

# AİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?



ATA SOYER ANISINA



# AİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?

*Dr. Ata Soyer'in değerli anısına*

## **Editörler**

Zeliha Öcek  
Meltem Çiçeklioğlu

## **Yazarlar**

Meltem Çiçeklioğlu  
Zeliha Öcek  
Ummahan Yücel  
Raziye Özdemir  
Meral Türk  
Şafak Taner



Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık  
Ortamını Nasıl Dönuştürdü?

ISBN 978-605-5867-77-5

*Birinci Baskı, Ekim 2013, Ankara  
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

**Türk Tabipleri Birliği**

**Merkez Konseyi**

GMK Bulvarı Őehit Daniş Tunalığil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr)

<http://www.ttb.org.tr>

## İÇİNDEKİLER

• SUNUŞ .....	5
• GİRİŞ .....	7
• BİRİNCİ BASAMAKTA EŞİTLİKÇİ HİZMET SUNUMU NELERİ GEREKTİRİR? .....	11
• AVRUPA'DA SAĞLIK REFORMLARININ BİRİNCİ BASAMAK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ .....	19
• TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNE NASIL GELDİ? KISA BİR HATIRLAMA .....	26
• YÖNTEM .....	30
• BULGULAR .....	38
• BİRİNCİ BASAMAK ÖRGÜTLENME MODELİ OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ .....	41
• BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ OLARAK AİLE HEKİMİ .....	94
• AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ ÖZLÜK HAKLARI .....	117
• TARTIŞMA .....	129
• BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ OLARAK AİLE HEKİMİ .....	154
• BİRİNCİ BASAMAK EKİBİ OLARAK AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARI .....	164
• Kaynaklar .....	170
• EK 1. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Listeleri .....	178



## SUNUŞ

Halk Sağlığı Kolu'nun İzmirliler aktivistleri değerli bir çalışmayı (İLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?) daha bizlerle paylaŐıyor. Türkiye sağlık muhalefetine ve halk sağlığı alanına büyük katkısı olan Ata Soyer'in (Ata abimizin) anısına atfedilmesi, bu çalışmayı bizler için çok daha anlamlı kılıyor. Kapitalizm tarafından doğanın, sağlığın, insan bedeninin, kültürün meta-laŐtırdıĐı bir dönem yaŐıyoruz. Sağlık alanının tarumar edildiği bu dönemde, dostlarımız birinci basamaktaki dönüŐümde yaŐanları mercek altına yatırıyor, hem de sayılarının soğukluğundan arındırılmış, sağlık çalışanlarına yabancılaŐmadan... Birinci basamak sağlık emekçilerinin yaŐadıklarınını, tespitlerini, umutlarını, hayal kırıklıklarınını bilimsel bir analiz süzgecinden geçirerek bizlerle paylaŐıyor.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin ne anlam ifade ettiğini ortaya koyan geniş giriş yazısı ile birlikte Türkiye'de dönüşümün etkileri ortaya konmaya çalıŐılıyor. Çalışma birinci basamakta dönüşüm ile iddia edilen hedeflere ne kadar ulaşıldığını ortaya koyarken aynı zamanda dönüşümün gerçek yüzünü, toplumdandan, sağlık emekçilerinden saklanan hedeflerini de deşifre ediyor.

Çalışmayı değerli kılan özelliklerden birisi de -belki de en önemlisi- birinci basamak sağlık emekçilerinin sahip olduğu toplum yönelimli hizmet anlayıŐı damarınını açığa ıkartmasıdır. Bu damar, TTB'nin de içinde bulunduğu sağlık muhalefeti için büyük anlam taŐımaktadır, umudu canlı tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin, sağlıkılarının doğasında olan toplum yönelimli hizmet anlayışının görünür kılınması, büyütülmesi tüm sağlık emekçiler için vazgeçilmez sorumluluk olarak önümüzde durmaktadır.

Bu değerli çalışmayı bizlere kazandıran halk sağlıkçı dostlarımıza Meltem Çiçeklioğlu, Zeliha Öcek, Ummahan Yücel, Raziye zdemir, Meral Türk ve Şafak Taner'e tek tek tüm sağlık emekçileri adına teşekkür ediyoruz. İkinici bir teşekkür çalışmaya katılarak samimi bir Şekilde görüşlerini paylaŐan tüm sağlık emekçilerine...

Türk Tabipleri Birliği  
Merkez Konseyi



## GİRİŞ

*Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) reform dediğinin “son 20 yıldır çökertilen kamu sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına tabi tutulması, kamu sağlık hizmetlerinin çerçevesini oluşturan mevzuatın değiştirilerek yasal engellerin kaldırılması, vergi yoluyla sağlık finansmanı sağlamadan bütünüyle vazgeçilerek sigorta temelli finansmana geçilmesi, yetersiz kamu finansmanından kaynaklanan açığı cepten ödemelerle kapatma yoluna gidilmesi, sağlık örgütlenmesinin kamunun özelden hizmet satın alma temeline oturtulması, buradan hareketle sağlık alanındaki yabancı yatırımların önünün açılması vb” den başka bir anlama gelmediğini söylemek, çok da haksızlık olmaz! (Soyer, 2007)*

Ata Soyer'in “AKP'nin Sağlık Raporu” adlı kitabından aldığımız bu sözler Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) hangi taşların üzerine oturduğunu çok açık bir şekilde özetliyor. Soyer'e göre aile hekimliği de sağlık reformları bağlamında, ayakta bakım hizmetlerinin özelleştirilmesinin ve bunun yaygınlaştırılmasının adı (**Soyer, 2007**). Ata Soyer'in insan haklarına ve toplum sağlığına adanmış yaşamı boyunca ürettiği sayısız makale ve kitap bize AKP hükümetinin sağlık politikalarını ve iddia ettiği “sağlıkta başarı öyküsü”nü deşifre edebilmek için yol gösteriyor.

British Medical Journal'ın (BMJ) 12 mart 2011 tarihli sayısında ilginç bir makale yer aldı (**Barış, 2011**). Türkiye'nin sağlık sistemi hakkındaki makalenin özellikle Sağlık Bakanlığı (SB) kaynaklı yazarları pek çok Türk okuyucu için tanıdıktı. Yazarların iddialarına göre AKP hükümeti sayesinde Türkiye'de bundan önce çok hantal bir yapıya sahip olan sağlık hizmetleri artık lider konumuna gelmişti. Makalede çizilen, birinci basamak sağlık hizmetlerinde (BBSH) adeta bir devrimin gerçekleştiği, herkesin nitelikli sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebildiği, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının çok memnun olduğu, hatta eşitsizliklerin bile azaldığı Türkiye tablosunun gerçekleri yansıtmadığını dergiye oldukça kısa bir zaman içinde gönderilen çok sayıda okuyucu mektubu gerekçeleri ile birlikte ortaya koydu (**Aksakoğlu, 2011; Yavuz, 2011; Civaner, 2011; Kılıç, 2011**). Bu mektuplara “zaten doktorlar sağlık reformlarına her zaman tepki gösterirler” yanıtını veren



BMJ, 28-29 Eylül 2011 tarihlerinde gerçekleşen “Sürdürülebilir ve Etkin Sağlık Hizmetleri İçin Politikalar” konulu “Global Health 2011” başlıklı toplantının açılış konuşmasının da Recep Akdağ tarafından yapılmasını uygun gördü (**Global Health 2011**).

BMJ ile aynı yılda BMC Health Services Research adlı dergi de Türkiye ile ilgili bir makale yayınladı (**Kringos, 2011**). Makalede aktarılan çalışmanın gerçekleştirilmesini, SB 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nden (DSÖ) pilot aşamada olan aile hekimliğinin değerlendirilmesi için talep etmiş, DSÖ de Hollanda’daki işbirliği merkezini görevlendirmişti. On üç ilin aile hekimliğine geçmiş olduğu bu dönemde, çalışma SB’nin tüm Türkiye’yi temsil ettiğini belirtmesi üzerine sadece Bolu ve Eskişehir’de gerçekleştirilmiş. Araştırma ekibi birinci basamak konusunda oldukça deneyimli ve bizim de farklı çalışmalarından bu kitapta sık yararlandığımız yazarlardan oluşuyor. Çalışmayı okuduğumuzda da aile hekimliğinin BBSH’nin işlevi özellikleri bakımından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiş olduğunu görüyoruz. Ama başta örneklem tekniği olmak üzere karşılaştığımız ciddi yöntemsel sorunlar araştırmacıların deneyimlerini dikkate alırsak oldukça şaşırtıcı. Diğer yandan Hollandalı araştırma ekibinin örneklem açısından SB’nin yönlendirmeleri çerçevesinde hareket etmiş olması da beklenen bir durum. Sonuç bölümünde yapılan “aile hekimleri hemşirelerle düzenli toplanmakta, ama ebelerle toplantı yapmamaktadır” şeklindeki bazı yorumlar ise Hollanda’dan bakarken Türkiye’yi anlamının kolay olmadığını yansıtıyor.

Birinci basamak sağlık hizmetlerimiz ile ilgili uluslar arası yayınlar 2013 yılında da devam etti. Önce şubat ayında Dünya Bankası (DB) birinci basamakta performansa dayalı ödeme sistemi üzerinde yoğunlaşan bir rapor yayınladı. Teşekkürler bölümünden raporun hazırlanmasına Türkiye Cumhuriyeti SB yetkililerinin büyük destek verdiğini anlıyoruz, zaten raporda yer alan oldukça ayrıntılı verilere de böyle bir destek olmaksızın ulaşılması beklenemez. Rapordaki pek çok yorum hakkında tartışmak mümkün, fakat asıl dikkatle okunması gereken yazarların, daha doğrusu, bağlı oldukları kurumun aile hekimliği modelinin asıl sahibi olduklarını yansıtan, bundan sonra yapılacak değişiklikleri, atılacak adımları çok net bir şekilde belirleyen tarzı ve söylemleri. Bu da birinci basamakta reform adı altında gerçekleştirilenlerin AKP hükümetinin iradesinden bağımsız bir şekilde yürütüldüğünü bir kez daha ka-

nıtlıyor. İki bin on üç yayınlarının ikincisi Lancet'te yer alan oldukça kapsamlı bir makale. Makalenin birinci yazarı olan Atun, DB'ye oldukça yakın bir isim, son yazar da bir önceki sağlık bakanımız Recep Akdağ. Makalede SB'nin verileri aracılığı ile birinci basamak dahil SDP'nin pek çok bileşeni açısından önemli başarılar elde edildiği yazıyor. Tüm bu olumlu tablonun içindeki tek sorunun SB'nin tüm çabalarına rağmen politika tartışmalarında ve paydaş toplantılarında bir türlü ikna edilemeyen Türk Tabipleri Birliği'nin muhalefeti olduğu belirtilmiş.

Yukarıda bahsettiğimiz bu rapor ve makaleler bize sağlık sistemimiz ile ilgili tartışmaların gelecekte uluslararası platformda devam edeceğini gösteriyor. Aile hekimliğinin artık tüm ülke çapında yaygınlaştığını dikkate alırsak çeşitli taraflarca kaleme alınan değerlendirmelerin sayısının artmasını bekleyebiliriz. Bu nedenle BBSH'de gerçekten de bir başarı öyküsü yaşayıp yaşamadığımızı tartışırken içinde bulunduğumuz süreci tüm boyutlarıyla ve birinci basamağın temel özelliklerini sorgulayacak şekilde masaya yatıran araştırmalara duyduğumuz gereksinim artıyor. Bizi de bu çalışmaya yönlendiren bu gereksinimi her gün daha yoğun biçimde hissetmemiz oldu. Amacımız aile hekimliğinin birinci basamağın temel amaçları olan toplum sağlığını geliştirme ve sağlık eşitsizlikleri ile mücadele etme açısından ne denli etkin bir model olduğu sorusunu, bu alana özgü değerlendirme ölçütleri aracılığı ile yanıtlamaktı. Ama merakımız sadece bununla sınırlı değildi. Yaşanan süreçte aile hekimlerinin (AH) ve aile sağlığı elemanlarının (ASE) da ne durumda olduğunu, özlük hakları, iş güvencesi ve çalışma ortamı açısından kendilerini nasıl hissettiklerini biraz daha iyi anlamak istiyorduk. Diğer yandan halen çok yeni bir uygulama olması, olumlu ve olumsuz özelliklerinin süreç içinde ortaya çıkması nedeniyle niceliksel verilere dayanarak yapacağımız bir çalışma aile hekimliğini sadece bizim öngörebildiğimiz değişkenlerle sınırlı bir çerçevede ele alma riski taşıyacaktı. Bu nedenle genellenebilir istatistiksel veriler elde etmeye yönelik bir yöntem yerine niteliksel verilere dayalı bir yaklaşımı tercih ettik. Bu tercih de bize ülkemizdeki birinci basamak ortamını açıklayan, gözlediğimiz olgular arasındaki ilişkileri daha iyi anlamamızı kolaylaştıran bilgiler sağladı. Elde ettiğimiz bulguları sunmadan önce BBSH'nin eşitlikçi ve etkin bir yapıda olması için taşınması gereken özellikleri hatırlamak, sağlık reformlarının tüm etkisini hissettirdiği bir ortamda birinci basamağın dünyada ve Türkiye'de geçirdiği değişime çok kısaca göz atmak

istedik. Ardından yöntemimizi ve bulgularımızı aktardık. Bulgularımız çok geniş bir çerçevede, katılımcıların değindiği her bir konu başlığı ise üzerinde sayfalarca yazılabilecek derinlikteydi. Bu nedenle tartışma bölümünde daha çok mevcut durumu tanımlamakla yetindik, her bir başlığın daha kapsamlı bir şekilde irdelenmesini ise bundan sonraki çalışmalara bıraktık.

Görüşmelerimize katılmayı kabul eden BBSH emekçileri bize sadece sistemin yapısına ve işleyişine dair teknik değerlendirmelerini aktarmadılar, bizimle topluma yararlı olabildikleri zaman hissettikleri mutluluğu, umutlarını, hayal kırıklıklarını, açmazlarını, çaresizliklerini paylaştılar, bize yüreklerini açtılar. Onlardan çok şey öğrendik, hem emekleri hem de açık yürekleri için çok teşekkür ediyoruz. Dr. Ali Kuserli, Dr. Günay Saka, Dr. Naciye Demirel, Dr. Özlem Mıdık ve Dr. Selçuk Atalay görüşmelerin planlanmasında ve gerçekleştirilmesinde, Dr. Işıl Aktaş çözümlenmesinde, Dr. Seyfi Durmaz da kapak tasarımında bize çok büyük destek oldu. Onlara da gönülden teşekkür ediyoruz.

Bu çalışmada elde ettiğimiz verileri yorumlamaya çalışırken zorlandığımız, düşündüklerimizi nasıl ifade etmemiz gerektiğini bilemediğimiz her noktada sevgili Ata Abi'nin yokluğunu derin bir acı ile hissettik. Ata Abi yanımızda olsaydı önce daha fazla okumamız gerektiğini hatırlatarak bize kızardı, ama sonra tüm bilgisini önümüze döker, eline aldığı kağıda o güzel yazısı ile hemen bir kavramsal çerçeve çizer, bize görmediğimiz bağlantıları “nasıl da atladım” dedirterek açıklar, arada da onu tanıyanlarca malum olan takılmalarını hiç eksik etmezdi. Ata abi bizim için bir okuldu. Birinci basamak okumaya ve öğrenmeye onunla başladık, gördüğü her yeni araştırmaya, her yeni kitaba nasıl büyük bir merakla baktığına şahit olduk, ama birinci basamağın sadece literatürden öğrenilemeyeceğini, alanda çalışan arkadaşlarımızla konuşmadan, deneyimlerini, duygularını anlamadan okuduklarımızı bir yere oturtamayacağımızı da onun sayesinde fark ettik. Ata Abi'nin ışığı, desteği ve sevgisi olmadan devam etmek çok zor. Ama O, çalışmaktan, öğrenmekten, mücadele etmekten ve öğrencileri için emek vermekten hiç bir zaman vazgeçmedi. Ata Soyer okulundan geçen tüm öğrenciler gibi biz de onunla birlikte yürümeye devam etme sorumluluğunu taşıyoruz.

## BİRİNCİ BASAMAKTA EŞİTLİKÇİ HİZMET SUNUMU NELERİ GEREKTİRİR?

Asthana ve Gibson (2008) eşitliği hem sağlık hem de sağlık hizmeti açısından tanımlamıştır. Sağlık eşitliği, sağlıklı olma olanağı açısından eşitliklerdir. Sağlık hizmetinde eşitlik ise daha net ve hedefe yönelik bir tanıma sahiptir; eşit gereksinimler için eşit erişim olanaklarına sahip olmayı ifade eder. Aslında sağlık hizmetlerinde eşitliği eşitsizlik üzerinden de tanımlamak mümkündür ki burada Hart'ın (1971) "sağlık hizmetinin ve sağlıkla ilgili diğer kaynakların erişilebilirliği toplumun gereksinimi ile ters orantılıdır" şeklinde ifade ettiği "Tersine Hizmet Yasası" önemli bir yol göstericidir. Hart'ın yasası mahrumiyet bölgelerinde ve toplumun en yoksul kesimlerinde kendisini kanıtlar. Hizmetlerdeki eşitsizliği yansıtan daha yeni bir terim ise "Postakodu Piyango-su"dur. Kamusal hizmetlerin sunumunda ve niteliğinde yaşanan ülke çapındaki random eşitsizlikleri tanımlayan bu terim ile anlatılmak istenen şu sözlerle özetlenmiştir; nerede yaşadığını nerede tedavi edildiğini, dolayısıyla nasıl tedavi edildiğini ve sonuç olarak da hayatta kalıp kalmadığını belirler (Bungay, 2005). Eşitsizliklerle mücadelede sağlık sistemlerinin en önemli aracı BBSH'dir. Toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile BBSH'nin sağlık eşitsizlerinin azaltılmasında çok etkili olduğu gösterilmiştir (Strafield, 2003; Macinko, 2003). Ama bu noktada Starfield önemli bir uyarıda bulunmuştur. Birinci basamağın bu etkisi hizmetlerin ne derecede yaygın, eşitlikçi ve nitelikli olduğuna, yani aşağıda tanımlayacağımız bir dizi özelliğini ne derece gerçekleştirebildiğine bağlıdır (Starfield, 2003).

BBSH, bir sağlık sisteminin bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, tüm yaşam boyu devam eden ve uzun erimli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan aşamasıdır (Starfield, 1998). Bu tanım aslında birinci basamağın kendisini sağlık sisteminin diğer basamaklarından ayıran temel işlevlerini açıklamaktadır: ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm (tablo 1). Birinci basamağın bu işlevlerini gerçekleştirebilme düzeyi

yine kendisine özgü olan üç yapısal özelliğinin varlığına bağlıdır; eşit kaynak dağılımı, uygun finansman yöntemi ve birinci basamağa uygun sağlık çalışanı ekibi. Yapı ve işleyişi yansıtan bu özelliklerin tanımladığı koşullara erişildiğinde birinci basamağın çıktısı olarak değerlendirilebileceğimiz iki özelliği kendiliğinden gerçekleşir; toplum yönelimli olma ve sağlık eşitliklerini geliştirme. Bir diğer özellik grubunu ise hasta-hekim ilişkisi, uygun kayıtların varlığı, hizmet kalitesi gibi diğer basamakların da değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler oluşturur. Bunlar, birinci basamak açısından değerli, fakat diğer iki grubun yanında ikinci planda kalan özelliklerdir (**Starfield, 1998**).

Özelliklerine biraz daha yakından bakarsak, birinci basamağın etkin ve eşitlikçi bir hizmet sunumunu hangi koşulların varlığında gerçekleştirebildiğini daha iyi tanımlayabiliriz. Bu nedenle yazımızın bundan sonraki bölümü birinci basamağın kendine özgü özellikleri ve toplum yönelimliliği üzerinde duruyor. Sorumuzun asıl yanıtını oluşturan eşitlikçi hizmetin ipuçları ise her bir özelliğin kendi içinde aranmıştır.

**Tablo 1:** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

<b>Sağlık hizmetinin diğer basamakları ile ortak özellikler</b>	Hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, iş yükü, kayıtlar, vb
<b>BBSH'lerine özgü özellikler</b>	Yapısal özellikler Kaynak (alt yapı, donanım ve insangücü) dağılımı, finansman, sağlık çalışanı Uygulama özellikleri İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm
<b>BBSH'ne özgü özelliklerden kaynak alan özellikler</b>	Toplum yönelimli olma, sağlık eşitliklerini geliştirme

## Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri

Yapısal özelliklerin ilki alt yapı ve insan gücü kaynaklarının tüm ülke içinde eşit dağılımını tanımlar (**Starfield, 1998**). Kaynaklarını toplumun gereksinime göre değil, talebe yani piyasa mekanizmalarına göre şekillendiren ülkeler birinci basamağın öncelikle bu özelliğinin ardından da eşitlikleri geliştirme ve toplum yönelimli olma özelliklerinin karşılanmasında başarısız olur (**Starfield, 1998**). Ortaya çıkan derin eşitsizlikleri azaltmayı amaçlayan çeşitli projeler ve yardım çabaları ise anlık etkileri dışında hiç bir sonuca ulaşamaz.

Bugüne kadar yapılmış çalışmalar BBSH'nin eşitlikçi bir yapıda olması için hangi yöntemle finanse edilmesi gerektiğini çok net bir şekilde ortaya koymuştur. Starfield farklı ülkeleri birinci basamak sistemleri bakımından karşılaştırdığı çalışmalarının sonucunda "sağlık hizmetlerinin finansmanında progressif vergilendirme en eşitlikçi yöntemdir" sonucuna varmıştır (**Starfield, 2003**). Avrupa Birinci Basamak Forumu'nda (**Gress, 2009**) varılan sonuçlar da Starfield'in bu saptaması ile aynı yöndedir. Forum raporuna göre sosyal sigorta sistemleri birinci basamakta kronik durumların yönetimine ve eşgüdümüne yönelik yeni yaklaşımların gelişimine ve uygulanmasına uygun bir ortam sağlamıyorken, vergiler aracılığı ile finanse edilen ulusal sağlık sistemleri BBSH'nin gereksinime göre yeniden örgütlenmesine daha uygun bir yapıdadır. Bu açıdan ülkemizde sağlığın finansmanında yaşanan değişimin de etkin bir birinci basamak ile uyumlu olmadığı ortadadır. Finansman açısından bir diğer kritik nokta BBSH'de ilaç yazırma aşamasında alınan paralar, maaştan yapılan kesintiler gibi farklı formüller de dahil hiç bir şekilde cepten ödeme yapılmamasıdır (**Starfield, 1998**). Cepten ödemelerin sağlık eşitlikleri açısından en büyük tehdidi oluşturduğunu gösteren çalışmaların sayısı ise bir hayli kabanktır. (**Boji, 2013; Mackintoshi, 2003**).

BBSH'nin yapısal özelliklerinden üçüncüsü hizmeti sunan sağlık çalışanlarıdır. Bu konuyla ilgili temel ilkeler sağlık çalışanlarının birinci basamakta ve birinci basamağa uygun içerikte eğitim almış olması ve çok disiplinli ekip çalışması yapmasıdır (**Starfield, 1998**). Piyasa yönelimli sağlık hizmetlerinin en tipik özelliklerinden biri ise hekim merkezli ve aşırı teknoloji kullanımı yönelimli olmasıdır. Birinci basamak ekibinin öncelikle sosyal açıdan dezavantajlı kesimin hizmete erişimini kolaylaştırmayı hedefleyen ebe, toplum sağlığı hemşiresi gibi

diğer üyelerine piyasa yönelimli sağlık sistemlerinde sadece arka planda ve çoğunlukla hekim yardımcısı rolünde rastlanır. Hekimin yanında ebe, hemşire, laboratuvar teknisyeni veya bir başka meslek grubuna ait bir birinci basamak sağlık çalışanını istihdam etmesi ise çok disiplinli çalışma yaptığı şeklinde yorumlanamaz. Çalışanlar birbirleri ile ortak değerler taşımadığı, ortak amaçlar için çabalamadığı, rol ve sorumluluklarına saygı duyulduğunu hissetmediği takdirde, tüm bunların yanı sıra bir de istihdam tipleri farklı olduğunda, yani bazıları sözleşmeli bazıları devlet memuru hatta bazıları diğerlerinin işvereni olduğunda ekip çalışmasından söz edilemeyeceği vurgulanmaktadır (**BMA Health Policy and Economic Research Unit, 1999**).

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri**

Birinci basamağın işleyişini yansıtan özellikleri açıklamaya “ilk başvuru” ile başlayabiliriz. İlk başvuru özelliği, BBSH'nin bireylerin her bir yeni sağlık sorununda karşılaştıkları ilk aşamayı tanımlar. Bu özelliğin gerçekleşebilmesi için hizmetlerin erişilebilir olması ve toplum tarafından kullanılması gereklidir. İlk başvuru işlevini desteklemek amacıyla birinci basamak hekiminin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi şeklindeki düzenlemeye kapı tutuculuk adı verilir (**Guy, 2001**). Kapı tutuculuk sadece sevkten sorumlu bir hekimliği değil, bireylerin karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden izlemi de gerçekleştiren hekim kimliğini tanımlar (**Öcek, 2006**). Diğer yandan piyasa unsurlarının baskın olduğu sistemlerde sevk kararını belirleyen temel faktörün tüketici baskıları olduğu ortaya konmuş; BBSH'ye yeterince güven duymayan, uzmanlık kültürünün hakim olduğu toplumlarda sevk sisteminin zorunlu tutulmasının krizlerle sonuçlandığı görülmüştür (**Carlsen, 2005; Öcek, 2006**). Ülkemizde 1961'de “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” yasası ile getirilen zorunlu sevk uygulaması da politik tercihlere kısa sürede yenik düşmüş, ardından aile hekimliği ile birlikte yeniden keşfedilmiş, ama bir taraftan sağlığı piyasalaştırırken diğer yandan akılcı sistemlerin araçlarından medet ummanın anlamsızlığı daha bir kaç hafta geçmeden kendisini göstermiş ve uygulama apar topar kaldırılmıştır.

İkinci işleyiş özelliği olan kapsayıcılık, birinci basamağın toplumdaki tüm bireylere ve sık görülen tüm hastalıklara yönelik bütüncül, yani hem koruyucu hem tedavi edici hem de esenlendirici hizmet vermesi anlamına gelir (**Starfield, 1998**). Birinci basamağın bu özelliğinin değerlendirilmesinde kullanılan kriterler hizmetlerin sağlık eşitliklerini geliştirme açısından da ne denli etkili olabileceğini yansıtır. Örneğin, Starfield kapsayıcılığın birinci basamağın toplumun gereksinimlerini saptama ve bu gereksinimleri karşılama amacıyla gerçekleştirdiği etkinlikler aracılığı ile ölçülmesini önermiştir. Önerilen bir başka ölçüt birinci basamağın gerçekleştirebildiği hizmetlerin çerçevesidir. Starfield, bunun için sağlık çalışanlarının eğitiminin ve kurumların olanaklarının dikkate alınması gerektiğini, ama burada eşit dağılımın bir ön koşul olduğunu belirtir (**Starfield, 1998**). Kapsayıcılığın nasıl geliştirilebileceğini, hangi mekanizmalarla eşitlik sağlayıcı etkisinin güçlendirilebileceğini ve nasıl ölçülebileceğini ele alan literatürde hizmetlerin bireysel ve toplumsal olmak üzere ikiye ayrılması ile ilgili herhangi bir öneriye rastlanmamaktadır. Bu ayırım karşımıza daha çok Almanya, ABD gibi sosyal veya özel sigorta ağırlıklı sağlık sistemlerinde çıkmaktadır. Bunun da nedeni sadece bireysel düzeydeki hizmetlerin piyasa ürününe dönüştürülebilme için uygun özellikler taşımasıdır. Bu nedenle sağlık reformu rüzgarlarının estiği ülkelerde (**Rechel, 2009, 2011; National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, 2005; Unger, 2006**). birinci basamak, piyasa açısından gereksiz bir unsur olan toplumsal sağlık hizmetlerinden “arındırılmış” pazarlar haline getirilmektedir.

Süreklilik, sağlık sorunlarının tipinden hatta varlığından bağımsız olarak hasta ve birinci basamak ekibi arasında uzun erimli bir ilişki bulunmasını ifade eder (**Starfield, 1998**). Sürekliliğin her bir hasta için tek tek ele alınabilecek bireysel boyutu kadar toplumsal boyutu da önem taşır. Toplumsal boyut ile kast edilen ise birinci basamak hizmet kaynağının sorumlu olduğu toplumu tanıması, verdiği hizmetlerin etkinliğini değerlendirmesi, değişen gereksinimleri saptayabilmesidir. Bu nedenle süreklilik, tanımlanmış ve kısa süre içinde değişkenlik göstermeyen bir toplumun varlığını gerektirir (**Starfield, 1998; Longlett, 2001**). Sadece belli dönemlerle sınırlı hasta listelerinin söz konusu olduğu bir ortamda ise sürekliliğin toplumsal boyutundan bahsetmenin bir anlamı yoktur.



Son olarak tanımlayacağımız işleyiş özelliği hizmetlerin eşgüdümüdür. Ortak bir etkinlik veya çabanın uyumlandırılmasını ifade eden eşgüdüm sağlık sistemi açısından “her bir bireyin daha önceki sağlık sorunları ve aldığı hizmetler hakkındaki bilgilerin BBSH tarafından bir araya getirilmesi ve bu bilgilerin hastanın bakımı sırasında kullanılmasının sağlanması” şeklinde tanımlanmaktadır (**Starfield, 1998**). Kapı tutuculuk sistemlerinde birinci basamak hekimleri hastalarının doğru uzmanlık hizmetine erişimini sağlamak, sevki takip eden izlemlerini gerçekleştirmek, kayıtlarını tutmak ve ilgili diğer hekimlerine aktarmakla, yani bakımının eşgüdümünü sağlamakla sorumludur (**Öcek, 2006**). Bu nedenle ilk başvuru özelliğinin eşgüdüm için de bir ön koşul olduğu söylenebilir. Yetersiz eşgüdüm ise bakımın parçalanmasına, gereksiz hizmet tekrarlarına, kısacası kaynakların verimsiz kullanımına yol açar (**O’Malley, 2009; Ireson, 2009**) ki bu da sağlık eşitlikleri açısından önemli bir tehdit kaynağıdır.

BBSH’nin dört işleyiş özelliğinin yapısal özelliklere olduğu kadar birbirlerine de bağımlı olduklarını görmek mümkündür. Eşgüdüm ise bu açıdan özel bir konumdadır ve birinci basamağın sağlanması en güç diğer yandan da diğer işlevlerinin başarısı açısından da en kritik özelliğidir. Eşgüdüm gerçekleşmediği takdirde ilk başvuru sadece yönetsel bir fonksiyon haline gelir, kapsayıcılık çok zor sağlanır ve süreklilik potansiyelinin önemli bir bölümüne ulaşamaz (**Starfield, 1998**). Bu noktada eşgüdüm eşitlik açısından da belirleyici bir role sahiptir. Toplum tabanlı bir çalışmada eşgüdüm düzeyinin hastanın kendi bakımında aktif rol üstlenme düzeyi ile güçlü bir ilişki içinde olduğu gösterilmiştir (**O’Malley, 2009**). Eşgüdümün sadece daha eğitilmiş, daha bilinçli, kendi bakımını takip edebilen ya da hekimini bu yönde aktive eden hastalar için gerçekleşmesi eşitsizlikleri arttıracaktır. Starfield de bu nedenle eşgüdümün, ancak kayıtlar, resmi yönergeler vb araçlar aracılığı ile güvence altına alınırsa gerçekleştirilebileceğini vurgulamıştır (**Starfield, 1998**).

### **Toplum Yönelimli Olma**

Toplum yönelimli birinci basamak, Kark ve Cassel (**1952**) tarafından sağlık hizmetlerini epidemiyolojinin, birinci basamağın, koruyucu hekimliğin ve sağlığın geliştirilmesinin ilkelerine dayandıran yaklaşım

olarak tanımlanmıştır . Starfield'in tanımına göre ise BBSH'nin toplum yönelimli olması, sağlık çalışanlarının toplumu tanıyarak ve toplumla etkileşim kurarak elde ettikleri bilgiler aracılığı ile sağlığın sosyal ve çevresel bileşenlerinin farkına varmaları ve çalışmalarını bu bileşenleri temel alarak uygulamalarıdır (**Starfield, 1998**). Starfield geleneksel ve toplum yönelimli birinci basamağı karşılaştırarak, geleneksel yaklaşımın sağlık eşitsizliklerini desteklemek dışında bir sonuca ulaşmadığını ortaya koymuştur. Buna göre, sadece hizmet almak için gelen hastalarla karşılaşan hekimlerin bakış açısı ile sınırlı olan geleneksel birinci basamakta, sağlık sorunlarının toplumdaki dağılımı dikkate alınmaz, çünkü hekim bu sorunların büyük bölümünü göremez, görse bile kendisine başvuranlar toplumdaki sıklığı yansıtmaz. Geleneksel klinik yönelimli birinci basamak hekimleri çevresel, sosyal ve davranışsal faktörlerin hastalık nedenselliğindeki ve ilerlemesindeki önemini kavramada zorluk yaşarlar, çünkü hastaların yaşadıkları ve çalıştıkları ortam hakkında genellikle bilgi sahibi değildirler. Bunlara ek olarak geleneksel birinci basamakta sağlık hizmetlerinin etkisinin izlenmesi kolay değildir, çünkü izlem veya geribildirim hastalarla iletişimi, hastaların hekimlerini tekrar ziyaret etmelerini gerektirir. Toplum yönelimli birinci basamağa bakıldığında ise, hizmetlere en çok gereksinim duyan bölgelerin ve bireylerin saptanmasını ve kaynakların bu gereksinimlere göre yönlendirilmesini temel alan, dolayısıyla da eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen bir yapı ile karşılaşmaktadır (**Starfield, 1998**).

Toplum yönelimli hizmetlerin ABD'deki öyküsüne kısaca bir göz atıldığında birinci basamağın bu özelliğinin hangi koşulların varlığında gerçekleşmeyeceğinin bir örneği ile karşılaşılmaktadır. 1950'lerde ABD hükümeti özellikle dezavantajlı toplumlara yönelik kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetlerini yaşama geçirmeyi amaçlayan bir dizi girişim başlatmış, bunun sonucunda kamusal birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısını kanıtlayan önemli çalışmalar gerçekleştirilmişti. Fakat 1980'lerin başında hükümetin desteğini çekmesiyle birlikte topluma yönelik birinci basamağın etkinliği ve başarısı tartışılmaya başlandı. Bunun üzerinde Institute of Medicine 1982'de konunun tüm taraflarını bir araya getiren bir konferans düzenledi. Konferansta birinci basamağın toplum yönelimli olarak kabul edilebilmesi için üç koşulu karşılaması gerektiği açıklandı. İlk koşul erişilebilir, kapsamlı, koordine ve sürekli hizmetti. İkinci koşul, sağlığı konusunda sorumluluk üstlenilmiş olan ve tanımlanmış bir toplum varlığıydı. Toplum ile ne kast edil-

diği de herhangi bir yoruma izin vermeyecek açıklıkta tanımlanmıştı. Buna göre tanıma aynı coğrafik bölgede yaşayan ya da aynı işyeri, okul vb bir kurum içinde bir araya gelen veya aynı sağlık örgütlenmesi kapsamında yer alan bireyler giriyordu; belli bir kuruma ya da muayenehaneye başvuran “aktif” hastalardan oluşan grupların tanımının dışında kaldığı da özellikle vurgulanmıştı. **(Longlett, 2001)**. Üçüncü koşul ise toplumu ve sağlık sorunlarını tanımlama, hizmetleri bu bilgiler temelinde planlama ve izleme olarak özetleyebileceğimiz bir süreci açıklıyordu. Bu tanımlamaların yanı sıra konferansta hekimlerin tüm toplumun gereksinimlerini karşılama sorumluluğu duyacak şekilde yetiştirilmesi bir ilke olarak benimsenmişti. Ama tüm bunların birinci basamağın kamu eli ile sunulmadığı bir ülkede nasıl sağlanacağı konusunda da ciddi endişeler dile getiriliyor, piyasa mekanizmalarına göre kurgulanan bir sistemde toplum yönelimli birinci basamağın özellikle toplumu tanımladığı çerçeve açısından kabul görmeyeceği düşünülüyordu. Bu endişelerin yersiz olmadığı kısa sürede anlaşıldı. Konferansın üzerinden daha bir yıl geçmeden toplum konusunda daha esnek olma önerisi geldi. Buna göre, toplum tanımına belli bir muayenehanenin hizmet verdiği kişiler veya belli bir hastalığa sahip olanlar da dahil edilebilirdi. Bunun üzerine Abramson 1988’de toplum yönelimli birinci basamağın anlamının bulanıklaştırıldığını ve sosyolojik açıdan toplum tanımı ile belli bir kurumdan hizmet alan kişiler grubunun aynı anlama gelebileceğini açıkladı. Fakat Abramson’un uyarılarına rağmen tanımdaki bulanıklaştırma devam etti. Özel hekimlerin uygulanabilir bulmadıkları bu yaklaşım gündemden yavaş yavaş kalktı. Institute of Medicine, 1996’da sağlık hizmeti açısından toplumun birinci basamağı kullananlar da dahil olmak üzere bir toplumdaki tüm bireyleri kapsadığını tekrar vurguladı, ama toplum yönelimli birinci basamak ABD sağlık sistemindeki öyküsünü çoktan tamamlamıştı **(Longlett, 2001)**.

Toplum yönelimli birinci basamak hakkındaki literatürü okudukça gözümüzde bize çok tanıdık ve çok somut bir örnek canlanıyor: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası. Sağlık ocaklarının görev tanımının ve sistemin kurgusunun toplum yönelimli hizmetin hemen tüm özelliklerini taşıdığını görebiliyoruz. Diğer yandan yukarıda bahsettiğimiz ABD örneğinin çok ötesinde bir sistem olmakla birlikte, tercihin piyasa yönünde olduğu bir ortamda ülkemizde de gelinecek noktanın farklı olmadığını söylemek ne yazık ki mümkündür.

## AVRUPA'DA SAĞLIK REFORMLARININ BİRİNCİ BASAMAK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

BBSH neredeyse tüm Avrupa ülkelerinde sağlık reformu savunucularının ilgi odağındadır ve yaklaşık 20 yıldır çok hızlı değişimlere sahne olmaktadır. Her bir ülkenin mevcut sağlık sistemine, sağlık çalışanlarının ve toplumun yaklaşımına göre farklılık göstermekle birlikte birinci basamağın özel sağlık sektörüne devri olarak özetleyebileceğimiz bu değişim sürecinin genel olarak benzer unsurlardan oluştuğu görülmektedir; hizmet satın alan ve sunan tarafların birbirinden kesin olarak ayrılması ve bu taraflar arasında pazar mantığı ile uyumlu sözleşmeler yapılması, yerelleşme, artan rekabet, girişimciliğin desteklenmesi, tüketici seçiminin geliştirilmesi, klinik rehber ve yönergeler aracılığı ile hizmet sunumunun denetimi ve böylece hekim otonomisinin ortadan kaldırılması, sağlık çalışanları açısından kuralsızlaşma, esnek çalışma ve bunların en tipik örneği olan performans dayalı ödeme yöntemleri (**Whynes, 2002; Saltman, 2002; Magnussen, 2009; Meads, 2009; Glennard, 2011**). Avrupa'da birinci basamak sağlık örgütlenmesini değerlendiren çalışma grubu raporunda aynı ülkenin kendi içinde bile bu unsurların farklı kombinasyonlarından oluşan pek çok modelin ortaya çıktığına ve bu nedenle aslında hizmetler açısından ciddi bir parçalanma yaşandığına dikkat çekilmiştir (**Meads, 2009**). Her bir ülke, hem genel özelliklerindeki değişim hem de icat ettiği yeni, yerel modeller açısından üzerinde tartışmak için çok değerlidir. Ama, sadece bir kaç ülkeye genel hatları ile baktığımızda bile birinci basamak reform sürecinin nereye doğru gittiği görülebilmektedir.

### İngiltere

İngiltere sağlık reformlarını en hızlı ve yoğun yaşayan ülkeler arasındadır (**Aksakoğlu, 2006**). Bu nedenle yaklaşık 20 yıllık bir geçmişte gerçekleşen bazı değişimlere sistemin karmaşık ve bir o kadar da sık değişen yapısı ile fazla zaman kaybetmeden kısaca göz atmakta yarar gördük. 1990'a kadar Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) yerel düzeyde tüm hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan 200 Bölge Sağlık Otoritesi tarafından yönetiliyordu. Birinci basamağın yönetiminden ise sayıları 100 kadar olan Aile Sağlığı Hizmetleri Otoriteleri (Family Health Services Authorities) sorumluydu. Her iki yapı da bütçelerini bağımsız

olarak merkez hükümetin Sağlık Bölümünden alıyordu. Muhafazakar Parti 1990'da USH'ye pazar benzeri yapıları getiren önemli bir örgütlenme değişimi gerçekleştirdi. Öncelikle, sağlık hizmetini sunanlar ve satın alanlar olmak üzere bir sınıflandırma yaratıldı. Hizmet satın alanlar USH bütçelerine doğrudan bağlıydı ve böylece sorumlu oldukları kişiler için hizmet alabiliyorlardı. Hizmet sunucular ise satın alanların bütçelerinden pay elde edebilmek için birbirleriyle rekabet ediyordu. USH içinde bu şekilde satışlardan ve hizmet alımlarından oluşan yapı "iç pazar" olarak adlandırıldı. Bu iç pazarda genel pratisyenlere (GP) de önemli bir rol düşmüştü, eğer isterlerse kendilerine kayıtlı hastalar için hizmet satın alıcı rolü üstlenebileceklerdi. Kendi bütçesi olan bu GP'lere fon sahibi (fundholder) adı verildi (**Whynes, 2002**).

Muhafazakar hükümet reformlarında temkinli ilerlemek istiyordu. Çünkü karşısında pazar mantığından nefret eden bir sağlık çalışanı kitlesi vardı. Bu nedenle öncelikle girişimcilik hevesi fazla olan GP'ler hedef alındı. Başlangıçta sadece hasta listesi açısından geniş ölçekli GP'ler / GP grupları fon sahibi olabiliyordu. Ama hükümet hizmet sunan ve fon sahibi olan grupları aşama aşama, yıllık dalga serileri şeklinde genişletti. Zamanla küçük ölçekli GP'leri de uygulamaya dahil etmek için bütçe tutucu olmayla ilgili düzenlemeler kolaylaştırıldı. Önceleri her bir fon sahibinin hasta adına satın alabileceği hizmet çerçevesi sadece reçete-lenmiş tedavilerle ve bir dizi klinik test ve görece sık uygulanan klinik tedavi ile sınırlıydı. Daha sonra bu çerçeve karar verdikleri her hizmeti satın alabilecekleri şekilde genişletildi. GP'lerin fon sahibi olmayı tercih etmelerinde aldıkları ek yönetim ödeneği de rol oynamıştı. Beş yıl içinde İngiltere ve Galler'de toplumun yarısından fazlası fon sahibi GP'lere kayıtlı hale gelmişti. Diğer yandan fon sahibi olma uygulaması iki sınıflı bir sağlık hizmeti yarattığı gerekçesi ile oldukça sert eleştiriler almaktaydı. Gerçekten de fon sahipleri daha iyi koşullarda hizmet sunuyordu ve hastalarının da hizmetlere erişimi daha kolaydı (**Whynes, 2002**). Reform sürecinin GP'ler üzerindeki etkisi ise artan stres ve azalan iş memnuniyeti olmuştu. Hekimler bir yandan hastaların özellikle mesai dışı saatlerde artan talepleriyle, her geçen gün bir yenisi eklenen yönetsel sorumluluklar ve bürokratik işlemlerle uğraşırken, diğer yandan da hasta şikayetleriyle ve haklarında açılan davalarla baş etmeye çalışıyordu (**Appleton, K., 1998**).

Bin dokuz yüz doksam yedi yılında, tam artık iç pazar yapısının tüm taşlarının oturması beklenirken hükümet değişti ve İşçi Partisi yönetime geldi. Fakat yeni hükümet kısa süre içinde reform taraftarlarını rahatlatı. Getirdiği değişiklikler beklentilere göre oldukça önemsizdi. İki sınıflı bir USH yarattığı gerekçesi ile fon sahibi olmayı kaldırdı, ama hizmet alan ve satan ayrımı devam ediyordu. Yapılan sadece iç pazardaki bazı rollerin yeniden tanımlanmasıydı. Fon sahipliği GP'lerden alınıp Birincil Bakım Grupları'na (Primary Care Groups) aktarıldı. Birincil Bakım Grupları yerel bölgelerde yaklaşık 100 000 hastaya hizmet veren organizasyonlar olarak tasarlanmıştı. Daha sonra Bölge Sağlık Yönetimleri adını alan bu yapının temel fonksiyonu birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için hizmet sunucularla sözleşme yapmaktı (**Whynes, 2002**).

Roland'a göre İngiltere'de birinci basamaktaki değişimin en temel unsuru girişimciliğin güçlenmesidir (**Roland, 2012**). 2004 yılında başlayan yeni Genel Tıbbi Hizmetler (General Medical Services) sözleşmesi de bu bakımdan çok kökten bir değişim olarak değerlendirilmektedir. Sözleşmenin önemi getirdiği performansla dayalı ödeme sisteminden kaynaklanmaktadır. Buna göre GP'lerin gelirinin % 20 ila 25'i Kalite ve Çıktılar Çerçevesi olarak adlandırılan (Quality and Outcomes Framework) bir kriter setinin gerçekleştirme düzeyine bağlıdır. Bu kriterlerin yarısı klinik bakımla, diğer yarısı da muayenehane örgütlenmesi ve hasta deneyimleri ile ilgilidir. Sözleşmenin çeşitli yollar aracılığı ile esnekliği arttırmayı amaçladığı belirtilmektedir (**Roland, 2012; Whalley, 2006, 2008**) Örneğin mesai dışı saatlerde erişilebilir olup olma kararını GP'lere bırakılmış, bu da erişilebilir olmayı seçen GP'lere önemli bir gelir artışı sağlamıştır (**McDonald, 2009**). Bunların yanı sıra yine rekabeti artırma gerekçesi ile GP'lerin hasta seçimini kolaylaştıran uygulamalar yaşama geçirilmiştir (**McDonald, 2009; Roland, 2012**). Kısaca özetlediğimiz bu süreçte eskiden GP'lerin tek başına veya grup pratiği yaparak hizmet sundukları muayenehanelerin daha büyük ölçekli işletmeler haline geldiği belirtilmektedir. GP ortaklıkları 2000 yılında ortalama 5726 hastaya sahip iken, 2010'da hasta sayıları 6610'a çıkmış; aynı dönemde tek başına çalışan GP yüzdesi 22.8'den 14.5'e düşmüş; GP'lerin istihdam ettiği hemşire sayısı artarken, yeni ortak almak yerine maaş karşılığında GP çalıştırmak daha fazla tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir (**Roland, 2012**). Fakat

GP'lerin 1990'lardan bu yana yaşadıkları iş yükünden, zamansızlık nedeniyle işlerini olması gerektiği gibi yapamamaktan ve artan bürokratik işlerden kaynaklı stres düzeylerinin daha da arttığı saptanmıştır (**Whalley, 2006**).

2004 döneminde bir yandan GP'ler arasındaki girişimcilik gelişirken, diğer yandan da GP'lerin birinci basamak hizmetlerinin sunumundaki tekelinin kalkması ile karşılaşmaktadır. Eskiden GP'ler bireysel olarak USH ile sözleşme yaparken, artık belli bölgelerdeki hizmetlerin gerçekleştirilmesinden sorumlu olan birincil bakım tröstleriyle (Primary Care Trust) yapılan sözleşmelere geçilmiş, tröstlere de eğer isterlerse GP'ler yerine alternatif tıbbi hizmet sunucuları olarak adlandırılan özel şirketlerle de sözleşme için pazarlık yapma ve doğrudan GP istihdam etme olanağı verilmiştir (**McDonald, 2009**). Reformların İngiliz doktorların bile yıllardır korudukları bağımsız konumlarını bir çırpıda yıkabildiğini görmek oldukça çarpıcıdır. İngiliz Tabipler Birliği de USH hastalarına yönelik hizmetlerin giderek daha fazla oranda özel şirketler tarafından sunulması nedeniyle duyduğu endişeyi dile getirmiş ve bu şekildeki hizmet sunumunun GP'lerin grup pratikleri ile aynı değerleri taşımayaçağını açıklamıştır. Tabipler Birliği'ne göre bağımsız sözleşmeli konumlarına rağmen GP'ler USH'nin ethosunu benimsemiştir ve hastalarının çıkarlarını çalışmalarının merkezine koyarlar, özel şirketler ise tamamen kar odaklı hareket eder (**McDonald, 2009**). Sonuç olarak, İngiltere'de reformlar bir yandan özel sektöre birinci basamak pazarına girme olanağı verirken diğer yandan da becerebilen GP'lere daha fazla girişimci olarak bu sistemde var olma şansı tanımakta, pazara adapte olamayanlara ise tek seçenek olarak bir girişimcinin yanında iş aramak kalmaktadır.

### **İsveç örneğinde Kuzey Avrupa**

Belli bir bölgede yaşayan nüfus temelinde örgütlenen ve çok disiplinli ekip çalışmasına dayanan BBSH modelinin en tipik örneği olarak bildiğimiz Kuzey Avrupa ülkeleri de 1980'lerden bu yana sağlık reformlarından nasibini almaktadır. Danimarka, Norveç, Finlandiya ve İsveç'te birinci basamak halen vergiler aracılığı ile finanse edilmekte, ama yerleşmenin artık oturduğunu, girişimciliği ve tüketici seçimlerini destekleyen politikaların reform savunucularının istediği hızda olmasa da etkisini gösterdiğini söylebiliriz (**Magnussen, 2009**). Reform sürecinin

tıkandığı noktaları iyi yansıtan bir örnek olması nedeniyle biraz daha yakından bakmak için bu ülkeler arasından İsveç'i seçebiliriz.

İsveç'te 1982 yılında sağlık hizmetlerinde politik ve finansal sorumluluk merkez hükümetten eyalet yönetimlerine aktarılarak büyük ölçüde bir yerleşme gerçekleştirilmiştir. 1990-1994 döneminde de İsveç toplumu birinci basamağın özelleştirilmesine yönelik ciddi bir girişim ve bunun zeminini hazırlayan yasalar ile karşılaşmıştır. Bu girişimin en önemli özelliği hasta listesi ve hekim seçme özgürlüğünün ilk adımlarının atılmış olmasıdır. Coğrafi temelli örgütlenmenin ve ekip çalışmasının terk edilmesi anlamına gelen süreç tüm vatandaşlara istedikleri AH'yi seçebileceklerinin duyurulması ile başlatılmış, hatta bu seçim özgürlüğüne eyalet yönetimleri ile sözleşme yapmamış olan özel hekimler de dahil edilmiştir. Birinci basamak hekimlerine yapılan ödeme sistemi de değiştirilerek sabit maaşın yerine hizmet başı ödeme ve kişi başı ödemenin bir kombinasyonu getirilmiştir. Reform tüm eyaletlerde aynı hızda ilerlememiş, ama işe erken girişen eyaletlerde değişimin sonuçları ile kısa sürede karşılaşmış; hekimlerin coğrafi bölgeleriyle ve birinci basamak ekibinin diğer üyeleriyle bağlantısı kopmuş, kamu hekimleri birdenbire kendilerini hasta kapmak için birbirleriyle ve özel hekimlerle rekabet ederken bulmuştur. 1995'de yapılan bir çalışmada aile hekimliğine geçen hekimlerin ekip çalışmasına ve coğrafi tabanlı örgütlenmeye devam eden hekimlere göre daha fazla tüketici talebi altında oldukları, kişisel gelişim için zaman bulamadıkları, bölge hemşirelerinin de çalışma koşullarının güçleştiği saptanmıştır. Reformları tartıştığı makalesinde Anell de, tüketici seçimini güçlendirmeye yönelik politikaların, hekimlerin çok disiplinli ekibin bir üyesi rolü oynadığı bütüncül ve entegre hizmet ile çatışma içinde olduğunu açıklamıştır (**Magnussen, 2009**).

Reformların İsveç'teki seyri 1990-1994 döneminin ardından önemli bir duraklama dönemine girmiştir. Hükümet değişimi ile birlikte birinci basamak reformunun zeminini hazırlamış olan yasalar rafa kaldırılmış, fakat bazı eyaletler yine de liste temelli sistemi devam ettirmeyi tercih etmiş, böylece coğrafi ve liste tabanlı örgütlenmenin birlikte var olduğu bir tablo ortaya çıkmıştır (**Magnussen, 2009**). Fakat reformun öyküsü bu noktada bitmemiştir. Daha genişletilmiş bir hekim seçimini içeren reformların birinci basamak üzerinde yoğunlaştığı, hekim seçme özgürlüğünün girişimcilik özgürlüğü ve özelleştirme ile kombine edildiği



görülmektedir. Halland eyaletinde 2007'de başlayan reform dalgası daha sonraki yıllarda diğer eyaletlere de yayılmış; Ocak 2010'undan bu yana da yasada yapılan bir değişiklikle birinci basamak hekimi seçimi ve girişimcilik zorunlu hale getirilmiştir (**Glennard, 2011**).

