun fazlalığı ile ilgili şikayetleri olmakla birlikte, nüfus sayılarının aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeylerine etkisi olmadığı görülmektedir. Bu durum, kayıtlı nüfusun sayısal değerinin -özel grupların fiyatlandırması(!) farklı olmakla birlikte- hekimin 4 bin nüfusa kadar kişi başına ücret almasından ve 4 bin üzerindeki birey sayısının ise hekim değiştirmeye bağlı nüfus azalmasına karşı bir teminat olarak görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Hekimlerin iş yükü, kayıtlı nüfuslarının hizmeti kullanım yoğunluğuna göre de değişmektedir. Manisa’da Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kayıtlarından yapılan bir çalışmada, toplam poliklinik hizmetinin %60,0’ını nüfusun %19,5’inin kullandığı görülmüştür (**Tay, 2014**). Bu gibi durumlar ve performans uygulamaları hekimi hasta seçme gibi bir yaklaşıma itebilir. Yani “hasta sayım çok olsun ancak performans kesintisi olacak koşullarda iletişimimin kolay olacağı ve poliklinik-evde bakım gibi hizmetlerde beni çok yormayacak kişilerden oluşsun” şeklinde bir yaklaşıma. Nitekim sağlık hizmet sunucularında yapılan bir çalışmada hekimlerin dil, kültür farkı, eğitimsizlik vb. nedenlerle rahat iletişim kuramadıkları kişileri, psikiyatrik sorunu olanları, kendilerinden hizmet almayı red eden ve güvenliklerini tehdit eden kişileri, sağlık sorunları ağır olan, yaşlı ve yatalak ya da aşırı talepkar hastaları listelerine almayı tercih etmeyebildikleri ya da listelerinden çıkartmak için çaba gösterdikleri saptanmıştır (**Öcek, 2014**). Sağlık reformlarının bir parçası olarak uygulanan performans dayalı ödemenin bir sonucu olarak Avrupa’da da hekimlerin yüksek riskli hastaları seçmeme eğilimine girdiği görülmüştür (**Belek, 2014**). Koordinasyonun sağlanamadığı, hastaların başka kurumlardan aldığı hizmet bilgilerine de ulaşmada problemlerin yaşandığı bir sistemde hekimlerin böyle bir yönelimde bulunması kaçınılmazdır denebilir. Öcek ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin ¾’ü, hastalarının diğer sağlık kurumlarında aldıkları hizmetlerden, uzman hekimler tarafından konulan tanılarında

haberdar olmadıklarını, haberdarlıklarının hastalarının kendilerine bilgi vermelerine bağlı olduğunu belirtmişlerdir (Öcek, 2014).

Sonuç

Antalya Konyaaltı ve Kepez ilçelerinde çalışan aile hekimlerinin sisteme geçişinde bir anlamda mecburiyetler rol oynamıştır. Süreç içinde birinci basamak hizmet sunumunda karşılaştıkları hekimlik dışı işler, hasta beklentisinin artması, kayıtlı nüfusun yükselmesi, performans kesintileri, sözleşmeli çalışmak, ekip anlayışı kalmayışı ile ilgili sıkıntılarla birlikte sistem içinde sıkıntılar yaşamaktadırlar. Hekimlerin yarısının sistemden memnun olmamasının sundukları sağlık hizmetinin niteliğini de olumsuz etkileyebileceği akılda tutulmalıdır. Bütün bu veriler aile hekimliği sisteminin, sistemin en önemli bileşeni olan hekim boyutunda çok önemli sıkıntılar taşıdığını, ürettiğini açığa çıkarmaktadır.

Kaynaklar

- 27801 Sayılı Resmî Gazete** (2010) Aile hekimliği uygulaması kapsamında sağlık bakanlığınca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ile sözleşme usul ve esasları hakkında yönetmelik. 30 Aralık. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230.htm> Ziyaret tarihi: 02.12.2013.
- AHEF**.(2014) Performans Uygulaması THSK Başvurusu. http://www.ahf.org.tr/Haber/201/Performans-Uygulamasi-THSK-Basvurusu.aspx#U70DG_1_tbU Ziyaret tarihi:09. 07. 2014.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A., Işıldak, M. Ü.** (2014) Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 18(3):122-133. Doi:10.15511/tahd.14.03122
- Belek, İ.** (2011) Dünya Bankası Projeleri/kredileri: Emperyalizmin Türkiye Sağlık Sistemini Ele Geçirme Projesi. Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye'de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara, 1. Bölüm s: 49-64.
- Belek, İ.** (2014) Avrupa'da Sağlık Reformları. Birinci Baskı, İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M., Öksüzkaya, A.** (2012) Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi ile İlgili Düşünceleri ve Uygulamaları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Bursa, sayfa 416-8.
- Çevik, C.** (2013) Manisa İline ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk sağlığı anabilim dalı doktora tezi, İZMİR
- Dünya Bankası (DB), TÜRKİYE** (2013) Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması –Tasarım ve Kazanımlar, Rapor No: 77029-TR, s:12-55 ve ekleri.
- Gorry, C.**(2013) *Primary Care Forward: Raising the Profile of*

Cuba's Nursing Profession. Medccc Review. April, Vol 15. No 2. p:5-9.

Harrison A, Gregory S, Mundle C, Boyle S, (2011) *The English Health Care System, 2011* In: Thomson S, Reed S.J, editors. *International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, November. p.38-44.*

Kulbay, H. (2014) İspanya aile hekimliği izlenimleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 18,Say 4.

Mıhçıokur, S., Akın, A. (2013) Bazı Aile Hekimlerinin Aile Planlaması Hizmeti Sunma Durumu Ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Planlaması Hizmet Sunumu İle İlgili Görüşleri. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, sayfa 530.

Nur, N., Özşahin, S.L., Çetinkaya, S., Sümer, H. (2009) Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*;8(1):13-16.

Öcek, Z., Çiçeklioğlu, M., Yücel, Ü., Özdemir, R., Türk, M., Taner, Ş. (2013) Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? *Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim, Ankara.*

Öcek, Z.A., Çiçeklioğlu, M., Yücel, Ü., Özdemir, R. (2014). *Family Medicine Model in Turkey: A Qualitative Assessment From The Perspectives of Primary Care Workers. BMC Family Practice*, 15:38.

Özyurt, B. C., Dünder, P. E. (2010) Manisa Kent Merkezinde Aile Sağlığı Birimlerinde Çalışan Hekimlerin ve Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliği Uygulamaları ile İlgili Değerlendirmeleri. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Ekim, İzmir, sayfa 68.

Shi, L. (2012) *The Impact of Primary Care: A Focused Review. Hindawi Publishing Corporation Scientifica, Volume 2012, Article ID 432892, 22 pages, http://dx.doi.org/10.6064/2012/432892* Ziyaret tarihi: 15.01.2014.

Tay, Z., Tuncal, A. N., Atasoylu, G., Sertel, M., Köroğlu, G. (2014) Manisa İlinde Aile Hekimlerinin 2011 Yılındaki İşyükü ve İnsan Gücünün Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Dergisi*;18(1):5-15. doi:10.2399/tahd.13.58561

Tözün, M., Çulhacı, A., Ünsal, A. (2008) Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş doyumu (Eskişehir). *TAF Prev Med Bull*;7(5):377-384.

TTB Merkez Konseyi. (1995) *Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği: TTB Tezleri.*