### **Bulgaristan örneğinde Doğu Avrupa**

Komünizm döneminde hemen tüm Doğu Avrupa ülkelerinde birbirine oldukça benzer sağlık sistemleri ile karşılaşılıyordu. Birinci basamak dahil tüm sağlık hizmetleri devlet eliyle sunuluyor, merkezi olarak planlanıp yönetiliyor ve genel vergiler aracılığı ile finanse ediliyordu. Rechel'e (**2009**) göre tüm toplumun kapsanması ve geniş çerçevedeki hizmetlerden herkesin eşit biçimde yararlanabilmesi sistemin en güçlü yönleriydi. Üstelik çok önemli bir alt yapı ve insangücü kaynağı mevcuttu. Polikliniklerde sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın-doğum, iç hastalıkları gibi alanların uzmanları tarafından sunuluyor, ayrıca okullarda öğrencilere yönelik sağlık hizmetleri yürütülüyordu. Bin dokuz yüz doksanlarla birlikte bu yapıda çok hızlı bir reform süreci yaşanmış ve kökten bir değişim gerçekleşmiştir. Bu dönüşümün birinci basamağa yansımaları ülkemizde olduğu gibi aile hekimliğine geçiş olmuştur. Fakat genel olarak değerlendirildiğinde birinci basamağın sigorta sistemi ile ilişkilendirilmesi ve vatandaşın katkı payı alınması açısından doğu Avrupa'nın daha hızlı davrandığı söylenebilir (**Atun, 2007; Rechel, 2009; Bucuniene, 2005; Czachowski, 2011**).

Birinci basamağın finansmanı açısından Doğu Avrupa'da yaşanan duruma Bulgaristan örneği üzerinden daha yakından bakabiliriz. Bulgaristan'da aile hekimleri listelerinde kayıtlı hasta başına para almakta, hastalar da her bir aile hekimi veya uzman görüşmesi başına aylık maaşlarının % 1'ini ödemektedir (**Rechel, 2011**). Sağlık sektörünün finansmanını güvence altına alma gerekçesi ile başlatılan sağlık sigortasının gelir toplamakta yetersiz kalması sonucunda cepten ödemeler reform öncesinden çok daha büyük bir miktarlara ulaşmış, bunun sonucu ise hizmetlere erişim açısından yaşanan eşitsizlikler olmuştur. 2005 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların % 35'i son 12 ay içinde gereksinim duydukları halde herhangi bir nedenle çocukları için sağlık hizmeti ya da ilaç alamadıklarını belirtmiştir (**Rechel, 2011**). İlaçlara erişim açısından Bulgaristan'da çok ciddi boyutlara varan sorunlu tablonun temel nedeni pazarın liberalleşmesine ve pahalı yabancı

ilaçların ithali sonucunda ilaç maliyetlerinde gerçekleşen dramatik artışa bağlanmaktadır (**Rechel, 2011**).

Rechel ve arkadaşları (**2011**), politika yapıcılar, hekimler, vatandaş temsilcileri gibi farklı grupların Bulgaristan'da yaşanan dönüşüm hakkındaki görüşlerini değerlendirmiş ve sürecin aşırı hızlı ve plansız bir şekilde gerçekleştirildiği konusunda bir görüş birliği bulunduğunu, reformların gerekliliğine yönelik bir uzlaşya ise rastlanmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada görüşülen politika yapıcıların bazıları reformun yönetsel bir model olarak kendilerine empoze edildiğini belirtmiş, sivil toplum kuruluşu üyeleri kendilerine ve diğer uzman gruplarına hiç danışılmamış olmasının yarattığı sorunlara işaret etmiş, sağlık politikalarından tek yarar görenin ilaç şirketleri gibi bazı özel sermaye grupları olduğu, toplumun ise hiç bir yarar sağlamadığı açıklanmıştır.

## TÜRKİYE  ILE HEKİMLİĞİ MODELİNE NASIL GELDİ? KISA BİR HATIRLAMA

Türkiye’de birinci basamağın Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar gelen öyküsü farklı dönemlerden oluşuyor. Cumhuriyet’in ilk sağlık bakanı olan Refik Saydam döneminde hükümet tabipliği örgütünü temel kabul ederek, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması için başlatılan çalışmalar ile karşılaşıyoruz. Ama genel özellikleri değerlendirildiğinde bu dönemin hastane tabanlı bir sağlık örgütlenmesinin hakimiyeti ve toplumda yaygın olan sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla savaŐmak için kurulmuŐ olan dikey örgütlenme modeli ile karakterize olduğu görülmektedir. Saydam döneminin ardından, “acaba gerçekleŐseydi ne olurdu” dedirten, ama yaşama hiç bir Şekilde geçirilmeden rafa kaldırılan bir proje geliyor; Sağlık Bakanı Behçet Uz’un ilk bakanlık döneminde hazırladığı özellikle kırsal alanda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulmasına ve Türkiye’yi yedi hizmet bölgesi temelinde ayırarak hizmet götürmeye dayanan örgütlenme modeli. Bu dönemde gerçekleşen önemli bir gelişme ise iŐŐi sigortaları kurumunun kurulması ve bu kuruma kendi sigortalıları için sağlık hizmeti sunma yetkisi verilmesi. Bunun  nemi ülkede sağlık hizmetinin SB ve Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından sunulan iki ayrı sistem halinde yürümesine neden olmasından kaynaklanıyor ki bu da ileride sağlık ocaklarının tüm topluma yaygınlaŐmasını önleyen bir gelişme olarak karşımıza çıkıyor. Bi dokuz yüz kırk beş yılından 1961’e kadar da birinci basamağın ve halk sağlığının üzerinde pek durulmayan bir dönem söz konusu (**Dirican, 1990**).

Bin dokuz yüz altmıŐ bir, ülkemizde birinci basamağın tarihi açısından önemli bir yıldır. Öncelikle sağlık Anayasa’da bir insan hakkı ve devlet görevi olarak yerini almış ve kırsal alanı da içeren “devletleŐtirilmiŐ” sağlık hizmeti kurulması isteği ile ifade edilmiŐti. Beş Ocak 1961 tarihinde yayınlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile tedavi hekimliği hizmetlerinin, koruyucu hekimlik çalışmasını tamamlayacak biçimde ele alınması ve tıbbi bakımın, az sayıda nüfusun yararlandığı pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedavi sağlayan k  k topluluklara kadar yayılan bir örgütlenme modeliyle sunulması kabul edilmiŐti. Yasa birinci basamak sağlık

hizmetinin temel özelliklerini barındırıyordu; basamaklandırılmış sağlık sistemi benimsenmiş, bütüncül ve ekip çalışmasına dayalı hizmet sunumu tanımlanmış, hizmetlerin erişilebilir ve toplum yönelimli olmasını sağlayan bir dizi ilke esas alınmıştı. Fakat, 1963'de başlayan uygulama politik tercihler nedeniyle birbirini izleyen farklı hükümetlerden destek bulamamış, özellikle 1980'den sonra benimsenen neoliberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş ve eşitlikçi özünü yeterince ortaya koymasını önlemiştir (**Belek, 2003**). Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerini 2000-2004 yıllarını kapsayan bir kesitte değerlendiren bir çalışmada, sağlık ocağı modelinin eğitim ve refah düzeyi daha yüksek illerde daha fazla gelişmiş olduğunun saptanmış olması da bu modeli desteklemeye yönelik ülke çapında bir politika izlenmediğinin kanıtıdır (**Öcek, 2007**). Çalışmada 2000-2004 yılları arasında pek çok ilde birinci basamak sağlık hizmetinin kapsayıcılığı açısından gözlenen gerileme de yapılan yatırımların, alt yapı ve donanım desteğinin kesildiğini gösteren bir başka bulgudur. Yine bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %5'den %2.6'ya düşmüştür (**Soyer, 2006**). Diğer yandan sürekli eleştirilen, desteklenmeyerek ve uygulanmayarak çöktürilmeye çalışılan sosyalleştirme, birinci basamak sağlık çalışanlarının özverileri ile ayakta durabilmiş, tüm engellemelere karşın herkesi kapsayan bir politika üstlenmiş; öncelikle en olumsuz koşullarda yaşayan, hizmete gereksinimi en fazla olduğu halde farkında olmayan, başvurmak istediğinde ulaşamayan ya da ulaştığında ödeyemediği için bakılamayan, aslında çoğunluk olan kesime yönelmiştir (**Aksakoğlu, 2007**). Sağlık ocaklarının hizmetlerini değerlendiren alan çalışmalarının sonuçları bu saptamayı doğrulayan kanıtlar sunmuş, eğitimsizlerin, yoksulların, işsizlerin, güvencesizlerin, Romanlar gibi grupların sağlık ocaklarını tedavi hizmeti, acil bakım ve koruyucu hizmetler için daha fazla kullandıklarını ortaya koymuştur (**Çiçeklioğlu, 1999; Hassoy, 2005; Deveci, 2005; Şahin, 1998; Berberoğlu, 2001**) 2000-2004 kesitini değerlendiren çalışma da biraz olsun gelişme fırsatı bulduğunda sosyalleşmenin hizmet kapsamının ne denli genişleyebildiğini yansıtmıştır (**Öcek, 2007**).

Sosyalleştirme, kısa tarihi boyunca ciddi ve oldukça sistemli bir saldırı süreci ile karşılaşmıştır. Bu sürecin tam süre çalışmanın kaldırılması, sağlık personelinin hak ettiği ücretin eritilmesi, sağlık hizmetinin yöne-

timinde kaymakamları yetkilendirerek sağlık örgütünün bütünlüğünün bozulması ve son olarak da döner sermaye uygulamasının başlatılması başlıca bileşenleri arasında yer almaktadır (**Kılıç, 2002**). İki bin bir yılının ocak ayında yürürlüğe giren 4618 sayılı Kanunla sağlık ocaklarında döner sermaye uygulanmasının yasal alt yapısı hazırlanmış, uygulama 2002 yılında başlatılmıştır. Bu dönemde kaleme alınan yazılarda döner sermaye uygulaması nedeniyle ücretsiz sağlık hizmeti alabileceği tek yer olan sağlık ocaklarına para ödemek zorunda bırakılacak olan insanların ekonomik sıkıntı döneminde sağlık hizmetine olan başvurularını erteleyecekleri ve sonuçta da toplumsal sağlık açısından daha da sıkıntılı bir döneme girileceği, sağlık hizmetleri açısından ek bir kaynak yaratmayan bu uygulamanın sağlık personelinin ücretlerine de kalıcı bir çözüm getirmeyeceği açıklanmış, SB bu yanıştan dönmesi için uyarılmıştır (**Kılıç, 2002**). Elazığ'da yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuran halkın % 68'inin sağlık ocaklarında sunulan hizmetlerden para alınmasına karşı olduğunu, bunun en önemli nedeni olarak da dar gelirli vatandaşların hizmetten yararlanmasının engellediğini belirtmesi aslında toplumun da sağlık ocaklarının rolünün farkında olduğunu yansıtmaktadır (**Deveci, 2005**). Samsun'da da döner sermayenin sonucunun koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesi, tedavi edici hekimlik hizmetlerinin öncelenmesi ve hizmet sunumundaki bütüncül anlayışın terk edilmesi olduğu ortaya konmuştur (**2006**).

Bin dokuz yüz doksanların başında sağlık sisteminin neoliberal tarzda yeniden yapılanması süreci ile beraber "sağlıkta reform" kavramını her geçen gün daha fazla duymaya başladık. Reformun birinci basamak sağlık hizmetinin örgütlenmesi konusundaki önerisi ise Aile Hekimliği sistemiydi. Desteklenmemesi nedeniyle ortaya çıkan sorunlu tablonun ve eşitsizliklerin faturası ironik bir şekilde sosyalleştirmenin kendisine çıkartılmış ve Türkiye'deki eşitsizlikleri çok daha dramatik bir şekilde artıracak olan piyasa yönelimli yeni bir tercih için zemin hazırlanmıştı (**Öcek, 2007**). İki bin iki seçimleri öncesinde AKP'nin sunduğu acil eylem planında ve hükümet programlarında da önemli bir yere sahip olan aile hekimliğinin yasal zemini hızla hazırlandı (**Belek, 2003**). Önce Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (24.11.2004), ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005) ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.08.2005) Resmi Gazete'de ya-

yımlandı. Bu yönergeler doğrultusunda Aile Hekimliği sisteminin örgütlenme çerçevesi de “Her birey istediği AH’ye kaydolacaktır, bu hekimin aile ya da coğrafya ile bağlantısı yoktur. AH sözleşmeli olarak çalışmakta, kendisine kayıtlı kişi sayısına bağlı olarak ücretlendirilmektedir. Kurulacak Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) okul sağlığı ve benzeri uygulamalarla ilgilenecektir.” ifadeleriyle tanımlanmıştı (**Aksakoğlu, 2007**).

Aile Hekimliği 15.09.2005 tarihinde pilot uygulama olarak Düzce’de başladı. Düzce’yi izleyen Edirne, Denizli, Eskişehir, İzmir gibi illerin ortak bir özelliği dikkat çekiyordu. Bunlar birinci basamağın sağlık ocağı döneminde de görece iyi bir şekilde örgütlenebildiği ve hizmet kapsayıcılığı açısından Türkiye’nin en başarılı sonuçlarının gözleendiği illerdi (**Öcek, 2007; Pala, 2005**). Diğer yandan bu başarının en önemli nedeni devletin terk ettiği sağlık ocaklarına ve sosyalleştirme ilkelerine sahip çıkmış olan birinci basamak ekibiydi. Sağlık emekçilerinin birinci basamağın piyasa mekanizmalarına terk edilmesine karşı verdiği mücadelenin tüm ülkeye yayılmasının önlenmesi açısından da bu illerin en kısa zamanda aile hekimliğine geçirilmesi stratejik bir önem taşıyordu. Birinci basamak sağlık hizmetleri bakımından Türkiye’nin sosyoeconomik açıdan en dezavantajlı illeri ile benzer bir tablo sergileyen İstanbul ise en sona bırakılan bölgeler arasındaydı. İki bin onbir yılına geldiğimizde artık sağlıkta toplum yönelimli tercihin son ürünleri olan sağlık ocakları tamamen kapatılmış, birinci basamağı piyasa mekanizmalarına teslim etme operasyonu önemli bir adımını tamamlamıştı. Diğer yandan, reform süreci yaşayan diğer ülkelerin deneyimleri bize bu operasyonun aslında daha başında olduğumuzu göstermektedir. Sırada diğer ülkeleri aktaran yazılardan okuduğumuz sahneye sigorta kurumunun çıkması, hizmet sunumuna özel sağlık işletmelerinin girmesi gibi gelişmeler vardır. Üstelik, SDP ile artan sağlık emek gücü sömürüsü de kendisini sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi birinci basamakta da iş güvencesizliği, gelir güvencesizliği, mesleki özerklik kaybı, iş yükünde artma vb süreçlerle ile daha yeni göstermeye başladı. Bu nedenle bundan sonra daha hızlı bir dönüşüm yaşayacağımızı, bunun da bizim için daha hızlı bir mücadele anlamına geldiğini öngörebiliriz.

## YÖNTEM

### Araştırma tasarımı

Niteliksel verilere dayanan bu çalışma fenomenolojik araştırma deseni-nde kurgulanmıştır. Bu tasarımın tercih edilmesinin nedeni fenome- nolojik çalışmaların farkında olunan, ama hakkında derin ve ayrıntılı bir bilgiye sahip olunmayan olguların anlaşılması ve araştırılması için uygun bir zemin oluşturmasıdır. Fenomenolojik araştırmaların temel amacı bir olgu hakkında insanların öznel yaşantılarını bir diğer ifade ile esas deneyimlerini anlamaya çalışmaktır. Bu nedenle de veri kaynakla- rını araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışı vura- bilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplar oluşturur (**Yıldırım, 2005**). Bu çalışma da birinci basamak sağlık çalışanlarının aile hekimli- ği sistemi ve kendi meslek yaşamları hakkındaki deneyimleri aracılığı ile ülkemizdeki BBSH'nin mevcut durumun tanımlanmasına ve anla- şılmasına yönelik bir yaklaşım izlenmiştir.

### Araştırma grubu

Çalışmanın fenomenolojik özelliği nedeniyle bulguların evrene geçerli bir şekilde genellenebilmesinden çok, araştırma konusunu derinlemesi- ne aydınlatabilmesi amaçlanmış, bu nedenle örnekleme tekniklerinden “maksimum çeşitlilik” uygulanmıştır. Maksimum çeşitlilik tekniğinin amacı küçük bir örnek grup aracılığı ile çalışılan probleme taraf olabile- cek bireylerin çeşitliliğini gerçeğe en yakın düzeyde yansıtabilmektir. Bu çalışmada da tekniğin amacı ile uyumlu olarak genelleme yapmak için çeşitliliği sağlamak değil, tam aksine çeşitlilik gösteren durumlar arasında ortak ya da paylaşılan olguların ve ayrılıkların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre aile hekimliği sisteminin farklı boyutlarını ortaya koymak amaçlanmıştır (**Yıldırım, 2005**).

Araştırmaya aile hekimliği hizmetlerini sunan veya TSM’lerde gerçek- leştirdikleri görevler aracılığıyla bu hizmetlerin sunumunda dolaylı ola- rak yer alan sağlık çalışanlarının dahil edilmesine karar verilmiş ve böylece dört grup tanımlanmıştır; 1) AH’ler 2) TSM hekimleri 3) ASE’ler 4) TSM ebe/hemşireleri. Ayrıca çalışma kapsamına alınan dört sağlık evi ebese ASE grubunda yer almıştır. Bu dört farklı grupta da görüşülen katılımcıların cinsiyet, yaş, cinsiyet, meslek deneyimi, geç-

mişte BBSH'de çalışmış olma, uzmanlık veya doktora derecesi varlığı gibi özelliklere göre çeşitlilik göstermesine gayret edimiştir. Ayrıca yine maksimum çeşitlilik oluşturmak amacıyla çalışmaya aile hekimliği ile ilgili dernek ve örgütlerde yöneticilik de dahil olmak üzere aktif rol alan üç hekim ve Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu üyesi olan altı hekim dahil edilmiştir. İllere göre çeşitliliğin sağlanmasında ise İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflaması dikkate alınmış, Düzey 1'i oluşturan her bir 12 alt bölgeden en az bir ili içerecek şekilde toplam 38 ilden katılımcı ile görüşülmüştür.

Sekiz TSM hekimi ve iki AH görüşmeye katılmayı red etmiştir. Veriler doygunluğa ulaşıncaya ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek yeni katılımcıların dahil edilmesine devam edilmiş, sonuçta 51 AH, 22 TSM hekimi, 40 ASE, 11 TSM ebesi/hemşiresi ve 4 sağlık evi ebesi ile görüşülmüştür. Katılımcıların görev yaptıkları bölgeler ve iller tablo 1'de sunulmuştur, harita 1'de de ülke içindeki dağılımları görsel olarak aktarılmıştır.



**Tablo 1.** Katılımcıların görev yaptıkları istatistiki bölgeler ve iller

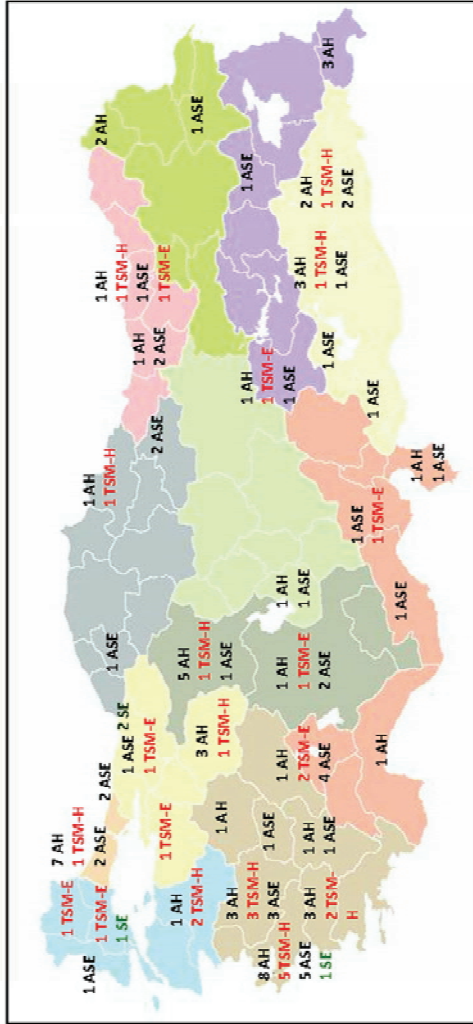
İstatistiki bölge	İl	Aile hekimi	TSM hekimi	Aile Sağlığı Elemanı	TSM ebe / hemşiresi
İstanbul	İstanbul	7	4	2	-
Batı Marmara	Balıkesir	1	2	-	-
	Tekirdağ	-	-	1*	1
	Edirne	-	-	-	1
	Kırklareli	-	-	-	1
Ege	Aydın	3	2	-	-
	Denizli	1	-	1	-
	İzmir	8	5	5+1*	-
	Manisa	3	3	3	-
	Kütahya	1	-	-	-
	Uşak	-	-	1	-
Doğu Marmara	Eskişehir	3	1	-	-
	Kocaeli	-	-	2	-
	Sakarya	-	-	1	1
	Bursa	-	-	-	1
	Düzce	-	-	2*	-
Batı Anadolu	Ankara	5	1	1	-
	Konya	1	-	2	1
Akdeniz	Antalya	1	-	-	-
	Antakya	1	-	1	-
	İsparta	1	-	4	2
	Adana	-	-	1	1
	Mersin	-	-	1	-
Orta Anadolu	Aksaray	1	-	1	-

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?

Batı Karadeniz	Samsun	1	1	-	-
	Tokat	-	-	2	-
	Karabük	-	-	1	-
Doğu Karadeniz	Giresun	1	-	2	-
	Trabzon	1	1	1	1
Kuzeydoğu Anadolu	Ardahan	2	-	-	-
	Ağrı	-	-	1	-
Ortadoğu Anadolu	Hakkari	3	-	-	-
	Malatya	1	-	1	1
	Muş	-	-	1	-
Güneydoğu Anadolu	Batman	2	1	2	-
	Diyarbakır	3	1	1	-
	Gaziantep	-	-	1	-
	Adıyaman	-	-	1	-
Toplam		51	22	44	11

\* Sağlık Evi Ebesi

**Harita 1.** Katılımcıların görev yaptıkları istatistiki bölgeler ve iller



AH: Aile Hekimi (n= 51), ASE: Aile SaĒlığı Elemanı (n= 40), TSM-H: Toplum SaĒlığı Merkezi Hekimi (n= 22), TSM-E: Toplum SaĒlığı Merkezi Ebe/Hemşiresi (n= 11), SE: SaĒlık Evi Ebesi (n= 4)

## Veri toplama

Araştırma verilerinin büyük bölümü, birinci basamak sağlık çalışanları illerinde ziyaret edilerek toplanmıştır. Bununla birlikte Kuzey Doğu ve Orta Doğu Anadolu illerinde çalışan iki ASE ve dört hekim ile İzmir ve Ankara'da buldukları dönemlerde görüşülmüştür. Katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri açısından veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme tercih edilmiş (102 görüşme), birbirlerini daha önceden tanıyan ve karşılıklı etkileşim sırasında rahat ifade edecekleri düşünülen katılımcılarla ziyaret edilen illerde zaman kazanmak amacıyla odak grup görüşmeleri (altı görüşme) gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmelerinin dördüne AH', ikisine de TSM hekimleri katılmış, her bir görüşme üç ile altı hekimin katılımı ile uygulanmıştır.

Görüşmelerde yarı-yapılandırılmış soru formları kullanılmıştır. Bu formların ilk bölümü tüm katılımcılar için aynı sorulardan oluşmakta ve aile hekimliği modelini birinci BBSH'yi özellikleri bakımından sorgulamayı amaçlamaktadır. İkinci bölümde katılımcıların görevlerine göre farklılaşan, özlük haklarına ve çalışma koşullarına yönelik sorular yer almaktadır. Fakat görüşmelerin gerçekleştiği dönemde SB örgütlenmesinde yaşanan değişim sürecinin TSM çalışanları üzerindeki etkisi dikkate alınarak bu bulguların çalışma dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Soru formunun hazırlanmasında BBSH'nin dört işleyiş özelliğinin tanımı ve literatür taraması yapılarak belirlenen temalar temel alınmıştır. İki AH, bir TSM hekimi, iki ASE ve bir TSM ebe/hemşiresi ile pilot görüşme yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve geçerliliği belirlenmiştir. Pilot görüşmenin ardından temel soruların yanı sıra anlaşılabilirliği arttırmak ve konuyu açmak amacıyla sondaj sorular hazırlanmıştır. Kutu 1'de aile hekimlerine sorulan temel sorular sunulmuştur. Bu sorular TSM çalışanlarına ve ASE'lere de adapte edilerek benzer şekilde hazırlanmıştır.

Katılımcılarla mesai saatleri dışında, gizliliğin sağlanabildiği ve ses kaydı almaya uygun ortamlarda görüşülmüş, derinlemesine görüşmeler 45-60 dakika, odak grup görüşmeleri yaklaşık 90 dakika sürmüştür. Görüşmeciler ile katılımcıların aynı meslek grubundan olmasına dikkat edilmiştir. Odak grup görüşmelerinin tümü ve 91 derinlemesine görüşme araştırma ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir. Kalan 11 derinlemesine görüşme için kalitatif teknikler konusunda deneyim sahibi olan, farklı uzmanlık alanlarındaki (halk sağlığı, tıp eğitimi ve psikiyatri) üç hekimden destek alınmıştır.

## Veri analizi ve yorumlanması

Tüm görüşmelerin ses kaydı alınmış ve çözümleri yapılmıştır. Hekim görüşmeleri 442, ebe, hemşire ve ATT görüşmeleri 284 sayfa tutmuştur. Öncelikle iki araştırmacı hekim görüşmelerini, ebe kökenli iki araştırmacı da hekim dışı katılımcıların tüm görüşmelerini okumuş, ardından tüm ekip biraraya gelerek temaların kavramsal çerçevesini belirlemiştir. Daha sonra yine bu iki küçük ekip bu çerçeve içinde metinlerde ortaklaşan ve diğerlerinden ayrılan kavramları saptamış, her bir kavram için kodlar belirlenmiş, ardından da bu kodlar gruplandırılarak tema başlıkları altında birleştirilmiştir. Bu noktada tüm araştırmacılar yeniden bir araya gelerek kodların ve temaların sınıflandırılmasını tartışmış ve kavramsal çerçeveyi yeniden şekillendirmiştir. Bunu, katılımcılardan yapılacak alıntıların seçilmesi izlemiştir. Bu sırada, katılımcıların ifadeleri üzerinden doğru bir analiz ve sınıflama yapıp yapılmadığı tekrar kontrol edilmiştir. Böylelikle kodlar ve tema başlıklarında boşluklar ve tekrarlar olmadığından emin olunmuştur.

Temaların raporlanması sırasında her tema için açıklamalar yapılmış ve katılımcılardan elde edilen bulgular özetlenmiştir. Temalarla ilgili alıntılar ifadenin sıklığına ya da özgün olup olmadığına, katılımcının diğer ifadeleri ile ya da diğer katılımcıların ifadeleri ile uyumlu ya da uyumsuz olup olmadığına göre seçilmiştir. Bunun yanısıra, ifadelerin çok tipik ya da çok çarpıcı olması da, temaya ilişkin bir alıntı olarak seçilip seçilmemesinde etkili olmuştur.

Katılımcıların sözlü onamları ve görüşmelerin kaydedilmesi için izinleri alınmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulu'ndan etik onay alınmıştır (**Karar No. 12-5. 1/17**).

## **Kutu 1. Aile Hekimi Görüşme Formunda Yer Alan Temel Sorular**

1. Kendinizi çok kısaca tanıtır ve bundan önce hangi kurumlarda alıŐtđđnđzđ aktarırsınız?
2. Aile hekimi olma s recinizden bahsedersiniz?
3. Aile hekimliği sisteminde sizi en çok tatmin eden ve yaptđđđnđzđ işte memnun olmanıza neden olan özellikler nelerdir?
4. Aile hekimliği yaparken sizi en çok zorlayan ve  zen sorunlar nelerdir?
5. Sizce aile hekimliği sisteminin sağlık ocağı sisteminden en temel farklılıkları nelerdir?
6. Sizce vatandaş aile hekimliği sisteminden memnun mu?
7. Bir  rg tlenme modeli olarak birinci basamak doktorlarının kendilerine kayıtlı olan belli bir hasta listesine hizmet vermesi ile coğrafı temelli örgütlenmeyi karŐılaŐtırırsınız?
8. Aile hekimliğini toplumun hizmetlere kolaylıkla eriŐebilme düzeyi bakımından değerlendirir misiniz?
9. Aile hekimliği sizce birinci basamağın ilk başvuru konumunu gerçekleŐtirebiliyor mu?
10. Aile hekimliğinde sunulan hizmetleri (kronik hasta bakımı, gebe izlemi, aile planlaması, bağışıklama, bulaşıcı hastalık bildirimini, mobil hizmetler, evde bakım vb) nitelik ve nicelik açısından değerlendirir misiniz?
11. Hastalarınızın başka kurumlardan, uzman hekimlerden aldıkları hizmetlerden, yapılan tedavilerin sonuçlarından ne düzeyde haberdar olabiliyorsunuz?
12. ASM'lerinin sınıflandırılması hakkında ne düŐünüyorsunuz?
13. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli diğer sağlık çalışanları ile ekip çalışması yürütebiliyor musunuz?
14. İŞ güvencesi, özlük hakları, iş yükü ve görev tanımı bakımından değerlendirdiğinde aile hekimliğinin durumunu nasıl görüyorsunuz?

## BULGULAR

Bu araştırmada toplam 128 birinci basamak sağlık çalışanı ile görüşülmüştür. AH'lerin ve gerek ASM'lerde gerekse TSM'lerde görev yapan hekim dışı sağlık çalışanlarının çok büyük bölümü görüşlerini herhangi bir tedirginlik hissetmeden, rahat bir şekilde ifade etmiştir. Diğer yandan TSM hekimlerinin görüşlerini ve sorunlarını paylaşırken daha dikkatli davrandıkları gözlenmiş, hatta bazı açıklamalarında ses kaydının durdurulmasını isteyen TSM hekimleri olmuştur. Görüşmeyi red eden sekiz TSM hekiminin de beşi herhangi bir neden belirtmezken, üçü yönetimden çekindiklerini ifade etmiştir. Görüşmeyeceğini belirten iki AH ise neden olarak iş yoğunluğunu göstermiştir.

Tablo 2'de katılımcıların demografik özellikleri ve meslek deneyimleri sunulmuştur. Buna göre hekim katılımcılar arasında erkeklerin, 40-49 yaş grubunun ve en az 15 yıllık hekimlik deneyimine sahip olanların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Yeni mezun olan iki hekim hariç tüm TSM hekimleri sağlık ocağı deneyimine sahip olduğunu belirtmiştir, AH'ler arasında ise beş hekimden biri sağlık ocağı deneyimine sahip değildir. AH'lerin dokuzu aile hekimliği, biri halk sağlığı uzmanıdır. Bir aile hekimi de halk sağlığı doktoru ünvanına sahiptir. TSM hekimleri arasında ise bir halk sağlığı uzmanı ve bir halk sağlığı doktoru bulunmaktadır.

**Tablo 2.** Katılımcıların demografik özellikleri ve meslek deneyimleri

Tanımlayıcı özellik		Aile hekimi	TSM hekimi	Aile Sağlığı Elemanı*	TSM ebe / hemşiresi
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	18	7	40	11
	Erkek	33	15	4	-
<b>Yaş grubu</b>	≤ 29	4	2	22	2
	30-39	12	2	18	8
	40-49	28	10	4	1
	50-59	7	6	-	-
	≥ 60	-	2	-	-
<b>Meslekte geçirilen yıl</b>	5 yıldan az	3	2	10	1
	5-14 yıl	8	2	18	4
	15 yıl ve üzeri	39	18	16	6
<b>Aile hekimliğinde geçirilen yıl</b>	3 yıl ve altı	38	-	36	-
	3 yıldan uzun	13	-	4	-
<b>Sağlık ocağı deneyimi</b>	Var	41	20	31	10
	Yok	10	2	13	1
<b>Uzmanlık veya doktora derecesi</b>	Yok	40	20	44	11
	Aile hekimliği	9	-	-	-
	Halk Sağlığı	2	2	-	-

\* Dört sağlık evi ebesi, aile sağlığı elemanlarına dahil edilmiştir.

Ek1'de yer alan tablolarda katılımcıların görev, yaş, cinsiyet çalışma deneyimi ve hangi bölgede görev yaptıkları listelenmiştir. Bulguların sunumunda ifadelerden yapılan alıntılarının yanında her bir katılımcı için bu listedeki numaraları verilmiştir.



Çalışmanın bulguları üç ana başlık altında toplanmıştır. İlk başlık aile hekimliğı sistemini BBSH'nin temel özellikleri bakımından değerlendiren temaları kapsamaktadır. İkinci ve üçüncü başlıklarda ise sırasıyla aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının çalışma ortamlarına, görev tanımlarına, özlük haklarına ve iş güvencelerine yönelik değerlendirmeleri biraraya getirilmiştir.

## **BİRİNCİ BASAMAK ÖRGÜTLENME MODELİ OLARAK  ILE HEKİMLİĞİ**

Veri analizi sonucunda katılımcıların BBSH ile ilgili görüŐlerinin onbir farklı tema altında toplandığı saptanmıştır. İlk tema olan insangücü ve ikinci tema olan alt yapı ve donanım aile hekimliği sisteminin hangi kaynaklara sahip olduğunu, bir diğer ifade ile nasıl bir yapı üzerinde işlev gördüğünü tanımlamaktadır.  c nc  ve dördüncü temalar olan erişim ve kullanım ise BBSH'nin kendine özgü dört işleyiş özelliğinin değerlendirilmesinde kullanılan ortak elemanlardır. Hizmetlere erişim düzeyi ve toplumun BBSH'ni nasıl bir davranış modeli içinde kullandığı açıklandıktan sonra dört işleyiş özelliği olan ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm temaları ile ilgili ifadeler sunulmuştur. Son  c tema aile hekimliği modelinin  ıktıları olarak görülebilir. Bunlardan ikisi birinci basamağa özgü olmayan, sağlık sisteminin diğer basamakları için de birer değerlendirme kriteri olan hizmet niteliği ve hasta memnuniyetidir.  ıktı olarak değerlendirebileğimiz son tema ise birinci basamağın kendine özgü özelliklerinden kaynak almaktadır ve aile hekimliği modelini toplum yönelimli olma ve bütüncül hizmet açısından sorgulayan ifadeleri biraraya getirmektedir.

### **İN SAN GÜCÜ**

AH'lerin büyük çoğunluğu ve dokuz TSM hekimi AH sayısının yeterli olmadığını, pek çok AH'nin listesinde yer alan hasta sayısının 4000'i geçtiğini belirtmiştir. Bazı illerde insan gücünün dağılımlının iyi planlanmamıŐ olması eleştirilmiş, tek bir AH'nin çalıştığı ASM'lerin bu plansızlığın bir ürünü olduğu ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra, dört TSM hekimi ve beş ebe/hemşire TSM'lerin de varlık nedeninin planlama hatalarından kaynaklı insangücü ve donanım açıklarını kompanse etmek olduğu yorumunu yapmıştır. İstanbul'da çalışan katılımcılar ise AH sayısının yeterli olmadığına katılmakla birlikte, sağlık ocağı döneminde çok yetersiz bırakılan birinci basamak insan gücünün aile hekimliği ile birlikte bir gelişme sağladığını belirtmiştir.

*TSM bir yedek kulübe. Kim yıllık izne ayrılırsa, kim doğum iznine ayrılırsa oraya sen (84)*

3200-3300 ile başladık, altı ay sonra 4000'i geçeceğimizi biliyorduk. (7)

İstanbul'da 1800 hekim vardı birinci basamakta, 3400 hekim oldu bir anda. Bu imkanlarla sağlık ocağı sistemi uygulansaydı mükemmel bir sağlık hizmeti sunulurdu. (25)

On altı AH ve dört TSM hekimi insan gücünde sağlık ocağı döneminde sık karşılaşılan hekimlerin dönüşümlü çalışma alışkanlığının ortadan kalkmasına bağlı bir gelişme kaydedildiğini açıklamıştır. Diğer yandan Güneydoğu illerinde çalışan AH'ler bu davranışın halen devam ettiğini ifade etmiştir.

Burası sağlık ocağıyken 16 hekim çalışıyormuş, ama dört poliklinik varmış. Şimdi sekiz hekim sekiz poliklinik birden yapıyoruz. (8)

Doğu'da yerine başkası bakan hekimler var. Başka ilde poliklinikte nöbet tutuyor. Altı hekim var, üçü geliyor, üçü bir ay İstanbul'da nöbet tutuyor. (14)

Aile hekimliği ile birlikte sadece hekimlerin tam zamanlı olarak çalışmasının sağlanmadığı, ayrıca sağlık ocağı döneminde BBSH'nin bütününe hakim olmayan, özellikle bebek ve gebe izlemleri konusunda farkındalığı olmayan hekimlerin artık tüm hizmetlere dair sorumluluk duydukları açıklanmıştır.

Sağlık ocağında devlet memuru zihniyetiyle çalışıyordunuz, ben yapmasam öteki yapar, öteki yapmasa öbürü yapar düşüncesi vardı. Şimdi yapmak, ulaşmak zorundasınız ve yapıyorsunuz. Artık hastalarla daha haşır neşirim. (10)

Bir şekilde güvenerek ebe hanımları gönderiyorduk sahaya, onlar sonra ne yaptıklarını aktarıyordu. Şimdi herşeyin tepesindeki adam doktor. Daha güvenli. (21)

Doktor bu sistemde daha katılımcı. Eskiden aşılamaı, gebe izlemlerini hiç bilmezlerdi. Şimdi takip etmek zorunda çünkü parası gidiyor. (119)

Diğer yandan, on AH, dokuz TSM hekimi ve yedi ebe/hemşire sağlık ocaklarının etkin çalışmamasının nedenini SB'nin personeli denetlemeye yönelik hiç bir çaba göstermemiş olmasına bağlamıştır.

*Sağlık ocağında ister TUS'a alıŐ, ister gelme sylemleri bizzat SB tarafından yapıldı. (57)*

*Eskiden sağlık ocakları denetlenmezdi Şimdi denetleniyor. Hekimler ocağa sırayla giderdi, ama kimse de burada ne oluyor demezdi. (19)*

*Ocakların çalıŐmaması için elden gelen yapıldı. Denetimler yapılmadı, iyi idareciler atanmadı.(68)*

İki AH'ye göre uzman hekimlere tanınan öncelik dikkate alınmazsa atamalarda kıdeme göre sıralama yapılmış olması görece deneyimli hekimlerin AH olmasını sağlamıştır. Fakat diğer katılımcıların ifadeleri meslekte geçirilen yıl sayısının değil, BBSH'de elde edilen deneyimin kritik olduğunu yansıtmaktadır.

*Kıdeme göre sıralama yapılması eŐitlikiydi aslında. Biz tecrübeliler hep iyi yerlere geldik. (27)*

*Mesela 25 yıllık bir hekim var. İki kez sağlık müdürlüğü, baŐhekimlik yapmış, siyasetle uđraŐmıŐ. Hiç sahada çalışmamış. Şu anda ekonomik olarak cazip geldiği için aile hekimi olarak alıŐıyor. (19)*

AH'nin bilgi ve becerilerinin farklı açılardan yetersiz olduğunu dŐinen katılımcılar olmuştur. AH uzmanı olan katılımcılar pratisyen AH'lerin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu dŐunmektedir. Yedi TSM hekimi ise AH'lerin bağışıklama, bulaşıcı hastalık izlemi, resmi yazışma gibi bireysel hasta bakımı dışındaki alanlarda yetersiz kaldığını ifade etmiş, eğitimlerin de bu sorunu ozmediğini açıklamış, gerek mesleki yetkinlik gerekse etik açıdan sorunlu olan hekimlere belli bir nüfusun tüm sorumluluğunun verilmesini eleştirmiştir.  AH, ASE'lerin eğitim gereksinimi olduğunu belirtmiştir.

*Aile hekimliğine özelden gelenler oldu, bunlar anne, bebek ölümlerinde ne yapıldığını, misafir anne uygulamalarımızı bilmiyorlar, aşı takvimini, soğuk zinciri bilmiyorlar. ASE aşı takvimindeki değişiklikle ilgili kendi AH'sine danıŐmıyor, bana soruyor. "Hekiminle görüş" diyorum, "o bilmez ki" diyor. Verilen eğitimler çok nitelikli ve pratiğe dönük olmadığı için. Zaten hekim zorla katılıyor. (58)*

*İlçedeki bir AH hakkında soruŐturma atık. GndermiŐim doktora, dört köpek ısırdığı, bir hafta sonra sonuçlarını göndermesi lazım bana, aŐılarını yaptım, kontrol ettim, gözlem altındalar diye. Bir hafta sonra yazı*

*geldi. İlçede, ama köy gibi k c k bir yer, bildirdiğiniz kişiler bulunamadı yazmış. İki kişilik ekiple gittim, dördünü de buldum ve aŐıladım. Ondan sonra da tutanak tuttum. Başka bir AH'nin de parayla rapor verdiği, çok sayıda etik dışı olayı olduğu duyulmuŐtu. Başka birisinin ileri derecede rahatsızlığı var, zaman zaman kontrolünü kaybediyor. Hasta, gebe,  ocuk hepsi tek başına buna emanet.(68)*

*Hekimler aşıları hemŐirelere attıyor. Hekimlerin hemşireleri takip edecek bilgiye sahip olması gerekiyor. Ben kendim de olmak üzere bazı aşılar nasıl yapılır bilmiyorum. Bu konular tamamiyle hemşire hanımların üzerine kalmış. (9)*

Yirmi dört AH, on TSM hekimi, on sekiz ASE ve bir TSM ebesi aile hekimliği modeli ile birlikte ekip çalışmasının ortadan kalktığını belirtmiştir. AH'ler sağlık ocağında ekip olarak sunulan hizmetleri artık ASE'ler ile birlikte tek başlarına yürütmek zorunda olduklarını ve bu nedenle çok zorlandıklarını aŐıklamıŐtır. Bazı TSM hekimlerinin ifadeleri bu yakınmaları desteklemektedir. ASE'ler ise aşırı iş yüküne maruz kaldıklarını, çalışma ortamlarının başka sağlık çalışanları ile ortak bir hizmetin planlanmasına ve arkadaŐlık ilişkilerinin sürdürülmesine olanak tanımadığını ifade etmiştir. AH'lerin önemli bir bölümü ikinci bir ASE'nin daha olmasının işlerini kısmen hafifleteceğini düşünmekte, ama maliyetini kendileri karşılamak zorunda oldukları için bundan kaçınmaktadır. Ekip hizmetinin kaybından en yoğun olarak etkilenen grubu tek kişilik ASM'lerde çalışan hekimlerin oluşturduğu belirtilmiştir.

*Aile hekimliğinde sağlık ekip işi olmaktan  ıktı. Sadece bir yardımcı sağlık elemanım var, bir de ben. Fiziksel gücümüz yetmiyor. Eskiden ebeler evleri gezerdi. Şimdi de gezmesi gerekiyor fakat gücümüz yetmiyor. (11)*

*Tıbbi sekreter, sağlık memuru,  evre sağlığı teknisyeni gibi arkadaŐlarımızın ne denli önemli bir iş yaptığını bu işlerle birebir karŐılaŐınca anladık. Sağlık ocağında memur arkadaŐlar birçok Şeyi c zmiŐ olarak bize getirirlerdi. Düzeltme gerekiyorsa yapardık veya aklımıza takılan bir Şey olursa kontrolünü talep ederdik. (16)*

*Şimdi biz herŐeyiz; alıŐveriŐ eden biziz, hastaya giderken Ő f r biziz, işletmeci biziz, cihazların bakımı ile, hemşirelerin iŐleyiŐiyle ilgilenen de biziz. (36)*

*İki kişilik bir ekip bir sağlık ocağı yükünü tek başına taşımak zorunda. Bulaşıcı hastalık takibi, bebek takibi açısından tek kişilik ya da iki kişilik ordu olmak çok zor. (35)*

*Eskiden olduğu gibi ekip çalışması filan yapamıyoruz, birbirimizi göremiyoruz ki. Sabah gidiyorum akşam çıkıyorum, ASM'deki personeli bile göremiyorum, ihtiyaç olursa telefonla soruyorsun. (80)*

*AH'ler artık ASE'ler ile küçük birer ekip haline geldiklerini açıklamıştır. Fakat üç hekim performans baskısı nedeniyle TSM'lerde çalışmayı tercih ettikleri için bir başka hekim de kırsal bölgelerde çalışmak istemedikleri için artık uzun süre birlikte çalışıp ekip olabilecekleri ASE bulamadıklarını açıklamıştır.*

*ASE ile iyi bir ekip olmak zorundayız. Bu ekip güçlü olduktan sonra, her koyun kendi bacağından asılır durumunda, mutlaka kendi işlerini yürütür. (16)*

*Küçük bir ekip var, ekiple alakası olmayan, onunla iyi olmak zorundasın çünkü senin yaptığın iş ASE'nin yaptığı işi belirliyor, onun yaptığı işi de seninkini. (2)*

*Ebem istifa etti üniversiteye geçti. Üniversitede aldığı döner daha iyi. TSM'ne gitseydi de aldığı para daha iyi olacaktı, çünkü performans kesintisi yok, bu kadar iş yükü yok. O yüzden ebe bulmakta zorlanıyoruz, hep geçici hemşirelerle çalışıyorsunuz. (8)*

*Bir sağlık memuru ve bir ATT dışındaki tüm ASE'ler sağlık ocağında farklı meslek üyelerinden oluşan kadronun hasta muayenesi dışındaki bütün işini tek başlarına üstlenmek zorunda kaldıklarını ve hekimler tarafından desteklenmediklerini belirtmiştir. Bir TSM hekiminin ifadesi de ASE'leri doğrular niteliktedir.*

*Önce farklıydı. İş paylaşabileceğın bir arkadaşın oluyordu. Şimdi tek-sin yani. Hem sekreter-sin, hem ebesin, hem hemşiresin, hem ASE'sin, her şey senden soruluyor yani. (96)*

*Hastayla iletişim kuran sizsiniz, yardımcı hizmetleri yapan, bunların kayıtlarını tutan, bir takım aylık çalışmaları yapan sizsiniz, sisteme giren sizsiniz. Nüfusumuz çok yoğun ve problemleri bir bölgedeyiz. Bana dört bin nüfus düşüyor, yetiştirmek çok zor. Sadece bebek, gebe takibi ile kalmıyor. Onların dışında birçok şeye de koşturuyoruz. (90)*

oğunluğu deneyimli hekimlerden oluşan on dört AH'nin, altı TSM hekiminin ve iki ASE'nin ifadeleri ekip çalışmasının kaybının sadece ekibin bazı elemanlarının ayrılmasından ve sayıca azalmıŐ olmaktan kaynaklanmadığını, ekibin birlikte karar alma, hedef belirleme, yardımlaşma, birbirini geliştirme, karşılıklı güven duyma, ortak sorumluluk hissetme gibi temel kriterlerinin artık gerçekleştirilemediğini ve sistemle birlikte toplumsal kaygıların ve amaçların değil bireysel çıkarların belirleyici hale geldiğini yansıtılmaktadır.

*İyi bir yere dŐŐmeme, "birbirimizi iğnemeyelim" kararı almamıza rağmen, sistem ezici. Çok bireysel, yalnız ve yorgunuz. Sistem hekimle hekimin beş dakika g rŐŐmesine olanak vermiyor. Sağlık ocağında bir aradaydık. Şimdi herkes daha bireysel çünkü yanındaki rakibin artık. ASE'ler de  yle. Tetenoz aŐılarını paylaşırken cıngar çıkabiliyor senin hastan benim hastam diye. (4)*

*Her hekim kendi bölgesini dŐŐn yor. ASE de böyle dŐŐnmek zorunda kalıyor. Sağlık çalıŐanının dayanıŐmacı çalışma ruhu artık ortadan kalktı. İnsanlar aile hekimliği sistemiyle o kadar bencilleŐti ki, kendi bölgesine verdiği hizmetle başka birine vekalet ederken verdiği hizmet aynı kalitede olmuyor, baştan sauma yapıyor. (103)*

*ASM'e yeni bir hekim geldi, çok deneyimsiz. Sağlık ocağında olsaydık, "biraz yanımda dur, Şu işleri öğren, gel, çaktırmadan bize sor" derdik. Şimdi zor tabi. (30)*

*Aile hekimliği herkesi yalancı yaptı. AH ile ASE'nin birbirine yalan söylediğini fark ediyoruz. Bir soğuk zincir problemi olunca herkes birbirine giriyor, herkes birbirine suç atıyor. İnanılmaz güvensiz ve güvencesiz bir ortam var. (57)*

*Bizim TSM bölgesinde ilk kuruluş sürecinde dört yakın arkadaş bir sanal ASM kurdu. Bir yıl geçti, Şimdi dördü de birbiriyle konuŐmuyor ve en ufak bir problem anında bize geliyor. Biri izin aldığında diğeri onun yerine g revlendirilemiyor. Tüm ilişkiler bitmiŐ durumda. ... Psikolojik problemleri olan bir AH vardı. Kontrol ettik, hiÇbir kayıtlı çalışması yapılmamış. Sağlık ocağı döneminde böyle bir hekim varsa diğer hekim arkadaŐlar onun durumunu kompanse edebilecek, destek olabilecek pozisyondaydı. (59)*

Bir TSM hekimini ve üç AH ise ekip çalışması anlamında hiç bir kaybını yaşamadığını düşünmektedir.

*Hekimler işleri planlayıp iş bölümünü yaparsa herşey yolunda gider. ASM'de on hekimiz. Aile planlamasından (AP) bir hekim ve hemşire, acilden bir hekim ve hemşire, laboratuardan bir hekim ve hemşire sorumlu. İş bölümünü yaptığımız için işler aslında sağlık ocağındaki gibi devam ediyor. (14)*

On üç ASE, eleman ünvanı altında farklı meslek üyelerinden aynı işleri yapmalarının beklendiğini, ancak özellikle sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin mesleki eğitimleri ve çalışma alanları dikkate alındığında bu kişilerin ebelik hizmetlerinin sunumunda yetersiz kaldığını belirtmiştir. Ayrıca ASE'lerin eğitim düzeyine göre sunulan hizmetin niteliğinin değişeceği vurgulanmış ve bu farklılıkların dikkate alınmaması eleştirilmiştir.

*TSM'de eğitimler oluyor bakıyorsun kişiler hiç bir şey bilmiyor. Leopold manevraları, kalpsesi falan bunların acil tıp teknisyeni tarafından bilineceğini sanmıyorum. Ama biz bunun eğitimini aldık. Bir AP'yi benim kadar iyi anlatamaz ama biz de acilde çalışamayız. (92)*

*Hemşirelik mezunu olduğum için başlangıçta sıkıntı çektim özellikle aşilar konusunda. Gebe-bebeklerle ilgilenmek ebelerin görevi aslında. (88)*

*Ben üniversite mezunuyum. Lise mezunu olan var, dışarıdan gelenler var. Hepsi aynı pozisyonda sözleşme imzalıyor. Verdiğimiz hizmet bambaşka. (87)*

ASE'lerin altısı çalışma yılının, daha önce birinci basamak deneyiminin olup olmamasının ve eğitim düzeyinin ASE'lerin işe uyumunu ve hizmetin niteliğini önemli ölçüde etkilediğini ifade etmiştir. ASE'lerin çalışma ortamında öğrenme olanağının olmadığı, iş yükü nedeniyle başka ASE'ler tarafından desteklenmesinin güçlüğü ve AH'lerin birlikte çalışacağı ASE'yi seçerken mesleki deneyimi gözettikleri belirtilmiştir.

*Beraber çalıştığım arkadaşım daha önce sağlık ocağında bulunmamış. Beş aydır bizimle ve gebede nelere dikkat etmesi gerektiğini, aşiları ancak oturtmak üzere. Biz ilk sağlık ocağına geldiğimizde beş kişiydik. İki kişi yaparken üç kişi bakarak öğrendik. Sağlık ocağında çok daha*



*kolay adapte olunabilirdi ama şimdi tek başına öğrenmek zorunda. Öğrenirken de birçok yanlış yapıyor. (90)*

*Sağlık ocağında hepimiz bir ortamdaydık. Mahalleye mi gidilecek yeni mezun kişinin yanında tecrübeli arkadaşımız gidiyordu, eğitiyordu. Şimdi herkesin işi var, ona bir şeyler öğretmeye yetişemez. (96)*

#### ALT YAPI VE DONANIM

On sekiz AH ve dört TSM hekimi alt yapı ve donanım açısından görece iyi durumda olan ASM'lerin yanı sıra çok sayıda merkezin olumsuz koşullarda hizmet vermesini eleştirmiştir. Sağlık hizmeti sunulması için inşa edilmemiş binalarda, dar mekanlarda ve fiziksel açıdan kötü koşullarda hizmet verdiklerini açıklayan AH'ler olmuştur. Bir TSM hekimi de geçici görevlendirmeler ile hizmet veren ASM'lerin donanım açısından en sıkıntılı merkezler olduğunu ifade etmiştir.

*Aynı poliklinik odasında ebe izlem, ben poliklinik yapıyorum. Çok yorucu oluyor. (4)*

*Şehrin en eski yerleşim yerlerinde, bir apartmanın giriş katındaki küçük bir daire üç doktor hizmet vermeye çalışıyoruz. Uygun bir bina yok mahallede. (46)*

*Çalışma şartlarımız kötü. Enjeksiyon, pansuman, aşı, tansiyon hepsi tek bir odada yapılıyor (93)*

*Bizim ASM'nin kalorifer sistemi binaya uygun değil. Elektrik sobası kullanmak zorunda kaldık kışın ama sürekli elektrik kesintisi olduğu için bebekleri soğukta muayene ettik. (49)*

*Eski sağlık ocaklarının sadece tabelası değişti. Yani sağlık ocağından pek bir farklılık yok. (19)*

*İstanbul'da birbuçuk yıldır sürekli boş birimlerde geçici hekimlerden hizmet alınıyor. Geçici görevle gidenler bilgisayar olmadan, temel sağlık standartlarının, malzeme standartlarının aranmadığı ortamlarda hizmet veriyor. Bazı yerlerin elektrikli bile yok. (60)*

Beş ASM hekimi ve iki TSM hekimi ise aile hekimliği ile birlikte alt yapı ve donanımda önemli bir gelişme gerçekleştiğini düşünmektedir. Bir AH de artık kendi gereksinimlerine uygun malzeme sağlayabildiklerini açıklamıştır. Diğer yandan üçü TSM'de ikisi de ASM'de çalışan beş

hekim bu gelişmelerin sağlık ocağı döneminde gerçekleştirilmemiş olmasını eleştirmiştir.

*Laboratuvar imkanlarımız çok iyi. Bu dağ başına da laboratuvar olanakları ulaşıyor. Her gün bir araba geliyor, aldığımız kanları şehirdeki laboratuvara götürüyor. Öğleden sonra sonuçlar bilgisayarımıza yansıyor. (11)*

*Sağlık ocağında tepeden inme ihtiyaç olmayan malzemeler geliyordu. Çünkü ya Ankara'dan alınıyordu ya da müdürlükten. Bütün ocaklara lazım olsun olmasın dağıtılıyordu. Bir malzeme lazım olduğunda da talepte bulunup üç, beş ay bekliyordunuz. (46)*

*Sağlık ocağında da konulabilirdi bir EKG, o kadar zor değildi ya da ortak bir laboratuvar kurmak. Bence o dönemde isteyerek yapılmadı. (4)*

On AH, ASM'lerin sınıflandırılmasına olumlu bakmakta en azından merkezlerin gelişmesi için bir fırsat yarattığını düşünmektedir.

*Sınıflandırma bir düzen ve standart da getiriyor, hataları önlüyor. Örneğin çok kritik olan ilaçların son kullanma tarihlerini mutlaka kontrol ediyorsunuz. (33)*

*Standartlara uyarsan hem maaşın artar hem daha iyi hizmet verirsin. Halk da biliyor orasının iyi olduğunu, senden kopmuyor. (1)*

Otuz dört AH, onaltı ebe/hemşire ve altı TSM hekimi ise ASM'lerin sınıflandırmasını ciddi şekilde eleştirmiştir. Bu katılımcılar sınıflandırmanın toplumun her kesimine eşit ve standart sağlık hizmeti ilkesine aykırı olduğunu, bu uygulama ile aslında vatandaşların sınıflandırıldığını ifade etmiştir. Bir diğer sık dile getirilen eleştiri sınıflandırma kriterlerinin vatandaşlarının öncelikli gereksinimlerini karşılamadığı ve aslında hizmet açısından çok büyük bir katkı sağlamadığı şeklindedir.

*Bir bölge ya da bir yer A sınıfı hizmetten yararlanırken bir başka yerde yine aynı ülkenin vatandaşı A değil de D sınıfı. (48)*

*Bütün insanlar aynı sağlık hizmetinden yararlanmalı. Fiziki koşullar açısından SB'nin yaptığı sağlık ocakları arasında uçurumlar var. Bazılarının nefes alabilecek bir odası bile yok. Ama bakanlık neyle uğraşıyor? Monitörün var mı, tabelan var mı, özürlü tuvaletinin tabelası nerede yazıyor? (5)*

*Jeneratör bulunmak zorunda. Bakıyorsun jeneratör var. O anda elektirik kesiliyor. Çalışmıyor... Gösteriş olarak konulmuş yani. Aşı odası olmayan, uygun ısıda olmayanlar var. (120).*

*Batman'da öyle A sınıfları var ki sınıflandırmaya bile sokmazsın ama kriterleri sağlıyor. Engelli rampası yapmış, engelli tuvaleti yapmış, ama kullanılabilir mi? İçine tekerlekli sandalye girmeyen engelli WC'ler var. Plazma Tv alınmış ama fişi çekik çalıştırılmıyor. Bunu denetleyen yok. (14)*

*Sınıflandırma kriterleri ne kadar birinci basamak hizmetleriyle ilgilidir tartışılır. Televizyon olsun ama LCD olacak, ama niye bir hava temizleyici ya da sterilizasyon için bir etüv olmasın? Tetanoz aşısı bulamıyorum eli kesik hastam için. Sağa sola sevk ediyorum. Sonra da 14 metrekareye A olursun, 13'e B. Bunun yerine bulaşıcı hastalık tanısını, kaç riskli kişiye hepatit B aşısı yaptığımı, kaç kişinin sigarasını sorguladığımı koysalardı sınıflamaya. (36)*

*Sekiz AH ve iki ASE, SB'ye ait binaların çok büyük bölümünün sınıflandırma kriterlerini karşılamasının imkansız olduğunu açıklamıştır. Ayrıca tek çalışan AH'lerin de hiç bir sınıfın kriterlerini karşılayamacağı eklenmiştir.*

*Birçok ASM'nin tuvaletinin yapısı özürlü tuvaleti düzenlenmesine olanak tanımıyor. Kapının girişi dar, kolonun kırılması gerekli. Arkadaşlarımıza sunulan öneri ise özürlü tuvaletinin dışarıya yapılması. (16)*

*Bizim A veya B olma şansımız bina olarak yok. Ama burayı seçtiğimizde bu sınıflama yoktu. Bize diyorlar ki "B olmak istiyorsan bu binayı terk et". Kiralar çok yüksek, nasıl öderim? Bir yer bulsan da fiziki şartları uydurmak mümkün değil. Araç girişi yok, park yeri yok. Bütün şartları sağlamak için ortalama 100 000 lira masraf yapmak gerekli. (21)*

*On sekiz AH ve yedi TSM hekimi aile hekimliği sistemi ile birlikte devletin birinci basamak sağlık kurumlarının altı yapı ve donanımının iyileştirilmesi ve sürekli bakımı ile ilgili sorumluluğunu AH'lere yüklediğini ifade etmiştir. Bazı katılımcılar sınıflandırmayı da bu çerçevede değerlendirmiştir. ASE'ler bu durumun hekimlerin baskısı nedeniyle sarf malzeme kullanımını sınırlamalarına yol açtığını belirtmiştir.*

*Burası sağlık ocağı olarak açılmıŐ törenlerle, beş yıl ocak olarak çalışmış, rampası yok. Rampası olmadığı aile hekimliği olduktan sonra anlaŐılmıŐ. (34)*

*İlk alıŐtıđım sağlık ocağında defibrilatör-entübasyon seti-oksijen tüpü-aspirasyon cihazı yoktu. Şimdi A sınıfı için bunlar olacak diye dayatıyorsun ama sen bunları yıllarca sađlamamıŐım. (14)*

*Kirası, elektriği, suyu, hatta ek personelin maaŐı, tüm giderler AH tarafından ödeniyor. Dolayısıyla hekim hastasından çok ilgili giderlerle ilgili planlar yapmak zorunda kalıyor. Nereden kısırsam daha çok kar edirim gibi hekimin yapmaması gereken planlar yapıyor. (48)*

*Sağlık ocaklarına devletin hiç bir maddi katkısı olmadı. Ben sağlık ocağının masasını, sandalesini vatandaŐtan bađıŐla alabilmiŐtim. Ama Şimdi yeni sistemi hekimler finanse ediyor (68)*

*Doktora sen esnaf muamelesi yaparsan bir süre sonra o da hastaya müşteri muamelesi yapar, malzemeyi de kısar. Sağlık ocağı sistemindeyken en azından malzememiz vardı. (87)*

*Birçok ASM'nin malzeme sıkıntısı var. Pamuk, flaster alırken bile sorun çıkardıklarını biliyoruz hekimlerin para harcamamak için. (119)*

*ASM'lerin alt yapısını karşılama yükümlüğünün İstanbul'a özel olan sanal ASM uygulamasında tamamen AH'lere bırakıldığı açıklanmıştır. Bu uygulamaya göre daha önce sağlık ocağı bulunmayan bölgelere AH atanmış, bu AH'ler de kendi binalarını bulup, donanımını hazırlamıŐtır. Bu uygulamanın yol açtığı sorunlar TSM hekimlerince aktarılmıştır.*

*Donanımın neredeyse hepsini hekimler aldı. İstifa ettiği anda binalar dımdızlak kalıyor. Kırk yıldır hükümetlerin beceremediğini hekimler kurdu. (60)*

*Başlangıçta hekimler neredeyse var olan sağlık ocakları kadar sayıda sanal ASM açtı. Çok paralar harcandı. Ama büyük bölümünün arası maddiyati ilişkileri nedeniyle bozuldu, ayrılanlar var. Ayrılanın yerine gelenden de hekimler bu paraları istiyorlar, gelen kişi de kaçıyor. Bu Şekilde boŐalan yerlerin tekrar dolması imkansız. Bir yere baŐlayacaksınız AH olarak, ama on milyardan başlayan paraları vermek zorunda-*

*sınız. ... Tabii sanal ASM'lerin ne kadarını hekimlerin kurduğunu düşünmek lazım. Eczaneler çok ciddi destek verdi. (57)*

Üç AH ise tüm alt yapı ve donanımı kendilerinin karşıladığını, ama bundan hiç bir rahatsızlık duymadıklarını belirtmiştir.

*Önce D sınıfıydık, sonra B olduk. Önce çatı izolasyonundan başladık. Bütün camlar değişti yerlere laminant parkeler oluşturuldu. Her yere klima kondu. Büyük paralar harcayarak lüks bir yer oluşturduk. Çok güzel koşullarda özel bir iş yeri gibi çalışıyorsun. Bir hizmetlimiz, bir de sekreterimiz var. Biz tuttuk, sigortasını yaptırдық, ücretini ödüyoruz. (1)*

## ERİŞİM

Katılımcıların ifadeleri erişimin iki farklı açıdan ele alınması gerektiğini yansıtmıştır. Bu nedenle öncelikle aile hekimliği sisteminin toplumu ne düzeyde kapsadığına, ardından da sistem tarafından kapsanan kesimin hizmetlere ne düzeyde erişebildiğine yönelik değerlendirmeler sunulmuştur.

### **Aile Hekimliğinin Toplum Kapsayıcılığı**

Yirmi altı AH, on üç TSM hekimi ve ASE'lerin büyük bölümü herhangi bir hekime kayıtlı olmayan, yani aile hekimliği sisteminin kapsamadığı bir toplum kesiminin bulunduğu, sadece sistemin içinde kalanları görmenin ve kapsayıcılık oranını bilmemenin önemli bir sorun olduğunu düşünmektedir.

*Aile hekimliği sistemi, TC numarası olmayanları tamamen dışlıyor. İstanbul çok dış göç alıyor ve TC'si olmayan bir sürü insan var. Bölgede bir bebek doğdu. Annenin de bebeğin de TC'si yok. Biz kendi inisiyatifimizle onlara hizmet veriyoruz ama başka bölgelerde yapılmayanlar oluyor. Devlet de bunu sorgulamıyor çünkü TC numarası yok kişinin. (103)*

*Bize yakın bir bölgeye iki AH atandı. Dükkan tuttular, sıfır nüfusla gelmişlerdi, bizim mahallelerimizin kesişimi sayabileceğimiz bir yerde. Bir ayın sonunda ikisinin de nüfusu 3000'e çıktı ve bizden hiçbir eksilme olmadı. Çünkü hiçbir yere kaydı olmayan çok büyük bir nüfus kitlesi var. Ankara'ya en çok göç alan bölgelerden birindeyiz. (3)*

*Hala kayıtsız olan yüzlerce çocuk var. Bir gün sahaya çıktım ve dokuz çocuk buldum hiç aşısız, 2-5 yaşlarında. Çok fazla aşısız çocuk da hala var en azından doğu için öyle. (14)*

*İki yıl olmasına rağmen Ankara'da hala haftada hekimi olmayan hastalar yakalıyorum yani tesadüf muayeneye geliyor. (5)*

*Bazen çıkıyorum köyleri dolaşıyorum. Çocuğun TC'si var ama kayıtlı değil. Hiç bir aşısı yapılmamış. (113)*

*Açıktaki bir sürü hasta var. Beş yıldır aynı mahallede oturmuş ama hekime atanmamış. Ben sizin mahallede oturuyorum ama hekimim yok diye çıkıp geliyor. Kesinlikle kayıtlı olmayan olabilir çünkü tamamen hastaya bırakıyorsunuz. Hekimi olmayan hastaları görebileceğimiz bir sistem yok. (90)*

Bu sorunun temel nedenini, alan çalışmalarının yürütülmemesi olarak açıklayan AH'ler olmuştur. Sevk sistemi uygulanmaması da bir diğer neden olarak gösterilmiştir.

*Eskiden ebelerimiz mahalleleri dolaşırdu komşulara sorar bütün bebeği olanları tek tek saptardı. Bunu yapmıyoruz artık. O yüzden kayıtsız çocuk çoktur. Bize bağlı hastalarda tüm hizmetler çok düzgün gider. Sorun kayıt dışılarda. (8)*

*Sevk sistemi olmadığı için hasta ikinci, üçüncü basamağa gidiyor. Bize hiç işi düşmüyor. (19)*

Toplumun tamamının kapsamadığını belirten katılımcıların hemen hepsi bu sorunun en yoğun olarak sürekli göç alan ve veren bölgelerde yaşandığını belirtmiştir. Kapsam dışı kalan bir diğer grubu da TC kimliği olmayanlar ve yasal sorunları nedeniyle bir AH'ye kayıt yatırmaktan kaçınanlar olduğu eklenmiştir.

*Sosyoekonomik açıdan en iyi bölgelerde bile, mesala Çingene grubun geldiği alanda hizmet verilemeyen bir grup olabiliyor. Çingeneler burada yılın üç ayını geçiriyor ve aşı ihtiyaçlarını karşılayan bir mekanizma yok. (2)*

*Bir ayağı kırsalda, bir ayağı şehirde olanları kapsayamıyoruz. (41)*

*Hiçbir AH'ye kayıtlı olmayan hastalarla karşılaşıyoruz. Bunlar ya öğrencidir, sosyo-ekonomik düzeyi çok düşük ya da çok yüksek insanlar (92).*

*Bir genelge ile Van'dan gelen herkese bakılacak dendi. Kayıtlı olsun, olmasın. Bu bir deprem. Ama başka şekilde de gelenler oluyor. Bu hareket hep devam edecek. Ama çıkış yolu yanlış olursa genelge ile falan düzelmez. (20)*

*Urfa'dan, Diyarbakır'dan göçerleri olan bir köy var. Altı ay kalıp gidiyorlar. Bunları kaydetmek bizim için "izlemlerini nasıl yaparım" diye düşününce büyük risk. (1)*

*Bu bölgede nüfusa kayıtlı olmayan ya da İran, Irak nüfuslu hatta nüfus kimliği olmayan insanlar var. Başka kimliklerle geliyorlar. (48)*

*Devletten kaçan insanlar var, vergi borcu var, kapatılmış bir dükkânı var, kuması var, kumanın çocuğunu karısına kaydettirmiş ama karısının haberi yok. (4)*

*On iki AH ise kapsam dışı kalan nüfusun ihmal edilebilir düzeyde olduğunu ve giderek azaldığını düşünmektedir.*

*Erişemeyen kayıtlı olmayan hasta sayısı istisna, nüfusun %80-90 üzerindekiyle ulaşıyor (10)*

*Kayıtlı olmayanlar gittikçe azalıyor. Çünkü sistem affetmiyor kayıtsız hastayı. Eninde sonunda herkes bir AH'ye kayıt olmak zorunda kalacak zaten sistemin de amaçlarından biri bu. (46)*

### **Aile hekimlerinin Kapsadığı Nüfus Açısından Hizmetlerin Erişilebilirliği**

On dokuz AH ve sekiz TSM hekimi hastaların farklı nedenlerle çeşitli düzeylerde erişim sorunu yaşadığını belirtmiştir. Bu sorunların başında gelen coğrafi engellerin bölgelerin hekimlere dağılımı sırasında iyi bir planlama yapılmaması nedeniyle bazı kişilerin kendilerine uzak hekimlere kayıtlı olmasından, daha yakın bölgelerdeki AH'lerin ise listelerine yeni hasta kaydetmemelerinden, özellikle de bu bölgeye yeni taşınan kişilerin listeleri dolmuş olan AH'ye kendilerini kaydettirememelerinden kaynaklandığı açıklanmıştır.

*Belli bir kısım hasta kolay ulaşabiliyor, özellikle ASM yakın bölgedeyse. Bir kısmı ise ulaşmakta güçlük çekiyor, on km. uzaktan, iki dolmuşla gelenler var. Neden? İşte ya AH olarak ben atanmışım ya da yakınında bir ASM yok. (5)*

*Bölgemizde çok nüfus hareketi var. Kişiler en yakınındaki ASM'ye yerleşemiyor, daha uzaktakine yerleştiriliyor. (69)*

*Hasta sayımız çok fazla. Coğrafi bölge olarak bize yakın olmasına rağmen yeni hasta alamıyoruz. (40)*

*Bir ASM, kamu binası. On metrekaresinin üzerinde iki odası olduğu için iki doktor koymuşlar. Üçüncüyü koyamamışlar. Doktorlar da nüfusları 3700'e gelince, yeter artık demiş. Bunun üzerine diğer ASM'lere hastalar aktarılmış. Ama orası da uzak. Hani erişilebilir olacaktı? İyi bir çalışma, planlama yapılmadı İstanbul'da. (25)*

*Diğer yandan 12 AH bulunduğu bölgede hastaların hekimlere erişiminde herhangi bir coğrafi sorun yaşamadıklarını belirtmiştir.*

*Dört AH ve iki TSM hekimi, erişim açısından aile hekimliğinin kentler için daha uygun bir model olduğunu, kırsal alan ve dağınık yerleşim için sıkıntılar yarattığını açıklamıştır. Dört AH, sekiz TSM hekimi ve beş ASE de köylerdeki sağlık evlerinin ve sağlık ocaklarının kaptılmış olmasını da hizmete erişim açısından önemli bir kayıp olarak tanımlamıştır.*

*Köydekiler aile hekimliklerinin uzak olduğunu söylüyor ve merkeze geliyorlar. Köylerdeki insanlar da mağdur oluyor açıkçası. İlacı oluyor hiçbir yerde yazdıramıyor. (92)*

*Altı köy var, her köyün arası 2-3 km. Bir mahrumiyet bölgesi. Acil bir durum olduğunda merkeze ulaşmak çok zaman alır, riskliler tespit edilemezse anne veya bebek ölümü olabilir. Sağlık ocağı sistemi olsaydı bu durumu grup başkanlığına bildirirdin. Ama şimdi "AH yapсын ona yeteri kadar ödeme yapılıyor" deniliyor. (78)*

*Adam köylü, hekimi yok. Tayini çıkmış gitmiş yerine vermemişler. Yerine görevlendirmeye başkası bakıyor ya da hiç görevlendirme olmamış. Şimdi o köydeki insanların suçu ne? Neden hizmet alamıyorlar? Sonuçta herkes eşit hizmet alabilmeli. (93)*

*Vatandaş hizmete ulaşıyor, ama il merkezlerinde. İlçede, köylerde zor. Köylerdeki doktor sayısı bu sistemde çok azaldı. Eskiden 1000 nüfuslu*



*bir yerde doktor da olurdu, ebe de sağlık ocağı da. Bütün çevre köyleri toplasan 1000 nüfus olmuyor. Şimdi doktor haftada bir gün şöyle bir dolaşiyor. 2000 nüfuslu bir ilçemiz var. Kaymakamı, hakimi, savcısı var, ama doktoru üç gün gidiyor. Eskiden nüfusu az da olsa dağınık köylerde bir doktor olurdu. Az hasta bakardı, ama her yere hakim olurdu. (8)*

*Bir bölge tek AH'ye bağlı olmadığı için takipleri zor olabiliyor. Mesela benim çalıştığım köyde tek bir aile hekimine bağlı değiller. Ama eskiden mesela köyde sağlık ocağı varmış, bütün köy o sağlık ocağından hizmet alıyormuş. (128)*

Türkiye'de göçe bağlı hareketliliğin yoğunluğu vurgulanmış ve sürekli göç eden toplum kesimlerinin hizmetlere erişemediği açıklanmıştır.

*Burada insanlar yazları oturmuyor genellikle. Yazın Sivas'ın, Erzincan'ın köyelerine gidiyorlar. Kışları bana geliyorlar. İki AH'leri var. Altı ay bende, altı ay başka AH'de. Bu sistem göçmen nüfusa uygun değil. Göçmen karakterli Türk insanını bağlayamıyorsun ki tek aile hekimine. Bir de gidiyorlar, birbirlerinde misafir kalıyorlar. Bu gün yedi hasta başvurdu bana İstanbul içinde başka semtte yaşıyor, AH var, ama benim bölgemde misafir kalıyor. (31)*

Sirkülasyonun çok olduğu bir yerde liste tabanlı örgütlenme anlamlı değil. İstanbul hele. İki ayrı şehir, hatta kıta. Bir tarafta çalışıp, ötekinde oturanlar, yazın bir tarafta, kışın öbür tarafta oturanlar var. (30)

*Mesela sezonluk mevsimlik göçler oluyor sağa sola gidiyorlar aşıları konusunda onlara ulaşmak zor oluyor ya da yaylaya çıkanlar oluyor telefon çekmiyor (113).*

*Mevsimlik tarım işçileri var. Altı aylığına göçüyorlar, Çorum, Yozgat, Çankırı. Orada gittikleri AH'ler kendi listesine kaydediyor ve sizden çıkıyor hasta. Geri geldiklerinde de biz kabul etmiyoruz. Hastaya diyorum ki "beni oynatma, çünkü oraya gittiğinde hamile kalmayacağını hiçbir garantisi yok". (3)*

Gerek göçle gelen gerekse kendi bölgesindeki AH'ye kayıt yaptıramayan vatandaşların AH'lerin listeleri dışındaki hastalara bakmayı istememesi nedeniyle hizmete erişimde önemli sıkıntılar yaşandığı açıklanmıştır. Öğrenciler, mevsimlik işçiler, iş yerleri ikamet ettikleri yerlerden çok uzakta olanlar, bir başka hanede misafir olarak kalanlar, dü-

zenli olarak yılın belli bir bölümünü başka bir bölgede geçirenler sağlık hizmetine gereksinim duyduklarında kendi AH'leri dışındaki hekimlere başvurmakta zorunda kalmakta ve sıklıkla hizmet alamamaktadır.

*Mesela öğrenciler. Bakıyoruz kaydı başka şehirde. "İkametgahını aldı, sonra gel kaydını yaptı" diyorsun. Gelen her hasta için bakıyorum, bende kaydı var mı diye. Kaydı yoksa, "sen kimsin diyorum, ne işin var burada". Böyle bir sistem doğdu. Sağlığın doğasına aykırı aslında. (20)*

*Çok fazla misafir hasta olunca mecbur kalıyorsunuz sorgulamaya aile hekimin kim diye. (29)*

*Hastanın kalp ilacı var mesela köyden geliyor AH yok. Hasta ilacı yazılmadan gidiyor ya da kauga çıkıyor neden yazılmadı diye. Hekim hemen işin işinden çıkıyor, benim hastam değil, bakmak zorunda değilim diye. (93)*

Kendisine kayıtlı olmayan hastaların talepleri hekimler ve ASE'ler açısından büyük sıkıntı yaratmaktadır. Bir grup AH çok gönüllü olmasalar da bu hastaları kabul ettiklerini belirtmiştir. Diğer yandan daha büyük bir çoğunluğun iş yükü ve malpraktis endişesi gibi gerekçelerle kendilerine kayıtlı olmayan hastalara bakmadıkları anlaşılmaktadır.

*Bize organize sanayi bölgesi çok yakın. Bugün 25 kişiye işe başlama raporu verdim. Memleketlerine mi göndereyim? "İşleri hallolsun" diyoruz. Ama bir gün benim işimi halledecekler. (21)*

*Bizim hastalar yazlıklara gidiyor, birçoğu oradaki hekimlere geçti. Bize geldiklerinde de beş yıldır hizmet sunduğunuz hastaya "hayır" diyemiyoruz. Nüfusumun iki katı kadar misafir hastam var. (32)*

*Bizi ilgilendirmeyen vakaya korkarak yaklaşıyoruz. En ufak bir hata karşımıza yarın öbür gün yasal bir sorun olarak çıkabilir. (40)*

Kendisine kayıtlı olmayan hastalara bakmamanın yanı sıra AH'nin hasta seçmeye yönelik uygulamaları da hizmete erişim açısından dikkate alınması gereken bir durumdur. On altı AH hasta seçme haklarının olması gerektiğini savunmuştur. Bu AH'ler arasında varlığını savundukları bu haklarından yararlanamıyor olmak sık rastlanan bir yakınma kaynağıdır.

*Bize ters düşebilecek bir hastayı almak istemeyebiliriz. Sonuçta hizmet vereceğim grubun frekansları uyuşmadığı takdirde hizmet veremem, uyumsuzluk olur. (40)*

*Yanlışlıkla seçtiğimiz hastaları geri iade edebilme sistemi olsa. Çünkü ilk başta korkuyla bize gelen herkesi kabul ettik. AH de “bu kayıtların benden düşülmesini istiyorum” diyebilse. (9)*

Bir TSM hekiminin ve altı ASE'nin ifadeleri hasta seçiminin AH'ler arasında yaygın olduğuna dair bulgularımızı desteklemektedir.

*AH'lerin en ortak noktası istenmeyen hastalar. Hiç bir şeyde ortaklaşmadıkları kadar istenmeyen hastalarda ortaklaşıyorlar. O diyor ben istemem, öteki diyor ben istemem ve zorla TSM bir hekimi atıyor, ondan sonra bir sürü kıyametler oluyor. (57)*

*AH'nin istediği hastayı kabul etmesi, istemediğini kabul etmemesi gibi bir durum oluşmaya başladı. Gebe bir kadın mevsimsel işçi, eşiyile beraber gelmiş İstanbul'a. İki-üç ay kalacak. Hekime ben izlemlerimi yaptırmak istiyorum diyor. Ama hekim bakıyor kadın 2-3 aylığına gelmiş, burada ikameti sıkıntı, her şeyi sıkıntı. Ekstra bir kazancı da olmayacak. Kusura bakma diyor benim bölgem dolu. (103)*

Diğer yandan hasta seçme hakkını savunan AH'lerin önemli bir kısmı bu hakkı daha çok sorun yaşadıkları hastaları red edebilme olanağı çerçevesinde sınırlandırarak tanımlamıştır.

*Örneğin birisi sizi sürekli taciz ediyor, sürekli rapor, ilaç istiyor. AH ben bu hastayı istemiyorum diyebilmeli, belli standartlara göre yetkisi olmalı. (19)*

Kayıtlı hasta sayısı 4000 civarında olan aile hekimleri de iş yükleri nedeniyle artık yeni hasta kabul edemediklerini açıklamıştır.

Beş hekim bir yandan hasta seçme hakkını savunurken diğer yandan bu hakkın yaratacağı etik sorunlara ve istenmeyen hastaların hizmetlere erişmeyeceğine işaret etmiştir. Katılımcıların ifadeleri hangi hastaların tercih edilmediğini net bir şekilde tanımlamaktadır. Buna göre AH'ler dil, kültür farkı, eğitimsizlik vb nedenlerle rahat iletişim kuramadıkları kişileri, kendilerinden hizmet almayı red eden kişileri, psikiyatrik sorunu olanları, güvenliklerini tehdit eden kişileri, sağlık sorunları ağır olan, yaşlı ve yatalak ya da aşırı talepkar hastaları listelerine almayı

tercih etmemekte ya da listelerinden çıkartmak için çaba göstermektedir.

*Belirli bir kültür düzeyi var hastalarımın, o düzeyi düŐürmemeye çalışıyorum. Ayrımcılık gibi olabilir ama iletiŐ imim daha rahat oluyor. (9)*

*BaŐ nızı ağrıtan, yoran tipler belli. Onlar gitse 500 TL az alır, rahat ederim. KiŐ  geliyor bana diyor ki ‘Biz bu mahalleye yeni taŐ ndık’. İlk sorduğum soru; ‘Kaç kiŐ sınız, kaç ocuk var?’, düşünüyorum beni yoracak biri mi? Evde yaŐ lı, yatalak var mı? Engelli var mı? Almıyorum hastayı. (7)*

*Kim bunlar? Patırtı çıkaran hasta, sağlık sorunları ciddi olan, örnekleri geniŐ letebiliriz. Bu hastaları bir Şekilde hiç bir aile hekimi istemiyor, nasıl hepsinin haberi oluyorsa? (57)*

Sürekli g  halinde olan hastalar, özellikle mevsimlik iŐ iler neredeyse tüm katılımcılar tarafından istenmeyen, en azından “sorunlu hasta grubu” olarak tanımlanmıŐ tır. İki AH kendilerine yeni baŐ vuran hastaları eğer bölgeleri dışında ikamet ediyorlarsa red ettiklerini aktarmıŐ tır.

*Urfa’dan, Diyarbakır’dan göçerleri olan bir köy var. Altı ay kalıp gidiyorlar. Ben istemem bu tür ulaŐ amayacaĐım, performans sıkıntısı yaŐ ayabileceĐim hastaları. (1)*

*Bebekse, gebeyse diyorum ki “benim bölgede değilsin kendi bölgenin hekimine git”. Kendi aramızda bir anlaŐ ma var. Her hekim kendi bölgesinin bebeğini, gebesini, yatalağını almak zorunda. (17)*

  AH ise poliklinik sayılarının çok fazla olması nedeniyle vatandaŐ ın hizmet almak için uzun süre bekleyebildiğini ve bunun da eriŐ imi engellediğini belirtmiŐ tir. BeŐ  AH ve iki ASE hastaların birinci basamağı kullanmalarında diğer basamaklarda uygulanan görece yüksek katkı paylarının etkili olduğunu belirtmiŐ tir.

*İlk buraya geliyorlar. Devlet hastanelerinde de, özel hastanelerde de kesinti çok fazla, burası birinci basamak  cretsiz. O yüzden direkt bize geliyorlar. (110)*

*Hasta sayısının 4000’e ulaŐ ması günlük polikliniğin anormal ŐiŐ mesine neden oluyor, günde 80, 100 gibi. Kimi hastalar sıra bekledikleri için iŐ lerini ertesi güne bırakabiliyorlar. (16)*

*Tek sorun sıra beklemeleeri. Normalde günlük başvuru 80'in altına inmiyor dolayısıyla hepsi bir arada geldiklerinde sıra beklemek zorunda kalmaları tek engel o. (35)*

## HİZMET KULLANIMI

On yedi AH listelerinde yer alan kişilerin % 40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını açıklamıştır. Dört AH % 60'ın da üzerinde bir hizmetlerinden yararlanmayan kişi oranı bildirmiştir. AH'ler ve TSM hekimleri bu oranlardaki farklılığın nedenini çok benzer ifadelerle açıklamıştır. Buna göre, diğer sağlık kurumlarına erişimin kolay olduğu bölgelerde hizmet veren ve listesinde yer alan kişilerin büyük bölümü sağlıklı genç erişkinlerden oluşan AH'lerin hiç karşılaşmadıkları hasta oranları % 80'lere kadar çıkabilmektedir. Bunun yanı sıra iki AH sahaya çıkıp ev ziyareti yapamıyor olmalarının da hizmetlerinin düşük düzeydeki kullanım oranı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

*3100 kişi filan var bana kayıtlı. Şöyle 1000-1500 tanesini hiç görmemişimdir daha. İşte bu da eleman sıkıntımızdan kaynaklanıyor. Ev gezmeleri, ev görüşmeleri yapamıyoruz. (11)*

*% 50 nüfusunuz çok az geliyor, % 25 nüfusunuz canınızı çıkarıyor, % 25 hiç gelmiyor. (7)*

*Ne zaman AH gerekti, o zaman gebe ve bebekten haberimiz oluyor bazen. Üç yaşında çocuk bulup aşıladığımız oldu. Gelmiş, altı aydır burada, hiç haberimiz yok kendisinden. (90)*

Yedi AH hastaların başvuru sıklığındaki artışa dikkat çekmiştir. İki TSM hekiminin gözlemleri de bu aile hekimlerinin aşırı hizmet kullanımı konusundaki saptamasını desteklemektedir.

*İlk başlarda tanınmadığı için daha az geliniyordu, bekleme süresi o yüzden azdı. Herkes birbirine söyledi kısa sürede hizmet alındığını. Bir de istediği ilacı yazdırma, tahlili yaptırma falan yüzünden hasta sayısı iyice arttı. (34)*

*Nüfusun en azından yarısı on günde bir benzer şikayetlerle karşımda. (3)*

AH'lerin ve ASE'lerin hemen tamamı vatandaşların ağırlıklı olarak uzman hekimlerin verdiği ilaçları reçetelemeleri talebi ile başvurduklarını açıklamıştır. Diğer sık bildirilen kullanım nedenleri rapor yazımı, kronik hastalık tetkikleri ve gebe bebek izlemidir.

*Ayda belki 10 hasta muayene etmiyorum. Çünkü gelen hasta sadece uzmandan muayene olmuş, raporu var ya da yok aynı ilacı kullanmak istiyor. Biz muayene edelim diyoruz acaba bu ilaçlara devam etmeniz gerekir mi? Hayır ben illa bu ilacı istiyorum diye yazdırmaya geliyorlar ya da aşılar için geliyorlar. (48)*

*Birinci hizmetimiz poliklinik hizmeti. Çünkü insanları bir an önce mutlu etme sevdasında şu anki sistem. İnsanlar da bunu talep ediyor. Eline reçete istiyor. (46)*

*Hastaların çoğu ilaçlarını reçete ettirmek için geliyor. Reçete etme zaten şu anda normalleşti. Ben bir kişiye senin buraya gelmen lazım bunun için deyince garipsiyor. (2)*

*Rapor vermenin uygun olmadığını anlatmak 15 dakika, rapor vermek 15 saniye sürüyor. Muayene etmek 7 dakika, ama reçete yazıp göndermek 3 dakika sürüyor. (32)*

*Hastaneden devam eden ilaçlarını AH'ye yazdırmak için geliyorlar. Önce mesela kadın gebe kalınca kadın doğum polikliniğine gidiyor. Orada testler ve yapılması gerekenleri veriliyor. Sonra da AH'ye gidip testlerini yaptırıyorlar. (128)*

Bir AH de kullanım oranına benzer şekilde kullanım nedeninin de bölgeler arasında farklılık gösterdiğini vurgulamıştır.

*Çalıştığım bölgede bir gecekondu bölgesi, bir de sosyo-kültürel seviyesi iyi olan bölge var. Sosyo-kültürel düzeyi yüksek olanlar raporlu ilacını geliyor. Çünkü özel hastaneye, devlet hastanesine falan gidebiliyorlar. Gecekondu bölgesindekiler her türlü hastalık için başvuruyor. (19)*

## İLK BAŞVURU

On AH ve üç TSM hekimi aile hekimliğinin özellikle kronik hastalıklar açısından ilk başvuru fonksiyonunu hiç bir şekilde gerçekleştiremediğini düşünmektedir. Bunun nedeni sevk sisteminin uygulanmamasına ve

toplumun pratisyen hekimlere güven duymamasına bağlanmıştır. Hem AH'lerden hem de TSM hekimlerinden oluşan diğer katılımcılar ise aile hekimliğinin bölgeye göre değişen düzeylerde kısmen de olsa ilk başvuru fonksiyonu gördüğünü açıklamıştır. Ama büyük kentlerde, kent merkezinde çalışan ve görece varsıl kesime hitap eden AH'ler açısından bu oran en fazla % 30'a çıkabilmektedir.

*Hastalarımın %20-30 kadarı ilk başvuru yeri olarak ancak kullanıyor, Ankara olmasından kaynaklı olabilir. Bize hiç uğramadan büyük merkezlere giden hasta sayısı o kadar çok ki. (5)*

*65 yaş üstü hastalar, yani nüfusumun dörtte biri çoğunlukla ilk başvuru olarak bana geliyor. Buraya gelenlerin yarısından fazlası ilk başvurudur. Ama kronik hastalık için çok yere gidiyorlar. (33)*

*Bizim bölge halkının maddi durumu iyi. Buraya pek uğramıyor. 4-5 aylıkken tespit ettiğim gebeler oluyor. Mahalleye pek çıkamıyoruz. Gelenlere soruyoruz çevrenizde gebe var mı diye ya da uzmanlar yönlendiriyorlar sağlık ocağında aşınızı yaptırın diye öyle tespit ediyoruz (83)*

Kırsal özellikteki ve diğer sağlık kaynaklarının yoğun olmadığı bölgelerde ise ilk başvuru fonksiyonu güçlenmektedir.

*Bulduğum yer ilçe merkezine bir saat on beş dakika uzaklıkta, en yakın hastaneye de iki buçuk saat uzaklıkta. Ulaşım şartlarından dolayı hastalar ilk başvuru yeri olarak ASM'ye geliyorlar. (97)*

Üç AH kent merkezinde ve varsıl bir bölgede çalışıyor olmalarına rağmen hastalarının büyük bölümü açısından ilk başvuru kaynağı olduklarını belirtmiştir. Bu hekimlerden biri ilk başvuru konumunun bölgenin yanı sıra hekimin özelliklerine de bağlı olduğunu açıklamıştır.

*Yirmi yıldır il merkezinde olup hiç hasta muayene etmeyenler var. Bunlardan birinci basamağın gereğini iyi yapmasını bekleyemeyiz. (8)*

Mevcut koşullarda birinci basamağa sevk uygulaması getirilmesinin son derecede olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen katılımcılar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcılar bu düşüncelerini "tamamen bir kaos olur", "her şey çöker", "facia olur" gibi ifadelerle açıklamıştır. Katılımcılar sevk sistemi uygulandığı takdirde ortaya çıkabilecek sorunlara işaret etmiştir. On beş AH ve üç TSM hekimi AH'lerin kayıtlı hasta

sayılarının çok yüksek olduğunu belirtmiş ve bu nedenle sevk sisteminin iş yükünü aşırı düzeyde arttırma olasılığına dikkat çekmiştir.

*Her gün hastaneye giden onlarca insan var. Onların sevklerinin yazılması gerçekten birinci basamakta halledilebilecek olan sağlık problemlerinin vakitsizlik yüzünden çözülememesine neden olur. Bir sürü yazışma, bir sürü iş. (90)*

*Nüfusum 4000, bunun en fazla 1500'ü sürekli geliyor, sevk uygulanırsa hepsi gelir. Kapının önünde kuyruklar bitmez. Kişi başına kayıtlı nüfus 2000-2300 olursa sevk sistemi oturur. (14)*

*Sevkten başka iş yapamayız. Günde 20-30 hastam ikinci basamağa başvuruyor. Bu da 80 civarında polikliniğe bunların sevklerinin ve sevk ederken yapılacak incelemelerin eklenmesi demek. (16)*

*Bugün başvuru 80, başvuru 150'nin üstüne çıkar. Kapıda savaş çıkar. (35)*

*Sevk gelirse hasta sayım günde 160 olur. O zaman ben bakamam hastaya, reçeteleri hemşire imzalar. (34)*

Dokuz AH, iki TSM hekimi ve üç ASE de sevk sisteminin hekimleri hastalar ile karşı karşıya getireceğini, hastaların kendilerini sevk etmeyen hekimlere şiddete kadar varabilecek düzeyde baskı uygulayacağını düşünmektedir.

*Hasta sana dahiliyeciye gideceğim dediğinde ikna edebileceğim hasta sayısı çok düşük. (9)*

*Hasta bana diyecek beni şuraya sevk et, ben onun bu hastalığını tedavi edecek yetkide olduğum için istemeyeceğim. Üstelik performans dezavantajı olacak. Sevk etmezsen de tartışma olacak. (50)*

Altı AH ve iki TSM hekimi sevk sisteminin pilot uygulama döneminde denendiğini ve bakanlığın hemen geri adım attığını hatırlatmıştır.

*Bizim ilimizde kısa süre uygulandı, "mahallede bu kadar hasta mı varmış" dedim. Günde 150 hasta baktık. Özel hastaneler dolmuşlarla hastaları getirmişler, demişler "buradan sevk alın sonra bize gelin". Hastalar devlet hastanesine yakın ASM'lere geliyorlar sevk almak için, yani sevk memuru olduk. (17)*



Diğer yandan beş AH zaten ilk başvuru kaynağı konumunda olduklarını bu nedenle sevk sisteminin gelmesinin kendileri için bir sorun yaratmayacağını belirtmiştir. İki TSM hekimi bölgelerindeki aile hekimlerinin sevk sistemini rahatlıkla uygulayabileceğini düşünmektedir. Üç ASE de sevk sisteminin gebe izlemlerini olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir.

*Sevk zinciri gelirse ilk buraya baővuracaklar o zaman ne gebe kaçır ne kayıtsız hasta kalır. İş yüküm artar o ayrı ama gebeyi kaçırmam en azından. (99)*

## SÜREKLİLİK

### **Hasta ile İlişkide Süreklilik**

AH'ler kendilerinden herhangi bir düzeyde hizmet alan hastalarının tamamı için sürekli hizmet kaynağı fonksiyonu görmediklerini açıklamıştır. Hizmet kullanma oranına benzer şekilde hizmette süreklilik sağlama oranı da bölge ve liste özelliklerine göre değişmektedir. Sadece aile hekimliği uzmanı olan üç katılımcı hastalarının büyük bölümünün düzenli hizmet kaynağı olduğunu belirtmiştir.

*3700 kişilik bir nüfusum var. Bu nüfusun ASM'yi kullananlarının %70'ini artık isimleriyle ve aile dinamikleriyle tanıyorum. (35)*

Dört AH'den üçü liste temelli sistemin kendilerinden hizmet alan hasta grubu ile ilişkilerinin sürekliliği açısından önemli bir avantaj sağladığını açıklamıştır. AH'ler hastalarını iyi tanıma, sahiplenme, izleme ve nitelikli iletişim kurma olanağına sahip olduklarını belirtmiştir. Fakat bu AH'lerin büyük bölümü giderek artan hasta sayıları nedeniyle bu avantajların zamanla kaybolduğunu da eklemiştir.

*Hastanın muhattap olacağı, hastayı takip eden belli. Bugün a ilacı yarın b ilacı yazılmıyor. Hasta doktorunu tanıyor ve geçmiş hikayesini tekrar tekrar anlatmak zorunda kalmıyor (35)*

*Hasta altı ay bana uğramamışsa, söylediklerimin yapmamışsa, “bak söylediklerimi yapmamışsın” diyebiliyorum. Bunu ocakta yapmıyoruz. Ama orada da kişisel sağlık fiőine yazılabilirdi, elle. (25)*

*Bu rakamlarda hastalarla sürekli ilişki mümkün değil. Bu sistem hekimeme düşen hasta sayısı makul bir seviyede olursa avantajlı. (34)*

*Hastaların doktor karşısında kendilerine güvenleri arttı, “sen benim hekimimsin” diyebiliyor. Doktor hoş karşılıyor, hastalığını, kim olduğunu az çok biliyor. Kaydını aldırma korkusundan da olsa insanlara düzgün davranıyorlar. Basit gribal enfeksiyonlarda hastaneye gidenler, nasıl olsa doktorum benimle ilgileniyor diye AH’ye geliyor. (119)*

*Sağlık ocağında çok geniş bir kitle vardı. Aile hekimliğinde nüfusuna hakim oluyorsun, hastanı sahipleniyorsun, kayıtlarına göre hastalarına ilaçlarını yazıyorsun. (1)*

Yedi AH ve altı TSM hekimi hastaların tek bir hekime bağlı olmasının hizmetin sürekliliği açısından bir dezavantaj yarattığını düşünmektedir. Beş AH ve altı TSM hekimi ise aile hekimliğinin süreklilik açısından bir gelişmeye neden olmadığını, asıl sağlık ocağı döneminde de hastalarıyla süreklili bir ilişki içinde olduklarını ifade etmiştir.

*Sen olmayınca sistem çöküyor, hastanın takibi aksıyor. Diğer hekimler tarafından sahiplenmesi azalıyor. Hasta yer deĐiŐtirdiĐinde geçmiş takibi, tedavisi oldukça sekteye uğruyor. (46)*

*Bizden hizmet almak isteyenlerle sürekli bir ilişki oluyor. Ama 20 yıl sağlık ocağında çalıştım, küçük bir beldede de değildim. 5000 nüfuslu bir beldede iki doktorduk. Zaten AH idim. Zaten herkesle iletişimin vardı. (8)*

*Kuruluş sürecinde iddia şuydu; herkesin bir hekimi olacak, onunla iyi bir ilişkisi olacak, telefon açınca evine gelecek. Ama ben bu sistemi yaşadım. 1987’de Bingöl’ün Adaklı nahiyesi’nde, bir hekim arkadaş daha vardı. Ebelerle, hemşirelerle birlikte baktığımız nüfusun hekimiydik, ilişkilerimiz iyiydi, evlerine gidip yemek yiyorduk, köylere aşılara gittiğimizde ekip olarak gece köyde kalıyorduk, misafir ediyorlardı bizi. Şimdi hiç bir hekimin ya da ASE’nin böyle bir ilişki içerisinde olduğunu düşünmüyorum. (59)*

On iki AH son bir yıldır kendi hasta listelerinin çok önemli bir değişimin gerçekleşmediğini belirtmiştir. Bununla birlikte bu hekimler ayda ortalama 30-50 hastalarının değişebildiğini eklemiştir. Dört TSM hekimi ve altı ASE de hasta listelerinin artık oturduğunu düşünmektedir. Fakat hemen tüm katılımcılar yoğun göç alan ve veren bölgelerde

listelerin sürekli bir değişkenlik gösterdiği konusunda hemfikiridir. Bunun yanı sıra süre aile hekimliğinin ilk dönemlerinde iyi planlama yapılmadığı, daha sonradan pek çok kişinin daha yakınındaki bir AH'ye geçtiği de açıklanmıştır. Hekim değiştirme davranışında hekimin özelliklerinin belirleyici olduğunu belirten katılımcıların yanı sıra bunun aksini savunanlar da olmuştur.

*Benim doktor arkadaş yanı tarafta sanayi bölgesine yakın olduğu için sürekli hasta değişiyor. Hasta değişimin hızı bulunduğu bölgeye bağlı. (17)*

*İyi planlama yapılmamışsa daha yakın bir yeri tercih edebilir. Hekim değil, fiziki şartlar önemli. (18)*

*Hastaların en çok önemseydiği şey doktorum iyi olayı değil. En önemli şey onlar için ulaşılabilirlik, yakınlığa göre tercih ediyorlar. (50)*

*Hasta listelerinde ayda yüze yakın değişiklik oluyor. Bizimki oturmuş, kentsel dönüşüm denilen, gecekonduların yoğun olduğu bir bölge olduğu için yılda 2000'e yakın hasta sirkülasyonu var. Bir arkadaşım, 3800'le başladı, şimdi hasta sayısı 1800. Hem göç var hem de müdürlük hiç bir coğrafi değerlendirme yapmadan birilerini atamış kağıt üzerinde. Ulaşım zorluğundan dolayı yakınındaki ASM'ye geçiyor vatan-daş. Sürekli bir sirkülasyon var. (5)*

*Sistemi kullanmayan bir grup var, % 50 gibi. Büyük değişiklikler olmuyor bu nedenle. Bu da hekime ve bölgeye göre değişiyor. Hekim ilgisiz, agresif biri ise değiştiriyorlar. Bizim bölgede 3200 nüfusla başlayıp 2500'e inenler de var, 3200 ile başlayıp 4000'lere çıkanlar da. (63)*

AH'lerin yaklaşık olarak yarısı vatandaşın AH'yi seçme şansına sahip olması gerektiğini savunmuştur. TSM hekimlerinden ve ASE'lerden de bu görüşe katılanlar olmuştur. Diğer yandan bu hekimlerin de yarısı bu seçimin ancak belli bazı kriterler çerçevesinde gerçekleştirilebilmesini düşünmektedir. AH'lerin dörtte biri ve TSM hekimlerinin de yarısı hekim seçimine karşıdır.

*Hekimle bir frekansın oturması lazım. (42)*

*Bazı hastalar bayan doktor istiyor mesela, bazı hastalarla iletişim sıkıntısı yaşıyorsun. Belirli bir dili sen konuşamıyorsun onlar anlamıyorlar. (9)*

*Hekim seçiminin belli bir kriterinin olması lazım, ulaşılabilirlik gibi. Kaşınızı gözünüzü beğenmemesi üzerinden ya da kolayca rapor verebilmeniz üzerinden olmamalı. (2)*

*Eğer akılcı ilaç uygulaması istiyorsanız, koruyucu hekimliği özendirme-yi istiyorsanız vatandaşın aile hekimini seçmemesi gerekiyor. (5)*

Gerek hekim seçme uygulamasını savunan gerekse buna ilkesel olarak karşı çıkan hemen tüm katılımcılar hekim değiştirme olanağına sahip olmanın sürekliliği engellenen yanı sıra hastalar tarafından hekimlere baskı yapmanın bir aracı olarak kullanıldığını açıklamıştır. İstedığı ilacı ya da raporu yazdıramayan hastaların AH'leri listelerinden çıkmakla teddit ettikleri, özellikle hasta sayısı açısından risk altında olan hekimlerin bu tehditten etkilenerek hastaların her istediğini yapmak zorunda kalabildiği açıklanmıştır.

*AH seçiminde en temel şey tanışmışlık. Bir de işini yaptırabileceği kişileri seçiyorlar. Kurallara bağlı, hekimlik etiğini yerine getiren bir hekimseniz bazen tercih edilemeyebiliyorsunuz. Bunun donanımı nasıl, eğitimi nasıl gibi şeylere bakmıyor hasta. (45)*

*Hasta bunu çok rahat kullanabiliyor. Örneğin istediği ilacı yazmazsan “başkasına giderim” diyor. Öğrendiler hekim değiştirmeyi. Bölgem kalabalık olmadığı için durumum riskli. (20)*

*Hastaların talepleri belirleyici olabiliyor, rapor almaya gelenler talepleri karşılanmadığı zaman kaydımı aldırım diye şantaj yapıyor. “Gidersen git” diyemeyen var. Çünkü devletin belirlediği bir nüfus sınırı var. (3)*

*Bazı hastalar üç ayda bir hekim değiştiriyor. “Neden bu kadar sık değiştiriyorsun” dediğimde “doktorun masasında şekerlik vardı, çocuk elini uzattı, hekim kızdı”. Sebep bu. Sorarsan “çok memnunuz” diyorlar, ama durmadan da değiştiriyorlar. (119)*

*AH'lerin listesinde pek değişkenlik olmuyor. Çünkü doktorlar her istediklerini yapıyor. Hasta demek 1 lira. Adam 100 kişi kaybetse 100 lira eksik kazanacağım diye düşünüyor. (56)*

## Toplumla İlişkide Süreklilik

On iki AH, on TSM hekimi ve yedi ASE liste temelli sisteminin BBSH'nin toplumla ilişkisinin sürekliliğini tamamen ortadan kaldırdığını açıklamıştır.

*İlçedeki her mahalleden hastam var. Bu beni onların sorunlarıyla ilgilenme açısından bölüyor, dağıtıyor. Bir hasta ile ilgili bir sorunu yerinde incelemek için gittiğimde bir başka hastayla da ilgilenilecek iken şimdi değişik mahallelerden sorunları olan hastaları görmek için farklı günlerde zaman ayırmak zorundayım... Coğrafi temelli bir örgütlenme olmaması çok olumsuz. Sayı olarak kayıt edebileceğim hasta sınırına ulaştım, kendi bölgemde -düzeltiyorum kendi bölgem yok artık- bir grup hastamın bulunduğu bir yerde hizmet alması gereken gebe, bebek gibi bir başka hasta olduğunda bunları kaydedemiyorum veya yine bir grup hastamızın bulunduğu bir bölgede köpek ısırtığı gibi, bulaşıcı hastalık gibi izlenmesi gereken bir durum olduğunda hasta bize kayıtlı değilse peşine düşülmesi zorlaşıyor. (16)*

*Bir topuk kanında, aşıda ya da izlemde telefonla ulaşamadığın zaman büyük bir problem. Sağlık ocağındayken mahalleyi kapı numarasına kadar biliyordum. Şu an o kadar geniş alana yayılmış durumda ki hastayla iletişim kurmakta zorluk çekiyorum. (87)*

*Liste temellide çok uzaktan, il dışında bile hastan olabiliyor. İl dışındaki hasta ne kadar takip edilir, sadece bilgisayar üzerinde. Hastaların dağıtık olması hekimin kontrolünü minimuma indiriyor. (5)*

*Sağlık ocaklarında her 2500-3000 kişinin bir ebesi vardı. Bu ebe her ailenin bir ferdi gibiydi. Böyle olduğu için de her evlenmeyi daha nişanlanma safhasında, her gebeliği de ilk üç ayda saptayabiliyordu. O nedenle de mahallenin doktoru ile birlikte geleceğin planını yapabiliyordu, çünkü nüfusuna hakimdi. (68)*

*Kendi nüfusumun toplumsal anlamda nereye oturduğunu bilmiyorum, bunu kuş bakışı bir bütün olarak görme şansım kalmadı. Çünkü bana bir coğrafi ölçekli yer verilmiş değil. Tanımlayamıyorum nüfusumu, her an elimin altından kayabileceğim durumda. Elli kilometre ötedeki bir ilçeden de hastanız olabiliyor. Ocakta çalışırken nüfusumuz tanımlıydı, yıl sonu nüfusumuz belliydi. Bunu bilmemiz toplumsal sağlık göstergelerini görmemizi sağlıyordu, doğum hızını, bebek ölüm hızını. (3)*

## HİZMET KAPSAYICILIĞI

Aile hekimliği modelinin BBSH'nin farklı bileşenleri açısından kapsayıcılığını değerlendiren bu temada altı alt başlık yer almaktadır. İlk alt başlık bebek ve gebe izlemlerinin yanı sıra bağışıklama hizmetlerini kapsamaktadır. Bu gruplamanın nedeni performans sistemine dahil olmaları nedeniyle katılımcıların izlemlere ve bağışıklama hizmetlerine yönelik görüşlerini birlikte ifade etmiş olmalarıdır. Diğer alt başlıklar soru formunda katılımcılara yöneltildiği şekilde sıralanmıştır.

### **Bebek ve Gebe izlemi, Bağışıklama**

Onsekiz AH, sekiz TSM hekimi ve ASE'lerin yarısı gebe, bebek izlemi ve bağışıklama hizmetlerinin iyi bir düzeyde yürütüldüğünü belirtmiştir. Beş AH, altı TSM hekimi ve iki ebe-hemşire ise gebe, bebek izlemlerinin sağlık ocağı sisteminde de zaten iyi olduğunu ve önemli bir değişim gerçekleşmediğini belirtmiştir.

*Aile hekimliğinin daha iyi olduğunu düşünüyorum. Sağlık ocağında aşıları 7-8 ay geçmiş bebekler oluyordu. Gebeler doğum yapıyordu hiç kimsenin haberi yoktu, biz aşıya getirdik diye geliyorlardı. Şimdi SB'nin şart koştuğu bazı şeyler var. Eğer bu koşulları yapmazsan şöyle olur diyor.(108)*

*Bölgemizde hizmetler eskiden de iyiymiş, şimdi de iyi gidiyor. Aşılamada ve birinci basamağı kullanan kişi sayısında artış var. Özel pediatriste gitmiyor, gitse bile daha sonra bebeğini aşılamak için buraya devam ediyor. Hoşlarına gidiyor aydan aya telefon açıp çağırılması. (33)*

*Hepsi yaptığımız işti sağlık ocağı zamanında da, aşılar, izlemler... Ama sanki burada dayatma var gibi. Eskiden yapılmıyormuş da bu sistem geldi performans kesintileri başladı ya, maaştan kesilince korkarlar da yaparlar diye düşündüler herhalde. (94)*

Gebe ve bebek izlemlerinin hastaların bilinç düzeyi ile çok yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır. ASE'ler büyük bölümünün ilk olarak kendilerine gelmemesi ve öncelikle hastaneye başvurmaları nedeniyle gebelerden ancak hastaneler aracılığı ile haberdar olabildiklerini belirtmiştir.

*İzlemlerinin tümünü yapabiliyoruz. Hiç bir hastamda gel dediğimde gelmemezlik olmadı. Hepsi aşıya da, bebek ve gebe izlemine de geli-*

yor. Ama benim bölgem iyi. Hem bölgem merkeze yakın hem de hastalar bilinçli. (50)

Gebeleri 12. haftaya kadar tespit edemediğim oluyor. Hastaların eğitim seviyesi çok düşükse gebeliğini saklıyor, aşıya gelmek istemiyor. Eğitimi yüksekse özel doktorum var ona gidiyorum diyor gelmiyor. (75)

Özel hastaneye giden gebelerim, bebeklerim var. Özel hastaneye gitmenin yeterli olduğunu düşünüyor, aşılarnın ASM’de yapılması gerektiğini bilmiyor. (87)

Hastaneye giden gebe için bize bildirim geliyor. Ama hastaneye başvurmayanlar da oluyor. Hastaneye başvurmamışsa da tespit etme imkanı yok. (81)

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu negatif performans uygulanmasaydı izlem oranlarının bu kadar yüksek olamayacağını bildirmiştir. Ayrıca ev ziyaretleri gerçekleştirilemediği için kayıtlı olmayan nüfusta gebe ve bebeklerin tespit edilemediği ve izlenemediği pek çok AH ve ASE tarafından dile getirilmiştir. ASE’ler düşük sosyal sınıflarnın yanı sıra özel hekime giden varsıl kesimde de gebe tespitinin çok zor olduğunu belirtmiştir.

Kesinti olmasa dört beş defa aramazdım ben. “Gelirse gelir, bana ne” derdim. (83)

Gebeyi daha fazla sayıda izliyorduk sağlık ocağındayken. Aile hekimliğinde performans aralıkları neyse o kadar izleniyor. Bakanlığın istediği dört ama biz daha fazla yapıyorduk gebe/bebek izlemine. (99)

Bağışıklama daha çok sırtımızda kırbaç hissettiğimiz için üstünde durduğumuz bir şey. Burada insanları tetikleyen birinci güç toplumsal kaygılar değil. (3)

Bakan diyor ki aşılama % 100. Elbette % 100 olacak. Kayıtlı hastanı aşılamazsan senden 700 TL, ebeden 350 TL kesiliyor. Sorun kayıtlı olmayan bebeğin aşısında. Kayıtlı değilse çok zor. Eskiden ebelerimiz mahalleleri dolaşırdı konu komşuya sorar bütün bebeği olanları tek tek saptardı. Bunu yapmıyoruz artık. O yüzden aşı kayıtları çok daha farklı olacak. (8)

TSM’de soruşturmalara baktım. Yedi aylık gebe olmuş AH’nin bundan haberi yok. Hasta yoğunluğu ve mahalleye çıkamadıkları için bölgeye

*hakim olamıyorlar. Çocuğum güzel olsun diye gebeliğini saklayan, kimse duymasın diye uğraşan gebelerimiz var. Köylerde böyle şeyler var. Kapı kapı dolaşılacağı içinde bunları bilemezsiniz. (104)*

*Önceden mahallemiz belliydi. Şimdi mahalleye çıkamıyoruz, çıksak bile dairenin biri başka doktorda diğeri başka doktorda. Kapı kapı da gezip AH'lerini soramayacağımıza göre gebeleri tespit edemiyoruz. Tespitsiz doğumlar oluyor. ...Gebeliğinin 20-25. haftası olmuş ama hiç gelmemiş. Aşı yapıyormuşsunuz öyle duydum ondan geldim diyor. Oradan haberimiz oluyor. Halk diyor önceden geliyordunuz mahalleye burada kayıt ediyordunuz biz bekledik niye gelmediniz. Çünkü halk alışmış eskiye. Eskiden biz geziyorduk mahalleyi. (107)*

*Kıyıda köşede kalmış bebekleri bulamıyoruz, ya adresleri ya telefonları olmuyor. (84)*

Ondört AH, yedi TSM hekimi, dört ASE ve bir TSM ebisi negatif performansın izlemler ve bağışıklama açısından yanlış beyana yönlendirdiğini, yapılmayan işlerin de girilebildiğini ya da yanlış uygulamaların gerçekleştirilebildiğini belirtmiştir.

*Performans farklı çözümlere itiyor. Ulaşılamadığında ciddi maddi kayıp var. Bunun önüne geçilmek için de olmuş gibi gösteriliyor. Çok ciddi zarar veren bir sistem. (51)*

*Bir AH bugün aradı gebe sisteminden kendisine kayıtlı gebeyi ve adresi buluyor, gidiyor bakıyor, adreste yok. Ancak daha sonra farklı bir yolla bu gebeye ulaşıyor, not bırakıyor. Kendisine gelmesini sağlıyor. Bunu sisteme girerse daha önce izlem yapmadığı için performans yiyecek. Şimdi bu durumda bu gebe sisteme girmeyecek. Girmeyince de hani bunun verisi, analizi? (61)*

*Erken doğanlarda her ay aşı geciktiği için sorun oluyor. aşı takviminin dışına çıkamıyorsun sistemde. Bu yüzden prematür doğanı kaydetmiyoruz altı ay, ondan sonra kaydediyoruz. (34)*

*Negatif performans işe yabancılaştırıyor. Örneğin, belli bir derecenin üzerindeki ateşte aşı kontrendikedir, ama performans korkusuyla yapan hekimler var. (16)*

*AH'lere 12A kayıtları için verdiğimiz eğitimler sırasında gördük ki telefonla öğrendikleri aşılarda var, kendi yapmadığı ama kartında gördüğü*



*aşılar var ve sonuçta bütün veriler bir çurcuna şeklinde. İnanılmaz veri kirliliği var. Kendi ilçemden gördüğüm bu ve tüm Türkiye açısından da böyle olması çok mümkün. Bakanlık da böyle istiyor herhalde, çünkü ısrarla istemedi 12A'ların kullanılmasını. (57)*

*Ailelerin aşıya şu kadar geciktiniz dediğimizde terslendikleri oluyor. Bazen yapmadığım aşıyı yaptım olarak gösteriyorum performans yememek için çünkü biliyorum ki benim aradığım zaman gelmedi ama o takip döneminde üç gün sonra gelecek. (90)*

*Katılımcıların bir kısmı özellikle de ebe/hemşireler gebe ve bebek izlemlerini sadece ASE'ler üzerinden yürüdüğünü düşünürken sekiz AH ve dört TSM hekimi bu izlemlerde hekimlerin eskisine göre daha fazla sorumluluk aldığını belirtmiştir.*

*Aşıya geldiğinde pek doktora gösterilmiyordu sorun varsa gösteriliyordu. Şimdi direk görme şansı oluyor. Herkesin bir doktoru olduğu için gebeliklerin daha sağlıklı sürmesi sağlanıyor. (47)*

*İzlemler artık hekim bazında da ilgilenilmesi açısından daha iyi gidiyor. (33)*

*Gebe izlemlerine önemli zaman ayırıyoruz. Gerçi bunu öncelikle ASE'ler yürütüyor. Ancak en ufak bir sorunu hekime sunuyorlar. Zaten bu konuda neler yapılması gerektiğini sürekli olarak paylaşıyoruz. Bunu diğer hekim arkadaşlarımda da gözlemliyorum. (16)*

*Bebegin izlemine katılmıyor doktorlar. Eğer bir hastalık ASE tarafından keşfedilirse bebek doktorla karşılaşıyor. (56)*

*Aşılari, gebe ve bebek izlemlerini ASE'ler yapıyor genelde. AH'ler sürekli poliklinik yapmak zorunda oldukları için bu hizmetlere vakit ayıramıyorlar. ASE koruyucu hizmetleri, AH tedavi edici hizmetleri yapıyor. (63)*

*Personel ihtiyacı bulunan köylerde görevlendirilen sağlık evi ebelerinin ifadeleri, çalışma alanları ile ilişkili olmayan görevleri yaptıklarını, ebelik hizmetlerinin sunulmasında önemli bir işlevlerinin olmadığını, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AP) hizmetlerini AH'nin talebi olduğu takdirde yerine getirdiklerini yansıtmaktadır.*

*İki gebem vardı. Tek diyalogum kişisel ilişkiler hakkında. Form doldurmak olsun, tartmak olsun, hiçbir işlemim olmadı ne gebelikte, ne*

*loğusalıkta. Hiçbir kaydım olmadı. Sadece 15-49 yaş formları vardı onu da kendi istediğimden yaptım zorunlu değildi. (126)*

*Köydeki gebeler ve çocuklar AH'ye bağılı ama köyden git gel yapmasınlar diye her şeyimiz var, ben tartıyorum burada. Telefonla bildiriyorum ya da pazartesi gittiğimde götürüyorum. AP malzemeleri onların ellerine geldiğinde gönderiyorlar, ben de onları dağıtıyorum. Eğitim veriyorum. AH bunu kendi yapmış gibi gösteriyor. (127)*

Yedi AH, sekiz TSM hekimi ve on ASE gebe ve bebek izlemlerinin niteliğinde önemli sorunlar yaşandığını belirtmiştir. Bu sorunlar aşırı iş yüküne, performans sistemine, ASE'lerin ve doktorların bilgi ve beceri yetersizliğine, ilaç ve aşı teminindeki aksamalara bağlanmıştır. İzlemlerde danışmanlık hizmetinin verilemediğı, birçok işlemin tek bir odada gerçekleştirilmesinin hem ASE hem de başvuranlar açısından rahatsız edici olduğu ifade edilmiştir.

*Çok az süre ayrılıyor gebeye. Bu kısa sürede eğitimi mi vereceksiniz, anamnez mi dolduracaksınız, geri bildirim mi alacaksınız. Bunlar imkansız hale geliyor. Kısa sürede hemen tansiyonunu alma, kalp sesi dinleme, ödemine bakma ve hemen laboratuvar tetkiklerine bakma, bu şekilde. (103)*

*Dokuz ebenin hiç birini eğitim verirken duymadım. Boy, kilo, kalp sesi bitti. Vajinal muayene yapmıyorlar, burada rahim içi araş (RİA) çıkartılabiliyor ama çıkartmıyorlar. Çünkü vakitleri yok. Doktorları da izin vermiyor zaten. ... Ebe hanımların ellerinde telefon sürekli birilerini arıyorlar, herkes kendine hedef koymuş, 30 tane 15-49 yaş kadın arayacak. Gün içerisinde gebelere, lohusaya vakit ayırmak zorundalar ama sadece iki dakika falan görüşebiliyorlar. Çünkü ya başka bir hasta geliyor, ya ebenin telefonu çalıyor ya da doktor onu yanında istiyor. Birinin aşısını yapılrken, izlemine yaparken diğeri giriyor, gebelerin mahremiyeti açısından olumsuz, bebekle yeterince ilgilenilmiyor. Aşı yapıldıktan sonra çocuğun kolu şişebilir gibi kızarabilir şu durumlarda doktora gelin, bebeğın ateşi çıkabilir gibi şeyler pek anlatılamıyor. (109)*

*Eskiden biz bilgisayarla bu kadar haşır neşir değildik insanlarla daha çok eğitim veriyorduk daha çok konuşuyorduk. Daha iyi takip ediyorduk. Şimdi bilgisayardaki performansları takip edebiliyoruz. (107)*

*SB dört izlem demişse beşinci izlem şansı olsa da yapılmıyor. Biz sağlık ocağındaiken yiyeceği yemeğe kadar anlatırdık. Canla başla izlem yapmaya çalışırdık. Şimdi öyle bir şey yok. Devlet performansla ne istiyor o kadar yapıyor. (119)*

*ASE'lerin bilgisi çok yetersiz, hatta hekimlerin de bilgisiz yetersiz. (9)*

*D-Vit3 de gelmiyor, demir de gelmiyor hiçbirşey yok yani. (7)*

*Tetenoz aşısı şu anda piyasada yok her hekime sekizer aşı gönderildi, bu ay burada dokuz gebemiz varsa sorun yaşıyorsunuz. (4)*

*Emzirme odamız yok Emzirme odası olursa başka hastanın girme riskiyle gebe muayenesi yapmak durumunda kalmayacağım. (90)*

*Üç erkek sağlık memuru ve iki ebe erkek ASE'lerin ev ziyaretlerinde, gebe hizmetlerinde ve AP hizmetlerinin sunumunda sorun yaşadığımı ifade etmiş, erkek ASE'lerin bulunduğu birimlerde bu hizmetlerin sağlık evi ebeleri ya da ASM'deki diğer ebeler aracılığıyla verilebildiği belirtilmiştir.*

*Benim işim ebelerden daha zor. Erkek personel olduğum için bayan hastalarda zor oluyor. Benim evine gidip de bakmam doğru olmuyor yani, köy yeri bir de. (80)*

*Bizim gebe takiplerini köylerdeki ebeler yapıyor. Köylerin dışındaki gebeleri ASM'deki ebelerden rica ediyoruz. Bazen sağlık memurundan çekinebiliyorlar. Köy ebeleri olmasa gebelerin bebek sesini dinleymem belki ama izlemlerdeki diğer işlemleri yaparım. (74)*

*Biz Türk halkıyız. Gelen bayanlar bize bile bazı şeyleri çekinerek, ayrı bir odaya geçip soruyorlar. Yani doktorlara söylemekten bile çekiniyorlar. Bana anlatıyorlar, ben aktarıyorum doktoruma. Böyle bir ortamda sağlık memurunun çalışması zor yani. (96)*

*Gebede ÇKS dinlemek sıkıntı olabilir tabii. Benim şöyle bir artım var, bize bağlı köyün sağlık evinde bir ebemiz çalışıyor, izlemlerimizi o yapıyor. (113)*

## **Aile Planlaması**

AH'lerin, TSM hekimlerinin ve ASE'lerin önemli bir bölümü ASM'lerde hap ve kondom dağıtımıyla sınırlı bir AP hizmeti verildiğini, zaman zaman malzeme temininde sorunlar yaşandığını ve rahim içi araç takma hizmetinin artık hemen hemen terk edildiğini belirtmiştir.

Ağırlıklı olarak kondom veriyoruz, sonra hap. RİA sertifikam var, ama burada beş senede beşin altındadır. Kırsalda olsam bu rakam yükselir. Dibimizde on hastane varken burada takılması yanlış, bunu hakime de anlatamazsın, “kadın doğum yok mu senin orada?” der. Ama vatandaş illa siz takın derse yapıyoruz. (36)

Şu an SB’den bize gelen sadece kondom var. Sağlık ocağı dönemindeyken elimizdeki malzeme bitmeden yenisi gelirdi. Elimdeki bitti ama beş aydır oral kontraseptif alamıyorum. (101)

AP geride kaldı, özellikle RİA uygulamalarında sıkıntı var. Takılmıyor. Bu sisteme geçtikten sonra muhtemelen bütün Türkiye’de bir gerileme oldu. Çünkü merkezler azaldı, merkezle bağlantılar azaldı. Yetkin ve bu işte eğitilmiş ebelerimiz sağa sola aktarıldı. Şu an bizim RİA masamıza koyacak alet yok. (53)

AP kursuna gidiyorum. Güzel bilgiler öğreniyorum. Ama malzeme sorunumuz var. Mesela hap. RİA takamıyoruz. Enjektabelerin aylıklarından var. Sağlık müdürlüğü çok kısıtlı sayıda veriyor. İki aydır vermiyor. Daha önce birkaç tane verdi. Devam edenler eczaneden ücretli alıyor, 12 lira, gelip burada yaptırıyor. (7)

Özellikle ASE’ler ve TSM hekimleri, AP hizmetlerindeki aksaklığın önemli nedeni olarak bu hizmetlerin performansa yansımamasını ya da negatif performans uygulanmamasını göstermiştir.

RİA sertifikası olan hekim ya da hemşireler uygulamak istemiyorlar. Nedenini sorunca kendi içimizdeki sohbetlerde en çok duyduğumuz; getirisi yok, performans anlamında. Bir de, az da olsa riskli, niye göze alayım diyorlar. Başka söylenen şey de zaman sıkıntısı. (58)

AP keyfiliğe bırakıldı. ASM’ye denetime gidiyorum, jinekolojik masa var mı var, elemanların ve doktorun sertifikası da var. Son altı ayda kaç tane taktın? Sıfır. Devlet buna “niye takmıyorsun, eğitim almışsın, ekipmanın var, vatandaşa yazık” demiyor. Bakanlığın hiç bir yönlendirmesi yok. (68)

ASE’ler AP danışmanlık hizmetlerinin de zaman ve yer kısıtlılığı nedeni ile çok yetersiz kaldığını belirtmiştir.

AP’yi hap, kondom, RİA olarak kısaca geçip gönderiyoruz yani. Böyle hapı şöyle kullanacaksın, RİA şöyle bir şeydir gibi sohbet tarzında olmuyor, çünkü bekleyen hasta çok. En fazla beş dakika. (92)

*En başta üreme sağlığı hizmetleri, danışmanlık büyük darbe yedi ben-  
ce. Yıllardır ebe arkadaşların AP danışmanlıklarına ayırdığı saatler,  
gelen kadının rahat oturup mahremiyetini anlatabileceği özel odalar  
yok artık. Artık ne kadına ayırabileceğiniz zaman var ne de iş yükün-  
den dolayı enerjiniz var. (103)*

Bir AH ise AP hizmetlerinin eskisinden daha iyi bir düzeyde olduğunu belirtmiştir.

*AP hizmetleri şimdi daha avantajlı, isteyene veriliyor. Önceden bir  
karmaşa vardı. Bütün ebe ve doktorlar aynı anda işlerini takip etmi-  
yordu, bir iki kişiye kalıyordu. Şimdi herkes AP hizmetini daha iyi  
yürütüyor tabi malzeme sıkıntısı olmadığı sürece. (47)*

### **Bulaşıcı Hastalık Bildirimi ve Salgın Yönetimi**

Dört AH bulaşıcı hastalık bildirim ve izlemleri açısından hizmetlerin iyi bir şekilde yürütüldüğünü düşünürken, altı AH bu hizmetlerin hiç şekilde gerçekleştirilemediğini açıklamıştır. Diğer AH'ler ise bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklarla hiç karşılaşmadıklarını ifade ederek bu konuda yorum yapmamıştır. Görüşülen TSM hekimlerinin on dördü bulaşıcı hastalık bildirimlerinin ve fiyasyonun yürütülemediğini açıklamıştır. İki TSM hekimi ise AH'lerden bildirim gelmediğini ve bu nedenle bölgele-  
rinde bulaşıcı hastalık sorunu olmadığını ifade etmiştir.

*Bizim AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) uygulamalarımız çok iyi  
olduğu için biz oraya döküntü yazsak bile ertesi günü Bulaşıcı Hastalık-  
lar Şube arıyor. Hastanın döküntüsü neydi, bu hasta bize gelsin diye.  
Bulaşıcı hastalık bildiriminde kaçak yok yani. İshal dememiz yeterli,  
hemen arıyorlar. Döküntüde aranıyorsun, kızamık yazarsan hemen  
immünglobulinleri gönderiyorsun ve hemen aranıyorsun. (42)*

*Bulaşıcı hastalık bildirim korkunç, tamamen boş bir alan. Hiç birşey  
yapmıyoruz desem yeridir. (16)*

*Bulaşıcı hastalıklar açısından şimdiye kadar sürveyansı yapacağımız bir  
şey olmadı, olgu çıkmadı, çıksa bile ne yapacağımızı bilmiyoruz. (32)*

*Hiç bildirim yapmadım, zaten olmadı. Galiba iki tane brusella oldu.  
Onu da ebe hanım bildirmiştir. (1)*

Bulaşıcı hastalıkların bildirilmediğini ifade eden AH'lere göre bu durumun en önemli nedenini bildirim için gereken işlemlerin oluşturduğu iş yüküdür.

*Angarya çünkü. EĞer şüphelenip bir vakayı gönderirseniz sonuna kadar ikinci basamaktan bilgi alma ve takip etme zorunluluğu var. (2)*

*Ardından filyasyon yapılması gereken teşhisler konulmuyor. Onun yerine benzer yan teşhisler konuluyor ya da bir üst basamağa sevk ediliyor. (16)*

*Kızamık söz konusu olduğunda, Hıfzısıhha'ya hastayla birlikte gitmeniz ya da mevcutlu olarak göndermeniz, orada hem burun sürüntüsü hem de kan alınmasını sağlamanız, bu işlemler sırasında refakat etmeniz, formunu doldurmanız gerekiyor. Bu nedenle viral döküntülü hastalık olarak kodlanması tercih ediliyor ve kesin tanı için çaba harcanmıyor. (3)*

TSM hekimleri ise AH'lerin iş yoğunluğunun yanı sıra, eğitimsizlik ve ilgisizlik nedeniyle de bildirimde bulunmadıklarını düşünmektedir. Ayrıca beş TSM hekimi sistemin bulaşıcı hastalık bildirimini motive etmediği hatta bu hastalıkları bildirenleri cezalandırdığı açıklamıştır.

*TSM'de bulaşıcı hastalıklardan sorumlu olduğum halde bulaşıcı hastalık verilerine hakim değilim. Formların doldurulmaması, arkadaşların deneyimsizliği nedeniyle yalan yanlış doldurması. Geçen sene bu kızamık salgını döneminde bu sorun ortaya çıktı. AH'lere 013'leri 012'leri, bunları tutmak da göndermek de zul geliyor. (58)*

*Döküntülü hastaların bildiriimi kaynıyor. Kızamık diye artık bir şey kalmadı. Kızamık çıkarıanları fark etseler de kaynayabilir. Kesin tanı isteniyor, laboratuvar lazım. Çünkü sistemler kabul etmiyor. (53)*

*Bulaşıcı hastalık bildiriimi hiçbir zaman düzgün olmadı. Hastanede de, birinci basamakta da bildiriimi yapacak olan, müdürlükte de bundan sorumlu olan müdür yardımcısı o konuda şunu düşünür, eğer bildirim yaparsam bu bana nasıl geri döner? (56)*

Diğer yandan bir AH de bildirim konusunda TSM'nin desteğini alamamaktan yakınmıştır.

*Bulaşıcı hastalık bildiriimi ve takibi TSM'de de zayıf. Bir üstünüzün sizinle beraber bu işe gönüllü olması lazım, tek başına yazdığınız rapor-*

lar işe yaramıyor. Bazen yazdıklarımı düzeltiyorlar, “bu kadar ayrıntı yazma” diyorlar, ekip çalışması gerekli ama ekipler bozuldu. (4)

Bildirimlerin yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin bireysel ve toplumsal olmak üzere ikiye ayrılmıŐ olmasının ve coğrafi bölge temelinde örgütlenmenin yerini liste sisteminin almasının bulaşıcı hastalık mücadelesini engellediği açıklanmıştır. Bir TSM hekimi de direkt gözlem altında tedavi (DGT) açısından yaşanan sorunlara dikkat çekmiştir.

*Sistemin coğrafi temelli olmaması bulaşıcı hastalıklar ve tespitlerde ciddi sıkıntılar yaratıyor. (6)*

*Bulaşıcı hastalıklarda kaynak arama ve bulma yönünden bölge tabanlı olmasının avantajları vardı. Bunda o tür Şey yok. Ailenin bir kısmı birinde bir kısmı başka birinde olabiliyor. Bulaşıcı hastalıkla mücadele açısından iyi bir Şey değil. (33)*

*Aynı ASM’de bile hekimler kendi içlerinde paylaşmayabiliyor Şu okulda kızamık görüldü diye. Sağlık ocağı sisteminde böyle değildi, poliklinikten biz bakıyorduk. Şu okulda grip salgını, bu okulda viral döküntülü hastalıklar başladı, gibi. AH’lerin Şimdi bunları gözleme Şansı kalmadı. (58)*

*2011 Ocak ayında kızamık salgını patladı İstanbul’da. Vakaların direkt araŐtırmalarını yapmaya başladık başvuru oldukça. Her vakanın araŐtırmasını yapıp, kanını alıp, aŐıların yaptıktan sonra ASM’lerine bilgileri bildiriyoruz. İnanılmazdı, ilgi sıfır! Hasta ASM’ye gelmiş, bakılmıŐ ve hastaneye gönderilmiŐ, bitmiŐ. Çevresinde başka çocuk var mı, başka hasta olan var mı, bunlara ne olur hiç böyle bir düşünce yok. En yazık tarağı bu toplum ve birey ayırımının. Tüm hastalıkları ve korunmayı birarada bakamamanın, tüm önlemleri birarada alamamanın faturası büyük olacak. (57)*

*DGT tedavisinde en ufak bir problemde ben bununla mı uğraŐacađım diyor AH. “Günde 60 hasta bakıyorum, gelirse gelir, içerse içer” diye düşünüyor. Bu hastaya farklı yaklaŐılması gerektiğini nasıl anlatabileceksiniz ya da o o koşullarda bunu nasıl gerçekteŐirebilecek. (58)*

### **Kronik Hasta İzlemi**

Onüç AH kronik hastalıklara yönelik hizmetlerinin düzeyinden kısmen de olsa memnun olduğunu, sağlık ocağı dönemine göre bu hastalıklarla

rın izleminde bir gelişme gerçekleştiğini belirtmiştir. Fakat bu hekimlerin de hemen hepsi hizmetlerinin pek çok açıdan istenen düzeyden uzak olduğunu açıklamıştır.

*Obezite için iyi bir izlem yapabiliyoruz. İlk başlarda çok sayıda hipertansiyon ve diyabet hastası yakaladık. Artık yeni bir hasta yakalayamıyoruz. Hastaları eğitebiliyoruz, serebrovasküler olay geçiren hasta sayımız azalıyor. (42)*

*Hasta geliyor diyabet polikliniğine gitmiş, ya anlatılmamış hiç bir şey ya da hasta anlamamış. Hastaları tanıdıkça hizmet niteliği artıyor. Anlatıyorsun eksik olanları. (29)*

*Arama motoru var, buradan tansiyon, şeker hastalarını tarıyoruz. Diyelim ki şeker hastası üç aydır bize uğramamış, telefon açıyor hemşirem, neden gelmiyorsunuz diye soruyor. Ama bana gelip hiç muayene olmamışsa biz asla şeker hastası takibi yapmıyoruz. Bize gelmiş ve yakaladığımız hastaların taramalarını yapıyoruz. (4)*

Ondört AH ve dört TSM hekimi ise kronik hastalıklara yönelik hizmetlerin yetersiz düzeyde olduğunu ya da sağlık ocağı dönemine göre hiç bir gelişme göstermediğini belirtmiştir. Gerek kronik hastalıklara yönelik hizmetlerin geçmişe göre daha iyi düzeyde yürütüldüğünü gerekse bu hizmetlerin tamamen yetersiz olduğunu düşünen tüm katılımcılar bazı önemli sorunlara işaret etmiştir. En sık bildirilen sorun aşırı iş yükü nedeniyle kronik hastalık takibine ve hasra eğitimine zaman kalmamasıdır. Bir diğer sık bildirilen sorun akynağı ise sevk sistemi olmadığı ve toplum birinci basamak hekimlerine yeterince güvenmediği için aile hekimlerinin kronik hastalıklar açısından sadece uzmanların yazdığı ilaçları rpt eden kişi konumunda olmasıdır. Bir AH de sarf malzeme ekiskliğini dile getirmiştir.

*Gidip şunu alabilirsin AH'den, tansiyon hastası, şeker hastası kaç tane. Ama 200 kişide 10'u doğrudur. Diğerlerinin bir kısmı doldurmadr, yazmadır. Veriler birbirini tutmuyor. (68)*

*İlk günden itibaren enini, boyunu ölçeceksiniz diye yazılar geldi, ama bu iş yükünde imkansız. (25)*

*Eğitim yapamıyoruz ki, zaman yok. Hastaya beş dakika ayırıyoruz en fazla. Muayene mi edeceksin, ilaç mı vereceksin yoksa eğitim mi vereceksin. Eğitim yapıyorum diyen yalan söyler. (20)*



*Kronik hastalarımı tespit ettim, ama izleyebildiğim söylenemez. Burada iki devlet hastanesi, bunlara bağlı semt poliklinikleri, bir sürü özel tıp merkezi ve iki özel hastane var. Bana bağımlı değiller. (3)*

*Hastalara ancak Şöyle ulaŐıyozuz, tansiyon  l t rmezeye ya da başka bir kronik rahatsızlık varsa geldiğinde kullandığı ilaçları soruyoruz. Ama ne kadar kullanmış takiplerini yapabiliŐ mi bunlardan haberdar değiliz. (48)*

*İki aydır sağlık müdürlüğü ihaleye giremediği için Şeker, kolestrol takibi yapamıyorum, Ő phelendiĐim bir Şey oldursa hastalarımı hastaneye göndermek zorunda kalıyorum. (50)*

Kronik hasta bakımının AH'lerin bireysel çabalarına ve iyi niyet düzeye bağlı olduğunu savunan   AH olmuştur. Aile hekimliği uzmanı olan dört hekim ise pratisyen meslektaŐlarının kronik hasta bakımında yetersiz kaldığını savunmuştur.

*Kronik hasta bakımı bireysel çabalarla yürüyor. Hiç bir standart yok, müdürlükle AH, hastayla AH kend aralarında bir yöntem yaratıyor. (5)*

*Benim pratisyenlerle aramdaki fark 500 milyon ya da onlar rapor çıkarabiliyor farkı değil. Hasta görme farkı ve kronik hastalığı yönetebilme farkı. Türkiye o konuda çok eksik. EĞitim yok, kongrelere katılım yok, yeniliklerden haberdar değiller. (45)*

## **Evde Bakım**

    AH evde bakım hizmetlerini çok büyük bir sorun yaŐamanksızın y r tebildiklerini ve nitelikli bir hizmet verebildiklerini d Őunmektedir.

*Ev ziyaretleri için haftanın dört saatini ayırdık. Bunu bilen vatandaş "evde bir hastamız var, gelip bakar mısınız?" diyor ben de "Şu saatte geleceğim" diyorum. Bir sıkıntı yok. (46)*

Beş AH evde bakım hizmeti vermediğini ifade etmiştir. TSM hekimlerinin ifadeleri de bazı AH'lerin bu hizmetleri üstlenmediğini yansıtacaktır. Genel olarak AH'ler ve TSM hekimleri arasında evde bakımın kimin görevi olması gerektiği konusunda bir gerilim yaşandığı gözlenmiştir.

*Evde bakımları biz yapıyoruz. AH'ler evde bakım işini kabul etmiyor, bizim iŐimiz değil diyorlar. Bakımları gerekiyor aslında ama biz yapıyoruz. (53)*

*Evde bakım hizmetlerini herkes üstünden atmaya alıŐıyor. Zaten yapılan niteliği sorunu çözmeye yeterli değil. (4).*

Yirmi dokuz AH ise evde bakım hizmetlerini en çok sorun yaşadıkları alanlardan biri olarak tanımlamıştır. Bu hekimler iş yükleri, özellikle de poliklinik hastalarının sayısı nedeniyle ev ziyaretinin gerçekçi olmadığını, tek bir hekimin sınırlı bir zamanda ve yetersiz donanımla verdiği hizmetlerin gereksinimleri karşılamak yeterli olamayacağını açıklanmıştır. İki AH ise sosyal sorunları ele alan bir mekanizma olmaksızın bu hizmetlerin sonuca ulaşamayacağını vurgulamıŐ, ev ziyaretlerinin her zaman güvenli olmadığını da eklemiştir.

*Söylenen sistemle ev ziyareti yapsak buraya hiç gelmememiz gerekir. Bir ev hastası asgari bir saatimi alır. 4000 nüfusun günde ikisine gimen gerekse günde iki saatim gitti, artı yaşlı ziyareti, diğer ziyaretler ... Ziyaret kağıt üzerinde güzel, ama uygulamansı olmayan işler bunlar. (40)*

*Diyelim intravenöz tedavi gerekli, evde nasıl yapacaksın, hastane koşulları gerekli. Serum taksan iki saat beklemen gerekli. O zamanda burada poliklinik tıkanıyor. Ne ekipman ne donanım ne de zaman var. (2)*

*Bugün bir hastaya gittim, evde neler yapılması gerektiğini anlatıp çıkabildim. Çünkü bana bağlı 150 yatalak hasta var. Haftanın yarım günü ev ziyaretiyle özölebilecek bir Şey değil. (5)*

*Sürekli dayak yiyen bir gebe var. Ebem onu ziyarete gidiyor, ama yalnız gidiyor, çok tehlikeli, o kızı oraya gönderirken çok huzursuzum. OnbeŐ yaşında iki gebem var, biri evli değil, dayak yerken çocuğunu düşürdü ve buna polis gönderemedim. .... Yapamadığımız o kadar çok Şey var ki. Ev ziyareti, televizyondaki gibi gidelim Őak Őak tansiyon ölçelim, hayat gerçekleri o kadar güzel değil. Mesela bir hastayla çok uğraŐtık, gece 3'te kalkıp çocuklarını ısıyıyordu, dövüyordu. Böyle bir babayı hastaneye yatırana kadar canımız ıktı. Bu evlere tek başınıza gönderemezsiniz kimseyi. Gidin bakalım bizimki gibi bir bölgede uç eve başınıza nelere geliyor. (4)*

Evde bakım hizmeti sunan tüm AH'ler vatandaşın aşırı taleplerinden, gereksinimi olmayan kişilerin de bu hizmetleri istemelerinden ve evde tüm sağlık sorunlarının özölmesini beklemelerinden yakınmıştır. SB'nin görev tanımını belirsiz bırakması ve vatandaşlara bu hizmetleri

her ihtiyaçları olduğunda evlerine doktor geleceği Şeklinde aktarması bu durumun temel nedeni olarak açıklanmıştır.

*Talep ettikleri ancak hastanede verilebilecek bir hizmet, örneğin bir fizyoterapist, bir psikolog, sosyal hizmet uzmanı yani ekiple verilebilecek bir hizmet. Bir kişi tek başına hiç bir Şey yapılmaz. (3)*

*Hasta geliyor, diyor ki, eŐim size kayıtlı, kalkamıyor ayağa. Gidip bakıyorsun, kadına diz protezi takılmıŐ bir yıl önce, yürüyebiliyor. Sağlık ocağına uzaklığı 50 metre bile değil. (20)*

*Talepleri sürekli arttıran bir söylem var televizyonda. İŞte her eve bir doktor geliyor, iğne yapıyor falan. Bunları yapmak isterim, ama 24 saat bu kadar iş için yetmiyor. (21)*

### **Gezici Hizmetler**

On iki katılımcı gezici hizmetler hakkında görüş bildirmiştir. Ü AH ve iki ASE sağlık ocağı döneminde hiç köye gidilmediğini, aile hekimliği ile birlikte sağlık çalışanlarının alana çıkmaya, köylere gitmeye baŐlamasının çok iyi bir gelişme olduğunu düşünmektedir. Bunun tam aksini savunarak sağlık ocağı döneminde yapılan alan çalışmalarının artık yürütülmediğini, sınırlı bir zamanda gerçekleştirilen gezici hizmetlerin toplumun gereksinimlerini karŐılamaktan uzak olduğunu açıklayan hekimler de olmuştur. Gezicihizmet sunan AH'ler köylere ulaşım zorluğundan, araç sıkıntısından, köyde muhtarın odası gibi sağlık hizmeti açısından uygun olmayan ortamlarda hasta bakmak zorunda kalmakta yakınmıştır.

*Mobil hizmette yatalak, özürlü, kronik hastalığı olanları takip ediyorum. Daha önce bu seyyar görevleri yapamıyorduk biz. EĞitimleri filan. (47)*

*Doktor sağlık evine geliyor. Bir saat falan duruyor. Doktor geldi mi? Geldi. O zaman gelip ilacımı yazdırayım, muayenemi olayım Şeklinde. (126)*

*Aile hekimliğinin tek farkı herkese hizmet gidiyor olması. Bizim gittiğimiz köye bu zamana kadar doktor gelmemiş ama Şu anda biz periyodik olarak muayenelerini, aŐılarını yapıyoruz. gittiğim yerde sağlık ocağı vardı ama 1.5 senedir doktor yokmuŐ. Şu anda doktorları var. Her salı günü doktorları ayaklarına geliyor. (80)*

*Burada pek köye giden yok. Köy günlerini yatış günü, tatil günü ilan ediyorlar. Köye çıkıldığı zaman da sadece performans dahil olan işi yapanlar çoğunlukta. Ya da bunları ASM'e çağırarak yaptırıyorlar. Bir şeyin değiştiğini sanmıyorum yine hasta olan sağlık ocağına geliyor. (49)*

*Haftada bir gün mobil hizmetimiz oluyor. Deniyor ki bir köye yarım saat git. Yarım saatte ne yapabiliriz? Zaten burası Karadeniz, köyler çok yol alıyor. Bu hizmet sadece poliklinik gibi düşünülüyor. Ama hasta bakılmasa, o köyün bütün sağlık sorunuyla ilgilensek. Yatalak, özürlü hastaları ziyaret ediyoruz. (23)*

*Doktorları bazı köylere verdiler, ama köylerde eczane yok. İlacımı nasıl olsa merkezde alıcam diyor. Bu sefer merkezdeki doktora muayene olamıyor. (56)*

## **EŞGÜDÜM**

On iki AH hastalarının büyük bölümünün diğer sağlık kurumlarında aldıkları hizmetlerden, uzman hekimler tarafından konulan tanılardan haberdar olduğunu belirtmiştir. Diğer AH'ler ise oldukça az sayıdaki hastasının bilgilerinden haberdar olabildiğini açıklamıştır.

*Sevk sistemini ben kendim uyguluyorum. Mesela çocukta üfürüm yakalayıp, kardiyoluğa yolluyorum, dönüşte o evrağı mutlaka bana getirmesini söylüyorum. Hasta da getiriyor, ben de sisteme kaydediyorum. Ama diğer hekimlerin yaptığını sanmıyorum. (14)*

*Hasta nereye gidiyor, orda ne tanı aldı, ne yapıldı, hiç haberdar olmuyoruz. Hasta da bilmiyor ne kullandığını. Rapor çıkıyor, doktor o raporda ne yazmış ne çıkartmış, hiç bir şey belli değil. (45)*

Katılımcılar sevk sistemi uygulanmamasını eşgüdümün önündeki en büyük engel olarak tanımlamış, hastaların büyük bölümünün durumundan ancak rapor almaya ya da ilaç yazdırmaya geldiğinde haberlerinin olduğunu açıklamıştır. Üç AH hastaların bilgilerini biraraya getiren on-line sistemin aile hekimliğinin başlamasından yaklaşık beş yıl sonra yaşama geçirilmiş olmasını eleştirmiş, iki AH de bu sistemden yeterince yararlanamadıklarını açıklamıştır. Uzmanların davranışları da eşgüdüm açısından oldukça belirleyicidir. Sadece üç AH bazı uzman hekimlerle iyi bir işbirliği kurabildiğini belirtmiştir.

*Hasta tansiyon ölçtürmeye ya da başka bir kronik rahatsızlık için geldiğinde kullandığı ilaçları soruyoruz. Ama ne kadar kullanmış takiplerini yapabilmiş mi bunlardan haberdar değiliz. (48)*

*Gönderdiğim uzmanların bazıları geri dönüp bilgi veriyor. Ben de bilgi verenlere göndermeyi tercih ediyorum. Mesela nefroloji hastalarım için bir yer belirledim, doktor benim sevk formuma da bilgi işleyor. Tamamında olmasa, doktor vermese bile hastam geri getiriyor. (35)*

*Hastanın başka yerlerde yaptırdığı tetkiklere ulaşmak için ASM veri sistemi var ama zahmetli, açılması çok problemlili, verilere ulaşabiliyorsunuz, örneğin tomografisine ulaşabiliyorsunuz ama tomografi raporuna ulaşamıyorsunuz. (3)*

*Sevk ettiğim zaman tanısını tedavisini yazıyorum ama uzmanların büyük bir çoğunluğu geri dönmüyor. “Şu hastalığı düşünüyorum, şunları yaptım, ne dersiniz” diye yazdığım halde “şu teşhisi koydum, şu ilaçları verdim” diye bana dönmüyorlar. (8)*

*Ben bakmışım hastaya bir yıldır ilacını, tansiyonunu ayarlamışım. Sonra başka bir doktora gidiyor, “bu ilaçlar verilir mi, ne yapmış doktorun?” diyip bütün ilaçlar siliniyor, bir yıllık takibim boşta gidiyor. (34)*

*Hemen tüm katılımcılar bakımın eşgüdümünün ancak hasta diğer kaynaklardan aldığı hizmetler hakkında hekimini bilgilendirirse gerçekleşebildiğini, bunun da hastanın bilinç düzeyine bağlı olduğunu açıklamıştır. Bunun yanı sıra hekime duyulan güvenin düzeyinin ve hekimin hastayı bilgi verme konusundaki yönlendirmesinin de etkili olduğunu belirten katılımcılar olmuştur.*

*Bazı hastalar kendi hekimime gideyim onun da fikrini alayım diye geliyor. Anlatıyor, şu ilaçları verdiler, şu tetkikleri yapmam gerekiyor siz bakar mısınız diye, ama çok çok az. (46)*

*Vatadaşa “tahlilini getir” diyorsunuz, “sen al” diyor, telefonları açmıyor. Bazı tebliğlere göre hastanelerin bazı bilgileri AH’ye vermesi gerekiyor. Evde sağlık birimlerinin hastaya yaptıklarını bize bildirmesi gerekiyor yönetmelikte, ama bildirilmiyor. (36)*

*Hastaların başka yerlerde aldıkları hizmetler konusunda bilgi vermeleri çok nadirdir. Getirenler de kan tahlillerini, filmlerini filan getirebiliyorlar. Tedaviyi orada aldıysa getirmiyor. Zaten dosyası kalıyor ikinci basamakta. (11)*

## GENEL HİZMET NİTELİĞİ

On AH, dokuz TSM hekim ve on ASE aile hekimliği sistemi ile birlikte BBSH'nin niteliği açısından bir gelişme gerçekleşmediğini ifade etmiştir.

*Aile hekimliği kağıt üzerinde herkesi kapsar, ama hizmetin kalitesi anlamında sıkıntılar var. (46)*

*Hizmetlerimizin sağlık ocaklarının hizmetlerinden bir farkı yok. (48)*

Üç katılımcıdan biri performansa dayalı ödeme yönteminin hizmet niteliğini geliştirdiğini düşünmektedir. Buna karşın, performans uygulanmayan hizmetlerin ihmal edilebildiğini, bu sistemin sadece performans uygulanan hizmetler açısından yürüdüğünü belirten katılımcılar çoğunluktadır.

*Negatif performans olmasaydı bu sistem sağlık ocakları gibi sahipsiz kalırdı. Negatif performans bu sistemi ayakta tutan etmen. Çünkü hepimiz bu iş karşılığında hayatımızı sürdürüyoruz. (46)*

*Hastalarla iletişimin önemi var çünkü takip etmediğimiz hastaların sonucunda performans yiyoruz. ... Performans, kişileri zorladı, hastalarını sahiplendiler, izlemler düzgün yapılmaya başlandı. Sağlık ocağında da yapılması gereken buydu ama denetim mekanizması kurulmadığından bir türlü olmuyordu. (43)*

*Performans olmayan hizmetler, loğusa izlem, AP gibi hizmetler de aksaklık oluyor kesinlikle. Daha az önem veriyoruz. Çocuk izlemede de öyle mesela. Bölgemizde adölesan gebelik çok sık, ama postpartum hizmetler performans getirisi olmadığı için çok uygulanmıyor. (101)*

*Bebek izlemi bir yaşına kadar performansa dahil. Çocuk izlemi yok. Bir yaşını dolduran her çocuğın kartı rafa kaldırılıyor. (14)*

Dört AH sağlık ocağındaki hekimlerin dönüşümlü poliklinik hizmeti verme uygulamasının kalkması ile birlikte hastaya ayrılan sürenin ve bakımın niteliğinin arttığını belirtmiştir.

*Sağlık ocağında bir hekim bir günde 200 hasta bakıyor, performansı kalmıyordu. Burada kendi listen olduğu için hasta sayısı az, hastaya ayrılan süre de daha fazla. (9)*

Bununla birlikte 24 AH listelerinde yer alan hasta sayısının yüksekliği veya vatandaşın aşırı hizmet kullanımı gibi nedenlerle günlük poliklinik

sayılarının (40-120 arasında değişmektedir) ok yüksek olduğunu, bunun sonucunda her bir hasta için ayırdıkları sürenin çok kısaldığını, hasta hekim ilişkisinin sağlıklı bir Şekilde kurulamadığını, hem hasta bakımının hem de diğer hizmetlerin niteliğinin olumsuz yönde etkilediğini açıklamıştır. Sekiz TSM hekimi de AH'lerin büyük bölümünün günde 80'in üzerinde poliklinik hastasına baktığını, bazı AH'ler açısından bu sayının 100' de geçebildiğini, bu yükün yanı sıra performans baskısının altında olan hekimlerin kronik hasta bakımı, evde hasta bakımı gibi diğer hizmetleri nitelikli bir Şekilde gerçekleŐtirmelerinin mümkün olmadığını doėrulamıŐtır. AŞırı iş yükünün hizmet niteliğini düŐürdüėünü belirten ASE'ler olmuştur.

*Sabah 8'de başlayan mesai akşam 5'te poliklinik nedeniyle bitemeyebiliyor. Bir bakıyorum 100 hasta muayene etmiŐim. Bir hastaya ayırdığım süre dört dakikaya bile gelmiyor. Koruyucu hizmetlere, bebek takiplerine zaman kalmıyor. Vakit bulunca da bilgisayara giriŐleri yapıyoruz. (16)*

*Eskiden 10-15 kişi toplayıp gelin size meme kanserini anlatalım diyebiliyorduk. Şimdi değil kanseri anlatmak, Őikayetle gelen kişiye meme muayenesi yapmak bile çok zor. Akşam 17.30'a kadar zaten yaptığımız işlerin kayıtları var, onlar var bunlar var, hepsini yetiŐtirmemiz mümkün olmuyor. En iyi verebildiğimiz eğitim gebe ve bebek eğitimi ve 5-10 dakikadan uzun olamıyor. Eskiden ben bir gebeyi izlerken gebenin eğitiminde birçok konuya ayrıntılı değinebiliyordum. (90)*

*Poliklinik yapmaktan dışarıya çıkamıyoruz. Gebe, bebek ve yaşlı hastaları, kronik hastaları takibimizde özellikle yaşlı hastaları takip edemiyoruz. (46)*

*Eskiden kronik hastaların kendim yazardım takiplerini, telefon ederdim kontrole gelin diye. Hem hasta sayısı inanılmaz arttı hem de bakanlık her gün iki u mail ile iş yüklenmeye başladı. Şimdi hiçbir Şeye vaktim yok. (34)*

*4000'den fazla nüfusum var. Bunların her ay obezite takibini yapacaksın, altı ayda bir 15-49 takibi yapacaksın, bebek izlemi, ocuk izlemi, gebe izlemi, diyabet takibi vs. Bunları st üste koyarsanız ayda 5500-6000 civarı izlem eder. Bu yapılamaz, kim kimi kandırıyor. (18)*

Dokuz AH ve TSM hekimlerinin yaklaşık olarak yarısı denetimlerin hizmet niteliğini değerlendirme ve geliştirme amaçlarına yeterince ula-

şamadığını belirtmiştir. Denetimlerin daha sık ve sürekli olarak aynı ekip tarafından yapılması önerilmiş, ekip yaklaşımının kaybının denetimleri sadece bir cezalandırma aracına dönüştürdüğü açıklanmıştır. Özellikle TSM hekimlerinden oluşan bir grup katılımcı AH'lerin gebe, bebek izlemelerini ve aşıları gerçekten de uygulayıp uygulamadıklarının ayırd edilmesinin çok güç olduğunu açıklamıştır. Bir AH'nin ifadeleri de görüşme tarihinden altı ay sonra patlayacak olan kızamık salgının habercisi şeklindedir. Ayrıca TSM'lerdeki insangücü yetersizliğinin denetimlerin gerçekleştirilmesini önlediğini açıklamıştır.

*Eskiden denetim yanlış gidenleri düzeltmek için yapılırdı. Şimdi açık yakala, bildir, ceza ver. O zaman da bazı şeyleri saklamak gizlemek gibi bir şeye girebiliyorlar. (58)*

*Sadece AH değil TSM'nin, müdürlüğün, valiliğin ve sağlık bakanlığının bu işi ekip haline getirmesi önemli. Bu ekip çalışmadıktan sonra bu insanları hiçbir şekilde kontrol altına alamazsınız, adamın aşı yapıp yapmadığını, doğru aşı yapıp yapmadığını sürekli kontrol edemezsiniz. (10)*

*Hekim performans nedeniyle ne pahasına olursa olsun dolduruyor. Biz çalışmalarının çoğunu göremiyoruz. Denetleyen de göremiyor. Direkt onlarla bakanlık arasında. O ne yazarsa bakanlık onu yemek zorunda. Bakanlık kimseyi yerinde denetlemiyor ki. (68)*

*Bunun takibi çok zor, hastaya aşınızı yaptı mı diye sormazsın, büyük bir güvensizlik oluşur. Kayıtlı olanlara bir önceki ay yaptığı izlemler ve aşıları bakıyoruz. Zaten yapmış oluyorlar, yapmamışlarsa mazareti, tutanağı oluyor. Ama bu yapılan denetim değil. Sadece kayıtların kontrolü. (63)*

*Performans sahtekarlığa davet ediyor, aşığı yapmış, gebeye bakmış gibi gösteriyorsun. Bunun kontrolleri kolay değil artık. TSM eskiden denetimde iyiydi. Arada gelip bizi sıkıştırıyorlardı ama son zamanlarda çok gelemediler çünkü adam kalmadı hepsi bir yerlerde. (34)*

*TSM'lerde hekim kalmadı ki gelip teftiş etsin. Aşığı yapmadan yapmış gösteren hekimler. İki üç yıl sonra kızamık havuzunda vakalar arta arta patlama yaşanabilir. Hiç görmeden bu izlemleri dolduran insanlar var performansım kesilmesin diye. (14)*



*Denetimlerde elimde form, “paravan var mı, derece var mı? diye soruyorum. Hastaların yanında anketör gibi.... AH’lerin mobil hizmete gidip gitmediğini hastayı arayarak soruyoruz. Hiç hoş değil. Muhtarını arıyorsun “şu kişi şu saatlerde görevine geliyor mu” diye soruyorsun. (73)*

Dokuz AH ve beş ASE vatandaşın AH'lere değer vermemesinin ve sorumluluklarını yerine getirmemesinin nitelikli hizmet sunumunun önünde ciddi bir engel oluşturduğunu düşünmektedir. Bu açıdan sorunlu olan vatandaşların iki gruba ayrıldığı, ilk grubu sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin oluşturduğunu, diğer grupta ise üst sosyal sınıfa ait bireylerin yer aldığı belirtilmiştir.

*En önemli sıkıntı vatandaş. “aşı yaptırmayacağım” ya da “özelde yaptıracadıım” diyor. O zaman % 100’e çıkmaz. ... Vatandaş sorumluluğunun olmadığı bir yerde, ben gelmeyi bilemem, diyabet mi değil mi, kaçı diyabetli? Aşılarda bile devletin koyduğu % 90 küsur oran var. Hiçbiri % 100 değil çünkü biliyor ki her zaman kaçaklar olacak. Yetkim olsa vatandaş sorumluluklarını reklamlarla, kamu spotlarıyla “sigara içersiniz böyle olur” gibi duyurur, kontrolüne gitmeyene, sorumluluklarını yapmayanlara ceza koyardım. Negatif performans hastaya da uygulanmalı. Sadece hekime değil. (36)*

*Bölgemdeki sorunlardan biri öğretim üyelerinin çok olması. “Bilinçlidir” diyorsun. Ben diyor “özel doktora gidiyorum, gelmem”. (22)*

*Gebelere, bebeklere tümüyle ulaşamıyoruz çünkü sosyokültürel açıdan geri bir yerde çalışıyorum ben. Gebeliğin utanılacak bir şey olduğunu düşünüyorlar, gebeliklerini saklıyorlar. Topuk kanı hakkında eğitim versem de gereksiz, olmasa da olur tarzında yaklaşıyorlar. (87)*

## **HASTA MEMNUNİYETİ**

Katılımcıların yarısından fazlası halkın aile hekimliği sisteminden çok memnun olduğunu düşünmektedir. Yirmi iki AH ve üç TSM hekimi hekimleri ile sürekli bir ilişki içinde olmalarının ve hizmetlere daha kolay erişilebilmelerinin vatandaşların memnuniyet düzeyini arttırdığını ifade etmiştir.

*Burada sekiz hekimiz, sekizimiz birden poliklinik yapıyoruz. Aynı anda baktığımız hasta sayısı azaldı, günde 50-60 hasta bakıyorum, daha*

önce 100-120 hasta bakıyordum. Tabi daha rahat bakılıyor artık. Bu yüzden de vatandaş memnun. Bize dekorasyon için ekstra para verdiler, dekorasyonlarımız da iyi oldu. (8)

Vatandaş memnun, çok kolay ulaşıyor. Her zaman yürüdüğü yolda bakkala gider gibi sağlık hizmetine ulaşıyor. Bizi tanıyor ve bu nedenle kendini güvende hissediyor, daha önce anlattığı için bir daha anlatma zorunluluğu yok ve ucuz. (33)

Bu iş performansa dayatıldığı için mecburen telefonlarını alıyorsun herkesin. Vatandaş arandığı için memnun. (78)

Hastaya ismiyle hitap ediyorum. Hastayı tanıyorsun, belim ağrıyor dediğinde, onun idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olduğunu biliyorsun. Bence o açıdan memnunlar. (111)

Vatandaşın memnun olmasını gerektirecek birşey yok. Sağlık ocağı varken de muayene oluyordu şimdi de muayene oluyor. (71)

İstanbul'un kenar mahallelerinde ya da gecekondu semtlerinde pek bir şey değişmemiş gibi. Bazı ilçelerde halen AH yok, hekim göremiyorlar ya da gittiklerinde yine sıra bekliyorlar. (58)

Beş AH ve dört TSM hekimi ise sağlık ocağı dönemine göre halkın memnuniyet düzeyinin bir değişim göstermediğini belirtmiştir. Beş AH ise yerleşik nüfusun bir sorunun olmadığını, ama kendi AH dışındaki hekimlerden hizmet almayan hareketli nüfusun memnun olmadığını açıklamıştır.

Memnuniyet değişmedi, hatta yavaş yavaş azalıyor. Çünkü talepler artıyor. (32)

Kendi AH'leri ile rahatça çözebildikleri konuları, misafir oldukları durumda çözemeyebiliyorlar. Çünkü biz de misafir hastalara hastalara açıklayamadıkları, kanıtlayamadıkları bazı durumlarda örneğin ilaç yazımında kendi hastalarımız kadar rahat yardımcı olamıyoruz. (16)

Vatandaş daha önce istediği zaman istediği sağlık ocağından hizmeti alabildiğini söylüyor. Şimdi kendi hekimini mutlaka bulmak zorunda. Bu yüzden sıkıntı yaşadıklarını söylüyorlar. (15)

Memnuniyet düzeyi ile ilgili farklı değerlendirmeler yapmış olsalar da hemen tüm katılımcılar sistemin temel amacının vatandaşları hoş tutmak olduğu konusunda aynı görüştedir. Sistemin vatandaşların istediği

ilacı yazdırmak, rapor almak gibi her türlü taleplerinin karşılayacak şekilde kurgulandığı bu nedenle de bell bir kesim ile sınırlı olsa hasta memnuniyetinin sağlandığını açıklanmıştır.

*İnsanları bir an önce mutlu etme sevdasında şu anki sistem. Hekimlerin istedikleri her ilacı yazması, özelde istenen tahlilleri burada yaptırmak hoşuna gitti insanların. ... Amaç bedeli ne olursa olsun onların memnuniyetini sağlamak. Bunun bedeli hekimin aşağılanması ya da laboratuvar hizmetlerinin ölçsüz kullanımı olabilir. (34)*

*Eskiden doktor güler yüz göstermiyordu, hasta doktora bir şey sormazdı. Şimdi doktorlar oturup muhabbet ediyor çay ısmarlıyor. Tabi ki insanlar memnun olacak. Doktorların hasta kaybetme korkusu olduğu için halk kendilerini tehdit ediyor. (107)*

On katılımcı memnuniyetin sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için çok geçerli bir ölçüt olmadığını, vatandaşın memnuniyet kriterinin taleplerinin kısa zamanda karşılanmasına dayandığını, hizmetin diğer boyutlarını değerlendiremediğini açıklamıştır.

*Aile hekimliği hastalara biraz daha modern, çağ atlıyormuşuz gibi geliyor. Kendilerine önem verildiğini düşünüyorlar. AH'yi gelip yerinde bulamayınca çıldırıyor bu kez, nereye gitti? Ben hekimi değiştireceğim (84)*

*Vatandaş neyin ne olduğunun farkında değil. Periferdekiler ayaklarına doktor geldiğini düşünüyorlar, ama orada bir muayene yok ki. Muhtarın odasında reçete yazdırmayı halk hizmet olarak görüyor. (45)*

*Memnuniyet ne kadar güvenilir bir kıstas, tartışılır. Mesela bir hastamın 18 ay içinde 37 kez geldiğini saptadım. Bu gelişlerinin tümünde talep ettiği reçeteyi aldıysa ya da ilaçları kullandıysa bu kadar gelmemesi gerekirdi. Memnuniyet buysa, bilinçsizce ve tüketim amaçlı bir sağlık hizmeti ise memnun. (3)*

## TOPLUMA YÖNELİK VE BÜTÜNCÜL HİZMET

Yirmi AH, on beş ebe/hemşire ve on TSM hekimi bölge tabanlı hizmetin kaybının topluma bütüncül hizmet verme açısından önemli bir sorun kaynağı olduğunu açıklamıştır. Bu hekimlerin önemli bir bölümü aile hekimliğinin liste değil, bölge tabanlı olmasını, yani aile hekimliği ile sağlık ocağı modelinin bir karmasının uygulanmasını önermiştir. TSM hekimlerinin ağırlığı oluşturduğu bir diğer grup ise tamamen sağlık ocağı modeline geri dönülmesi gerektiğini düşünmektedir. Liste temelli sistemin kayıt dışı bireyler de dahil olmak üzere toplumu, sosyoekonomik özelliklerini, değişen gereksinimlerini dikkate alarak bütüncül açıdan değerlendirme olanlığını ortadan kaldırdığı, ebelerin ev ziyaretlerinin artık gerçekleşmemesinin toplumla bağının kopmasına neden olduğu ve bu durumun da özellikle topluma yönelik koruyucu hizmetlerin planlanmasını ve sunulmasını engellediği açıklanmıştır.

*Birinci basamak hekimi olarak ben o nüfusu elimde kavrayabilmeliyim, bir fikrim olmalı. Şu bebeklerde şu sorunlar var, “doğumsal kalça çıkığı ile ilgili bir çalışma yapsam acaba ne olur?” falan diyebilmeliyim. Ama bunları düşündürtecek bir çalışma tarzında çok uzaklaştık. (3)*

*Sosyoekonomik durumuna göre de değerlendirdik insanları, tuvaleti, mutfağı nerede, içme suyunu nereden alıyor, atığını nereye atıyor diye bakardık. Alan olarak bakardık olaylara şimdi kayıt olarak bakıyoruz. ... Köylere sadece sağlık götürmüyorduk. Farklı bir kültür de götürüyorduk... Eskiden eğitimler verirdik, giderdik kahvelerde otururduk, sigaranın, şekerin zararları gibi konularda dersler verirdik. Şimdi o olaylar tamamen kalktı, “hastaya neyin var diyorum hastalığı neyse onun tedavi ediyoruz. Artık koruyucu hekimlik yapmıyoruz. (8)*

*Bir kişi aile hekimliği sistemine kayıtlı değilse isterse aşısını yaptırmayabilir, isterse hiç hizmet almayabilir. Saha hizmetinin olmaması hem tespitlerin eksik olmasına hem de koruyucu hizmetlerin aksamasına sebep oluyor. Sisteme kayıtlı olmayan ne kadar insan var, bunların kaçına ulaşılamadı, kaç gebeye, kaç bebeğe ulaşılamadı, kaçının aşısı yapılamadı bilmiyoruz. Kayıtlı olmayanların sağlık sorunu oluştuğunda örneğin anne ölümü olduğunda kim sorumlu olacak? (63)*

*Önceden gebenin evini, ne yiyebileceğini biliyorduk. Şimdi dış görünüşten değerlendiriyoruz. Ebenin başlıca görevi mahalle gezileri ama olmuyor iş yükünden dolayı. Evdeki ortamı da bilmiyorsun. (99)*

*İlk başlarda halk bizi tanımıyor diye mahalleye çıktık dönüşümlü olarak. Ama bir apartmanın 1/3'ü benimse diğerleri başkalarına kayıtlı çıkıyordu. Gidiyorsun kendi bölgeneye ama hasta başka ASM'ye kayıtlı. Öyle olunca mahalleye gitmenin, hastaları ziyaret etmenin de bir anlamı kalmadı. Doğal olarak biz de telefonla ulaşmaya başladık. (93)*

*Okullarımıza hakimdik, öğretmenlerle, müdürlerle ilişkilerimiz vardı, yani hem riski görebilirdik hem de anında müdahale edebilirdik. Şimdi öyle olmuyor ki, okul aşısı yapıyorsun aynı okulda on ya da hadi dört olsun farklı ASM'nin hekimini ilgilendiren durum var. (58)*

*SB iki şeye odaklandı, poliklinik hizmeti ve aşı. Mesela gençlerde bali kullanımı bizim mahallede arttı. Psikolojik sorunlar var, onları hiç kimse görmüyor sadece odaklanmış, anne ve bebeklere hizmet veriliyor. (17)*

*Ayrıca koruyucu hizmetlerin ASM ve TSM olmak üzere iki kuruma dağıtılmasının yarattığı sakıncalara işaret edilmiş, görev tanımlarının karışabildiği açıklanmış, özellikle okul aşıları ve defin ruhsatı gibi hizmetlerde sorumluluğu kimsenin sahiplenmemesi nedeniyle aksamalar yaşanabildiği açıklanmıştır. Ayrıca sundukları hizmetlerin sosyal hizmetler ile bütünleşmediği sürece herhangi bir amaca ulaşamayacağını belirten AH'ler olmuştur.*

*Kişiye yönelik ve topluma yönelik hizmetlerin ayrılması mümkün değil. Sağlık ocağı zamanında bir çocukta hepatit A olgusu olduğunda okulu bölge sınırlarında olurdu, okula su numunesi, kantin denetimi ve diğer vakaları tespit için giderdik, evi bölge sınırlarında olurdu, gider su numunesi alır ve eğitim verirdik. Hepsi bir yerde özülürdü. Şimdi ocunun yaşadığı yer ayrı, kayıtlı doktor ayrı, okulu ayrı ve görev dağılımı da iki ayrı kurumda, hatta farklı TSMLerde. (64)*

*TSM dışarıdan müdahil olmaya çalışıyor, bütünleşmiyor, entegrasyon yok, zaten entegre olan bir şeyi yapay olarak ayırmaya çalışınca problem çıkıyor, lüzumsuz bir ikibaŐlık, bürokrasi yarattı. (3)*

*Evide bakım hizmeti diye gittiğimiz vakaların bir kısmı aslında sosyal hizmetlerin alanına giren kesim. Sağlık ayağıyla gitmek her zaman hekimi zor durumda bırakan bir şey. (29)*

Diğer yandan üç TSM hekimi, aile hekimliği uzmanı olan dört AH ve iki ebe/hemşire birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumsal ve bireysel olmak üzere ayrımını doğru bulduğunu belirtmiştir.

*İki üç ishal gördüğüm zaman TSM'ye haber verebilirim. Ben hastama bakırım, kendi işimle ilgilenirim. Bilmem ne kurumuyla ilgilenmem, benim işim değil çünkü. TSM'den gelen fırında bir şey görse hemen haber verir, bana "buradaki fırında şöyle çıkıyor" der. (34)*

*Sağlık ocağında doktor her şeye yetişemiyordu. Çevre sağlığı toplum sağlığı birey sağlığıyla ilgili hepsini birlikte yürütmesi zor oluyordu. (55).*

İstanbul'da çalışan ve 20 yılın üzerinde BBSH deneyimine sahip olan bir TSM hekiminin sözleri İstanbul örneği aracılığı ile toplum odaklı sağlık hizmeti açısından yaşanan kaybı özetlemektedir.

*Sağlık ocakları tedavi edici hizmetler, aşırı uzmanlaşma gibi konuların değerli olduğu bir süreçte rüzgarın tersine yerlerdi, ama çok sağlam kalelerdi. En önemli yanı koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada verilmesiydi. İstanbul zaten sosyalleştirilmemiş bir yerdi. 50 bin nüfusa bir sağlık ocağı düşer, en iyi zamanlarında bile. İstanbul sağlık ocağındaki insan gücü, malzemesi açısından, her yönden fakir ve sahasından çok kopuktu. Sahasına çocuk felci aşısı günlerinde indi ve bölgelerini bu sayede tanıdı. Bulaşıcı hastalıklar sayesinde sahasıyla haşır neşir oldu. 2000'li yıllara gelirken İstanbul; gebesini, bebeğini, lohusasını, çocuğunu görebilmek için bir sistem oluşturdu. Bütün sağlık kurumları ortak kullandı. Artık sahadaydı sağlık ocakları. Şimdi ise ASM'lerde ebeler, hemşireler biraz daha yatkın sahaya gitmeye, ama hekimler hiç değil, hekim gitmediği için ebe de gidemez, sonunda tamamen sahadan ayağını çekmiş durumda. Bir öbür yanı da İstanbul ne yapıyor; apartmana "seyyar satıcı, dilenci ve aile hekimi giremez" diye ilan asıyor. Çok yazık oldu. İstanbul buralara çok zor gelmişti. (57)*

## BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ OLARAK AİLE HEKİMİ

AH'lerin özlük haklarına ve çalışma koşullarına yönelik görüşleri yedi tema altında toplanmıştır. İlk tema AH olma kararının nasıl bir süreç içinde verildiğini ve bu süreçte rol oynayan etmenleri açıklamaktadır. Ardından gelen beş tema AH'lerin çalışma ortamında, kimliğinde, görevlerinde, hastalarla ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinde yaşanan değişimi ve görev tanımlarına, iş yüklerine, gelirlerine yönelik algılarını yansıtmaktadır. Yanlızlaşma ve tükenmişlik başlığını taşıyan son tema ise kendisinden önceki beş temanın bir çıktısı olarak görülebilir.

### AİLE HEKİMİ OLMA SÜRECİ

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile hekimliğine geçme sürecinin gönüllük dışındaki faktörler tarafından şekillendirildiği görülmüştür. Otuz iki AH geçiş dönemindeki koşullarını açıklayarak başka bir seçeneğinin kalmadığını ifade etmiştir. Bu dönemde yaşanan gelecek belirsizliği, TSM'de kalarak sürekli geçici görevlendirmelere maruz kalma kaygısı, hekimlik yapabilmek için artık tek seçeneğinin aile hekimliği olduğu düşüncesi sık dile getirilen etmenler olmuştur. İki katılımcı ise AH olması için kendisine baskı uygulandığını, sağlık müdürlüğü tarafından açık bir şekilde tehdit edildiğini aktarmıştır.

*Alternatifi TSM. TSM'de de oradan oraya geçici görevlerle devamlı yerinizi değiştireceksin. Bir hafta cezaevi, bir hafta genelev. (22)*

*Yapılacak tercih hekimlik mesleğini yapıp yapmamakla ilgiliydi. (6)*

Üç hekimin kararında sistem değişiminin mevcut işine devam etme olanağını ortadan kaldırması belirleyici olmuş, daha önce acilde çalışan beş ve sağlık müdürlüğünde çalışan bir hekim ise aile hekimliğinin en azından önceki kurumlarına göre daha rahat olacağını düşünerek bir tercih yaptığını açıklamıştır.

*Hem muayehane hekimliği hem de işyeri hekimliği yapıyordum. Muayenehanelerimiz kapatılınca başka çıkar yol, gidecek yer kalmadı. (8)*

*Acilde çok zor şartlarda çalışıyorduk. Daha rahat olur düşüncesiyle geçtim. Ama özlük haklarımın yeterli olmayacağını, sözleşmeli olacağımı bile bile mecburen. (48)*

On iki hekim aile hekimliğinin sağladığı gelir düzeyinin kararında önemli bir rol oynadığını açıklamıştır. AH uzmanları da aldıkları uzmanlık eğitiminin bu hizmet modeli için uygun olduğunu düşünerek karar verdiklerini belirtmiştir. AH uzmanlarının hemen hepsi ve sekiz pratiyen hekim aile hekimliği modelinin daha olumlu koşullarda çalışmalarına ve daha nitelikli hizmet vermelerine olanak sağlayacağı beklentisi ile karar verdiğini açıklamıştır. Fakat bu hekimlerin bir kısmı bu beklentilerinin gerçekleşmediğini de eklemiştir.

*Sistem değişirken o değişikliğin içinde olmam gerektiğini düşündüm çünkü bir uzmanlık eğitimi yapmıştım. Sistemin kalıcı olarak değiştiği de belliydi. (35)*

*Belirli bir hasta sayısı olacağını ve onlarla daha iyi ilgilenebileceğimi, daha faydalı olabileceğimi düşünerek aile hekimi oldum. Maalesef yine hasta-hekim ilişkisi ilaç yazma şekilde oldu. (23)*

## BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİNİN KİMLİĞİNDEKİ DEĞİŞİM

### **Birinci Basamak Hekimliğinin Ticari Bir Alan Haline Gelmesi**

AH'ler kendilerini “yarı kamusal yarı özel” ya da “devlet istediği zaman kamusal istediği zaman özel” ifadesi ile tanımlamıştır. Hekimler yaşamlarına daha önce hiç karşılaşmadıkları müşteri memnuniyeti, kar-zarar oranı, rekabet, hizmet satın alma, işçi çalıştırma gibi olguların girdiğini, kendilerini artık işletmeci ya da bir başka ifade ile esnaf gibi hissettiklerini açıklamış, işletmeci rolünün hekim kimlikleri ile çatıştığını ve bundan büyük rahatsızlık duyduğunu açıklayan katılımcılar olmuştur.

*Ticarethane gibi değerlendiriliyoruz. Bütün giderler bizlere ait. Son dönemde ASE'yi özelden de alabilme yolunu açtılar, bu da bizi patron gibi yaptı. (5)*

*İşletmeci, girişimci gibi davranmamız, rekabet etmemiz gerekiyor. Bütün bunlar insanı sıkıyor, çalışmasını etkiliyor. Sağlık bakanı muayenehanelere ilişkin bir sürü düzenleme getirdi, ama 20 bine yakın küçük muayenehanecik ortaya çıkardı. Kendimi yarı tüccar yarı taşeron ola-*



rak görüyorum. Çünkü işçi istihdam ediyoruz önceden yapmadığımız bir şey. (3)

Aylık 460 lira bu odanın kirası. Önce bu özel idareler ihaleye çıktılar. İhaleye gittik. Özel idare odasında, “arttır bakalım” dediler. Ben müteahhit değilim ki, doktorum. (34)

Tek başıma ASM açtım. Bana “dükkan kirala, aç” dediler. Hiç bir şey yoktu, her şey bana bakıyor. Yeri geliyor paspas yapıyorum, çünkü hizmetli tutamıyorum tek başıma sigortalayamadığım için. Dükkan sahibi geliyor, “700 yaptım kirayı” diyor. Tam bir esnaf oldum yani. Yandaki bakkalla falan muhabbet halindeyim. Zaten onlardan hiç bir farkım yok. Bir doktor var görüştüğüm. Beraber uygun bir yere çıkmayı düşünüyoruz. Ama yok ki, fiyatta uçuyor herkes. (20)

Niye piyasada bu kadar elektronik sistem var? Bir sürü şirket türedi, piyasa oluştu birden. AHBS denilen sistem düzgün olsaydı, hepimiz onun üzerinden gitseydik. Bu serbest piyasa düşüncesi bizi mahf ediyor. (28)

Yaklaşık olarak dört AH'den üçü ASM'lerin alt yapı, donanım ve saf malzeme harcamalarını kendilerinin karşılmasının kaçınılmaz biçimde hekimleri hastanın gereksinimlerine değil, kar zarar oranına öncelik vermeye yönlendirdiğini açıklamıştır.

ASM'de biz çoğu şeyi kendimiz cebimizden karşıladık, ama bir tadilat veya herhangi bir şey oldu mu daha ucuzuna kaçıyoruz. İnsanın yapısında bu var, cebinden ne kadar az çıkarsa o kadar mutlu oluyor. AH karşılayınca hekimlikten çıkıp tüccar mantığıyla düşünüyor ve hastasını mağdur edebiliyor. Bakanlığın ticari işlere hekimi sokmaması gerekiyor. (48)

ASM'de bazen yakıtımız bazen geç geliyor, bebekleri soğukta muayene ediyoruz. Kalorifer yanmayınca elektrik sobası yanıyor. Elektrik faturasını biz ödüyoruz. Mesela alkolümüz bitti, alkol almayalım batikonla idare ederiz. Hastalar çok mu kaliteli hizmet alıyor almıyorlar. Aşımız bitiyor, sana yazayım git al diyoruz. Hekime bırakırsan böyle olur. En azından pansuman malzemesini, ağrı kesicileri devlet göndermeli. Sen bana az para ver, ama malzemeleri kendin gönder. (9)

Sadece  c AH, ASM'lerin giderlerinin kendileri tarafından karşılanmasına itiraz etmemiŐ ve iŐletmecilerinden herhangi bir sıkıntı duymadıklarını açıklamıştır.

*Devlet hiçbir Şekilde yardım yapmıyor. Oranın işvereni biz olduğumuz gibi göre yani orada özel bir yer oluŐturuyorsun. Özel muayenehanede de kimse yardımcı olmaz sana. Biz altı kişi bu işi keyfli, huzurlu yapmak, muayenecilik sistemi gibi tutmak istediğimiz için severek üstlendik. .. ASM olarak kimi bir acil tıp teknikeri alıyor yanına kimi de ebe hanım. Kendin seçiyorsun. Kalitelisini seçmeye  alıŐyorsun tabi. Ben kendim seçtim, geçmiŐini biliyorum, prezente aldım, hem yeteneği var R A takmasını biliyor, insanlarla ilişkileri iyi, işine hakim, disiplinli. (1)*

### **Birinci Basamak Hekimliğinin G vencesizleŐmesi**

Kamusal bir hizmet sunan sağlık çalışanı kimliklerindeki değişimin yanı sıra AH'lerin yarısından fazlası özlük haklarındaki kayıplardan yakınmıştır.  c AH'den biri hangi statüde çalıştığı konusunda emin olmadığını ifade etmiş, hangi kurumdan emekli olacağını ya da aile hekimliğinden ayrıldığı takdirde çalışmaya nerede devam edeceğini bilmediğini belirten hekimler olmuştur.  zl k hakları çerçevesinde AH'lerin en sık dile getirdiği konulardan biri de gelirlerinin ancak k c k bir bölümünün emekli maaŐlarına yansımaları olmuştur. Doğu illerinde çalışan iki AH de tayin haklarının olmamasından yakınmıştır.

*Bazı kuruluŐlar, mesala maliye bizi özel işletme olarak değerlendiriyor. Bazı yerler de kamu görevlisi olarak. Nereye ait olduğumuzu bilmiyoruz, kamuda mıyız, özelde mi? (40)*

*Artık sözleşmeli personeliz. Tabelelerden SB'yi de kaldıyoruz. Taşeron firmalara döndük. (28)*

*Artık işi gibi g r l yoruz. Eskiden sağlık müdürlüğü ile birlikte bir ekiptik. Şimdi sanki biz işi onlar iŐverenmiŐ gibi bir bakış açısı var. (10)*

*Devlet memuru muyum yani 657'ye tabi miyim yoksa sözleşmeli miyim? Her defasında çıkan Őeylerde haklarımız biraz biraz elimizden alınıyor. (23).*

* zl k haklarımız konusunda bilgim yok. Herhalde 657'ye tabiyiz. (18)*

Özlük haklarımız eski sistem göre muamma, yok sayılır, çünkü idari amirlerinizin insiyatifine bırakılmış, en ufak bir Şeyde ceza alabilirsiniz. Hekimi koruyan değil, köleleőtiren bir yapı. (51)

Maaşların emekliliğe yansıyan kısmı çok düşük, üçte biri bile yansı-mıyor. Çünkü kazancımızın büyük bir kısmı yardım ve teŐviklerden dola-yı. (46)

Tayin hakkı olmalı. Batı'da yer boşalınca ben geçebilmeliyim. (9)

AH'lerin büyük bir bölümü iş güvencesinin olmadığını düşünmekte, sözleşmesi fesh edilirse ne yapacağını da bilmemektedir. AH'lerin iş güvencesi ve özlük hakları sorunları karşısında örgütlenmeye başladıkları da gözlenmiştir.

Kendimi tümüyle güvencesiz hissediyorum. Çünkü sözleşmeliyiz. Diyelim ki haksız yere sözleşmemiz feshedildi, pozisyonumuza da bir atama oldu, yargıya gitme hakkımız varmış. Ama yargı bizi haklı bulursa aynı pozisyona döner miyiz, o pozisyona atanmış olan hekime ne olur? (16)

Ceza puanları sonucunda sözleşmenin nasıl fesh edileceğini, fesh edilirse nereye başvurabileceğimi, haklarımın neler olduğunu bilmiyorum. (43)

İşsiz kalma korkusu var. İki yılda ceza puanı 100'ü geçerse aile hekimliği iptal oluyor. Ceza puanı aldıktan sonra yeniden başvuracaksınız, artık nereden başlarsın bilinmez. (17)

İlimizdeki AH derneği olarak bir muhasebeci ve tıp hukukundan anlayan bir avukat tuttuk. Avukatımız müdürlükle, bakanlıkla karşı karşıya geldiğimiz durumlarda bizi savunacak. Bunun basın duyurusu da yaptık. Böylece halkı da bilgilendirdik, doktorun yalnız olmadığını bilsinler. Sağlık müdürlüğü de teşkilatlandığımızı biliyordu. İciniz rahat ediyor kendinizi güvence altında ve huzurlu hissediyorsunuz. (1)

Sözleşmelerinin haksız yere ve çok kısa bir süre içinde fesh edilebileceği hemen tüm katılımcılar tarafından açıklanmış ve bu durumu "valinin ya da halk sağlığı müdürünün iki dudağının arasındayız" ifadesiyle tanımlayan AH'ler olmuştur. Sözleşme feshi riskinin bu denli yoğun düzeyde hissedilmesinin nedenleri ise cezaların denetleyen kurum ve kişilerin insiyatifine aşırı düzeyde bağımlı olması, bazı kuralların uygulanabilir nitelikte olmaması ve aile hekimlerinin tüm dikkat ve çabaları-

na rağmen izlemlerde ve aŐlarda kayıpların yaŐanabilmesi Şeklinde açıklanmıştır.

*Vali hakkında iki tutanak tutsa s zleŐmen fesh ediliyor tek taraflı. (14)*

*Sözleşmelilik kılıcı kafamızda sallanıyor sürekli. Henüz ceza puanı almadım ama her an alabilirim. Hekim ne kadar özverili çalıŐırsa çalıŐsın kaamayabilir. Sistem onun üzerine kurulu çünkü. (11)*

*O kadar basit Őeylerden sözleşme fesh edilebiliyor ki. Odama girdiğiniz anda bir neden ben size bulur hemen çıkarırım. TSM bir gün gelip ‘‘aa üzerinde önlük yok mu?’’ diye bir anda 100 puan verip s zleŐmeni feshetme yetkisine sahip. (5)*

*Yerinize birisi göz koyduğu zaman sizi yerinizden aldırılmak için çok Şey yapabilir. Geliyorlar, denetliyorlar yerinizde misiniz, köye gidiyor musunuz, evraklarınız düzenli mi? Türlü bahanelerle gelip o puanları 100 çıkarıp s zleŐmenizi fesh edebilirler. (49)*

*  AH iş güvencesi sorununun henüz ortaya çıkmadığını, ama hekim sayısının artması ile birlikte en kısa zamanda yaŐanacaĐını ifade etmiştir.*

*Şu anda tek güvencemiz doktor sayısının az olması. Doktor sayısını hallettikleri zaman istedikleri insanlarla s zleme yapacaklar. (28)*

*İŞ g vencemizin iyi gibi görünmesinin nedeni sayıca az olmamız. Sistem Şu anda mecbur olduğu için mevcut sayıya hoŐg r l  davranıyor ve göz yumuyor. (46)*

*Dört AH ise özlük hakkı ve iş güvencesi sorunlarının olmadığını d Őunmektedir.*

*Yönetmeliklere göre gözünün üstünde kaŐın var diye ceza verilir ve s zleŐmen fesh edilir. Ama hukuk devleti olduğumuz için ve bunun geri döneceğini de bildiğimiz için insanlar böyle bir tercihte bulunmuyor. O yüzden kağıt üzerinde risk olsa da gerçekte iş güvencemiz var. (36)*

*İŞ güvenliği olmadığı zannediliyor. S zleŐmelisiniz ama kamu personelisiniz, ayrıldığınız zaman yine kamu personeli olarak istediğiniz yerde çalıŐabilirsiniz. Şu an aile hekimliğinden ayrılısam, kadrom TSM’de,*

*TSM'ye gidebilirim. Puanıma göre kurum içi atamaya başvururabilirim. (19)*

## **Birinci Basamak Hekimliğinde Hasta-Hekim İlişkisinin Dönüşümü**

AH'lerin hemen hemen yarısı kendilerinden hizmet alan hastalarının bir bölümü ile yakın ve sürekli bir ilişki içinde olduklarını, bunun da hasta memnuniyetini arttırdığını açıklamıştır. Fakat bu AH'lerden bazıları hastaları ile iyi ilişkiler içinde olmalarını artık müşteri memnuniyeti kavramını benimsemiş olmalarından da kaynaklandığını ifade etmiştir.

*Sağlık arz talep meselesi. Eskiye kıyaslayınca bence ekonomi girdi için içine. Hastayı şimdi çok daha güler yüzlü karşılıyorsunuz. (20)*

Diğer yandan gerek hasta memnuniyetinin yüksek olduğunu düşünen gerekse hastaları ile sürekli bir ilişki içinde olduğunu ifade eden hekimler de dahil olmak üzere katılımcıların büyük bir bölümü hastalarının en azından bir kısmının aşırı talepkar ve saygısız davranışlarından çok yoğun şekilde yakınmıştır. AH'ler hastalarının kendilerine her istediklerini yaptırabileceklerini düşündüğünü, istekleri karşılanmadığı takdirde listelerinden çıkmakla veya şikayet etmekle tehdit edebildiklerini aktarmıştır. AH'ler besmele çekmeden enjeksiyon yapma, hastanın istediği saat içinde evine gitmeme gibi haksız hatta trajikomik şikayet nedenlerine çeşitli örnekler vermiştir. Dört AH sağlık ocağında da zaman zaman karşılaşabildikleri bu hasta tipinin giderek yaygınlaştığını, üstelik artık bu hastalar karşısında yalnız olduklarını açıklamıştır. Hasta sayılarının yüksekliği nedeniyle AH'lerin vatandaşların listeden çıkma tehdidinden çok etkilenmediği, ama hasta sayısı açısından kritik durumda olan hekimlerin zor durumda kaldığı aktarılmıştır. İki AH'nin yoğun taleplerine maruz kalmamak için hastaları ile yakın ilişki kurmaktan kaçındıklarını bildirmesi de çarpıcı bir bulgudur.

*Sürekli ilaç isteme, şikayetlerini söylemeden rapor isteme, akla gelebilecek her şey için rapor isteme. Ocakta da bunlar vardı, ama çok daha kolay reddedebiliyor, mücadele edip sonuç alabiliyorduk, çeşitli psikolojik baskıları az yaşıyorduk. Şimdi sürekli tartışma, taciz. İlaç kullanımı konusunda bile benimle tartışabiliyorlar. (2)*

*Hasta geliyor önüne reçeteyi atıyor “bunu yaz” diyor. “Bak aile hekimliğinde böyle birşey yok, biz ilgileneceğiz, muayene edeceğiz” diyoruz. Bağırıp çağırıp “sizi şikayet edicem, değiőtiricem” diyen çok oluyor, kapıyı çarpıp gidiyor. (23)*

*Hastanın AH'den algısı şöyle: “Ben hastaneye giderim, tedavimi alırım, raporumu çıkartırım. Çocuğumun, komşumun eline veririm raporu AH yazar.” Hatta ilacı alıyor, masanın üzerine atıyor “bu ilaçları yaz”. Diyorsun ki “bu ilaçlar nedir, kim verdi?”, “sen ne yapacaksın yazsan ne olur?” diyor. (46)*

*Hastayla fazla iletişime, ilişki kurmaya gerek yok çünkü arkasından ya benden rapor isteyecek ya da reçete edilmesi zor olan ilaçları. (3)*

Üç AH'den biri hasta hekim ilişkisinde yaşanan sorunlu tablonun nedeninin vatandaşın AH'lerin görevleri hakkında yanlış bilgilendirilmiş olmasından, hatta hizmetlerinin aşırı düzeyde tüketilmesi için hedef gösterilmelerinden kaynaklandığını belirtmiştir.

*Kamuoyuna aktarılan, “biz AH'ye çok ücret veriyoruz, bu hizmeti yapacak, her yere gidecek”. (47)*

## GÖREV TANIMI VE İŞ YÜKÜ

Altı AH belli bir hasta listesine hizmet veriyor olmanın görev ve sorumluluk tanımlarını netleştirdiğini, tanıdıkları hastalarla karşılaştıkları için sağlık ocağı dönemine göre iş yüklerinin azaldığını ifade etmiştir.

*Kendi başınasın, sorumluluk alanın belli. Belli kişilere bakıyorsun. (18)*

*İş yükümüz eskiye göre biraz azaldı. Çünkü artık kendimize bağlı belli bir nüfusumuz var. (15)*

Diğer AH'lerin ise hemen hepsi görev tanımlarının belirsizliğinden ve sürekli olarak kendilerine yeni sorumluluklar eklenmesinden yoğun biçimde yakınmıştır. Katılımcılar sağlık sistemindeki tüm açıkların AH'ler ile kapatılmaya çalışıldığını, bu nedenle yönetmeliklerin de çok sık değiőtirildiđini belirtmiştir.

*En çok sıkıntı iş tanımı ve iş yükü ile ilgili. İőimizin bir tanımı yok. Bir ihtiyaç doğduğunda bunu da AH'lere verelim diye bir tanımlama yapı-*

*lıyor. Bakanlık bütün bunları sisteme ilk geçişte istiyor olsaydı herhalde çoğu kimse geçmezdi. (36)*

*'Yarın başka ne ilave olacak' endişesi içindeyiz. KarŐımızda her açığı AH'lere yatrılım projeleriyle dolaŐan insanlar var. 'Türkiye'de nerede ne açık varsa onu AH'lere yaptırılım' böyle bir tablo içerisindeyiz. (42)*

*Televizyonda bilmem ne üniversitesi bir araştırma yapıyor ve biz bunu AH'lerle yapacağız diyor. Bir de başımıza bu angaryalar çıktı. Herkesin ağzında bir AH lafı var. (7)*

*Her gün bir yeni bir iş yükleniyor. Bizim görevimiz arasında olmamasına rağmen adli tabiplik yürütülüyor. Bir okulda turnuva düzenlenecekse sağlık raporunu AH'den alacak. (47)*

Sekiz katılımcı AH'ler ile TSM'lerin sorumluluk alanlarının net bir ayrımının olmadığını açıklamış, TSM'lere ait olması gerektiğini düşünündüğü hizmetleri yapmak zorunda kalmaktan yakınmıştır.

*Portör muayeneleri olsun, işyeri muayeneleri olsun bölge yani çevreyle ilgili işte bunlarla ilgili görevlerde belirsizlik var, TSM'ye mi bağlı ASM'ne mi? (10).*

İŞ yüklerinin aşırı düzeyde olması AH'ler arasında çok sık karşılaşılan bir yakınma kaynağıdır. İŞ yükünü arttıran en önemli neden olarak kayıtlı hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanan poliklinik yükü gösterilmiştir.

*4200 hastam var, 4200 hastayı asla kontrol edemiyorsunuz ilk baŐladığımda eve işleri götürüp 9.30'a kadar çalışıyordum, bitirebilir miyim acaba diye. Poliklinikte 100'e yakın hasta bakıyorum, polikliniği beŐten önce asla kapatamıyorum. Altıya kadar hemŐireme birlikte kalıyoruz, o günkü gebeleri, çocukları, sorunluları konuşuyoruz, ertesi günü planlıyoruz. (4)*

*Sabah 8'de başlayan mesai akşam 5'te bitemeyebiliyor. Bir bakıyorum 100 hasta muayene etmiŐim. Günde bir hastaya ancak dört dakika ayırabildiğimi görüyorum. (16)*

Poliklinik yükünün yanı sıra görüşülen tüm AH'ler sağlık ocağı döneminde üstlenmedikleri personel yönetimi, alt yapının sürekli bakımı, sarf malzeme tedariki, gelir gider dengesinin sağlanması, kayıt ve ista-

tistiklerin tutulması gibi görevleri yapmak zorunda olmaktan, bu işlere ayırdıkları zaman nedeniyle hastalarına daha nitelikli bir hizmet sunamamaktan çok ciddi düzeyde Őikayetçidir.

*Büyük sıkıntı. Jeneratörle, yakıtla, temizlik işleriyle, sarf malzeme ile uğraşmamız. Ben hekimliğimi yapmak istiyorum, onun dışında hiç bir şeyle uğraşmak istemiyorum. (22)*

*Aşılar için barkod uygulamasına geçildi. Onun için bilgisayar al, bilgisayar için birilerini çağır, gelip kursunlar, çalışır hale gelsin, hemşire arkadaşlara öğretilim, tabi biz de öğrenelim. Devamlı olarak bir şeyler almak, değiştirmek gerekiyor... İşte odamı su bastı, klimalar bozuldu... Hastayla ilgili problemlerden çok, paraları toplamak, bir şeyler almak. (30)*

*Sanki işletme eğitimi almışım gibi bu tarz işlemlerde uğraşıyorum. Mali sorunların da bize yüklenmesinden rahatsızım. İnsan doktorluk mu yöneticilik mi yaptığını algılayamıyor. (45)*

*İş yükü gittikçe arttırılıyor. Sürekli angarya yok şu kağıtları düzenle, şu evrağı gönder. İş yükümüzün önemli bölümü bürokratik işlemler. (19)*

Katılımcıların bir bölümü iş yükünün tüm AH'ler açısından eşit olmadığını, bölgenin coğrafi, demografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre değişkenlik gösterdiğini, özellikle diğer sağlık kurumlarına erişimin görece zor olduğunu, yoksul ve doğurganlık düzeyi yüksek bölgelerde AH'lerin daha zor koşullarda çalıştığını açıklanmıştır.

*Aynı ASM'de, aynı sayıda kayıtlı hastası olan iki ayrı hekimin günlük poliklinik sayısı çok farklı olabiliyor. Biri günde 80-100 poliklinik yaparken diğeri 40'larda kalabiliyor. Bu hastalarının birinci basamağı kullanma alışkanlıklarıyla ilişkili. (16)*

*Doğuda çalışan ile batıdaki arasında eşitsizlik var; İzmir, İstanbul'daki AH ile Ardahan'daki AH sadece ekonomik olarak değil, çalışma şartları açısından da dengelenmeli. Coğrafi şartları zor olan, merkezden uzak olan arkadaşların böyle bir hizmeti vermeleri zor. (10)*

*İlçede AH olmak daha zor. Başka hekim olmadığı için acil nöbeti de size kalıyor. Bir de köylere gidiyorsunuz. Geliş gidiş sorunu var. (20)*

*Hareketli bölgeler, gebe ve çocuk nüfusun çok yoğun olduğu bölgeler, özellikle Doğu, Güneydoğu gibi, kimisinin nüfus kaydının bile olmadı-*



Đı, kayıt dışı vakaların olduğu yerlerde bu hizmetleri sunmak çok zor. EŞit değil yani çalışma koŐullarımız. (2)

## KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER

### Üstlerle İlişkiler

Sağlık müdürlüklerinin AH'lere sürekli olarak yeni görevler eklemesi ve bunları gerçekleştirilemeyecek düzeyde kısa süre içinde talep etmesi aile hekimlerinin büyük bir bölümü tarafından eleştirilmiştir. AH'ler sağlık müdürlüklerinin kendileri ile ilişki kurma Őeklinin ceza tehditlerinden ve diğer baskı unsurlarından oluŐtuĐunu dile getirmiştir.

*Müdürlükten bize malzemeyi nereden alacağımızı ve ne kadar ödeyeceğimizi söylüyorlar. Ben daha ucuza daha iyisini aldım. Arayıp hakaret ettiler. (37)*

*ASM'de sekizimizi de ilgilendiren konularda, mesela "jeneratörünüz bozuk" diye 20 puan ceza kesebilir, 100 puanda halk sağlığı müdürünün karŐımdasınız. O da sizi isterse iŐten atıyor. Cezalar da keyfi olabiliyor. Şu firmanın kalemini kullanıyorum diye 5 puan cezayı bana yazabiliyor ama kendi arkadaŐına yazmayabiliyor. Yeni hekimler çok rahat kendi yörengelerine, siyasi görüşlerine alınabilir, korkutup sindirilebilir. (8)*

*Çoğu hekim hakkında sürekli 'tutanak tutarız, sözleşmeniz fesh edilir ve Şuraya göndeririz' tarzı Şeyler oluyor. Biz de gülüyoruz, buradan nereye süreceksiniz, zaten sınırdayız. (48)*

AH'lerin bir kısmı TSM'deki hekimlerle ilişkilerinin sorunsuz olduğunu belirtirken, bir grup da geçiş döneminde sorunların yaşandığını ancak zamanla azaldığını belirtmiştir.

*Başta insanların birbirlerine karşı bir direnci vardı. Herkes nerede olduğunu anlamaya çalıŐtı. TSM tarafından ilişkiler kötüŐeltirildi, Őimdiki onlar tarafından iyileŐtirildi. (21)*

TSM ile ilişkilerin çok zayıf olduğunu belirten AH'lerin yanı sıra gelir farkının iletişimi ve dayanıŐmayı engellediğini savunan hekimler de olmuştur. On dört AH, ASM'lerin sınıflandırılması, ceza puanları ve

okul aşıları gibi netleŐmeyen görev tanımları nedeniyle TSM'ler ile ilişkilerinde sorun yaşadıklarını aktarmıştır.

*Gelir farklılıkları, en azından kağıt üzerindeki gelir farklılıkları iletişimi, karşılıklı dayanıŐmayı engelleyen bir sorun olarak karşımıza çıkıyor. (16)*

Sağlık m¼d¼rl¼Đ¼ ve TSM'ler tarafından yapılan denetlemelerin amacına uygun olarak gerçekleşmediği, keyfiliklerin yaşandığı, öd¼l mekanizması iŐlemezsken ceza mekanizmasının sıklıkla kullanıldığı AH'ler tarafından vurgulanmıştır. Ayrıca hasta Őikayetlerinin de herhangi bir ön değerlendirmeden geerilmeksizin hekimler hakkında soruŐturma açılmasından yakınan katılımcılar olmuştur.

*Denetimlerin bir mantığı yok. TSM'den herhangi bir elemanı görevlendirip, “git, denetle” diyorlar. O eleman ne kadar yetkin beni denetlemeye? En azından bir doktor gelse. (28)*

*Hasta 184'¼ arayıp “doktor ilacımı yazmadı” ya da “bana kötü davrandı” diyor. İsim verme, dilekçe falan hiç bir Şey istenmeden soruŐturma açılıyor. Seni çağırıyorlar, hemen gel, hastan var falan önemli değil. Git gel, üç defa. (34)*

## **MeslektaŐlarla İlişkiler**

On katılımcı aynı ASM'de birlikte çalıştıkları meslektaşları ile uyumlu bir ilişki içinde olduklarını belirtmiŐtır. Bu katılımcıların hemen hepsi ilişkilerinde bir sorun yaŐamamalarının nedenini sağlık ocağındaki ekip alıŐkanlıklarını devam ettirme çabası olarak açıklamıştır.

*Sorun yaŐamıyoruz. Eski sağlık ocağı sistemini sürdürmeye çalışıyoruz. Ocak deneyiminden geçmiş olmak önemli tabi. Yeni mezunlar daha rekabetçi. (25)*

AH'lerin büyük bir kısmı ise ilişkiler açısından çeşitli sorunlar yaşandığını açıklamıştır. En sık dile getirilen sorun aynı ASM'de çalışan hekimlerin bile birbirlerini gör¼p iletişim kurmaya fırsat bulamamaları olmuştur. Bir katılımcı da üç yıldır çalıştığı halde aynı bölgede hizmet veren diğer ASM'nin hekimleri ile hiç tanışmadığını aktararak AH'ler arasındaki iletişimsizliğin giderek büyüdüğünü belirtmiŐtır.

*AH olmadan önce diğer hekim arkadaşlarla çok daha iyi iletişim içindeydim. Şimdi nerdeyse yüzlerini göremiyorum. (46)*

*Diğer ASM'lerdeki hekimlerle sadece 2-3 ayda bir müdürlüğün durum değerlendirme toplantıları oluyor, o toplantılara gidersek görüşüyoruz. ASM ziyaretleri de pek olmuyor kendi aramızda. Zaman yok çünkü, hastanı bırakıp gidemiyorsun. (17)*

*Birbirimizi çiğnemeyelim, yıpratmayalım" kararı almamıza rağmen, sistem çok ezici. Çok bireysel, yalnız ve yorgunuz. Bu sistem hekimle hekimin beş dakika görüşmesine olanak vermiyor. (4)*

AH'ler arasındaki iletişim sorununun tek nedenin iş yükünden kaynaklı zamansızlık olmadığı gözlenmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü bireyselliğin ve rekabetin artmasına bağlı olarak yardımlaşma alışkanlığının ve karşılıklı güven duygusunun azaldığını, ortak iş yapmanın ve karar vermenin güçleştiğini, iş bölümü açısından sıkıntılar yaşandığını ifade etmiştir. AH'lerin birbirlerinden hasta kapmaya başladığını aktaran katılımcılar olsa da hekimlerin önemli bir bölümünün hasta sayılarının zaten çok yüksek olduğu bu nedenle hastalar açısından yapılan rekabetin henüz çok yaygın olmadığı açıklanmıştır. Fakat henüz çok yaygın olmamakla birlikte hasta kapma olasılığının bile hekimler arasındaki güven duygusunu zayıflattığı ifade edilmiştir.

*Bu sistemde işbirliği ve dayanışma değil rekabet ve performans var. İşbirliği yapmanız değil rekabet etmeniz öngörülüyor. (3)*

*Çalışma barışı tamamen ortadan kalktı. Yanındaki arkadaşınla bile yarış halindesin. (5)*

*Komşu ASM'deki arkadaşlara bölgelerimize göre liste değişimi yapmayı önerdim. İnsanlar yokuş çıkmak zorunda kalmayın diye. Ama tedirgin oldular, hastalarını kapmamdan korktular herhalde. Bir korku saldı içimizi, sağlık ocağında omuz omuza durup, rahatlıkla arkadaşımıza arkamızı dönerken ne hale geldik. Ben kendimi hala aynıymış, değişmemiş gibi görüyorum. Ama karşı tarafta eskiyi göremiyorum artık. Acaba ben de mi aynı duyguyu veriyorum insanlara? Arkadaşıma "ayrılmam lazım, ama işi bırakamıyorum" dediğimde hastalarımı kaptırmamak için böyle düşündüğümü zannediyor olabilirler. Birbirimizle gayet iyi anlaşıyoruz ASM'de. Ama o gözlerin arkasında böyle bir tedirginlik var hep. Kimse kimsenin hastasını kapmadı, ama sanki böyle bir duygu var, alınganlıklar var. (31)*

*Etik olmayan Şeyler oluyor. Bölgede, bütün apartman bende kayıtlı, o gün ben işe gelmediğim için hasta başka bir hekime muayene oluyor, ondan sonra hekim hemen hekim değiştirme formunu imzalatmıŐ. (19)*

*Bir AH tek tek hastalarımın kapısını çalıp, kendisine bağlamak istemiŐ. Hastalar anlattı, bizi sürekli neredeyse taciz etti dediler. (28)*

Bir başka iletişim sorunu da aile hekimliği uzmanları ile pratisyen hekimler arasında gözlenmiştir. Uzmanı olan katılımcılar GP'lerle aynı statüde çalışmaktan duydukları rahatsızlığı dile getirirken, iki GP de atamalarda AH'lere öncelik tanınmasını eleştirmiştir.

*Pratisyenlerle aynı yerde çalışmak büyük hayal kırıklığı. Çok az, 500 TL gibi bir ekonomik fark var. Bir de onlara AH deniyor, bari aile doktoru denseydi. Size bir minneti de olmuyor pratisyenlerin. O kadar eğitim gördük, bir eğitici ya da Őef anlamında sistemde bir entegrasyonumuz yok. (19)*

*Ben 18 yıl aynı yerde çalıştığım sağlık ocağında, nüfusu çok iyi tanıdığım halde kalamadım. AH uzmanlarına sıralamada öncelik tanınması baştan bir eŐsitsizlik yarattı. (3)*

Üç AH de hastanelerde çalışan uzman hekimlerin kendilerine bakış açısından duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir.

*Hastanedeki uzman bel fıtığı ameliyatı olmuş hastaya 'git AH'ne pansumanını yapsın' diyebiliyor. Daha önceden AH yokken bu hastaların pansumanları nerede yapılıyordu? (42)*

*Uzmanlar bizim çok para alıp hiç bir Şey yapmadığımızı düşünüyor. (7)*

## **Astlarla İlişkiler**

AH'ler birinci basamak sağlık ekibinin diğer elemanlarının işvereni haline geldiklerini açıklamıştır, bazı AH'lere göre bu durum kendilerine istedikleri kişi ile çalışabilme rahatlığı sağlamıştır. Katılımcılar özellikle performansa dayalı uygulamalar açısından ASE'ler ile iyi geçinmek zorunda olduklarını belirtmiştir. ASE'lere de performansa dayalı ücretlendirme uygulanmasının iŐlerine sahip çıkmalarını sağladığını ifade eden AH'ler olmuştur.

*Sağlık ocağında hemşire, ebe, hizmetli olarak herkesin iş mantığı ile ilgili sorunu vardı. Şimdi gidiyorsun, sigortasını yatırıyorsun, en iyi temizliği yapan personeli alıyorsun, beğenmezsen değiştiriyorsun. (21)*

*Son dönemde ASE'yi özelden de alabilme yolunu açtılar, bu da bizi patron gibi yaptı. Nasıl bizim bakanlıkla sözleşmemiz çok küçük nedenlerle feshedilebilirse aile hekimiyle ASE'nin sözleşmesi küçük bir şeyden dolayı feshedilebilir. (5)*

*Performans mekanizması daha çok ASE'nin yaptığı işler üzerinden, o yüzden iyi bir ekip olma zorunluluğunuz var. (2)*

*Performans ASE'ler açısından çok etkili oldu. Kesinti onlarda olmayıp sadece doktorda olsaydı, böyle sahiplenmezlerdi. (29)*

*Ebeler yardımcı personelimiz. Sağlık ocağında kendilerini devlet memuru olarak görüyorlardı. Şimdi sanki AH'nin işini yapıyormuő gibi bir psikolojileri var. Sanki benim özel işimi yapıyormuő gibi hissediyor ve ben onu belirli bir noktada onurlandırmak zorundaymıőım gibi hissettiriliyor. (17)*

## ÇALIŞMA SÜRESİ

*Üç AH çalışma sürelerinin tanımlı ve uygun olduğunu belirtmiş, beş AH de çalışma saatlerini kendilerinin belirleyebiliyor olmasından duyduğu memnuniyeti aktarmıştır. Fakat bu hekimlerin ikisinin daha önce acil serviste çalıştığı da dikkate alınmalıdır.*

*Mesai saatleri iyi, en azından akşam evinizdesiniz. (20)*

*Çalışma saatleri sıkıntılı değil. Hafta sonlarında, resmi tatillerde rahatız, akőamları mesaimizin saati belli, insanların "akşam gel" gibi bir talepleri olmuyor. (46)*

*Katılımcıların bir kısmı ise işlerinin bitmemesi nedeniyle çalışma sürelerinin uzadığını ve bu durumunun yaşamlarında bir sıkıntı kaynağı oluőturmaya başladığını paylaőtımıőtır. Çalışma tempolarının yoğunluğu nedeniyle mesleki geliőtimleri için zaman ayıramadıklarını belirten AH'ler de olmuőtır.*

*En kötü şey son derece bağlayıcı olması. 7-24 poliklinik yapmak durumunda olmak son derece yıpratıcı. Bir hafta, bir ay değil, sürekli olan bir şey. (27)*

İdari işlerimizi kendimizden vererek yapıyoruz çok hasta baktığımız için. Mesela 5'ten sonra yapabiliyoruz, öğlen arası yapabiliyoruz. (50)

Çalışma saatlerimiz 8.30–17.30. Ev ziyaretleri, evde bakım hizmetleri, bazen eulere acil hastalar için çağırılıyor. Saat 6–7 gibi ev hastasına gittiğimiz oluyor. (11)

Arada bir yayına, bir kitaba bakmak istesenez bakamazsınız. Çünkü sürekli poliklinik var. Kendinizi geliştirecek hiç bir zaman kalmıyor. (27)

Özellikle A ve B sınıfı ASM'lerde çalışan AH'ler çalışma saatlerinin uzadığını ve tüm haftaya yayıldığı aktarmış ve esnek çalışma biçiminin yaratmaya başladığı sıkıntıları ifade etmiştir.

Çalışma saatlerimiz her geçen gün artıyor sınıflama nedeniyle. Haftaiçi sabah 8'den 7'ye kadar çalışıyoruz, haftasonu da günde iki saat ASM'yi açık tutuyoruz. Dokuz hekimiz, dokuz günde bir dönüşümlü yapıyoruz. Esnekçi olan sabah iki saat geç geliyor iki saat geç çıkıyor. AH sayısı az olan ASM'ler için, iki üç günde bir bunu döndürmek çok sıkıntılı. (5)

A grubu olarak, hafta içinde mesaiyi iki saat uzattık, bir saat değil iki saat geliyor. Çünkü cumartesi günü bölgemizde hastane sıkıntısı var, açarsak kapatamayız. Cam-çerçeve iner, bu gerekçeyi göstererek haftasonu açmıyoruz ama bunu ne kadar sürdürürüz bilmiyoruz. (4)

AH'lerin büyük bölümüne göre çalışma süreleri ile ilgili en büyük sorun izin kullanamamalarıdır. İzinde yapılan maaş kesintisi ve bu kesintinin olmaması için aynı ASM'de çalışan hekimlerin birbirlerinin hastalarına bakmalarının yarattığı iş yükü en sık dile getirilen sıkıntılar arasındadır. ASM'de tek hekim olarak çalışan katılımcılar bu sorundan daha çok etkilenmektedir.

Bakanlıkla kongre nedeniyle görüşmeye gittiğimde bile eğitim izni alamıyorsam, geri kalan izinleri konuşmak anlamsız. (4)

Her koyun kendi bacağından asılır mantığı geçerli oluyor, hastalarınıza bakacak hiç kimseyi bulamazsanız yarı maaş alıyorsunuz. (3)

Yıllık iznimi rahatlıkla alabilmeliyim, yerime başka bir hekim gelmeli ve maşımndan kesilmemeli. Ben tam dinlenmiş şekilde geliyorum izinden,

*yanımdaki arkadaş izne ayrılıyor. Bu durumda normalde 50 hasta bakıyorsam 90 hastaya bakıyorum. (17)*

*30 gŐn yıllık izin yasal hakkımız. Ama 20 gŐn bile kullanamadım. Ayılamıyorsun yerine birini bulmadan. Mazaret izni değil ki yıllık izin. Yasalsa eğer, gŐzŐm arkada kalmadan 30 gŐn ayrılabilmem gerekir. (28)*

*Ben tekim zaten. Tek olmak çok zor. Üç yılda 25 gŐn izin kullandım. (20)*

İzin konusunun sorun yaratmadığını belirten AH'ler de olmuştur. Fakat bu sorunu yaŐamamalarının en önemli nedenini işlerini aktarabilecekleri bir arkadaşlarının bulunması olarak açıklamıŐlardır. Bir katılımcı yönetimin AH'leri halen çok fazla karŐısına almak istemediği için bu konuda sorun ıkartmadığını, bir başka katılımcı ise döner sermaye ile karŐılaŐtırınca izinlerin yarattığı ekonomik kaybın daha az olduğunu ifade etmiştir.

*İzin konusunda çok sıkıntı yaratmıyor idare. Çünkü Şu anda sistem çalışanları hoş tutmak mecburiyetinde. İzinle ilgili yazıŐmalardaki bazı eksiklikler hoŐg rŐyle karŐılanıyor. (46)*

* nceki döner sermayeye göre dŐŐŐnŐnce, ekonomik olarak daha rahat izin kullanıyorsun. Ama hasta yoğunluğu arttığı için gŐn içinde boş vaktimiz olmuyor. (33)*

### **Aile Hekiminin Gelir DŐzeyi ve ücretinin  denme Biçimi**

AH'lerin bŐyŐk b lŐmŐ aldıkları ücretten memnun olduklarını ifade etmiştir. Ancak kamuoyunda ücretlerinin olduğundan çok daha yŐksek olarak gösterilmesinden, cari giderler ve ek personel nedeniyle yaptıkları harcamaların da net gelirleri gibi yansıtılmasından ve bu nedenle hem vatandaşın hem de diğer sağlık çalışanlarının tepkilerini çekmekten rahatsızlık duyduğunu ifade eden hekimler olmuştur.   AH de ücretlerinde yaptıkları işlerin değil, kendilerine kayıtlı hasta sayısının temel alınmasını eleştirmiştir.

*Eskiden bu ücretin yarısına çalışan hekimler bir an önce kasam, TUS'a girsem, bir fabrikaya gitsem diye bakıyordu. Şimdi hem s zleŐ-*

me yapan AH'ler başka bir işte çalışamazlar hem de artık başka bir işe ihtiyaç duymazlar. (42)

Aile hekimliği ile birlikte toplumdaki saygınlığımız arttı. Çünkü insanların sana bakış açısında maaş önemli. (1)

Bize verilen paraya buraya harcadığımız şeyler battı, spanç vs. de giriyor. Bizim maaşımız şişmiş gösteriliyor vatandaş gözünde. (36)

Başka bir ASE tutmamız gerekli, ancak kendi cebimizden ücretli tutabiliriz. Yapabiliriz belki ama gelirimiz azalır. (11)

Televizyonda bakan olsun, sağlık bakanlığı çalışanları olsun, hükümet olsun "biz AH'lere bu kadar para veriyoruz" diyerek bizden hizmet alan insanların bakış açısını değiştiriyor. Diğer hekimlerin de bakışı bu yönde, çok çalışmadan para aldığımızı düşünüyorlar. (51)

Diğer yandan AH'lerin önemli bir kısmı mevcut gelir düzeylerinin devam edip etmeyeceği konusunda ciddi endişeler duymaktadır. Üç AH de sistemdeki hekim sayısının artması ile birlikte gelir düzeylerinin düşeceğini iddia etmiştir.

Aile hekimliği seçmeyenlere göre ekonomik durumumuz daha iyi. Ama bu sürdürülebilir mi, günü birlik değişen sağlık politikasında bunu devam ettirecekler mi? Yarın "ücretin bu" denebilir. (40)

İlk başladığım sene ile ikinci sene arasında % 30 azalma oldu. Bunu bakanlık oturup masa başında yapıyor nasıl daha kısarız diye. (51)

On yıl sonra sayılarımız 4000'den 2500'e inecek ve maaşımız düşecek. Daha fazla mesai yapmaya başlayacağız, nöbetler eklenecek. (8)

AH'lerin bir bölümü ise gelirlerinde bir değişiklik olmadığını, eskiden iş yeri hekimliği ve özel polikliniklerde de çalışabildikleri için benzer kazançları olduğunu belirtmiştir.

Ekonomik yönden hiç bir değişiklik olmadı, eskiden iş yeri hekimliği de yaptığım için. (22)

Maaşım eskiden kazandığımdan az. Poliklinik çalıştırıyordum, kazanım çok iyiydi. (36)

Birçok AH, TSM'ye geçti. Çünkü nüfusu 2500'in altına düşünce TSM hekiminden daha az ücret alıyor. (8)



*Başından beri kira ödüyorum, eleman çalıştırıyorum. Maaşım 4500 lira gibi bir şey. Tatmin edici bir maaş değil. Buna yakın parayı zaten TSM hekimleri de alıyor. (32)*

AH'lerin büyük bölümü ücretlerini önemli oranda etkileyen negatif performans uygulamasını; “kötü bir uygulama”, “hekimleri strese sokuyor”, “iş güvencesini tehdit ediyor”, “onur kırıcı”, “motivasyon bozucu” gibi ifadelerle tanımlamıştır.

*Negatif performans, denetim aracı. İster ceza ister ödül denetim işin özüne ait değilse çok komik kalıyor. (4)*

*Emekliliğe yansıyan insanca yaşamaya yetecek bir ücret verselerdi de taban aylığımız bu kadar zayıfken içini sadece performansla doldurmasalardı. Herkes şöyle düşünüyor şimdi bu parayı veriyorlarken biz küpümüzü doldurmaya bakalım ama emeklilikte ne halt edeceğiz. (3)*

Performansa dayalı ücretlendirmenin sağlık hizmetlerinin özellikleri dikkate alındığında hiç bir şekilde uygun bir yöntem olmadığını belirten ve tüm performans uygulamalarına karşı çıkan hekimlerin yanı sıra, bazı katılımcılar negatif değil, pozitif performans uygulamasının etkin bir yöntem olacağını düşünmektedir. Diğer yandan bu katılımcıların birbiriyle çelişen yorumlar da yapabildikleri gözlenmiştir. Performans uygulamasının onur kırıcı olduğunu belirten, ama daha sonra pozitif performansı öneren ya da bebek ve gebe izlemlerinde kayıp olmaması için performans uygulamasının gerekli olduğunu ifade eden hekimler olmuştur. İki AH de negatif performans yönteminin daha esnek bir şekilde uygulanmasını önermiştir.

*Para ile ödül de ceza da olmamalı. Başka bir şey, izin olabilir, kongre katılımı olabilir ya da bir onur belgesi olabilir. Türkiye’de yapılan ilk yanlış paraıyla insanlara bir iş yaptırmak. (45)*

*Negatif yerine pozitif performans olmalı. Yaptığım şeyler varsa ödüllendirmeli. Diyabetli bir hasta takip ediyorsam bunun üçüncü basamağa gitmesini önliyorsam, bana bir katkısı olmalı. (19)*

*Performans, kişileri zorladı mesleklerini yapma konusunda. Biraz esneme payı olmalı, % 100 değil de, mesela % 5. Bakarım benim bu ay yapmam gereken 60 aşım var beşini yapmamışım diyelim, beşini yapmasam da olur derim. (43)*

ASM'lerin sınıflandırılmasının gelirleri açısından bir fark yaratmadığını, daha ileri düzeydeki sınıflar için kendilerine verilen ek paranın tamamının sınıflandırma gerekliliklerini karşılamak için kullanıldığını belirten AH'ler olmuştur.

*Sınıflandırma hekime ek yükümlülükler getiriyor. Maaşta kısmen artma olmasına rağmen her atlayışta getirdiği şartlar onu aynen götürüyor geriye. (11)*

*A sınıfı olmak için daha fazla elektrik, su, doğal gaz gideriniz, eleman harcamanız olacak. Daha fazla para geçmeyecek elinize. (31)*

Katılımcıların önemli bir bölümü AH'lerin gelirlerinin eşit olmadığını belirtmiştir. Gelir eşitsizliğinin ilk atamalarda başladığı, çalışılan ASM'nin bölge, bina ve personel özellikleri nedeni ile devam ettiği ifade edilmiştir. Bu özellikler bakımından yaşanan farklılıkların eşitsizlik yaratıcı etkisi sınıflama uygulaması ile daha da güçlenmiştir. Ücretler arasındaki eşitsizliklerin sık bildirilen bir diğer nedeni de negatif performans uygulanmasıdır. Bunlara ek olarak, dezavantajlı bölgelerde özellikle de Doğu'da çalışan hekimler diğer bölgelerde çalışan hekimlerle aynı düzeyde ücret almaktan ve cari giderlerinin yüksekliğinden yakınmıştır.

*ASM'nin sınıfına göre ücret ödeniyor, cari giderler ona göre ödeniyor, artı hasta sayısına göre ödeniyor, ciddi farklar var. Aynı ASM'de dokuz hekimiz, aynı rakamı alan hiç kimse yok. (5)*

*Atama usulünden başlayan bir eşitsizlik var. Bize bina tercihi yapma şansı bırakılmadı, ama bakanlığın verdiği binaya göre sınıflandırıyoruz, sınıfınıza göre cari gider veriliyor. On kişinin çalıştığı bir yerin masrafıyla bizimki gibi iki kişinin çalıştığı yerin masrafı arasında fark var. (3)*

*Performans sistemi sayıya bağlı. Onuç gebem var, birini girmesem % 90 düşüyor, iki gebede bir milyar kesiliyor. 80 gebe olsa, birini izlemesem daha az kesilecek. (34)*

*On yıllık hekimim, Batı'daki arkadaşımın hem maaşına hem de şehrine sulanarak bakıyorum. İkimize yatan para aynı, ama ben eleman tutup sigortasını ödüyorum, yakıt parası, veriyorum. Kiram onların 3-4 katı kadar. (9)*

*Küçük bir ilçede çalışanla, İstanbul'da çalışanın aynı harcamayı yapması mümkün mü? İllerin kalkınma katsayısına göre dengeleme yapıyorlar, ama çok yetersiz. (19)*

Sadece iki katılımcı gelirleri arasında bir eşitsizlik bulunmadığını ifade etmiştir. Bir katılımcı ise AH'lerin bu durumu bilerek işe başladıklarını, bu nedenle bir sorun olmadığını belirtmiştir.

*AH'lerin geliri genelde eşit düzeyde. Bir farklılık mobil hizmet olursa var. Onların zaten hastaya ulaşımı zor. O yüzden ona o şekilde para verilmesi doğru. (50)*

*Farklı yerlerde çalışan AH'ler arasında gelir eşitsizlikleri var, ama bunu bilerek gidiyorsunuz oraya. Kişiye özel değil bu, bölgeye özel. Oradan ayrılmayı kurada başka bir yeri tercih ederseniz eşitsizlik de ortadan kalkar. Bin hastası olan bir yeri tercih ettiyseniz eşitsizlik olur. (36)*

## YANLIZLAŞMA VE TÜKENMİŞLİK

### Yalnızlaşma

Hemen hemen tüm AH'ler yaşadıkları süreci “yalnızlaşma” olarak adlandırmıştır. Aynı ASM'de çalışanların bile birbirleriyle iletişim kurmaya zaman bulamadığı açıklanmış, iletişimsizliğin yanı sıra işlerinin bireysel niteliğinin ve rekabetin de hekimler arasındaki yardımlaşma ve paylaşma davranışlarının terk edilmesine yol açtığı aktarılmış, “çok bireysel bir iş” yaptığını ifade eden AH'ler olmuştur. Hekimler yönetimin desteğini hissedememenin ve hastalar ile sorun yaşadıklarında arkalarında hissedebilecekleri bir kurumun bulunmamasının da yalnızmalarının önemli bir nedeni olduğunu açıklamıştır.

*Kendinizi çok yalnız hissediyorsunuz. Ebe bir tarafta ben bir tarafta. Hastadan başkasını görmüyorsunuz. Sağlık ocakları sosyal bir ortamdı. (41)*

*Müthiş bir izolasyon ve yalnızlaşma var. Üç hekimiz, üç ASE ve bir kapı görevlisi var. Otuz kişinin çalıştığı bir yerden geldim. Orada kolektif çalışma, dayanışma, işbirliği vardı. Burada birimizin insani bir sebepten işe gelmemesi durumunda iş yükü diğerlerine biniyor, insanlar sabah girdikleri poliklinikten öğlen çıkıyorlar. Çoğunlukla fark ediyο-*

rum ki sadece mutfağa çay almaya gitmişim ve karşılaştığım iş arkadaşşıma günaydın demeyi bile unutmuşum. (3).

Hekime bu kadar yüklenen ve hekimle hastayı baş başa bırakan, şikayete bu kadar açık hale getiren bir sistemi benimsemek mümkün değil. (4)

SB bizden nefret ediyor, aşımı bozdun deyip para tahsil etme yönünde gidiyor, şunu yaptın deyip ceza kesiyor. Onların dayattığı bu modelde çalışırken eski arkadaşlarımız da bizi sevmiyor. Vatandaş hiç sevmiyor. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sinekten yağ çıkarır gibi dava açıp üzerimizden para tahsil etme yoluna gidiyor. Kendimi hiç bu kadar yalnız hissetmemiştim. (7)

Bir sorunla karşılaştınca arkamızda kimse yok. Diyelim ki tıbbi bir hata yaptım, eskiden arkamda belirli bir devlet sistemi vardı ama şu anda direk mahkemeliksın, bir de sigorta şirketlerine mahkum olduk. (17)

### **Gelecek Belirsizliği ve Endişesi**

Görüşülen AH'lerin büyük bölümü geleceklerinden endişe duyduğunu açıklamıştır. Sözleşmelilik, gelir düzeyindeki değişiklikler, tayin hakkının olmaması nedeniyle tüm yaşamını mecburi hizmet için atandığı şehirde geçirme endişesi, yeni eklenen görev ve sorumluluklar, artan iş yükü AH'ler tarafından gelecek belirsizliği yaşamalarının temel nedenleri olarak açıklanmıştır. Biri aile hekimliği uzmanı olan iki hekim ise geleceğe umutlu bakmaktadır.

Gelecek öngöremiyorum. Atama yok, tayin yok. Bir ay sonra maaşım ne olacak, nerede çalışacağım, nöbet tutacak mıyım bu yaştan sonra. Kendimi kapana kısılmış hissediyorum. (9)

Evlüyüm, çocuğum var ve geleceğe dair plan kuramıyorum. Ev almaya kalksam ne kadar maaş aldığımı bilemediğim için kredi çekemiyorum. Her ay, her an değişiyor. Gelecekte burada (Doğu Anadolu'da bir ilçe) yaşamak istemiyorum... Sözleşmeliyim, istifa etmem lazım. İstifa edince de acilde ya da başka bir yerde çalışmak zorunda kaacağım. (48)

Şu anda sistem bize toleranslı davranıyor. Hekim sayısı arttığında bu tolerans olmayacak. Her geçen yıl daha keyifsiz, daha mutsuz bir hale geliyor çalışma şartları. (46)

*Bütün gücün kendilerinde olduğuna inandıkları gün kesecekler her şeyi, biz de biteceğiz, maaş da... Niyetleri açık değil... Yarın öbür gün bu mahalleye üç kişi gelip, benim olduğum yerde bir ASM kurup, istedikleri hastaları kaydedebilirler. (31)*

*AH uzmanı olduğum için aile hekimliğinden umutluyum. Şimdiye kadar sistemi oturtmaya çalıştılar. Oturduktan sonra, AH uzmanlarına belli özellikler verileceğini umuyorum. (19)*

### **Tükenmişlik**

Katılımcıların önemli bir kısmı aile hekimliği deneyimleri sürecinde geldikleri noktayı yorgunluk, tükenme, depresyon, mutsuzluk, umursamazlık ve isteksizlik gibi kavramlar aracılığı ile tanımlamıştır. On AH henüz daha uzun yıllar çalışabileceği halde zamanı dolar dolmaz emekli olmayı planladığını belirtmiştir. Daha genç olan aile hekimleri arasında ise bu sisteme daha uzun süre devam edemeyeceğini, kısa süre içinde yıprandığını, TUS'a girerek uzmanlık yapmayı planladığını belirtenler olmuştur.

*Őimdiden çok yoruldum. Sahip olduğum bilgi ve beceriyi hakkını vererek kullanırsam enerjim kalmayacak. Sistem kötü kurgulanmış ve niteliğe değil hıza bakıyor. Sorunu düzgün çözmen, hastanın sorununa cevap olabilmen değil sadece hızlı olabilmen geçer akçe. O yüzden önümüzdeki on yılı olumlu göremiyorum keşke emekli olma şansım olsa. (2)*

*Ruh sağlığımı korumanın, her gün o hastalarla ve o yoğunlukla mücadele etmenin yollarını arıyorum. Dönem dönem kendimi kaybettiğim, çok hırçınlaştığım oluyor. Günde 70 hasta ve çoğu taleplerinde belki onlarca haklı, ama bireysel olarak çözemeyeceğinin farkındasın. (5)*

*Etik değerlerle hekimlik yapmak imkansızlaştı. Başta planladığım her şeyi bıraktım. Her sene biraz daha her şey bozulunca mutsuz, umutsuz, umursamaz ki hasta için en tehlikeli olan budur, umursamaz doktor haline geldik. Yani artık hastaları umursamıyorum. (34)*

*Ben bu kadar değersiz miyim, bu kadar emeği boşuna mı verdim. Her akşam bu ikileme düşüyorsunuz. İki kişiyiz, bugün diğer arkadaş izinliydi. Çok yoruldum. Yeni mezunum, ama yaşlı hekim gibiyim. (28)*

## AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ ÖZLÜK HAKLARI

ASE'lerin özlük haklarına yönelik görüşleri yedi tema altında toplanmıştır. İlk tema, ASE olma sürecindeki belirleyici faktörleri, ikinci tema farklı meslek üyelerinin ASE olabilmesinin mesleki kimliğe ve hizmet sunumuna etkilerini içermektedir. Daha sonraki dört temada, ASE'lerin görev tanımlarına, iş yüklerine, çalışma koşullarına, gelirlerine ve kişiler arası ilişkilerindeki değişime ilişkin değerlendirmeleri sunulmuştur. Son temada ise, çalışma koşullarındaki ve özlük haklarındaki dönüşümün yarattığı sonuçların ASE'ler üzerine olan psikososyal etkileri yer almaktadır.

### AİLE SAĞLIĞI ELEMANI OLMA SÜRECİ

ASE'lerin tamamına yakını, aile hekimliği sisteminde görev almalarının gönüllük esasına dayanmadığını ve içinde buldukları koşullar altında başka çıkar yol bulamadıkları için sözleşme imzaladıklarını belirtmiştir. Geçiş dönemi, geleceğe yönelik birçok bilinmezi ve kaygıyı barındıran bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Sisteme dahil olmama durumunda uzak ve farklı yerlere yapılacak geçici görevlendirmelere maruz kalma korkusu, ASE olma sürecinin en temel belirleyicisidir. Bazı ASE'ler Sağlık Grup Başkanlığı'nın geçici görev korkusunu baskı aracı olarak kullandığını ve kendilerini ASE olmaya zorladığını ifade etmiştir.

*O dönem o kadar karışıktı ki. Geçiş aşamasında kimin ne olacağı nereye gideceği belli değildi. TSM'de kalsak ne olacak? Hastaneye gitsek ne olacak? En azından yerimiz belli olsun diyerek aile hekimliğini seçtik. (99)*

*TSM'de kalırsak sonumuzun ne olacağını bilemedik, "daha kötü yerlere mi sürerler" diye düşündük. O şekilde ASM'yi seçmiş olduk. Ama tabi hata yapmışım bu konuda (90)*

*Aile hekimliği yönetmeliğini okuduğumuzda ebeler olarak bu sistemde var olamayacağımızı hissettik. Geçmeyi hiç istemedik ama grup başkanları tarafından zorlama diyebileceğimiz ölçüde iteklemeler oldu. Ücra bölgelere gönderilip kötü şartlarda çalıştırılacağımıza dair tehditler vardı. (103)*

Süreci etkileyen diğer faktörler arasında il merkezinde veya evine yakın bir yerde çalışabilme, 4/b statüsünde olup birinci basamakta hizmet vermeye mecbur olma, nöbet zorunluluğu olmayan bir kuruluştaki çalışabilme ve aile bütünlüğünü koruma bulunmaktadır. Bunun yanı sıra katılımcılar arasında iki kişi isteyerek ASE olduklarını belirtmiştir.

*Evime yakın yerdeki bir doktor ASE arıyordu, deneyeyim dedim. Böyle girdim bu işe, zaten bu yıl sözleşme imzalamayı düşünmüyorum. TSM'ye geçmeyi düşünüyorum olursa. (91)*

*Ben 2008'de mezun oldum. 2.5 sene tıp merkezinde çalıştım sonra ASE oldum. Maaşının iyi olması nedeniyle tercih ettim. (89)*

## BİRİNCİ BASAMAK HEKİM DIŞI SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ KİMLİĞİNDEKİ DEĞİŞİM

### **Çoklu Mesleki Rol Beklentisi ve Mesleki Değersizleşme**

ASE'lerin çoğunluğu, ebe, hemşire, sağlık memuru ve ATT ünvanlarının yerine ASE ünvanı ile çalışmak zorunda bırakılmalarını eleştirmiş ve bu durumun mesleklerinin gelişimini engellemesinin yanı sıra kendilerini değersiz hissetmelerine neden olduğunu belirtmiştir.

*Ebe ünvanıyla üniversiteden mezun oldum. Diplomamda ebe yazıyor. ASE çok geniş bir tanım. Benim işimi hemşire de yapıyor, ATT de yapıyor. ASE kavramı mesleği kötüye götüren bir şey. Sağlık ocağında ebe ünvanımız vardı. (87)*

*Ben ebe olmuşum 25 yıldır çalışıyorum. Doğuda çok zor şartlarda çalıştım. Gecede 2-3 doğuma gittiğimi biliyorum. Ama üç sene öncesine kadar ebeydim şimdi aile sağlığı elemanıyım. (96)*

ASE'ler profesyonel alt yapısı farklı olan kişilerden aynı işleri yerine getirmelerinin beklendiğini, maruz kaldıkları aşırı iş yükü altında kendi bilgi ve becerini uygulama hakkının ellerinden alındığını ve mesleki kimliklerinin kaybolduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık evinde çalışan ebeler de sistemin kendilerini işlevsiz kişiler haline dönüştürdüğünü dile getirmiştir.

*Yine ebelik yapacağımı düşünmüştüm ama şu anda temizlik dışında her şeyi yaptığımız için gerçekten elemanız. Sekreteriz bir sürü şeyiz*

ama ebe kısmı çok az kaldı. Eskiden sağlık ocağında ebeydik, Őuanda sadece % 20 ebeyiz. (90)

Her Şeyi tek başına ASE yapıyor. İŞ y¼k¼ arttıça her bir işe verdiğiniz zaman azalır. Şimdi biz artık sağlığı korumaktan çıktık, eğitimler bitme noktasına geldi. Kişilere ayrılan zamanlar gittikçe azalıyor, poliklinik hastasına d¼Ően s¼re 3-5 dakikalara indi. (103)

Ben Şimdi ebelik yapamıyorum. Eskiden gebeyle bebekle daha yakından ilgilenebiliyordum. Arkamda yapmam gereken bir s¼r¼ iş yoktu ve çabuk olmam gerekmiyordu. Şu anda olabildiğince y¼zeyssel geçmek durumundayız. (90)

Sağlık evinde gebe takibini kendim istedim ebelik yaptığımın farkına varayım diye yoksa burada sadece enjeksiyon ve pansuman var. Gebeyi takip ediyorum ama bunun üzerinden baŐkaları kazanıyor, onun da farkındayım. (115)

Beş ASE, farklı meslek alanıyla ilgili g¼revlerini tam olarak yerine getiremediklerini belirtmiştir. Özellikle erkek ASE'lerin sunduğu ebelik hizmetlerinin toplum tarafından kabul edilebilirliğinde ve hizmetlerin niteliğinde çok önemli sorunların olduğu g¼zlenmiŐtir.

Acil durumlara bakmak zorunda kalıyoruz. Ben hep gebe bebek bakmışım ama Şimdi bir dikiŐ geldiğinde falan atıyoruz. Ben bu işi ATT kadar iyi yapmam. Herkesin bir işi var sonuça. (91)

Ebenin işlerini yapmakta zorlanıyorum. Ayda on gebeye izlem yapmam gerekiyorsa en azından üç¼nde çocuk kalp sesini alamıyorum. "İstemiyorum" diyor, zorlayamıyorum. Tansiyonuna bakıyorsunuz, izlem giriyorsunuz. Üç gün sonra gebeliğinde bir Şey olsa ya da ölü doğum olsa bana derler ki "neden kalp sesini almadın?". (80)

Üç ASE, aile hekimliği modelinin hekim merkezli olmasına bağlı olarak SB'nin çalışma ve ücretlendirme politikalarını hekimlerin lehine Şekillendirdiğini, sistemde hekimlerin işveren niteliğine b¼r¼nd¼đ¼n¼, hekim dışı sağlık persolelinin ise bağımsız çalışabilme hakkı elinden alınmış, değersiz kişiler haline getirildiğini ifade etmiştir. Bir ASE sistemde hekim dışı çalışanlar için g¼revde y¼kselme ve kariyer planlama olanaklarının olmamasına dikkat çekmiştir.

Sağlık ocağında ebe kendi planını yapıyordu. Hangi eve ne kadar gidecek, kimin eğitime ne kadar ihtiyaçı var, ne kadar zaman ayırabile-



*ceğini planlayabiliyordu. Şimdi ev ziyaretine gitmeyi bırakın hekimden habersiz ASM'den dıŐarı adım atamıyorsunuz. Bu durumda ebenin özgür çalışmaya, çalışma saatini ayarlamaya olanağı olmuyor. (78)*

*Beni üzen Şu, bizim patronumuz gibi oldular, bu sistemde öyle oldu yani. Benim hakkım, hukukum, değerim, saygınlığım hiç bir Őeyim kalmadı. (95)*

### **Güvencesiz Çalışma ve Gelecek Belirsizliği**

ASE'lerin tamamına yakını, iş güvencesi açısından risk taşıdığı için sözleşmeli çalışmaya olumsuz yaklaŐmaktadır. Bazı ASE'ler, ASM'de çalışmayı sürdürmede hekim ile olan ilişkinin temel belirleyici olduğunu, ilişkilerin bozulmaması için kendilerinin sürekli taviz vermek zorunda kaldıklarını ifade etmiştir. Bir ASE bu durumu "doktorun iki dudağının arasındayız" Şeklinde tanımlamıştır. Hekimlerin ASE'lerin sözleşmesini tek taraflı fesh edemeseler bile sözleşmenin iptalini karşılıklı hale getirmek için ASE'ler üzerinde baskı kurarak istifaya zorlayabildikleri belirtilmiştir.

*İŞ güvencesi hissetmiyoruz. Doktor ben seninle çalışmak istemiyorum dediği zaman yapabileceğin bir Şey yok. Sözleşmeyi fesh etmiyorlar ama araya anlaşmazlık girince çalıŐamazsın. (86)*

*Her an sanki işimizden olacağız, ortada kalacağız, sanki hiç bir Şey konuşma yetkimiz yok, hekim ne derse odur ya da müdürlük ne derse odur... Bu Şekilde baskı altında çalışıyoruz. (93)*

*İŞ güvenliğimiz yok. Tamamen hastaya ve doktora bağlıyız. Doktor size yasal olarak bir Şey yapamasa bile yıldırma politikasıyla karşılaşmış birçok arkadaşımız var. Önüne bir sürü sorun çıkartıyor ve istifaya zorluyor. Tamamen köle pozisyonunda çalışıyoruz, ne söylenirse yapmak durumundayız. (90)*

Bazı ASE'ler, mevcut statülerinin ve emeklilik haklarının belirsizliğinden yakınmıştır.

*Biz ne olduğumuzu bilmiyoruz ki. Memur muyuz? İŞçi miyiz? Sözleşmeli miyiz? Neyiz? Emekli olursak işçi statüsünden mi olacağız yoksa memur statüsünden mi? (99)*

Katılımcılar, ASE olarak çalışmanın birçok dezavantajı olduğunu düŐünmelerine rağmen, ASM'den ayrılmaları durumunda ne TSM'lerde

ne de hastanelerde güvenli bir çalışma ortamı bulabileceklerini düşünmemektedir. ASE'lerin tümü gelecek konusunda kaygılıdır ve kendilerini belirsizlik ortamında hissetmektedir.

*Geleceğimize artık huzurla bakamıyoruz. Ne olacağımı merak ediyorum. TSM'ye gesek oradaki durumumuz da belirsiz. (91)*

*Buradan daha uygun bir çalışma yeri de bulamıyoruz. Şartlar o kadar zorlaŐtı ki. ASM'ler özelleŐti, hastaneler özelleŐiyor. (93)*

*Eskiden sorsanız sağlık ocağından emekli olurum derdim. Ama Şimdi diyemiyorum. Hiçbir fikrim yok yani, ne olacağımızı bilmiyorum. Devletin elinde her Şey, nasıl bir yol çizecek bize. Ben zaten 4/b'liydim, memuriyete yeni kavuŐmuŐtum. Memuriyetimizin elimizden alınabileceğini bile düşünüyorum. (90)*

### **Sağlık alıŐanı-Hizmet Alan Arasındaki İlişkinin Dönüşümü**

ASE'lerin dörtte birinin ifadesi, aile hekimliği sistemi ile birlikte hem sağlık çalışanlarının topluma yönelik algısında hem de toplumun sağlık çalışanlarına bakış açısında önemli bir değişim olduğunu yansıtmaktadır. Sağlık ocağında toplumsal hizmete odaklanan görevlerin aile hekimliği sisteminde parasal değerinin olmasına bağlı olarak ASE'lerin hizmet alanları müşteri gibi algılamalarına neden olduğu belirtilmiştir. Buna karşın hastalar da sağlık çalışanlarının tüm taleplerini yerine getirmekle yükümlü kişiler olarak görmeye başlamıştır. ASE'ler başlangıçta sistemin halka yanlış tanıtıldığı için bireylerin özel hizmet beklentisine girdiğini, aşırı talepkar olduklarını, istekleri karŐılanmadıĐında saygısız davranıŐlar sergilediklerini ve hekim seçme özgürlüğünü tehdit aracı olarak kullandıklarını ifade etmiştir.

*Müşteri ilişkisi söz konusu. Halka müşteri gibi bakmak zorunda kalıyoruz, gebe avına çıkıyoruz performans yememek için. Aile aşıya, izleme gelmiyor, bunun sorumlusu sen oluyorsun. (87).*

*Hastaların bazıları fazla beklentide oluyorlar. Sağlık ocağında belirli bir maaşın vardı o maaŐı alıyorsun ister çok hastaya bak ister az hastaya bak fark etmiyordu. Ama burada ne kadar çok hasta olursa sana o kadar çok getirisi var. Hastanın memnuniyeti önemli bunun için yalalık yapıyoruz artık. (99)*

*Aile hekimi ilacını yazmadıysa ya da enjeksiyonu yapılmadıysa siz be-dava yapmıyorsunuz, siz bizim aile hemşiremizsiniz, göndermeye hak-kınız yok... O şekilde yaklaşıyorlar (93)*

Bazı ASE'ler SB'nin hasta memnuniyetine odaklanırken sağlık çalışan-larının haklarını korumadığını düşünmektedir.

*Hasta hakları tutulurken, ASE'leri paspas konumuna geldi. Önceki sistemde bir statün, değer, saygınlığın vardı. Ama şimdi ASE'miyiz, aile sağlığı hizmetçisi miyiz? (84)*

*Hastalar daha ne dediğimizi bile anlamadan şikayet ediyor bakanlığa. Orası da hiç seni dinlemeden suçluyor (95)*

Üç ASE hizmet alan kişilerle yakın ve sürekli iletişim halinde olduklarını ve sorumlu oldukları nüfusla ilişkide sorun yaşamadıklarını belirtmiştir.

*En çok sevdiğim şey herkesi tanıyorsun, hastasını, çocuğunu, gebesi-ni... Güven oluşuyor ASE ile hasta arasında. (86)*

## GÖREV TANIMI VE İŞ YÜKÜ

ASE'lerin büyük bölümü, sağlık ocaklarında hizmetlerin kapsamının ve görev tanımlarının iyi belirlenmiş olduğunu ve çalışanların kendi mes-leklerini uygulayabildiğini dile getirmiştir. Buna karşın aile hekimliği modelinde, ASE'lerin yapmakla yükümlü olup olmamalarına bakıl-maksızın verilen her görevi yerine getirmek zorunda kaldığı ve TSM, AH ve hastalar karşısında en fazla ezilen grubun ASE'ler olduğu belir-tilmiştir.

*İş yükü çok fazla ve görev tanımı net değil. AH'nin ebesisin, sağlık memurusun, laboratuvar teknisyenisin, hemşiresisin, acil müdahalesini yaparsın. Ondan sonra bilgisayar kayıtlarını yapan, evrakları düzenle-yen, resmi yazışmaları yaparsın... Bunların kaçta kaçını bir ebenin yapması gerekiyor? (78)*

Belli bir görev tanımlarının olmamasının yanı sıra aşırı düzeyde artan iş yükünün ASE'lerin en fazla yakındıkları konuların başında gelmektedir. ASE'ler hasta kabul memurluğu ve tıbbi sekreterlik de dahil olmak üzere pek çok farklı mesleğin gereklerini yerine getirmeleri ve sorumlu oldukları nüfusun fazla olması nedeniyle hizmet taleplerini karşıla-makta ve kayıtlarını tutmakta çok yetersiz kaldıklarını ifade etmiştir.

*En az  c kişi 4000 nüfusa sağlıklı bakabilir. Burası sağlık ocağı iken 15 bin nüfusa 15 ebe bakıyordu, Şimdi dört kişi bakıyoruz. Hastalara yeterince yetiŐemiyoruz. Evrak işi, bilgisayar işi, performans da olunca bayağı zor oluyor. (93)*

*Hastayla iletişim kuran sizsiniz, tedavileri, yardımcı hizmetleri yapan sizsiniz, bunların kayıtlarını tutan, bir takım aylık çalışmaları yapan sizsiniz, sisteme giren sizsiniz. Bir Şekilde her Şeyle siz uğraşmak zorunda kalıyorsunuz. (90)*

*Yaptığımız işi o kadar çok yere kaydediyoruz ki. Bir aşı geldi diyelim. AŞıyı uyguluyorum, sonra bebeğin kartına yazıyorum, sonra AHBS'ye kaydediyorum. Yetmiyor, internet üzerinden AŐıNet'e kaydetmemiz gerekiyor. Bu arada başka işler aksıyor. Bebek gelse ya onu bekleteceğim ya da bilgisayara sonra kaydedeceğim. Bu seferde birikiyor, yanlış yapma olasılığım çok. En ufak bir Şeyi yanlış yapsak maaŐımızdan kesiliyor. (92)*

*AŐını iş yükünün yanı sıra SB'nin uygulanabilirliğini değerlendirmeksizin sürekli yeni görevler eklediği ve eklenen bu görevlerden de ASE'lerin sorumlu tutulduğu belirtilmiştir.*

*İŞ yüküm beş katı arttı. Ben Şimdi 4000 nüfusa bakıyorum, bir sürü çocuğum var, 65 gebem var, 100 bebeğim var. Bunların takipleri, incelemeleri, kayıtları, evrakları... Her Şeyi ben yapıyorum. Devlet sormuyor hiç, her geçen gün bir Şey ekliyor. Mesela  ocuk izlemelerini eklediler yeni. Tamam, ekleyin de bu kişi bunu yapabilecek mi? (83)*

*İlk başta geçici bir taslak vardı aile hekimliğine ilk geçtiğimiz zaman. Sonra bu taslağa düzenli olarak bir Şeyler eklediler. Her seferinde ekstradan bir iş, ekstradan bir zaman dilimi... hani bu ekstralar hiç tükenmedi ve inanıyorum ki daha çok Şey ekleyecekler. (82)*

*Beş ASE, SB'nin insangücü planlamalarında bölgesel farklılıkları dikkate almamasını eleştirmiştir.*

*Başka ASE arkadaşlarımla g r Őuyorum farklı yerlerden. 4000 nüfusa var ama bebek sayısı 22, benim 120. Onun  alıŐma koŐullarıyla benimki aynı değil bunu bakanlık hiç göz önünde bulundurmuyor. Onların çalıştığı yerdeki halk da farklı. EĞitim düzeyi yüksek, daha bilinçli. Bizim gibi kırsal kesimde ve doğuda çalışanlar için 4000 nüfusa bir ASE çok yetersiz. (93)*

Bir sağlık memuru, sağlık ocaklarının donanımın yetersizliği ve hizmet verilen nüfusun fazla olması nedeniyle eskiden işlerinin daha uzun sürede ve daha güç şartlarda yapılabildiğini, Şu anda iş yükü açısından sorun yaşamadığını belirtmiştir. Özel sektörden geçerek ASE olan bir ATT ise, sorunun işyükü değil iş güvencesizliği olduğunu dile getirmiştir.

*Sağlık ocaklarında fazla nüfusa baktığın için vatandaŐla çok ilgilenemiyorsun. Burada hep aynı kişiler olduğundan hastalar daha rahat. Sağlık ocağında yeterli bilgisayar da yoktu, ayniyat hesapları, aylık çalışmalar, aşı programları günlerce devam ediyordu. Nüfusun bölünmesi daha kaliteli hizmeti getirdi. Bizim nüfus yerleşik, hep köyde oturuyor. Ama büyük şehirde çok zor tabi. (74)*

*Burada iş yükü falan çok değil. Çalışmak kolay. O yüzden tek derdim kadro alabilmek. Sözleşmeliyiz, hekim isterse çalışmayabilir. Şimdi sadece günü kurtarmak için çalışıyoruz ama bir askere gidip gelsem iş bulamayacağım mesela. (89)*

## KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER

### Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanları İle İlişkiler

ASE'lerin ifadeleri, sistemin yapısından ve işleyişinden kaynaklanan sorunların ASM ve TSM personeli arasında çatışmaya neden olduğunu yansıtmaktadır. Sistem, her iki grubu da hem kendi içlerindeki hem de aralarındaki ilişkiler açısından mutsuz etmekte, çalışma koşullarındaki ve özlük haklarındaki farklılıklar aynı mesleği yapan kişiler arasında ayrılıklara neden olmaktadır. ASE'lerin TSM çalışanlarına yönelik algısı kendilerine baskı kuran, desteklemeyen, çalışmadan maaş alan kişiler oldukları şeklindedir.

*TSM birçok işi ASM'lere yüklüyor. Aylık çalışmalarını bir hazırlıyoruz gelip almıyorlar, ölü bebek için üç kez bildirim yaptım. TSM işleyişinde bir sorun var, iletişimimizde de kopukluk var. (87)*

*İzne gitsen yerine biri gelecek. Biri gelince maaşın düşüyor, gelen kişi senin bölgeni, hastanı vs. bilmiyor. Çalıştığın yerdeki birinin bakması daha doğru. TSM'den biri bir an önce görevlendirmem bitsin gideyim diyor, hastalar için çok faydalı olmuyor. Artık biz özel işçiymişiz gibi*

*geliyor yani, memuriyetimiz bitmiŐ, onlar devlet memuru çalıŐmama lüksü var, bizim hiçbir güvencemiz yok. (93)*

### **Aile Hekimi ile İlişkiler**

ASE'lerin önemli bir bölümü, AH'leri ile aralarında artık bir işveren-işçi ilişkisi yaşandığını ve AH'lerin ASE'lerini verilen her işi yapmakla yükümlü kişiler olarak gördüğünü belirtmiştir. Performansa dayalı ücretlendirmenin ilişkileri daha da kötüye götürdüğü, izlem kaybına bağlı ücret kesintilerinden tamamen ASE'lerin sorumlu tutulduğu ifade edilmiştir. Bazı ASE'ler ASM giderlerinin hekim tarafından karşılanması nedeniyle bazen haksız olarak malzeme israfıyla suçlandıkları, hekimden sarf malzemesi talep etmenin kendileri açısından küçültücü olduğu belirtilmiştir. Buna karşı aile hekimi ile arkadaş ilişkisi içinde olduğunu ifade eden ASE'ler de bulunmaktadır.

*Doktorun baskısı altında çalışıyoruz. Ben ne dersem o olur mantığı var. Oturduğumuz yere bile karıŐıyorlar. Bütün işleri bize yüklüyorlar, kendileri sadece muayene yapıyorlar. Ellerinden gelse yemeğimizi bile yapın diyecekler. İŞçi muamelesi görüyoruz. (79)*

*Her konuda eleŐtiriliyorsun. Sanki onlar bizim patronumuz. Böyle değildi önceden. Ekip işiydi bu. On üç yıllık devlet memuruyum, hiç bu kadar yorulduğumu hatırlamıyorum. Hastaların yanında aŐağılıyor mesela hekim. Evime yakın diye katlanıyorum. (95)*

*Ebe ile doktorun ilişkisi pamuk ipliğine bağlı. Ebe hanımlar, bir konuda haklı olsalar bile “o işveren” deyip oturuyor. Performanstan dolayı da sorun oluyor. Hemen “neden uygulamadın, neden yapmadın? Sürekli mutfaktasın” gibi sözler oluyor... Yeterli odamız olmadığı için ebe hanımlar hastayla görüşmeleri mutfakta yapıyorlar. (109)*

### **Aile Sağlığı Elemanları Arasındaki İlişkiler**

ASE'lerin çoğunluğunun ifadesi, AH'leri arasındaki ilişkinin kendi aralarındaki iliŐkilerde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Sistem bir taraftan kişiler arası iliŐkilerde bireysel çıkarların öncelenmesini dayatırken, diğer taraftan yıllık izne ayrılma gibi durumlarda diğer ASE'ler tarafından desteğine zorunlu bırakıp ilişkilerin iyi tutulmasını gerektirmektedir.

*Bizim şehrimizde dört beş ASM'de hekimler birbiriyle küs. ASE'lerini de birbiriyle konuŐturmuyorlar. oğunun hiç iletişimi yok. (119)*

*Personel ilişkileri berbat oldu. AH'lerin hasta alma yüzünden bozuldu, ebelerin hemşirelerin geçici görevler yüzünden bozuldu. (118)*

*Bu sistemle beraber artık hasta, hekim, ebe, hemşire arasında tamamen bir çıkar ilişkisi olmaya başladı. Sen benim istediğimi yaparsan ben de seni severim. Sen benim izlemime gelersen ben de sana daha iyi izlem yapar hizmet veririm. (103)*

## ÇALIŞMA SÜRESİ VE İZİNLER

ASE'lerin tamamına yakını, maruz kaldıkları iş yükü altında hastalık durumu da dahil olmak üzere ASM'den ayrılmanın olanaksız olduğunu, yıllık izne ayrılacakları zaman ve izin dönüŐlerinde çeşitli güçlüklerle karŐılaŐtıklarını belirtmiştir.

*Tek çalışmanın çok büyük zorlukları var. Hiçbir Şekilde izin alamıyorum, en ufak bir işimi halledemiyorum, ASM'de başka bir arkadaşım olmadığı için. (88)*

*Geçen hafta kızım hasta olduğu için hastaneye yattık. 657'ye göre memur refakatçi olarak kalabiliyor ama ben kalamadım. ASE'lerde olmuyormuŐ. Yıllık izin aldım dört gün. (86)*

*İzinde yerime TSM'den biri gelirse bir hafta için maaŐımdan 500 TL kesiliyor. Aynı ASM'deki arkadaŐa devrediyorum o da bir hafta 9000 nüfusa bakıyor o zaman. Yıllık izin hakkımda bile para kesiliyor. Gün bazında para alıyoruz yani, amale hesabı. (90)*

Bazı ASE'ler A ve B sınıfı ASM'lerde uygulanan esnek çalışma saatlerinin kendilerine hiçbir getirisi olmadığı gibi iş yüklerini artıran ve özel yaşantılarını olumsuz yönde etkileyen bir uygulama olduğunu belirtmiştir. Çalışma süresinin uzamasından ve mesai dışı saatlerde telefonla aranmaktan duyduğu rahatsızlığı dile getiren ASE'ler olmuştur.

*A grubuyuz, esnek çalışma var. Bizim açımızdan külfetten başka bir Şey getirmiyor. Doktor ek ücret aldığı için onun için faydalı. (85)*

*Hafta sonu da çalışıyoruz. Aile hekimliğine geçerken hafta sonu çalıŐmayacaĐız en azından cocuklarımızla evimizde olacağız diye biliyoruz. Bu sene hafta sonu da çalışmaya başladık, 13.30'a kadar çalışıyoruz cumartesileri. crete yansımıyor, izin de kullanamıyorsun tabi. (99)*

## **Gelir Düzeyi ve ücretin  denme BiÇimi**

Dört ASE gelirlerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerin  cu daha önce özel sektörde çalıŐmıŐtır, biri de ASE olmadan önce işsiz olduğunu belirtmiştir. İki ASE, gelir düzeyinden memnun olmasına karşın bu gelirlerinin sürekliliği ve emeklilik hakları konusunda kaygılıdır.

*TSM'ye göre işi yoğun, ama parası daha iyi. Bazen eve işleri götürüyorsun ama para da önemli. (74)*

*Devlet tamamen elini çekecek ve maaŐı doktor verecek deniyor. Yani aşama aşama yapılacağını düşünüyoruz. AH'lerin bize Şu anki maaŐımızı vereceğinden kesinlikle Ő pheliyim. (88)*

*Sözleşmeli olmamıza rağmen iyi bir maaşım var. Kadro alırsak ve bu Şekilde emekli olursam fazla emekli maaŐı alacağım ama garantimiz yok. Daha sonra ne olacağımız belli değil. ASE diye bir kadro var ama bu neye bağlı. 4/B'li gibi haklarımız bile yok. (92)*

Diğer ASE'lerin tamamı,  alıŐma Őartlarının ağırlığına karşın hak edilen ücretin alınmadığını ve hizmet verilen nüfusun zaman içinde deĐiŐmesine ve kesintilere bağlı olarak sabit bir gelirin olmadığını belirtmiştir. Bazı ASE'ler, aile hekimliği sisteminde ev ziyaretleri yoluyla halka ulaŐma olanağı sağlanmadığı için vatandaşların sorumluluklarının bilincinde olmasının önemli hale geldiğini, ASM'ye gelmediği için yapılamayan bir izlem ya da aŐının suçlusunun yalnızca sağlık personeli olmaması gerektiğini vurgulanmıştır.

*Aile hekimliğinde biz bu işleri yapıyoruz ama bunun da karŐılıĐını alıyoruz diyemiyorum.  cret yönünden sağlık ocağındakiyle çok bir farkı yok. (90)*

*Aylık geliri net bilemiyoruz. Çünkü performansa takılıyorsun. Bazen yaptığın veriyi bakanlığa gönderirken internette takılıyor gitmiyor. Sen gönderdiğini sanıyorsun. Hiç ummadık bir anda maaŐından 300 400 lira kesiliyor. Her an deĐiŐebiliyor aylık gelirin. (107)*

Yaklaşık her   ASE'den biri AH'leri ile aralarındaki maaş farkının adil olmadığını ve çalıŐanlara standart bir ücret rejiminin uygulanmamasının ASE'lerin hem kendi içlerinde hem de TSM  alıŐanları ile olan ilişkilerinde gerginliklere neden olduğunu belirtmiştir.



*Çok adaletsiz bir paylaşım var. AH'ler 7-8 milyar maaş alırken bize verilen ücret belli. Asıl işi yapan biziz (84)*

*Nüfusu fazla olan fazla maaş, az olan düşük maaş alıyor. Ama iş yükü olarak hemen hemen aynı. O da personel arasında zaman zaman problemlere sebep oluyor "aynı yerde görev yapıyorum ama arkadaşım benden fazla aldı, onun daha fazla çalışması gerekir" gibi. (93)*

## TÜKENMİŞLİK

Katılımcıların ifadelerine göre, ASE'ler mesleğinin gereklerini yerine getirememe, özlük haklarına ilişkin sorunlar, aşırı ve artan iş yükü, mesleğın değersizleşmesi ve kendini geliştirme olanaklarının olmaması, kişiler arası ilişkilerin bozulması ve yalnızlaşma gibi nedenlerle çalışma ortamında kendilerini mutsuz hissetmekte ve sürekli motivasyon kaybı yaşamaktadır. Bazı ASE'ler istifa etmeyi ya da sağlık sektöründen ayrılmayı düşünmektedir.

*Öncesinde işimi keyifle yaparken sonra yapmak için yaptığımı fark ettim. Yapmazsan paran kesilir, yapmazsan doktorunla papaz olursun, sen desteklemezsen arkadaşın da seni desteklemez. Hafta sonunun gelmesini ipte çeker oldum. (87)*

*Her geçen gün biraz daha köşe sıkıştığımızı hissediyoruz. Gelecekle ilgili korkularım var. Sağlık ocağı sisteminde çok daha huzurluyduk, mutluyduk. İsterse bir sürü iş olsun, seve seve yapıyorduk. Ama aile hekimliği geldi, şevkimiz falan kırıldı yani... Enerjimiz bitti, potansiyel kalmadı Şimdi düşünüyorsun, acaba gebeleri ve bebekleri para için mi arıyoruz? Gerçekten sağlık için mi yapıyoruz bu işi yoksa para için mi? (84)*

*Cipralex kullanıyorum aile hekimliğine geçeceğim dönemde başladım. Geçiş dönemi çok sıkıntılı oldu, hala etkileri var, ilaca devam ediyorum. Sözleşme kaygısı da var. (99)*

*ASM'de daha ne kadar çalışabilirim bilmiyorum. Şartlar daha da zorlaşırsa bırakmayı düşünüyorum. İş yükü çok olunca bir yerden sonra tükendiğini hissediyorsun.(93)*

## TARTIŞMA

Bu çalışmada yola çıkış nedenimizi ülkemizde BBSH ortamında yaşanan dönüşümü anlama ve sağlık çalışanlarının duygu ve deneyimleri aracılığı ile bu dönemin tarihine bir not düşme gereksinimi oluşturmuştu. Çalışma, niteliksel verilere dayanması nedeniyle bize istatistiksel olarak genellenebilir bulgular, birinci basamağın işleyişini ve sağlık çalışanlarının durumunu yansıtan oranlar ve sayılar vermedi, ama aile hekimliğine geçişin BBSH'nin temel özellikleri açısından ne getirdiği, toplum yönelimli ve bütüncül hizmet açısından nereden nereye geldiğimiz ve artık dağılan birinci basamak ekibinin neler yaşadığı hakkında kapsamlı ve derinlemesine bilgiler sağladı.

## BİRİNCİ BASAMAK ÖRGÜTLENME MODELİ OLARAK AİLE HEKİMLİĞİ

### Birinci Basamağın Yapısal Özellikleri Açısından Aile Hekimliği

Aile hekimliğinde alt yapı ve insan gücü bakımından içinde bulunduğumuz durumu tartışabilmek için öncelikle yakın geçmişi hatırlamak gerekiyor. Henüz aile hekimliğinin sadece bir kaç pilot il ile sınırlı olduğu son dönemleri yansıtmaması nedeniyle 2006 yılı verileri üzerinden bir değerlendirme yapabiliriz. Temel Sağlık Hizmetleri Yılı, Sosyalleştirme Yasası'ndan (**Sağlık Bakanlığı, 2007**) 45 yıl sonra sağlık ocaklarının sadece % 67'sinin kendi binasında olduğunu göstermektedir. Kalan % 28'in ise sağlık evi binasına, mahallen temin edilen bir binaya, geçici süre ile tahsis edilen ya da bir başka kamu kurumuna ait olan bir binaya sığındığı, hatta % 3'ünün kiralık bir binada olduğu görülmektedir. Birinci basamak kaynaklarının ülke içindeki dağılımını değerlendiren iki çalışma da tartışmamız için zemin oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan biri 1998 tarihlidir (**Belek, 1998**), diğeri de 2000-2004 dönemini değerlendirmiştir (**Öcek, 2007**). İki çalışma da aynı sonuca varmıştır; alt yapı ve insan gücü dağılımı bakımından derin bir eşitsizlik vardır ve bu eşitsizlik etkisini hizmet sunumunda da göstermiştir. Bu durumda sağlık ocaklarının gerek alt yapı gerekse insan gücü açısından desteklenmediğini ve bu nedenle sosyalleştirmenin eşitlikçi

özünü ortaya çıkarmasının engellediğini söyleyememiz yanlış olmayacaktır (**Belek, 1998, Öcek, 2007**).

Aile hekimliğinde bugün mevcut olan durumu değerlendirmeye insan gücü ile başlayabiliriz. Çalışmamızda hemen tüm katılımcıların AH ve ASE başına düşen nüfusun yoğunluğundan şikayet etmiş ve AH'lerin büyük bölümünün hasta listelerinin 4000'i çoktan aştığını bildirilmiş olması ortada sayısal anlamda bir gelişme olmadığını yansıtmaktadır. SB saha koordinatörleri tarafından AH'lerin nüfus ortalaması 3650 olarak bildirilmiş (**Üstü, 2011**), DB'nin (**2013**) aile hekimliği raporunda da sayıların 4500'i geçebildiğinin yazılmış olması katılımcılarımızın belirttiği yüksek sayıları doğrulamaktadır. DB raporu da (**2013**) SB'nin bu sayıyı 2023'e kadar 2000'e düşürmeyi amaçladığını bildiren aslında insan gücü açısından sorunlu bir durumun söz konusu olduğunu kabul etmektedir. Sadece İstanbul'da BBSH'nin daha önce adeta terk edilmiş bir alan olmasına bağlı bir sayısal gelişme ile karşılaşmaktadır. İnsan gücü açısından eskiden de yaşanan sorunlu tablonun devam ettiğini gösteren bir başka bulgumuz da tercih edilmeyen bölgelerin açık kalmasıdır. Katılımcıların ifadeleri bunun iki nedeni olduğunu göstermektedir. İlk neden hekimlerin mahrumiyet bölgelerine gitmek istememesidir. Bu da mahrumiyet bölgeleri için yapılan ek ödemelerin teşvik oluşturmak için yetersiz kaldığını yansıtmaktadır. Rechel'in (**2009**) makalesi aynı durumun Bulgaristan'da da yaşandığını, mahrumiyet bölgelerinde çalışanlar için başlatılan ek ödemelere rağmen 2006 yılında bu bölgelerdeki merkezlerin % 17.8'inin boş kaldığını açıklamaktadır (**Rechel, 2009**). Aile sağlığı birimlerinin boş kalmasının ikinci nedeni ise daha çarpıcıdır. Hekimler bina ve donanım maliyetinin tamamen kendilerince karşılanmak zorunda olduğu sanal ASM olarak adlandırılan birimleri özellikle de çok sayıda hasta güvenesi yoksa tercih etmemektedir. Bu durumda 2013 yılında yapılan atama kurasında neden 148 aile hekimliği pozisyonun açık kaldığı ve 15 Nisan'da gerçekleştirilen yerleştirme ile neden ancak 25'inin doldurulabildiği anlaşılmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2013a**). Aile hekimliğine geçiş sürecinde Eskişehir ve Samsun'da yapılan değerlendirmeler ise insan gücünde sayısal açıdan asıl üzerinde durulması gereken grubun ASE'ler olduğuna, ASE olarak görevlendirilen ebe /hemşire sayılarında ciddi azalmalar gerçekleştiğine işaret etmektedir (**Yılmaz, 2007; Çakır, 2007**). Eskişehir'de daha önce 19 sağlık ocağında 564 ebe ve hemşireyle verilen BBSH 163 ayrı birimde 163 ASE tarafından verilir

duruma gelmiştir (**Yılmaz, 2007**). Diğer yandan, görüştüğümüz hekimlerden bir bölümü aile hekimliği ile birlikte hekimler başta olmak üzere tüm birinci basamak personelinin çalışmasının sağlandığını belirtmiş olsa da, sağlık ocaklarında personelin denetlenmemiş, desteklenmemiş ve motive edilmemiş olduğu ve bunun da aslında hükümetlerin bir tercihi olarak görülmesi gerektiği yine katılımcıların ifadeleri ile ortaya çıkmıştır.

İnsan gücü BBSH'nin gerektirdiği niteliklere sahip olmadıkça sayısal yeterliliği tartışmak çok anlamlı değildir. Aile hekimliği öncesinde SB'nin bizzat yürüttüğü ya da desteklediği sistematik ve ulusal düzeyde bir mezuniyet sonrası sürekli eğitim etkinliği ile karşılaşmamıştır. Bakanlık bu açığı kapatmaya çalışan Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün etkinliklerini de görmezden gelmiştir. Bugün gelinen noktada ise katılımcıların AH'lerin halen bebek, gebe izlemi, aşı tablosu, soğuk zincir, bulaşıcı hastalık filyasyonu gibi temel konularda bile önemli açıklarının bulunduğunu belirtmiş olmaları uyum eğitimlerinin önemli bir kazanım sağlamadığını göstermektedir. Katılımcıların ifade ettiği bir diğer sorun da birinci basamak deneyimine sahip olmayan AH'ler ve ASE'lerdir. Manisa'da geçiş sürecinde uygulamada yer alan AH'lerin % 50'sinin daha önce hiç birinci basamakta çalışmamış olması da bu saptamayı destekler yöndedir (**Eser, 2009**). Bulgaristan'da yaşanan deneyim de apar topar gerçekleştirilen sistem değişimlerinin geldiği nokta açısından ülkemizdeki duruma benzerlik göstermektedir. Daha önce dahiliye uzmanı, pediatrist veya başka bir alanın uzmanı olarak çalışan hekimler reformların ardından BBSH konusunda yeterli bir eğitim almaksızın AH oluvermiş, eskiden sadece pediatrişler tarafından sunulan çocuk sağlığı hizmetleri de AH'lere aktarılmıştır (**Rechel, 2009**). Fakat AH'lerin bağışıklama ve diğer koruyucu hizmetler gibi birinci basamak çocuk sağlığı hizmetlerinde ciddi bir eğitim açığı olduğu ortaya çıkmıştır. Rechel (**2009**), bu sorunu ayrıntılı bir şekilde aktardığı makalesinde "çocuk sağlığı hizmetleri AH'ler tarafından verilecekse öncelikle bu alanda çok iyi bir şekilde eğitilmeleri gerekmektedir" yorumunu yapmıştır.

Aile hekimliğine geçiş ile birlikte birinci basamak insan gücünde yaşanan en önemli değişim ekip hizmetinin terk edilmesi olmuş, sağlık ocağı ekibinin görev ve sorumlulukları AH'den ve elemanından oluşan iki kişiye yüklenmiştir. AH eğer isterse personel sayısını arttırma özgürlü-

ğüne sahiptir, ama bunun bedelini tamamen kendisi karşılamak zorundadır. Bu nedenle çok sayıda AH'nin çalıştığı merkezlerde ek sekreter, temizlik görevlisi istihdam edilebilse de ikinci bir ASE istihdamı pek rastlanan bir durum değildir. Ekip çalışmasının kaybının yarattığı sorun sadece sayısal bir azalmadan kaynaklanmamaktadır, asıl üzerinde durulması gereken farklı becerileri, deneyimleri ve görevleri olan ve bu farklılıklara karşılıklı olarak saygı duyan çalışanların ortak bir amaca ulaşmak için birlikte hareket ettiği yaklaşımın ortadan kalkmış olmasıdır. Sağlık ocağında hekimler arasında laboratuvar, acil, AP (aile planlaması) gibi hizmetlerde yapılan iş bölümü artık söz konusu değildir, çünkü liste temelli örgütlenme iş bölümünü tamamen red etmektedir, zaten hekimlerin artık birbirlerinin rakibi haline geldikleri bir ortamda iş bölümünün de yeri yoktur.

Sağlık ocağını diğer hizmet birimlerinden ayıran en temel özelliklerden biri ebeler aracılığı ile sosyal açıdan dezavantajlı kesimin hizmete erişimini kolaylaştırmış olmasıdır. Hizmetlerini ağırlıklı olarak alanda yürüten sağlık ocağı ebeleri başta kadınlar ve çocukları olmak üzere tüm toplumun sağlık düzeyini ve sorunlarını yerinde saptamış, hem cinsiyetlerinin hem de iletişim becerilerinin avantajını kullanarak üreme sağlığı hizmetlerini kadınların evlerine kadar götürmüş, böylece başvuramayanlara da ulaşmıştır. Sağlık ocağı ebesine benzer rol üstlenmiş BBSH çalışanlarına pek çok ülkede rastlanmakta, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık merkezleri ile toplum arasındaki bağı oluşturmada ebe benzeri toplum sağlığı çalışanlarının çok önemli fonksiyonları olduğu vurgulanmaktadır (**Brown, 2007**). Aile hekimliği ise ebenin koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve toplumla ilişkisinin sağlanmasında üstlendiği rolü tamamen görmezden gelmiş, ebeleri hekim yardımcısı fonksiyonu gören ASE'lere dönüştürmüş, sağlık ocağı ekibinin tıbbi sekreter, çevre sağlığı teknisyeni vb diğer üyelerini ise tamamen dışlamıştır.

SB'nin talebi üzerine pilot illerde aile hekimliğinin durumunu değerlendiren Hollandalı araştırmacıların BMC Health Services Research'de yayınlanan makalelerinde de ekip çalışması ile ilgili yorumlar yer almaktadır (**Kringos, 2011**). Hollandalı yazarlar "*Kronik hastaların bakımına yönelik çok disiplinli ekip yok denecek düzeydeydi. ... Birinci basamağın dış hekim, fizyoterapist, eczacı gibi diğer ekip üyelerine ASM'lerde rastlanmıyordu. Ekip üyeleri arasında işbirliği gözlenmiyor-*

du” ifadeleri ile durumumuzu özetlemiştir. “AH’ler ile hemşirelerin düzenli olarak toplantı yapması pek alışıldık bir durum değildi, AH’ler ile ebelerin düzenli olarak toplanması ise daha da az rastlanan bir durumdu” ifadeleri ise Kringos ve arkadaşlarının ülkemize ne denli uzak olduğunu yansıtmaktadır. Sonuç olarak, ekip çalışmasını ortadan kaldıran bir bakanlığın kendi bilim insanlarına güvenmeyerek araştırma ismarladığı Hollandalılar tarafından ekip çalışması nedeniyle eleştirilmesi oldukça öğretici, ama ne yazık ki çok da üzücü bir durumdur.

Aile hekimliği sağlık ocaklarından miras aldığı alt yapı ve donanım üzerine kurulmuştur. Fakat bu alt yapı ve donanımın yetersizliği konusunda farklı taraflarca kaleme alınmış hemen tüm yazılarda bir görüş birliği bulunmaktadır (**Öcek, 2007; Kringos, 2011**). Elazığ’da yapılan bir çalışmada bu açıdan oldukça çarpıcı bir bulgu bildirilmiştir. Çalışmada bir sağlık ocağı polikliniğine başvuran on hastadan üçü sunulan hizmetlerden para alınması gerektiğini belirtmiş, gerekçesini de “sağlık ocaklarının daha kaliteli hizmet verebilir, kendi kendine yetebilir ve eksiklerini karşılayabilir bir konuma gelebilmesi” olarak açıklamıştır. Bu bulgu, halkın da sağlık ocaklarının desteklenmediğinin farkında olduğunu ve kabullendiğini yansıtmaktadır (**Deveci, 2005**). Çalışmamıza katılan AH’ler de ASM olmak üzere devraldıkları sağlık ocağı binalarının birbirlerinden çok farklı koşullarda olduğunu açıklamıştır. Bina ve donanım standardı bir yana tamamen AH’ler tarafından kurulan birimler de olduğu görülmektedir. Katılımcıların ifadeleri bu sorunlu tablonun maliyetinin artık AH’lerin sırtına yüklendiğini, sınıflandırmanın da bunun bir aracı olduğunu ortaya koymaktadır. AKP hükümetinin getirdiği bu formülün AH’leri hastanın gereksinimlerini değil, maliyet kısma yollarını önceleyen birer yatırımcıya dönüştürdüğü, hekimler arasında gelir ve çalışma koşulları açısından önemli bir eşitsizlik yarattığı, vatandaşların eşitliğinin ise ilkesel olarak bile red edildiği görülmektedir. Diğer yandan katılımcıların ifadeleri ASM’lerin sınıflandırılmasında dikkate alınan kriterlerin sağlık hizmeti sunumuna bir katkı sağlamadığını açıklamaktadır.

DB 2013 yılında ülkemizdeki aile hekimliği sistemi hakkında bir rapor yayınlamıştır. Raporun ilk sayfalarında, sağlık ocaklarında görevli hekim ve ebe/hemşire dağılımındaki eşitsizlikten ve bunun hizmet sunumuna yansıyan sonuçlarından bahsedilmektedir. Fakat bir sistemin hükümet düzeyinde sahiplenmiş olmasının en önemli göstergesi olarak

değerlendirebileceğimiz alt yapı desteği yetersizliği gözden kaçırılmaktadır. Raporda sağlık ocağı personelinin ücretlerinin düşüklüğü ve teşviklerin yetersizliği nedeniyle etkin çalışmadığı iddia edilmiş, ama birinci basamağın etkin çalışmasının önündeki en temel engeli oluşturan ve etkileri giderek artmakta olan sağlığın medikalizasyonuna, aşırı uzmanlaşmaya ve özelleştirmeye yol açan politikalar görmezden gelinmiştir (**Dünya Bankası, 2013**). İnsan gücü ve alt yapı ile ilgili sonuçlarımızı özetlersek; geçmişte desteklenmeyen, denetlenmeyen ve başarıları görmezden gelinen birinci basamak ekibinin ve sağlık ocaklarının yerini artık elemanı ile birlikte tek başına bir ekibin yükünü sırtlanmak zorunda kalan AH'ler ve standartları hekimlerin maddi güçlerine ve niyetlerine göre değişen ASM'ler almıştır. Bulgularımız gelinen bu noktanın vatandaşın hizmete erişimini, kullanımını ve birinci basamağın temel işlevlerini gerçekleştirilme düzeyini de şekillendirdiğini yansıtmaktadır.

### **Birinci Basamağın İşleyiş Özellikleri Açısından Aile Hekimliği**

Barış, Mollahaliloğlu ve Aydın (**2011**), British Medical Journal'da yayımlanan makalelerinde sağlık reformlarının ülkemizde en yoksulların sağlık hizmetine erişimindeki eşitsizliği azalttığını, sağlık çalışanı varlığında gerçekleşen doğumları ve kızamık aşısı açısından kır-kent, zengin-yoksul farkını artık ortadan kaldırdığını iddia etmiştir. Atun ve arkadaşları da (**2013**) SDP'nin sağlık eşitliklerini geliştirdiğini belirtmiştir. Fakat bizim elde ettiğimiz bulgular yazarların iddiaları ile oldukça farklı yöndedir. Çalışmamıza katılan dört farklı grubun da üyelerinin önemli bir bölümü halen bir AH'ye kayıtlı olmayan vatandaşların azımsanamayacak bir oranda olduğunu belirtmiştir. Üstelik kapsam dışı olanların içinde ağırlık, mevsimlik işçiler gibi sürekli göç eden vatandaşlara, TC kimliği olmayanlara ya da yasal sorunları nedeniyle kayıt yaptırmak istemeyenlere, yani BBSH'ye en çok gereksinim duyanlara aittir. Bunun yanı sıra bir AH'ye kayıtlı olmak hizmete erişmek anlamına da gelmemektedir. Katılımcılar erişimi engelleyen bir dizi sorunu dile getirmiştir. Bu sorunların birincisi başlangıç aşamasında yapılan planlamanın yetersizliği nedeniyle bazı vatandaşların kendilerine uzak bölgelerdeki hekimlere atanmış olması, yakınlarındaki AH'lerin ise listelerinin kalabalıklığı nedeniyle yeni hasta kabul etmemesidir. Hekimlerin hasta sayısının yüksekliği, yerleşim yerini değiştiren vatandaşlar için de

sorun olmakta, kendilerine yakın bir hekime kayıt olamayanlar başka şehirde bile olsa eski hekiminin listesinde yer almaya devam etmektedir. Katılımcıların ifadelerine göre hekimlerin yeni hasta kaydetmek istememelerinin tek nedeni listelerinin yoğunluğu değildir. Performans cezasına yol açabilecek ya da hekimi aşırı talepleri, kişilik yapısı vb özellikleri nedeniyle zorlayabilecek hastaların listeye alınmasından özellikle kaçınılmaktadır.

Erişim sorununun bir diğer boyutu da yaşadığı yerde bulunmadığı zamanlarda sağlık hizmetine gereksinim duyan bireylerdir. Ailelerinden başka bir şehirde okuyan öğrenciler, yazlıkçılar, mevsimlik işçiler, büyük şehirde yaşanan, ama yılın belli bir dönemini kendi memleketinde geçirenler, hatta bir kaç haftalığına yer değiştiren gebeler ve küçük çocuklar belirli bir süre için gittikleri yerlerde kendi hastaları dışındaki vatandaşlara hizmet vermeyen hekimler tarafından red edilebilmektedir. Çalışmamızdaki AH'ler bunun için aşırı yükü, malpraktis endişesi gibi oldukça anlaşılır gerekçeler göstermiştir. Üstelik katılımcıların ifadeleri gerek hekimlerin gerekse ASE'lerinin önemli bir bölümünün kendilerine kayıtlı olmasalar da hizmete erişim açısından sorunlu vatandaşlara koşulları ölçüsünde yardım ettiklerini göstermektedir. Zaten sorunun temel nedeni hekimlerin etik yaklaşım eksikliği değil, liste temelli sistem ve performansa dayalı ödeme uygulamasıdır.

Aile hekimliğine geçiş öncesinde toplumun sağlık hizmeti kullanımını değerlendiren çalışmalar ülkemizde eğitimsiz, yoksul, işsiz ve güvencesiz vatandaşlarımızın hizmet alabildiği kurumun sağlık ocakları olduğunu göstermiştir (**Şahin, 1998; Çiçeklioğlu, 1999; Berberoğlu, 2001; Hassoy, 2005; Deveci, 2005**). Aile hekimliğine geçişin ardından yapılan çalışmalar ise bizim bulgularımıza benzer şekilde tamamen farklı bir duruma işaret etmektedir. Bolu ve Edirne'de aile hekimliği ile birlikte ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde gerçekleşen değişimi LOT Kalite yöntemiyle değerlendiren çalışmalarda özellikle yoksul ve sosyal güvencesi olmayan grupların bu hizmetlerden yararlanmalarında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (**Alkoy, 2008; Eskioçak, 2008**). Bulgularımızı destekleyen bir başka çalışma ise Bulgaristan'da sağlık reformlarının ve aile hekimliğine geçişin ardından yaşanan durumu aktarmaktadır. Rechel ve arkadaşlarının (**2009**) çalışmasına göre yoksulluk, eğitimsizlik, ayrımcılık gibi nedenlerle ilişkili olarak BBSH'de erişim sorunu yaşanmakta, Türk ve Roman kökenli çocuk-



lar, Bulgar çocuklara göre daha fazla erişim engeli ile karşılaşmaktadır. Yazarlar Plovdiv şehrinde özellikle Romanların yaşadığı bir gettoda ortaya çıkan çok geniş çaplı hepatit A salgınına verilen yanıtta gecikmenin özellikle Roman çocukları etkilemiş olmasını da bu eşitsizliklerin bir kanıtı olarak yorumlamıştır. Katılımcılarımızın da bildirdiği gibi Rechel'in makalesinde Bulgar hekimlerin sistemden kaynaklı erişim açıklarını kapatmak için mevzuata aykırı davranabildiklerini, örneğin vatan dışılık numarası olmayanlar gibi hizmetlerin tamamını cepten ödemek zorunda kalan hastalara ücretsiz hizmet verebildiklerini aktarmıştır. Özet olarak benzer bir reform süreci yaşayan iki ülkede de toplumun en alt kesimlerinin hizmete erişimi AH'lerin iyi niyetine kalmıştır.

Coğrafi bölgeye ve kırdan ya da kentte yaşamaya bağlı erişim sorunu eşitsizlik tartışmalarının merkezinde yer almaktadır (**Lewis, 2009**). Bulgaristan'da aile hekimliğine geçişin ardından çocuk sağlığı hizmetleri açısından önemli coğrafi eşitsizliklerin ortaya çıktığı bildirilmiştir (**Rechel, 2009**). Her ne kadar Barış ve arkadaşları (**2011**) ülkemizde birinci basamağa erişim açısından kır-kent eşitliğinin ortadan kalktığını iddia etse de çalışmamızın bulguları da aile hekimliği ile birlikte özellikle sağlık evlerinin ve kırsal alandaki sağlık ocaklarının kapatılmış olmasına bağlı bir eşitsizlik yaşandığını yansıtmaktadır. Aile hekimliği sistemine en taraftar olan katılımcılarımız bile bu modelin kırsal bölgelerin gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kaldığını belirtmiştir. Yılmaz (**2012**) da Eskişehir'de aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte yaşanan olumsuzluklardan en çok ilçe ve köylerin etkilendiğini açıklamıştır. Buna göre Eskişehir'de sağlık ocağı döneminde hekimlerin % 39'u ilçe ve köylerde çalışırken, aile hekimliği ile birlikte bu oran % 18'e düşmüştür. Bu düşüş özellikle çalışma saatleri dışında ve tatil günlerinde sağlık hizmeti almayı neredeyse olanaksız hale getirmiştir. Köylere yapılan mobil ziyaretlerin ise ortaya çıkan bu açığı doldurmadığı, gerek katılımcılarımızın ifadeleri gerekse SB'nin saha koordinatörlerinin saptamaları (**Üstü, 2011**) ile çok açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Erişim tartışmasının bir diğer önemli boyutu da finansal engellerdir. Bulgularımız şu anda hastaların aile hekimliğinden hizmet almasını engelleyen bir finansal sorunun varlığına işaret etmemektedir. Hatta bazı katılımcılar hastanelerde uygulanan katkı payları nedeniyle birinci basamağın kullanımının arttığını belirtmiştir. Ama yukarıda açıkladığı-

mız gibi toplumdaki en dezavantajlı vatandaşların AH'lerine zaten ulaşamadıklarını dikkate alırsak bu durumun hizmet alanlarla sınırlı olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca bulgularımızın hastaların görüşlerini yansıtmadığı, örneğin ilaçlar için ödenen katkı paylarını sorgulamadığı unutulmamalıdır. Nitekim, Kringos ve arkadaşları (2011) pilot illerde yaptıkları hasta anketi sonucunda katkı payının hizmet kullanımı önünde önemli bir engel oluşturduğu sonucuna varmış ve bulgularını “Aile hekimliği hizmetleri resmi olarak ücretsiz olmasına karşın, bu reçetelenmiş ilaçlar ve enjeksiyonlar için geçerli değildi. Hastaların yarısı (% 57) bu hizmetler için ücret ödediğini belirtti. Finansal nedenle hizmet almaktan vazgeçen hasta yüzdesi AH için % 9, uzman için % 17 idi” sözleriyle ifade etmiştir.

Hizmet kullanımının artırılması sağlık pazarını büyütmenin en önemli stratejileri arasında yer almaktadır. “Talep yaratma”, “talep yönlü reformlar” vb ifadelerle süslenen sürecin meta karakteri kazanmış bir sağlık hizmetinde, amacı pazarı canlı tutmak ve karı arttırmaktır.. Ülkemiz ve özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri ne yazık ki ortaya çıkan kıskırtılmış talep için gösterilebilecek en iyi örnekler arasındadır (Zencir, 2012). SB'nin bütçe sunumu da talep patlamasının boyutunu görmemizi kolaylaştırmaktadır. Buna göre, kişi başına hekim başvuru sayısı 1994'te 1.7, 2002'de 3.0 iken 2011'de 7.7'ye çıkmıştır. Bu artışa birinci basamak özelinde bakıldığında aynı tarih sırasıyla 0.5, 1.1 ve 3.2 sayıları ile karşılaşılmaktadır. 1994 yılında 11 870 birinci basamak hekiminin toplam muayene sayısı 27 milyon iken, 2002'de 17 800 birinci basamak hekiminin 74 milyon, 2011'de 22 073 AH'nin 240 milyon hasta muayenesi yaptığı görülmektedir. Özetlersek, hekim sayısı iki kat artarken muayene sayısı on kat artmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Katılımcılarımızın ifadeleri de yukarıda özetlediğimiz bu süreç ile tam bir uyum içerisindedir. Görüştüğümüz tüm birinci basamak sağlık çalışanları hizmet kullanımında çok büyük bir artış olduğunu, AH'lerin günde 80'e, 100'e hatta 100'ün de üzerine varabilen sayılarda hasta baktığını aktarmıştır. Kringos'un makalesinde (2011) AH'lerin günde ortalama 47 hasta baktığı bildirilmiştir. Araştırmanın tarihi dikkate alınırsa bu bulgu özellikle aile hekimliğine ilk geçen illerdeki katılımcıların başlangıçta hasta sayısının makul düzeyde olduğunu, fakat çok büyük bir hızla arttığını bildirmiş olmaları ile tutarlıdır (Kringos, 2011). Fa-

kat görüştüğümüz sağlık çalışanları hizmet kullanan vatandaşların AH'lerin listesinin % 40-60'ını oluşturduğunu, birinci basamağa hiç uğramayan bir kesimin de bulunduğunu da eklemiştir. İzmir-Ödemiş'te gerçekleştirilmiş olan bir alan çalışması da bu saptamayı desteklemektedir (**Çelebioğlu, 2010**). Çalışmada yaşlıların yıllık ayaktan sağlık hizmet başvuru sayısı kişi başına 12.2 olarak hesaplanırken, % 28.4'lük bir kesimin herhangi bir yakınması olduğu halde sağlık hizmetine başvurmadığı, üstelik de bu karşılanmamış sağlık gereksiniminin yaşlıların yaşam koşullarının kötüleşmesiyle birlikte arttığı belirlenmiştir. Diğer yandan, katılımcıların ifadelerine göre kıskırtılmış talebin ve AH'lerin hizmetlerinin talep yönelimli boyutunun giderek artmasının sonucunda, özellikle ASM'lere coğrafi erişim engeli olmayan bir kesim aşırı düzeyde hizmet kullanmaya başlamıştır. AH'leri bu durumu "hep aynı hastalarla karşılıyoruz" vb ifadeler ile aktarmıştır. Bu talep patlamasının sonuçları ise hekimlerin poliklinik hastası bakmaktan diğer işlerle ilgilenemez hale gelmesi, her bir hastaya ayrılan sürenin ve hizmetin niteliğinin azalması, hasta-hekim ilişkisinin giderek kötüleşmesi olarak açıklanmıştır.

Kullanım sıklığının yanı sıra aile hekimliği hizmetlerinin ne amaçla kullandığı da sorgulandığında tablo tamamlanmaktadır. Gerek AH'ler ve ASE'ler gerekse TSM hekimleri vatandaşların ASM'leri çok büyük oranda ilaç yazdırma, rapor alma, ikinci basamakta istenen bazı tetkik ve testleri yaptırma amacıyla kullandığını açıklamıştır. AH'lerin buna karşı bir mücadele verdiklerini, ama istedikleri başarıya ulaşmadıklarını belirtmiş olması da artık bu tablonun ne yazık ki oturduğunu yansıtmaktadır. Ankara'da yapılan bir çalışma da bu bulgumuzu niceliksel veriler aracılığı ile desteklemektedir. Bu çalışmada ASM'e başvuru nedenini katılımcıların % 4'ü sağlam çocuk izlemi, % 6'sı bağışıklama, %1'i gebelik takibi, % 1'i AP danışmanlığı ya da yöntemi alma, % 44'ü poliklinik muayenesi, % 39'u reçete yazdırma olarak belirtmiştir. Bu verilere göre kişiye yönelik koruyucu hizmet talebiyle başvurular sadece % 12'lik bir paya sahiptir (**Aycan, 2013**). Ankara'da aile hekimliği öncesi yapılan bir çalışma ise yaşanan değişimi görmemize yardımcı olmaktadır. 2005 yılında yapılan bu çalışmada birinci basamağa başvuru nedenleri arasında poliklinik muayenesinin payı % 40, reçete yazdırmanın payı % 22 iken, başvuruların % 25'inin koruyucu hizmet almak için gerçekleştirildiği bildirilmiştir (**İlhan, 2006**). Sonuç olarak AH'lerin hizmetlerinin odağında sağlığın korunması ve gelişti-

rilmesi yer almamaktadır, aşırı bir hizmet kullanımı söz konusudur, ama hekimlerin sunmak zorunda bırakıldığı, hizmet toplumun ne koruyucu ne de tedavi edici bakım gereksiniminin karşılanmasına kayda değer bir yarar sağlayacak özellikte değildir.

Kringos ve arkadaşlarının (2011) Düzce ve Eskişehir’de yaptıkları çalışmada hastaların büyük bölümü yeni karşılaştıkları sağlık sorunlarında ilk olarak AH’lerine gittiği bildirilmiştir. Ama araştırmacıların çalışmasının her bir AH’ne başvuran ilk yirmi hastasıyla yapılan anketlere dayandığı, yani “seçimde yan tutma” olarak adlandırılan önemli bir hata kaynağı barındırdığı dikkate alınırsa başka bir sonuç beklenemeyeceği de ortadadır. DB’nin SB ile işbirliği için de kaleme aldığı raporda da (2013) eskiden ülkemizde sağlık hizmetlerinin hastane odaklı olduğu, hastaların düşük kaliteli birinci basamak sağlık merkezlerine gitmek yerine doğrudan üst basamak sağlık kurumlarına gittiği, aile hekimliği ile birlikte bu durumun değiştiği yazmaktadır. Çalışmamızda ise bu yönde bir değişime işaret eden bulgular saptanmamış, gerek AH olan gerekse diğer gruplarda yer alan katılımcılar toplumun büyük bir bölümü için birinci basamağın ilk başvuru işlevi görmediğini ifade etmiştir.

Birinci basamağın ilk başvuru işlevini gerçekleştirebilmesi, vatandaşların GP’nin sevk olmaksızın ikinci basamağa ulaşamamaları şeklinde özetleyebileceğimiz kapı tutuculuk uygulamasının varlığına bağlıdır (Starfield, 1998; Boerma, 2003). Görüştüğümüz AH’ler de ilk başvuru işlevi görememelerinin nedenini vatandaşların hiç bir denetleyici mekanizma olmaksızın ikinci ve üçüncü basamağa rahatlıkla ulaşabilmesine bağlamıştır. Bu durum yukarıda da açıkladığımız gibi AH’lere diğer basamaklardaki hekimlerin reçetelediği ilaç ve tetkikleri yazmak dışında bir işlev bırakmamaktadır. Diğer yandan Boerma’nın (2003) saptamaları ile uyumlu olarak, görüştüğümüz AH’lerin ilk başvuru konumunun hizmet verilen bölgenin ve bireylerin özelliklerine göre değiştiği saptanmıştır. Diğer hizmet kaynaklarına erişimin kolay olmadığı kırsal alanda ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde özellikle yoksul ve eğitimsiz vatandaşlar açısından AH’ler daha büyük oranda ilk olarak başvuru sağlık çalışanıdır.

Hemen tüm katılımcılar bir yandan kapı tutuculuk uygulanmamasının yarattığı sorunlara işaret ederken, diğer yandan da mevcut koşullarda sevk sisteminin gelmesinin tam bir karmaşa ile sonuçlanacağını bildir-

miştir. “Birinci basamak kaldıramayacağı bir iş yükü ile karşı karşıya gelir”, “zaten gergin olan hasta-hekim ilişkisi daha da bozulur”, “hekimler sevk memuruna dönüşür” gibi öngörüler aktarılmış, sevk sisteminin Denizli’de kısa süre ile denendiği döneme şahit olan bir AH de tüm bu öngörülerin yaşandığını aktarmıştır. DB’nin aile hekimliği ile ilgili raporunda da sevk uygulamasının sistemde bazı sorunlara ve AH’lerin iş yükünde artışa neden olduğu için kaldırıldığı yazmaktadır. Sevk zorunluluğunun yaratabileceği sorunları diğer ülkelerin deneyimlerinden de öğrenmek mümkündür. Örneğin, Norveç’te 2001 yılında birinci basamakta liste temelli örgütlenmeye geçilmiş ve GP’lerin gelirleri de büyük oranda kayıtlı hasta sayısı üzerinden hesaplanmaya başlamıştır. Bu değişimin ardından Norveç’li GP’ler sevk isteyen hastalarını reddetmekte çok zorlandıklarını, istekleri red edilen hastaların listelerinden çıkabildiğini belirtmiş ve tüketici memnuniyetine dayalı bir rekabet sisteminin içinde artık kapı tutucu görevini gerçekleştiremediklerini itiraf etmiştir (**Carlsen, 2005**). Bulgaristan’da ise GP’lerin sevk ettikleri hasta sayısına aylık bir sınırlama getirilmiş, fakat reform öncesinde sadece pediatristler tarafından sunulan çocuk sağlığı hizmetlerini anne babalar AH’lerinden almak istememiş, özel hekime gitmeyi ya da çocuğunu evde kendi kendine tedavi etmeyi tercih etmiştir. AH’den hizmet alan çocuklarda ise hekimlerin eğitim yetersizliği nedeniyle ciddi tanı hataları yaşandığı bildirilmiştir. Sonunda Bulgaristan’da kapı tutuculuk çocuklar için uygulamadan kaldırılmıştır (**Rechel, 2009**). Benzer şekilde sigorta sistemi uygulanan bir çok ülkede kapı tutuculuğun getirilmesi denenmiş, ama başarılı olunamamıştır (**Boerma, 2003**). Bu deneyimler kapı tutuculuğun ancak sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan, sağlık çalışanlarını birinci basamakta ve birinci basamağa uygun içerikte eğiten ülkelerde uygulanabileceğini, toplum tabanlı örgütlenmeyen, müşteri memnuniyetine ve rekabete dayanan birinci basamak sağlık sistemlerinde ve GP’lerin öneminin toplum tarafından yeterince anlaşılmadığı ülkelerde hem hastaların hem de hekimlerin büyük sorunlarla karşılaştığını göstermektedir (**Öcek, 2006**).

Görüşmelerde birinci basamak sağlık çalışanları tarafından aile hekimliği ile ilgili olarak en sık bildirilen olumlu ifadeler hasta-hekim ilişkisinin sürekliliği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Diğer yandan bu gelişmenin tüm hastalar için geçerli olmadığı da eklenmiştir. Katılımcıların ifadelerine dayanarak, AH’lerin toplumun yaklaşık olarak yarısına hizmet verdiğini, bunların da iyi olasılıkla yine yarısı ile sürekli bir ilişki kurulabil-

ğini tahmin edebiliriz. Bu durumda süreklilikteki gelişme ancak toplumun dörtte birini kapsamaktadır ki bu kesimin zaten eskiden de sağlık hizmeti kullanımı konusunda daha bilinçli ve aktif kişilerden oluştuğu ifade edilmiştir.

Starfield (1998), hasta ve hekim arasındaki bireysel düzeydeki ilişkinin sürekliliğinden söz edebilmek için bazı kriterlerin karşılanması gerektiğini bildirmiştir. Buna göre, öncelikle toplumdaki her birey kendisinden hangi birinci basamak kurumunun sorumlu olduğunu bilmelidir. Birinci basamak hekiminin ya da kurumunun da sorumlu olduğu hastaları sosyal yaşamları, iş öyküleri, maruziyetleri, barınma ve beslenme koşulları, vb özellikleri hakkında tutulan kayıtlar aracılığı ile tanınması temel bir koşuldur. Starfield, sürekliliğin hastalık yönetimi, belirti ve semptom yönetimi, test sonuçlarının yorumu, ilaçların veya diğer tedavilerin reçetelenmesi, yönetsel amaçlar (hastalık ve ölüm raporları) vb hizmetin farklı bileşenleri için her zaman birinci basamağın kullanılma düzeyi aracılığı ile değerlendirilmesini önermiştir. Türkiye'ye ve aile hekimliğine geri dönersek, hangi AH'ye kayıtlı olduğunu bilmeyen çok sayıda vatandaşın bulunduğu, birinci basamağın sadece belli amaçlar için kullanıldığı, hastaları bir bütün olarak değerlendirebilmek için gerekli kayıtların bulunmadığı bir ortamda sürekliliğin sağlandığını iddia etmek oldukça güçtür. Sadece belli bir kesim hasta ile daha yakın bir ilişki sağlanabilmiştir, ama hasta ve iş yükü yoğunluğunun artışı dikkate alındığında bunun da daha ne kadar devam edebileceği belirsizdir.

Katılımcıların ifadeleri süreklilik açısından hasta listelerindeki değişkenlikten kaynaklı bir tehdidin henüz yaşanmadığını göstermiştir. Bunun ilk nedeni, sürekliliğin zaten sınırlı bir hasta kesimi ile ve sadece belli bir düzeyde sağlanabilmesidir. İkinci neden ise sistemin hasta memnuniyetini önceleyecek şekilde kurgulanmış olmasıdır. Diğer yandan hastaların hekim değiştirme şansına sahip olduklarını daha yeni fark etmeye başladıkları, bu nedenle liste değişkenliğinin ileride hızlanabileceği bildirilmiştir. Diğer ülkelerin deneyimleri bu değişkenliğin sonucunun eşitsizliklerin derinleşmesi olduğunu ortaya çok açık bir şekilde koymaktadır. İsveç, İngiltere ve Bulgaristan'da seçim özgürlüğünün çok sayıda alternatif hizmet kaynağının bulunduğu bölgelerde yaşayanlarla sınırlı olduğu, sosyal açıdan dezavantajlı, eğitim düzeyi düşük kişilerin herhangi bir seçim yapma kapasitesine sahip olmadıkları, yaşadığı yerde zaten çok az sayıda hizmet kaynağı bulunan kişilerin ulaşım

engelleri nedeniyle hekim değiştirmeyi akıllarından bile geçiremedikleri bildirilmiştir (**Lewis, 2009; Glennard, 2011; Rechel, 2009**). Katılımcılarımızın ifadeleri bu durumun ülkemizde de yaşanmaya başladığının habercisi niteliğindedir.

Hekim seçme özgürlüğünü savunanların en sık dile getirdikdikleri gerekçe hasta kaybetme tehdidi aracılığı ile hekimlerin hizmetlerinin niteliğini dolayısıyla da sistemin verimliliğini arttıracacağı varsayımdır (**Glennard, 2011**). Fakat yapılan çalışmalar hekim seçiminde hizmet niteliği ile pek ilgili olmayan etmenlerin rol oynadığını göstermektedir. Bu çalışmalara göre hastalar açısından en önemli belirleyici hiç beklemeden hekime erişebilmektir. Bunun yanı sıra, kliniğin fiziksel özellikleri yani görünüşü de etkilidir (**Bornstein, 2000**). Bu bulgular görüştüğümüz birinci basamak çalışanlarının ifadeleri ile oldukça uyumludur. Fakat katılımcılarımızın ifadeleri tüketici davranışı çok daha güçlü bir topluma işaret etmektedir. Hekim seçiminde en önemli belirleyici hastanın isteklerinin yerine getirilme düzeyidir. Bekleme süresi ve ASM'nin sınıfı da diğer belirleyiciler arasındadır. Hekimlerin deneyimleri ve mesleki yetkinlikleri ise seçim sürecinde herhangi bir rol oynamamaktadır. Özet olarak, hasta kaybetme tehdidi nitelik ve verimlilik artışına değil, hastanın her isteğini yerine getiren bir "hekim" tipine yol açmaktadır.

Bu çalışmada birinci basamağın kapsayıcılık özelliği ağırlıklı olarak koruyucu hizmetler üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcıların ifadeleri, gebe, bebek izlemelerinin ve bağışıklama hizmetlerinin görece sorunsuz yürüdüğünü, buna karşın özellikle de aile planlaması olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, kronik hastalık yönetiminde ve evde bakım hizmetlerinin sunumunda sağlık ocağı dönemine göre herhangi bir ilerleme olmadığını, hatta sorunların arttığını yansıtmıştır. Kringos ve arkadaşları (**2011**) da çalışmalarında AH'lerin çocukların ve kadınların (menapoz hariç) sağlık sorunları açısından güçlü bir birinci basamak konumuna sahip olduğunu vurgulamıştır. Sağlık ocağı gibi özellikle kadınlar ve çocuklara yönelik pozitif ayrımcı hizmet sunan bir birinci basamağın mirasını alan aile hekimliği sistemi için bu beklenmedik bir sonuç değildir. Katılımcılarımızın çoğu listelerindeki kayıtlı kişiler açısından gebe, bebek ve bağışıklama hizmetlerinin oldukça iyi yürütüldüğünü belirtse de sağlık ocağı deneyimi olan hekimlerin hemen tümü kayıtlı olmayanlara hizmet götürme şan-

sinin artık kalmadığını çok net bir şekilde vurgulamıştır. Sağlık ocağı sisteminde ana çocuk sağlığı hizmetleri kentlerde bile ebeler tarafından alanda ve evlerde verilirken, aile hekimliğinde bireye yönelik koruyucu hizmetler hekim tarafından ve başvuru temelinde sunulmaktadır. Bu da özellikle yoksullar, eğitimsizler gibi sosyal açıdan dezavantajlı olanların, koruyucu bakıma daha fazla gereksinim duyanların hizmetten yararlanmasını sağlayan önemli bir özelliğin kaybı anlamına gelmektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık kurumlarından hizmet alanların taleplerindeki değişim olarak da kendisini göstermektedir. Ankara’da yapılan bir çalışmada AH’lerden hizmet alan vatandaşların başvuru nedenleri arasında kişiye yönelik koruyucu hizmet talebi % 13’lük bir paya sahiptir (**Aycan, 2013**). Oysa aynı şehirde 2005 yılında yapılan bir çalışmada koruyucu hizmetlerin başvuru nedenlerinin % 25’ni oluşturduğu bildirilmiştir (**İlhan, 2006**).

Aile hekimliğine geçiş sonrasında Eskişehir’de yapılan bir çalışmada izlem sayılarında artış tesbit edilmiştir (**Yılmaz, 2007**). Denizli’de ise aile hekimliği ile birlikte farklı bir değişim yaşanmış ve izlem sayıları bakanlığın performans eşiği olarak belirlediği sayılara gerilemiştir (**Elbek, 2009**). Görüşmelerimizde de izlemlerdeki sürekliliğin en önemli, hatta yegane nedeninin negatif performans olduğu sıklıkla belirtilmiştir. Performans baskısı nedeniyle yanlış bildirimlerin yapıldığının ifade edilmiş olması ise izlemler ve bağışıklama hizmetleri açısından oldukça kaygı verici bir bulgudur. Ne yazık ki 2012 sonundan bu yana yaşanan kızamık salgını bu kaygılarımızı desteklemektedir. SB Strateji Geliştirme Başkanlığı’nın 2012 Faaliyet Raporu’nda (**2013.b**) 2006-2011 arası kızamık bağışıklama oranlarının % 96 - % 98’ler arasında verilmesine rağmen, 2013 yılı ilk dört ayında bildirilen 1-4 yaş arası kızamık vaka-sından % 43’ünün aşısız olması (**World Health Organization, 2013**) aile hekimliği veri sisteminden elde edilen bağışıklama verilerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Diğer yandan, bugün birinci basamağın bulaşıcı hastalıklarla ilgili tek sorunu bağışıklama düzeyinin doğru kaydedilmemesi değildir. Katılımcıların ifadelerine göre bu hastalıkların bildirimini artık adeta tarihe karışmıştır. Bu da birinci basamağın etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli kriterlerden biri olan hekimlerin kaydettiği bilgiler aracılığı ile salgınları ve çevresel tehditleri erken dönemde tanıyabilme (**Boerma, 2003**) açısından önemli bir kayıptır. Araştırmamıza katılan AH’lerin bir



kısmı, TSM hekimlerinin ise daha büyük bir bölümü bulaşıcı hastalık bildirimlerindeki sıkıntılarının nedenleri olarak coğrafi temelli örgütlenmenin kaybını, poliklinik hizmetlerinden kaynaklı iş yükünü ve zaman-sızlığı, ama aynı zamanda bu konudaki eğitim ve motivasyon eksikliği ni göstermiştir.

Katılımcılar negatif performans uygulanmayan 15-49 yaş kadın izlemi ve AP hizmetlerinde önemli bir aksama yaşandığını, AP yöntemi sunumunun hap ve kondom verilmesi ile sınırlı olduğunu, rahim içi araç (RİA) uygulamalarının durma noktasına geldiğini ifade etmiştir. Farklı iller düzeyindeki durumu yansıtan veriler de bulgularımızla aynı yöndedir. Eskişehir’de aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında hap, RİA ve kondom gibi yöntemlerin kullanımında % 10.3 oranında bir azalma izlenmiştir (**Yılmaz, 2007**). İzmir verileri de çarpıcı bir değişime işaret etmektedir (**Nohutçu, 2011**); 2006 yılında 15-49 yaş evli kadınlar arasında etkili yöntem kullanımı % 62, etkisi sınırlı yöntem kullanımı % 22 düzeyinde iken, 2010 yılında AHBS’den elde edilen kayıtlara göre 15-49 yaş evli/bekar tüm kadınlar için etkili yöntem kullanımı % 38.4, etkisi sınırlı yöntem kullanımı % 16’dır. Özellikle RİA’lar için hizmet sunumunun kurumlara göre dağılımında önemli bir değişim yaşanmış, sağlık ocaklarında uygulanan RİA oranı, aile hekimliğine geçişle önemli miktarda azalmıştır. İzmir’de 2006 yılında RİA uygulamalarının % 50’si sağlık ocaklarında, % 28’i AÇSAP Merkezlerinde, % 18’i hastane kliniklerinde gerçekleşirken, bu oranlar, 2010 yılında aile hekimliği merkezlerinde % 18’e inmiş, Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde % 34’e, hastanelerde ise %42’ye yükselmiştir (**Nohutçu, 2011**). Kringos (**2011**) da çalışmasında AH’lerin koruyucu hizmetlere ve medikal teknik işlemlere orta düzeyde (4 üzerinden 2.4 skor) katıldıklarını belirtirken, bu görevlerin RİA takmayı da içerecek şekilde genişletilmesini önererek AH’lerin bu uygulamayı ihmal ettiklerini tesbit etmiştir. Ayrıca İzmir’de sağlık müdürlüğünün sahada yaptığı denetimler sonucunda ASM’lerde yürütülen AP danışmanlık hizmetlerine yeterli süre ayrılmadığı ve kaliteli bir şekilde verilmediği gözlenmiş, yürütülen danışmanlık ve AP Beceri Eğitimlerine mevcut mevzuat nedeniyle AH’lerin katılmadığı sağlık müdürlüğü yetkilileri tarafından ifade edilmiştir (**Nohutçu, 2011**). Görüştüğümüz sağlık çalışanları da aile hekimliği sistemine geçişte yaşanan personel değişiminin birinci basamakta yürütülen koruyucu hizmetler konusunda yetkin olan çalışan oranının azalmasına, bilgi ve beceri eksiği olan bir personel profilinin oluşmasına yol açtığını,

bunun yanı sıra hizmet içi eğitimlere katılmanın güçleştiğini ve tüm bunlara bağlı olarak koruyucu hizmetlerin kalitesi ile ilgili ciddi sorunların yaşandığını belirtmiştir.

Kronik hastalıklara yönelik risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması, hastaların izlenmesi BBSH'nin en önemli görevleri arasındadır. Birinci basamağı, bu hizmetler açısından sağlık sisteminin diğer basamaklarından farklı kılan en önemli özelliği sürece bütüncül yaklaşmasıdır. Bu çerçevede kronik hastalıklara yönelik olarak yürütülen hizmetleri katılımcı yanıtları üzerinden değerlendirdiğimizde kişiye özgü sağlık hizmeti verme ve hastaları sürekli izleme iddiasında olan aile hekimliği sisteminde iş yükü nedeniyle hasta eğitimi ve düzenli izlem için zaman kalmadığı, kronik hastalara verilen hizmetin çoğunlukla ilaç reçetelemekle sınırlı olduğu görülmektedir. İzmir'in Ödemiş ilçesinde, 2010 yılında yaşlıların sağlık hizmeti kullanımını değerlendiren bir tez çalışmasında, DSÖ tarafından önerilen koruyucu hizmet uygulamalarının yarısından fazlasını alan yaşlı oranının % 16 düzeyinde saptanmış olması bu bulgumuzu desteklemektedir (**Çelebi-oğlu, 2010**).

Evde bakım hizmetleri AH'lerin en sık sorun bildirdikleri hizmet alanları arasında yer almaktadır. AH'ler bu hizmetlerin içeriğinin belirsizliğinden, politikacıların siyasi propoganda amacıyla hizmet kullanımı kışkırtan ifadelerinden ve hastaların aşırı düzeydeki beklentilerinden çok yoğun bir şekilde yakınmıştır. Ev ziyaretleri SB tarafından "Evde bakım, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir" ifadesiyle tanımlanmıştır. Bu tanıma göre gebe, bebek izlemi, 15-49 yaş kadın izlemi de ev ziyareti kapsamında yer almaktadır. Ama, hem AH'lerin algısı hem de SB propagandaları dikkate alınırsa ev ziyaretlerinin hasta ve yatalak olanlara evde sağlık bakımı verilmesine indirgeniği görülmektedir. Hareket yeteneği sınırlanmış olan hastaların evde bakımının GP'lerin görevleri arasında yer aldığı konusunda bir görüş birliği bulunmaktadır. Ancak Boerma (**2003**) Avrupa'da birinci basamağı değerlendirdiği çalışmasında bu tür ziyaretlerin zaman alıcı olduğu, yeterince etkin bir sonuca ulaşamadığı, ciddi bir güvenlik so-

rununu beraberinde taşıdığı vurgulanmış, ev ziyaretlerinin acilliği veya gerekliliği hakkında da bir netlik olmadığı eklenmiştir.

Görüştüğümüz birinci basamak çalışanlarının büyük bölümü tarafından ev ziyaretleri gibi gezici/yerinde sağlık hizmetlerinde de ağırlıklı olarak tedavi edici bakım sunulduğu, sağlık ocağı döneminde yapılan alan çalışmalarının artık yürütülmediği, sınırlı bir zamanda gerçekleştirilen bu hizmetlerin toplumun sağlığını etkileyen etmenleri yerinde saptamak gibi bir amaçla herhangi bir şekilde ilişkili olmadığı vurgulanmıştır. Bu durumda gerek ASM'lerde gerekse ev ziyaretlerinde ve gezici hizmetlerde AH'lerin gerçekleştirebildikleri toplumun koruyucu bakım gereksinimi saptama ve bu gereksinimi karşılamaya yönelik kapsamlı hizmet sunma açısından yetersiz kalmaktadır.

Atun ve arkadaşları (2013), aile hekimliğinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla 2008 yılında aile hekimliğine geçmiş olan üç "pilot" ilin (Manisa, Erzurum, Karaman) ve sistem değişimi 2010'da gerçekleşmiş olan "kontrol" illerinin (Aydın, Sivas, Nevşehir) verilerini karşılaştırmıştır. Yazarlar makalelerinde 2007 verilerini faz 1, 2009 verilerini ise faz 2 olarak adlandırmış, faz 1 için kontrol grubuna ve pilot gruba ait verilerin ayrı sunulması yerine ortak yüzdeler verilmiş ve bu yüzdeler her iki grubun faz 2 değerleri ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, her gün aşı yaptığını belirten hekim yüzdesi faz 1'de 60.6 iken, faz 2'de pilot illerde 93.4'e, kontrol illerinde ise 89.0'a çıkmış, pilot illerdeki gelişmenin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Performans cezaları dikkate alınırsa pilot illerdeki gelişme hiç şaşırtıcı değildir. Üstelik kontrol illerde de daha düşük düzeyde de olsa bir gelişme gerçekleşmiştir. Diğer yandan, yazarların bulguları alanda gerçekleştirilen bağışıklama hizmetlerinde önemli bir gelişme olmadığını, yine alanda sunulan antenatal bakım hizmetlerinde anlamlı bir gerileme yaşandığını yansıtmaktadır. Bu da birinci basamağın artık koruyucu hizmet amaçlı alan çalışmasından çekildiği yönündeki bulgularımızı desteklemektedir.

İlk başvuru, süreklilik ve kapsayıcılıktan sonra birinci basamağın son işleyiş özelliği olan eşgüdüm ile ilgili bulgularımızın ne anlama geldiğini sorgulayabiliriz. Williams ve arkadaşları (1961) eşgüdüm sağlayan bir sevk sürecini üç basamakta tanımlamıştır. Buna göre, birinci basamak hekimi sevk nedenini açıklamak ve bilgi vermek üzere uzman hekim ile iletişim kurar, ardından uzman hastanın bulguları hakkında sevk eden hekim ile görüşür, son olarak da birinci basamak hekimi, uzman hekim

ve hasta birlikte bakım sürecinin nasıl devam edeceğine birlikte karar verir. Katılımcılarımız arasında Williams'ın bu tanımına uyan bir eşgüdüm süreci yürütebildiğini belirten AH olmamıştır. Bunun nedenlerini gözden geçirdiğimizde, öncelikle gerek Williams'ın gerekse diğer yazarların (**Starfield, 1998; O'Malley, 2009**) eşgüdüm tanımlarının temel aldığı karşılıklı iletişim ve işbirliğinin üç taraftan da kaynaklı nedenlerle gerçekleşmediği görülmektedir. Birinci basamak hekiminin başta iş yükü olmak üzere çeşitli nedenlerle hastanın diğer kaynaklardan aldığı hizmetleri yeterince sorgulamaması, hastaların birinci basamak hekimine bilgi vermeyi hatta başvurmayı bile gereksiz görmesi, uzman hekimlerin de birinci basamaktan gelen bilgilerden yararlanmaya ne zamanlarının ne de niyetlerinin olmaması aklımıza ilk gelen nedenler arasındadır. Diğer bir neden Starfield'in (**1998**) eşgüdüm için olmazsa olmaz araçlar olarak tanımladığı kapı tutuculuk, resmi yönergeler, geri ödeme koşulları gibi mekanizmalardan hiç birinin aile hekimliği sisteminde uygulanmamasıdır. Görüştüğümüz AH'lerin önemli bir kısmının hastalarının gebe izlemi, kronik hastalık vb nedeniyle uzman hekimlerden aldığı hizmetleri sorguladığı, bu bilgileri hastalarının bakımında kullanmaya çalıştığı görülmüştür. Ama AH'ler bunu sadece bilinçli ve kendilerinden düzenli olarak hizmet alan hastalarında gerçekleştirebilmektedir. Bu da Starfield'in (**1998**) tanımladığı mekanizmaların bulunmadığı bir sistemde ne hekimlerin çabalarının ne de hastaların bilinç düzeyinin eşgüdüm açısından bir anlam ifade edemeyeceğini göstermektedir.

Kringos'un (**2011**) Düzce ve Eskişehir'i kapsayan çalışmasının sonucunda da aile hekimliği uygulaması eşgüdüm yetersizliği nedeniyle eleştirilmiş, yazarlar birinci ve ikinci basamak arasında eşgüdümü destekleyen hiç bir mekanizma olmadığını, AH'ler ile uzmanlar ve hastane arasında herhangi bir düzeyde iletişim bulunmadığını, sevk raporları kullanılmadığını ve uzmanların AH'leri yaptıkları tedaviler hakkında bilgilendirmediğini ifade etmiştir. Kringos'un eşgüdüm kriteri olarak aynı binayı kullanan hekim yüzdesini göstermiş olması ise hem eşgüdümü değerlendiren diğer çalışmalarda bu kriterin kullanımına pek rastlanmaması hem de aile hekimliği modelinin zaten ilkesel olarak bile aynı bina içindeki hekimler arasında hasta bakımı açısından bir işbirliği beklememesi nedeniyle şaşırtıcıdır.

Sonuç olarak, BBSH'nin işleyiş özelliklerinin değerlendirilmesi aile hekimliği ile birlikte, eskiden sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşamayan vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini aşırı, ama amacından da oldukça farklı nedenlerle kullanmaya başladığını, bir zamanlar sağlık ocaklarının hizmetlerini ulaştırmak için en öncelikli grup olarak gördüğü eğitimsizlerin, yoksulların, göçmenlerin ise artık sistem tarafından istenmeyen kesim haline geldiğini göstermektedir. Bu da yoksul ve dezavantajlı kişilerin daha zengin olan sağlıklı hemşehrilerine göre daha zor ve yetersiz hizmet alması olarak tanımlanan tersine hizmet yasaının (**Hart, 1971**) kendini açık bir şekilde gösterdiğini düşündürmektedir.

ASM'ler toplumun çok sınırlı bir kesiminin tüm sağlık sorunlarında ilk kez başvurduğu ve sürekli olarak hizmet aldığı kurumlardır. AH'lerin listelerinde yer alan ve kendilerinden hizmet alan hastalarının bir bölümü ile ilişkilerinin sürekliliği gelişmiştir, fakat bunun bedeli tüm topluma karşı duyulan sorumluluk algısının erozyona uğraması olmuştur. Katılımcıların ifadeleri hizmet kapsayıcılığı açısından, Atun ve arkadaşlarının (**2013**) aile hekimliği ile birlikte hizmet yelpazesinin genişlediği yönündeki yorumlarından tamamen farklı bir duruma işaret etmektedir; AP adeta gözden çıkarılmıştır, negatif performans uygulanan hizmetlerde gerçekleşen değişim niceliksel bir artış ile sınırlıdır, koruyucu sağlık hizmetlerini talep eden ya da etmeyen herkese ulaştırmayı amaçlayan alan çalışmaları artık tarihe karışmıştır. Tüm bunlarla bağlantılı olarak bırakalım ikinci ve üçüncü basamağın hizmetlerinin eşgüdümünü sağlamayı, kendi içinde bile bir bütünlük sağlayamayan bir yapı ortaya çıkmıştır.

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Hizmet Niteliği Açısından Aile Hekimliği**

Çalışmamıza katılan hemen tüm sağlık çalışanları, vatandaşların AH'lerin sunduğu hizmetlerden çok büyük oranda memnun olduğunu açıklamıştır. Ama, bu memnuniyet düzeyinin nedenini hizmet niteliğindeki gelişme ile ilişkilendiren katılımcılarımız oldukça az sayıdadır. Aksine, hastaların genellikle nitelikli hizmet vermek isteyen, örneğin muayene etmeden ilaç yazmayan hekimlere tepki gösterdiği, memnuniyetin en önemli belirleyicisinin hastanın hekimine istediklerini yaptı-

rabilmesi ve hiç sıra beklemeden hizmete erişebilmesi olduğu ifade edilmiştir. Katılımcıların tanımladığı bu tüketici memnuniyeti merkezli hizmet yaklaşımı SB'nin politikası ile tam bir uyum içindedir. AKP hükümeti sağlık alanındaki “başarı öykü”lerini sıralarken hasta memnuniyetine özel bir vurgu yapmaktadır. Barış ve arkadaşları (2011) tarafından kaleme alınan yazıda da SDP ile birlikte tüm politika hedeflerinde ve performans değerlendirmesinde hastadan yana bir bakış açısı değişimi olduğu, hastaların gereksinimlerinin, tercihlerinin ve memnuniyetlerinin sürekli olarak izlendiği, performans temelli ek ödeme sistemlerinde bir kriter olarak alındığı ve hasta memnuniyeti araştırmalarının yapılmaya başlandığı ifade edilmiştir.

SB'nin gerçekleştirdiği “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti” başlıklı çalışmada oldukça pembe bir tablo ile karşılaşılmaktadır (Akdağ, 2011). Bu çalışmada aile hekimliğine daha önce geçmiş iller ile 2010 eylül'ünden sonra geçmiş olan illerdeki memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmıştır. Raporun bu denli iddialı bir araştırma için oldukça kısa bir şekilde aktarılan örneklem bölümünde çalışmanın sadece ASM'lere başvuranları kapsadığı, her merkezden en az 10 kişi olacak şekilde tamamen rastgele seçilen bireylerle görüşüldüğü belirtilmiştir. Katılımcılarımızın toplumun önemli bir kesiminin AH'lerden hizmet almadığını belirten ifadelerini dikkate alırsak bu on kişilik gruplardan elde edilen sonuçlarının genellenebilirlik açısından çok sınırlı olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sınırlılığını aklımızda tutarak çalışmanın sonuçlarına bir göz atabiliriz. Buna göre hekimin hastalara yeterli zamanı olduğunu hissettirmesi açısından memnuniyet düzeyinin % 90'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir. Görüşmelerimizde ise çok sayıda AH'nin hastalarına sınırlı düzeyde zaman ayırmak zorunda kaldığı için mesleki tatminsizlik yaşadığını bildirmiş olması tamamen farklı bir duruma işaret etmektedir. Diğer yandan bakanlık çalışmasında bildirilen AH'lerin kararlarına hastalarını dahil etmesi, şikayetlerini çabuk geçirmesi, beklentilerini karşılanması açısından gözlenen % 90 memnuniyet görüşmelerimizde bildirilen ifadelerle tam bir tutarlılık içindedir. Çalışmamızda da hemen tüm katılımcılar AH'lerin ve ASE'lerin hastaların her istediklerini yapmaya zorlandıklarını, sistemin hastaların beklentilerinin karşılanması üzerine kurgulandığını açıklamıştır.

Görüştüğümüz AH'ler özellikle günlük poliklinik sayılarının fazlalığı nedeniyle hastalarına yeterince zaman ayıramadıklarını ifade ederken

yürüttükleri tüm hizmetlerin kalitesinin de bu durumdan etkilendiğinin altını çizmiştir. Altı Avrupa ülkesinde GP'lerin her bir hasta için ayırdıkları ortalama süreyi değerlendiren bir çalışmada (**Deveugele, 2002**), görüşme sürelerinin 7.6 dakika (Almanya) ile 15.6 dakika (İsviçre) arasında değiştiği saptanmış, bu sürenin sağlık siteminin genel özellikleri ve hastaların talepleri ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada Almanya ve İspanya'da GP'lerin haftada yaklaşık 200 hasta ile görüştüğü, bu sayının da çok yüksek olduğu vurgulanmıştır. AH'lerin çoğunun günde ortalama 80 hasta baktığını ifade ettiği düşünülürse, sekiz saat aralıksız çalışan bir AH'nin bile bir hastaya ancak altı dakika ayırabildiği görülmektedir. Bu sürenin Avrupa'daki GP'lerin ortalama olarak bir hastaya ayırdıkları 10.7 dakikadan (**Deveugele, 2002**) çok daha kısa olduğu ve hastalara verilen hizmetin niteliğini olumsuz etkileyeceği açıktır. Birinci basamakta poliklinik sayılarındaki hızlı artış SB tarafından kaliteli sağlık hizmeti sunumunun göstergesi olarak gururla sunulsa da, literatürde özellikle BBSH'de poliklinik hizmetlerindeki artışın sağlığın medikalizasyon alanının genişlemesine yol açtığı, ama bu genişlemenin sağlık çıktıları üzerinde kayda değer bir gelişmeye neden olmadığı vurgulanmaktadır (**Pelone, 2012**).

AH'lerin önemli bir kısmı negatif performans uygulamasının hizmetlerin niteliğini geliştirdiğini, ancak performans uygulanmayan hizmetlerin de ihmal edilebileceğini belirtmiştir. Hem performansa dayalı ödeme, hem de hizmetlerin denetimleri ile ilgili olarak en çok eleştirilen konu değerlendirmelerin sadece niceliğe dayanmasıdır. BBSH'de ödeme biçiminin etkisini değerlendiren çalışmalarda performansa dayalı ödeme sisteminin bürokratik yapısı ve tanımlanmış kriterlere dayalı değerlendirme tarzı nedeniyle profesyonelizmi tehdit ettiği saptanmış, Gillan (**2012**) çalışmasının sonucunu "sağlık hizmetinin doğası basit finansal teşviklerle geliştirilemeyecek düzeyde karmaşıktır" sözleriyle yorumlamıştır. DB'nin 2013 tarihli raporunun da aslında özünü performansa dayalı ödeme sisteminde yapılan yanlışların itirafı oluşturmaktadır. Raporda yer alan "*Performansa dayalı sözleşme modeli, sağlık hizmetlerinin kalitesinde klinik süreç boyutunu ele almamaktadır. Örneğin, doğum öncesi bakım göstergesi en az dört doğum öncesi bakım ziyaretinin sağlanmasıyla ilgilidir, ama bu model bu ziyaretlerin klinik içeriğini odak alanı olarak görmemektedir. Bu nedenle, Türkiye'deki performansa dayalı sözleşme uygulamasının ana-çocuk sağlığı için 'miktar için öde' prensibiyle başlatıldığı söylenebilir.*" ifadelerini başka bir ka-

lemenden çıkmış olsaydı doğru bir sorun saptama olarak kabul edip geçebilirdik. Fakat, bu modelin geliştiricilerinin kendi hatalarını yarattığı sonuçları hiç bir şekilde sahiplenmeksizin, bu denli rahat bir dille eleştirebilmelerine şaşırılmamak mümkün değildir. Rapor, DB'nin SB'nin performans kriterlerini klinik süreçlere bundan sonra nasıl odaklaması gerektiği ile ilgili, büyük olasılıkla yaşama geçirilmesine yakın gelecekte şahit olacağımız yönlendirmeleri ile devam etmektedir.

İngiltere'de, son yıllarda dünyanın en kapsamlı performansa dayalı ödeme biçimlerinden biri olarak kabul edilen "Quality and Outcomes Framework" (QOF) adlı sistem uygulanmaktadır. Yaşama geçmesinden bu yana sistemin hizmet kalitesi üzerindeki etkileri yoğun biçimde tartışılmıştır (**Petersen, 2006; Steel, 2010; Gillan, 2012**). Gillan (**2012**) bu konuyu oldukça kapsamlı bir şekilde ele aldığı derlemesinde performansa dayalı ödemenin birinci basamakta hasta bakımı üzerindeki etkilerinin düşük düzeyde ve değişken olduğunu, hizmetleri geliştirmek için mutlaka uygulanması gereken etkin bir müdahale değil, sadece kaliteyi geliştirmeye yönelik çok sayıdaki alternatif yöntemden biri olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Üstelik QOF uygulamasının çalışmamıza kaltılan AH'lerin de vurguladığı gibi, ölçülebilir olanın daha fazla ölçülmesine, hekimlerin sadece ücret aldıkları hizmetleri gerçekleştirmelerine yol açtığı belirtilmiştir. Starfield de (**2011**) QOF'in birinci basamak hekimlerine hak ettikleri düzeyde ödeme yapılmasını sağlayan bir mekanizma iddiası ile sunulduğunu, ama burada önem verilenin sağlık açısından en değerli olan olduğuna dair hiç bir kanıt bulunmadığını vurgulamıştır.

Avrupa Birinci Basamak Forumu'nun sonucunda birinci basamakta etkin bir örgütlenme gerçekleştirilmesi için "olmazsa olmaz" olarak nitelendirilen dört bileşen bildirilmiştir (**Meads, 2009**). Bu bileşenlerden, tüm etkinliklerin temel yönlendiricisinin eşitlik olduğunun anlaşılması ve hizmetlere herkesin sürekli olarak erişebilmesi şeklinde belirtilen ilk ikisi açısından aile hekimliğinin durumu ortadadır. En dezavantajlı kesimin yok sayıldığı, herhangi bir AH'ye kayıtlı değilse aşı ile korunabilir bir hastalıktan ölen bebeğin sorumlusunun bile kimseye ait olmadığı, sosyal sorunları olan kişilere hizmet ulaştırmak için yürütülen alan çalışmalarının durdurulduğu bir ortamda ne eşitlikten ne de hizmete sürekli erişimden bahsetme olanağımız yoktur. Üçüncü bileşen olarak belirtilen "sağlık hizmetleri ile ilgili yönetim ve politika araştırma-



larına açık olma” açısından da trajikomik bir durum yaşanmaktadır. SB doğrudan kendi bürokratları eliyle ya da DB ve DSÖ gibi sağlık reformlarının uluslararası düzenleyicilerinin desteği ile çeşitli yayınlar, araştırmalar yürütmekte, Kringos’un (2011) çalışmasında olduğu gibi ortaya anlaşılması oldukça güç bazı yorumlar çıkmakta, bu alanda uzun yıllara dayalı bilgi ve deneyim birikimi olan bilim insanlarımızın çalışmalarını ise dikkate almamaktadır. Avrupa Birinci Basamak Forumu’nda bildirilen dördüncü bileşen aile hekimliğinin sağlık sistemimiz açısından yol açtığı en önemli tahribatlardan biri ile ilişkilidir; toplum sağlığı ve gelişimi ile entegrasyon.

Bu çalışma kapsamında görüştüğümüz sağlık çalışanlarının büyük bölümü liste temelli sistem ile birlikte toplum algısının ve bütüncül sağlık hizmeti yaklaşımının ortadan kalktığını açıklamıştır. Liste temelli sistemin yol açtığı bu sonuç sadece ülkemize özgü değildir. İsveç’te liste temelli sistemin hekimlerin coğrafik alana hakimiyetini ve ekiple olan bağlantısını kaybetmesine yol açtığı görülerek reformlardan geri adım atılmıştır (Magnussen, 2009). Bulgaristan deneyimini aktaran Rechel (2009) şu anda ülkemizde uygulanmakta olan modele oldukça benzer bir ortamda birinci basamağın topluma yönelik hizmetlerin bütüncül bir parçası olmadığını açıklamıştır.

Kringos ve arkadaşları (2011) Düzce ve Eskişehir’de yaptıkları çalışmalarının sonucunda AH’ler ile toplum arasında bir bağ bulunmamasını eleştirmiş, yerel makamlarla düzenli toplantılarda biraraya gelen AH oranının düşük olduğunu, sosyal çalışanlarla, dini grupların temsilcileri ile yeterince güçlü bir ilişki kurulmadığını belirtmiştir. Yazarların son derece doğru olan bu saptamasındaki tek sorun zaten sistemin AH’lerden böyle bir bağ kurmasını beklemiyor olmasıdır. Kringos’un makalesinin toplum yönelimli BBSH açısından yaşadığımız kaybı gösteren bir başka bulgusu başvuran hastalardan oluşan araştırma grubunun % 40’ının sağlıklarını etkileyen medikal olmayan sorunları tartışmak için AH’yi uygun bir kişi olarak görmemeleridir. Bu bulgularla çok tutarlı bir şekilde, görüşmelerimize katılan çok sayıda sağlık çalışanı geçmişte ebe/hemşirelerin kadınların sosyal sorunları açısından üstlendikleri kritik rolün artık kaybedildiğini açıklamıştır. Yine katılımcıların ifadelerine göre bir başka önemli kayıp sağlık ocaklarının özellikle kırsal bölgelerde toplumun sağlığını etkileyen sorunların çözümünde ve toplumsal kalkınmada öne çıkan rolüdür.

Bu noktada Starfield'in (1998) toplum yönelimli BBSH tanımı konusundaki uyarılarını hatırlamak sağlık ocaklarının konumunun neden farklı bir şekilde ele alınması gerektiğini açıklığa kavuşturmaktadır. Starfield'e göre toplum yönelimlilik sadece toplum sağlığı gereksinimlerine önem verilmesini gerektirmez, aynı zamanda toplumun kendi gereksinimlerini belirleyecek ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik çözüm üretecek yeterliliğe ve güce ulaştırılmasını da kapsar (Starfield, 1998). Bu açıdan 224 sayılı yasa ile çizilen birinci basamak modeli yaşamın tüm alanlarını kapsaması, hizmetlerinin toplum içinde örgütlenmesi, herhangi bir sosyal özellikli ayırt etmeksizin herkese hizmet vermeyi hedeflemesi, katılımcı bir anlayışla ve bir ekiple yürütülüyor olması, diğer toplumsal yapı, kurum ve kuruluşlarla eklemlenmesi gibi özellikleri nedeniyle toplum yönelimli ve bütüncül sağlık hizmetinin tanımı ile tam bir uyum içindedir (Aksakoğlu, 2007). Aile hekimliğinin getirdiği birinci basamak ise bütüncül yaklaşımı baştan red ederek sağlık hizmetinin parçalanmasına yol açmıştır. Bu parçalanmanın yarattığı sorunlu tablo katılımcılarımızın ifadeleri ile çok net bir şekilde görülmektedir. İki bin on üç yılında yaşadığımız kızamık salgını da bunun bir diğer kanıtıdır. Oluşturulmaya çalışılan iki parçalı sağlık sisteminin ilk bileşeni olan ASM'ler belli bir nüfusu olmayan, sorunlu hastaları dışlama eğiliminde ortaklaşan, sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösterecek verileri elde etme ve toplumun sağlık sorunlarını yerinde saptama olanağından yoksun, bireysel düzeydeki koruyucu hizmetleri bile performans gereklilikleri ile sınırlı olan kurumlardır. İkinci bileşen olan TSM'ler ise AH'ler için lojistik destek sağlayan, aylık çalışmalarını düzenleyen ve bunları sağlık müdürlüğüne ileten kurumlar niteliğindedir. Bir diğer ifade ile, aile hekimliği modelinin toplumsal hizmetleri devrettiği TSM'ler sağlık hizmeti üreten değil, idari birimler olarak görev yapmaktadır.

Türkiye'de aile hekimliği ile birlikte toplum yönelimli ve bütüncül sağlık hizmetini tanımlayan tüm unsurlar teker teker ortadan kaldırılmış, bunların yerini performans aracılığı ile sayılabilen, ama niteliği ile ilgili önemli belirsizlikler taşıyan uygulamalar almıştır. Sonuç olarak aile hekimliği toplum yönelimli değil, "müşteri memnuniyeti" yönelimli bir tercihtir. Fakat gerek nitelikle ilgili sorunların her geçen büyümesine yol açan birinci basamak ortamı gerekse vatandaşın taleplerinde yaşanan akıl dışı patlama dikkate alınırsa bu "müşteri memnuniyeti"nin de ne kadar süre ile devam edeceği belirsizdir.

## BİRİNCİ BASAMAK HEKİMİ OLARAK AİLE HEKİMİ

Araştırmamızın bulguları aile hekimliğine geçiş sürecinin hemen tüm birinci basamak sağlık çalışanları açısından oldukça sancılı bir şekilde yaşandığını göstermiştir. Sistem değişimini sadece sınırlı sayıda katılımcımızın gönüllü karşıladığı, gelecek belirsizliği, TSM’de kalarak sürekli geçici görevlendirmelere maruz kalma olasılığı, hekimlik yapabilmek için artık başka seçeneğinin kalmadığı düşüncesi gibi nedenlerle pek çok hekimin büyük kaygılarına rağmen AH olmak üzere başvurduğu anlaşılmaktadır. Bu gönülsüzlük zemininde özellikle pilot illerde aile hekimliğine aşırı hızlı bir şekilde geçilmiş olması hekimler üzerinde büyük bir baskı yaratmıştır. Polonya ve Bulgaristan’daki geçiş süreçleri hakkında bilgi veren iki makale birinci basamaktaki sağlık reformlarının diğer ülkelerde de tahrip edici bir hızla ilerlediğini ve hekimlerin başka seçenekleri olmadığı için bu değişime ayak uydurmaya çalıştıklarını yansıtmaktadır (**Rechel, 2011; Czachowska, 2011**).

Görüştüğümüz AH’lerin yeni sisteme geçiş kararını kolay verememiş olmalarında iş güvencelerini ve özlük haklarını yitirme kaygısı önemli rol oynamıştır. Bunun yanı sıra sağlık ocaklarının Türkiye için daha uygun bir örgütlenme modeli olduğunu ve aile hekimliğinin sağlığın metalaşmasına yol açacağını savunarak değişime tepki duyan hekimler de olmuştur. Diğer yandan sistemin hasta-hekim ilişkisini ve hizmet sürekliliğini geliştireceği, hekimlerin prestiji ve gelir düzeyini arttıracığı düşüncesi ve buna bağlı bir gönüllü tercih de gözardı edilemeyecek düzeydedir. Elde ettiğimiz bu bulgular ülkemizdeki geçiş sürecini değerlendiren diğer çalışmalarla tam bir benzerlik içindedir. Sistem değişimi öncesinde 2005 yılında Pala ve arkadaşlarının (**2005**) yaptığı çalışmada sağlık ocağı hekimlerinin sadece % 17.6’sının aile hekimliğini olumlu karşıladığı bildirilmiştir. Aile hekimliğine yönelik olumsuz bakış açısının temel gerekçeleri bu modele geçmek için alt yapının yetersiz olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin aksayacağı, sağlığın ücretli hale geleceği ve hekimin iş güvencesinin kalmayacağı şeklinde sıralanmaktadır. Olumlu bakma nedenleri ise katılımcılarımız tarafından da benzer şekilde ifade edilmiş olan aile hekimliğinin hasta-hekim ilişkisinin sürekliliğini geliştireceği ve rekabet nedeniyle hastaya iyi davranılacağı

düşüncesi olmuştur. Ünlütürk Ulutaş'ın (2011) çalışması da AH olma kararında kişisel beklentilerin oynadığı rolü desteklemektedir. Araştırmacı, Ankara'da aile hekimliğine geçiş sürecinde yaptığı görüşmeler sonucunda yeni sistemin pratisyen hekimlerin prestijinde ve gelirinde artış sağlayacağı beklentisinin yaygın olduğunu bildirmiştir. Gelir beklentisi diğer ülkelerde de aile hekimliğine geçişte etkili olmuştur. Örneğin, Polonya'da hekimler girişimciliğe fırsat tanıyan bu sistemde daha fazla kazanma şanslarının olmasının seçimlerinde rol oynadığını vurgulamıştır. (Czachowska, 2011). Diğer yandan, aile hekimliğinin Türkiye'nin tüm illerine yaygınlaştırılmasının ardından gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada sistem değişimi konusunda başlangıçta oldukça iyimser olduğunu belirten katılımcılarımızın büyük bölümünün beklediklerini bulamadıklarını ve motivasyonlarını ciddi düzeyde kayb ettiklerini açıklamış olması gelinen noktayı ortaya koymaktadır.

McDonald, İngiltere'de GP'lerin USH'nin değerlerinde derin bir tahribata yol açan birinci basamak reformlarına tepkisiz kalmalarının, hatta beklenmedik bir hızla adapte olmalarının nedenini anlayabilmek için Bourdieu'nun habitus kuramına başvurmuştur (McDonald, 2009). Habitus kuramına göre bireylerin verdiği yanıtlar, algılarının, değerlerinin ve etkinliklerinin birikiminden oluşan bir dizi geçmiş ilişkiler ağı tarafından şekillendirilir. Bu kuram çerçevesinde McDonald da (2009) GP'lerin tepkilerinin reform öncesindeki güçlü konularından başlayarak, reformlarla birlikte geldikleri noktaya kadar değerlendirilmesi ve bu süreç boyunca elde ettikleri kayıp ve zararların dikkate alınması gerektiğini savunmuştur. Bu nedenle McDonald öncelikle USH'nin kurulduğu 1948 yılında GP'lerin elde ettiği güçlü konumu hatırlatmıştır. Gerçekten de bu dönemde GP'ler hem bağımsız sözleşmeli pozisyonlarını korumayı başarmış hem de devlet kaynaklı bir gelir güvencesi elde etmişti. Üstelik BBSH'lerinin sunumu da GP'lerin tekelindeydi. Uzun süre önemli bir tehditle karşılaşmayan GP'ler 1990'larda Thatcher hükümetinin ürünü olan pazar reformlarına dikkate değer bir tepki göstermişti. Fakat bu reformlar GP'ler arasında girişimcilik ruhunun ve piyasacı anlayışın tohumlarını oldukça kalıcı bir şekilde ekmeyi başarmıştı. 2003'de kabul edilen düzenlemeler GP'lerin USH birinci basamak hizmetlerinin sunumundaki tekelini, dolayısıyla da birinci basamağın pazara açılmasının önündeki tüm engelleri kaldırmış, ama aynı zamanda GP'lere mesai dışı saatlerde erişilebilir olmayı seçme gibi çeşitli yollar aracılığıyla gelir arttırma olanakları sunmuştur. McDo-

nald'a göre 1990'ların aksine 2003'de çok sayıda GP'nin ulusal bir oylamada reformlar lehine oy vermesinin nedeni de bu gelir arttırma olanakları ile doğrudan ilişkilidir. Whynes'in (2002) çalışması da McDonald'ın yaklaşımını desteklemekte ve GP'lerin reformların ilereyelen dönemlerinde bir "adaptasyon" yaşadıklarını göstermektedir. Buna göre, "Hastalar ödeme güçleri değil, gereksinimleri temel alınarak tedavi edilmelidir." ifadesine kesinlikle katılan GP oranı 1997 ve 2000 yılları arasında % 77'den % 66'a düşmüştür. Ayrıca bulgular fon sahibi GP'ler arasında pazar anlayışının daha hakim olduğunu da göstermektedir. Sonuç olarak McDonald (2009), GP'lerin reformlara verdiği tepkilerin bundan önceki konumları ve deneyimleri, ama aynı zamanda çıkarları tarafından çok güçlü biçimde belirlendiğini, GP'lerin birinci basamağın özel sektöre açılmasına ve müşteri odaklı bir yaklaşımla sunulmasına karşı çıktıklarını, ama buna politik olarak nasıl bir yanıt verilmesi gerektiğini tanımlamak için bir çaba harcamadıklarını bildirmiştir.

Ülkemizde birinci basamak hekimlerinin aile hekimliği sistemine verdiği tepki de McDonald'ın (2009) önerdiği yaklaşım çerçevesinde hem geçmiş ilişkilerin, kazanılmış değerlerin, öğrenilmiş davranışların hem de süreç içinde yaşanan tüm dinamiklerin bütüncül olarak ele alınması ile değerlendirilmelidir. Aile hekimliği öncesine baktığımızda gelir düzeyi açısından çok sıkıntılı, hem motive edilmeyen hem de denetlenmeyen, sağlık ocağını benimsemekte önemli sorunlar yaşayan, ama kamu güvencesinin de rahatlığını hisseden bir birinci basamak hekimi kimliği ile karşılaşılmaktadır. İş yeri hekimliği, muayenehanecilik gibi dışarıda gelir elde etme yollarının sunulması, ardından da döner sermayenin başlatılması hekimleri pazar ortamına ısındıran adımlardır. Bu geçmiş ilişkiler ağı içindeki hekimlerin aile hekimliği ile birlikte tıpkı İngiltere'de olduğu gibi bir yandan devlet güvencesindeki konumları açısından ciddi bir tehdit algıladığını, ama diğer yandan da gelir ve belki de prestij artışı şansı gördüklerini söyleyebiliriz. Tüm bunlara SB'nin uyguladığı baskıların da eklendiği unutulmamalıdır. Bu durumda katılımcıların önemli bir bölümünün neden tüm kaygılarına ve tepkilerine rağmen AH olmaya karar verdiklerini anlamak daha kolaylaşmaktadır. Bugün gelinen nokta da ise AH'ler kimliklerini sorgulamakta, ama bu sorgulama sırasında geçmiş algılarından da önemli oranda etkilenmektedir. Görüşmelerimizde bildirilen ifadeler AH'lerin gerek hastalarıyla, birbirleriyle, ASE'lerle ve üstleriyle olan ilişkilerinde gerek-

se önceliklerinde ve sorumluluk algılarında bir değişim yaşandığını göstermiştir. Bu değişim, hekimlerin reformların bundan sonraki adımlarına verecekleri tepkileri de kuşkusuz ciddi düzeyde şekillendirecektir.

Cohen ve Musson (2000) birinci basamak hekimleri arasında girişimci kimliğinin giderek geliştiğine ve işletmeci söyleminin sağlık çalışanı söyleminin önüne çıkmakta olduğuna işaret etmiş ve işletmeci ya da girişimci söyleminin hegemonyasının sağlık reformlarına birlikte başladığını vurgulamıştır. Çalışmamıza katılan pek çok AH de yaşamlarına daha önce hiç karşılaşmadıkları müşteri memnuniyeti, kar-zarar oranı, rekabet, hizmet satın alma, işçi çalıştırma gibi olguların girdiğini, kendilerini artık işletmeci gibi hissettiklerini ve bu yeni rollerinin hekim kimlikleri ile çatıştığını açıklamıştır. Bu çatışmanın aşılmasında etik ilkelerden ve profesyonel değerlerden medet ummanın anlamsızlığını da yine katılımcıların ifadeleri ortaya koymaktadır. Buna göre, bir yandan tüm sistem rekabete ve müşteri memnuniyeti temelinde kurgulanır, harcamalar çok büyük oranda AH'lere yüklenirken giderek yalnızlaşan sağlık çalışanlarının piyasa mantığına karşı direnmeleri son derece güçleşmekte ve hastanın gereksinimlerine değil, kar zarar oranına öncelik verilmesi artık kaçınılmaz hale gelmektedir.

Katılımcıların öncelikleri ve rolleri açısından yaşadıkları kimlik karmaşasının yanı sıra özlük hakları ve istihdam tipleri açısından da ciddi bir belirsizlik içinde oldukları gözlenmiştir. Çok sayıda AH kamu çalışanı olup olmadığına bir yanıt aramaktadır. Aslında aile hekimliği modelinin uygulandığı diğer ülkelere bakıldığında bu sorunun yanıtı çok net bir şekilde ortaya çıkmaktadır; aile hekimleri sözleşmeli çalışan bağımsız girişimcilerdir (Boerma, 2003; McDonald, 2009; Rechel, 2009, Czachowska, 2011; Buciuniene, 2005). McDonald'ın (2009) İngiltere'deki GP'ler için belirttiği gibi ülkemizde de AH'ler hastalarından gelir elde etmeye yönelik bir faaliyetlerde bulunamazlar ve sözleşmeleri nedeniyle bir kamusal kimlikleri vardır, ama bu kimlik kamu çalışanı oldukları anlamına gelmemektedir. Bu nedenle devlet memuru olarak sağlık ocağında çalıştıkları dönemde sahip oldukları özlük haklarını artık yitirmiş olmaları da son derece doğal bir sonuçtur. Katılımcıların aslında bu kadar açık bir durumun varlığına rağmen kendilerini halen belirsizlik içinde hissetmeleri ise bakanlığın geçiş dönemindeki ikna amaçlı ifadelerinden, sürekli değişen uygulamalarından, sistemin tüm taşlarının halen tam oturmamış olmasından ve habitus kuramına

geri dönersek hekimlerin geçmiş algılarından bağımsız davranamamalarından kaynaklanmaktadır.

McKinlay ve Arches (1985) kapitalizmin genişlemesiyle birlikte, her ne kadar pek çok meslek grubuna göre daha yavaş olsa da hekimlerin proleterleşme sürecine girdiğini açıklamış ve bu sürecin önemli bir bileşeni olan hasta-hekim ilişkisindeki değişimi analiz etmiştir. Bu analize göre, artık hasta müşteri, hekim de hizmet sağlayıcıdır. Eskiden sadece hasta ve hekim arasında gerçekleşen mahrem ve paternalist ilişkiye artık sigorta şirketleri, devlet vb pek çok farklı taraf girmiştir. Hekime duyulan güvenin yerine ise hastanın aldığı hizmeti sürekli olarak sorguladığı klinik tüketicilik geçmiştir. McKinlay ve Arches'in saptamaları katılımcılarımızın hastalarıyla yaşadıklarını aktardıkları sorunların kavramsal çerçevesini çizmektedir. Yazarların analizi ile tamamen uyumlu bir şekilde hekimler artık hastaların müşteri, üstelik de aşırı talepkar bir müşteri kimliği kazandığını, kendilerinin de hasta kaybetme, şikayet edilme hatta şiddete uğrama kaygısıyla müşteri memnuniyetini hastanın yararlarından bile önde görmeye başladıklarını açıklamıştır. Kuşkusuz, hastaların davranışlarındaki bu değişim kendiliğinden gerçekleşmemiş, katılımcılarımızın da belirttiği gibi bizzat SB eliyle yürütülmüştür. Bakanlık, performans sistemi, sözleşme iptali, sınıflandırma sistemi, sadece bir telefon aracılığı ile hekimlerin şikayet edilebilmesini sağlayan araçlar vb çeşitli yollar ile hasta-AH arasındaki ilişkiye girmiş ve bu ilişkiyi artık iyileşmesi çok zor bir şekilde yaralamıştır.

Çalışmamıza katılan bazı AH'ler hastalarla yaşanan sorunları sağlık ocağı dönemi ile karşılaştırmış ve oldukça çarpıcı bir farklılığa işaret etmiştir. Eskiden hastalarla yaşanan sorunların muhattabı tüm sağlık ocağı ekibiye, artık AH kendisini tek başına savunmak zorundadır. AH'ler çok açık bir şekilde artık yalnız olduklarını, kendi başlarına ayakta durma mücadelesi verdiklerini ifade etmiştir. Hekimler tarafından sık sık dile getirilen bu yalnızlaşma sürecinin birbiriyle etkileşim içinde oluşan pek unsurdan oluştuğu görülmektedir. Bir yandan işin bireysel niteliği nedeniyle birlikte üretme alışkanlığı ortadan kalkmış, diğer yandan da gerek iş yoğunluğundan kaynaklı zamansızlık gerekse rekabet nedeniyle hekimler arasındaki iletişim giderek zayıflamıştır. Bunların yanı sıra AH'lerin TSM'ler ve sağlık müdürlükleri ile ilişkileri de ekip çalışmasına değil, denetim mekanizmalarına dolayısıyla ceza

ve yaptırım araçlarına dayanmaktadır. Pek çok hekimin aynı ASM'de çalıştığı meslektaşları ile bir sorun yaşamamasının nedenini sağlık ocağı geleneğini devam ettirme çabalarına bağlamış olması üzerinde düşünülmeleri gereken bir bulgudur. Bu gelenekten geçmeyen hekimlerin oranının artması ile birlikte ilişkilerin tamamen farklı bir şekil alacağını söylemek ne yazık ki yanlış olmayacaktır.

AH'lerin bir kısmı belli bir hasta listesine hizmet veriyor olmanın sorumluluk alanlarını netleştirdiğini belirtmiş olsa da, büyük bölümü görev tanımlarının belirsizliğinden ve sürekli olarak kendilerine yeni sorumluluklar eklenmesinden yakınmıştır. Aile hekimliğine geçiş sürecinin başından itibaren sürekli değişen yönetmelik ve uygulamalarla hekimlerin görev ve sorumluluklarının yeniden düzenlenmesinin yarattığı bu sıkıntı, İzmir'de yapılan bir çalışmada da saptanmış, 2007 ve 2009 yılları arasında AH'lerin görev tanımları ile ilgili yaşadıkları belirsizliğin arttığı bildirilmiştir (**Günvar, 2011**). Ünlütürk Ulutaş (**2011**) da çalışmasında geçmişte çok sayıda personel tarafından gerçekleştirilen hizmetlerin şimdi yalnızca bir hekim ve elemanı tarafından yapılıyor olmasının yol açtığı iş yoğunlaşmasından yakındığını belirtmiştir. BBSH'de yaşanan reformlarla birlikte AH'lerin iş yükündeki artış İngiltere'de de yaşanmış, 1990'lardan sonra USH'de sözleşme ve fon sahibi olma uygulamalarının başlatılması ile birlikte GP'lerin hem iş yükleri hem de çalışma koşulları açısından önemli değişimler gerçekleşmiştir (**Appleton, 1998**). Whynes da (**2002**) çalışmasında İngiliz GP'lerin sözleşmelerinde yer alan hizmetlerin çerçevesinin aşırı geniş olmasından yakındıklarını bildirmiştir. Birinci basamak hekimlerinin iş yükü ve zaman yetersizliği sorununun pek çok Avrupa ülkesinde yaşandığını bildiren Boerma (**2003**) ise bu noktada önemli bir uyarıda bulunmuştur. Buna göre, iş yükü ve zaman baskısı arasındaki uyumsuzluğa çözüm aranırken GP'lerin görevlerinin hasta bakımı ile sınırlı olmadığı düşünülerek, finansal ve yönetsel görevleri, sürekli eğitim ve profesyonel gelişim gibi sorumlulukları da hesaba katılmalıdır. Çalışmamıza katılan AH'ler de personel yönetimi, alt yapının sürekli bakımı, sarf malzemenin tedariki, gelir gider dengesinin sağlanması, kayıt ve istatistiklerin tutulması gibi görevlerin de kendileri tarafından yapılmasını yarattığı iş yükü artışını sıklıkla dile getirmiştir.

İş yükü sorgulandığında katılımcıların önemli bölümünün ifade ettiği sorun, günlük poliklinik sayısının yüksekliği olmuştur. Fakat bu konuda



AH'ler arasında önemli farklılıkların olduğu, poliklinik sayısının günlük 50 ile 120 arasında değişebildiği gözlenmiştir. Avrupa ülkelerindeki durumu karşılaştıran bir çalışmada Almanya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti için bildirilen ortalama günde 50 hasta sayının çok yüksek bir sayı olarak değerlendirildiği (**Boerma, 2003**) dikkate alınacak olursa, AH'lerin 120'lere varan günlük hasta muayane yükünün ne kadar ağır olduğu daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

AH'lerin iş yükü artışında özellikle üzerinde durdukları bir konu da hastaların taleplerinin her geçen gün artmasıdır. Boerma (**2003**) çalışmasında, hastaların tüketici yaklaşımını benimsediği ülkelerde artan taleplerle başatmenin güçleştiğini ve hekimlerin iş yüklerinin arttığını bildirirken, hasta ile ilişkili iş yükünün sadece bakılan hasta sayısı ile değil hastaların tipleri ile de ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamıza katılan AH'ler de hizmet verdikleri nüfusların yaş ve sosyoekonomik özelliklerine göre iş yüklerinin farklılaştığını; bunun da hem alınan ücret hem de iş yükü açısından hekimler arasında eşitsizliklere yol açtığını belirtmiştir. ABD'de yapılan bir çalışma hastaların özellikleri ile iş yükü arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bu çalışmada yoksul ve dezavantajlı bölgelerde hastaların hekimler açısından çok zorlayıcı olabildiği, buna hasta yoğunluğunun da eklenmesiyle hekimler üzerinde aşırı bir yük oluştuğu belirtilmiştir (**Stevenson, 2011**).

AH'lerin iş yüklerindeki artış, çalışma sürelerine de yansımış, katılımcıların önemli bir bölümü işlerinin bitmemesi nedeniyle çalışma sürelerinin uzadığını ve bu durumun hem özel yaşamlarına hem de mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanın kısıtlanmasına yol açtığını vurgulamıştır. Hemen hemen aynı yakınmalar Litvanya ve Polonya'da çalışan AH'ler tarafından da ifade edilmiştir (**Buciuniene, 2005; Czachowska, 2011**). Literatürde, birinci basamakta çalışan hekimlerin çalışma sürelerinin istihdam tipi, kapı tutucu rolünün varlığı, ücretlerin ödenme biçimi gibi sağlık sisteminin özelliklerinden etkilendiği belirtilmektedir. Bağımsız olarak çalıştıkları ülkelerde GP'lerin toplam çalışma saatlerinin yüksek olduğu, tanımlanmış bir topluma hizmet veren kapı tutucu GP'lerin ise daha az saat çalıştıkları saptanmıştır. Maaşlı olarak çalışan GP'lerin ortalama haftalık çalışma süresinin (45 saat) gerek kişi başı veya karışık (57 saat) sistemde gerekse hizmet başı sistemde (59 saat) çalışan bağımsız pratisyenlere göre daha az olduğu görülmüştür (**Boerma, 2003**). Ülkemizdeki uygulamada sözleşmeli

çalışmanın gerçekleştiği, kapı tutuculuk sisteminin olmadığı, kişi başına ve performansa dayalı ödeme sisteminin kullanıldığı düşünüldüğünde hekimlerin çalışma saatlerinin uzamasından yakınması reformların dayattığı çalışma biçimleri açısından beklenen bir sonuçtur.

Reformların sağlık çalışanlarına getirdiği en önemli değişimlerden biri de esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasıdır. Çalışmaya katılan AH'ler de özellikle ASM'lerin sınıflandırılması süreci ile beraber karşılmasına getirilen çalışma biçimini esnek çalışma olarak tanımlamıştır. Ayrıca katılımcılar izin kullanamadıklarını ve gün içinde hasta muayenesi dışında hiç bir işle ilgilenemedikleri için yönetsel işlerini mesai saati sonrasında yapmak zorunda kaldıklarını aktarmıştır. Hekimlerin bu ifadeleri Savran'ın (2007) çalışma ve boş zaman ilişkisinin muğlaklaşarak, gece ve hafta sonu çalışmasının yaygınlaşması, vardiya uygulamasının genişlemesi ve çalışanı işe çağrılmaya hazır beklemeye zorlayan uygulamalar olarak tanımladığı zaman esnekliği kavramı için oldukça tipik bir örnek oluşturmaktadır.

AH'lerin büyük bölümü aldıkları ücretten memnun olduklarını ifade ederken, iş yükü ile orantılı olmayan gelir eşitsizliklerine vurgu yapmış ve bunun ortaya çıkardığı memnuniyetsizliklerini dile getirmiştir. Birinci basamak sağlık çalışanlarına uygulanan ödeme yöntemleri ile ilgili çalışmalarda ödeme miktarının meslek memnuniyetini etkileyen önemli bir araç olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Whalley, 2006; 2008; Boerma, 2003). Ancak her zaman memnuniyetin gelir artışıyla doğru orantılı bir şekilde artmadığı, gelir düzeyinin düşük olmasının memnuniyetsizlik yarattığı, ama gelirin yüksek olmasının memnuniyet sağlamak açısından tek başına yeterli bir faktör olmadığı özellikle belirtilmektedir (Whalley, 2008).

TTB'nin 2009 tarihli çalışması ve Rechel'in Bulgaristan'daki durumu aktaran makalesi performansa dayalı ödemenin hekimlerin hizmet önceliklerini performans kriterlerine göre belirlemelerine yol açtığını ve bu durumun da mesleki değerleri ile kazançları arasında seçim yapmaya zorlanan hekimler üzerinde ciddi bir baskı yarattığını ortaya koymuştur (Rechel, 2009, 2011; Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009). Çalışmamıza katılan AH'ler de ücretlerini önemli oranda etkileyen negatif performans uygulamasından memnun olmadıklarını belirtmiş, bu uygulamanın nüfus özelliklerine göre gelir eşitsizliğine neden olduğu gibi, verdikleri hizmetleri sadece sayısal olarak değerlendir-

diren ve cezalandırmaya dayalı onur kırıcı bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. DB'nin raporu da **(2013)** performansa dayalı ödemenin bir cezalandırma aracı olduğunu çok açık bir şekilde belirtmektedir. Raporunda yer alan *“Prensipte AH gibi gönüllülüğe dayalı bir sistemde cezaların sisteme katılımı olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Ancak, Türkiye bağlamında performans cezalarının katılımı olumsuz etkilediği yönünde çok az bulgu vardır. ...”* ifadesi ise tartışmaya oldukça açıktır. Öncelikle bugüne kadar ülkemizde birinci basamak çalışanlarının hangi alternatif yöntemler aracılığı ile motive edilebileceğini değerlendiren bir çalışma uygulanıp uygulanmadığını sormak, ardından da Türkiye bağlamında olduğu vurgulanan bu sonuca nasıl ulaşıldığını sorgulamak gerekmektedir.

Hemen tüm AH'ler gelecek belirsizliği nedeniyle ciddi kaygılar taşıdıklarını belirtmiştir. Sözleşmeli olmanın getirdiği iş güvencesizliği, ücretlerinde düşüş beklentisi, sürekli artan ve değişen görevler gelecek belirsizliğinin en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Ayrıca katılımcıların önemli bir kısmı aile hekimliği sürecinde geldikleri noktayı yorgunluk, tükenme, depresyon, mutsuzluk, umursamazlık ve isteksizlik gibi kavramlar aracılığı ile tanımlamıştır. SB'nin aile hekimliği saha koordinatörlerinin de bu yorgunluk ve bezginlik belirtilerini doğrulamış olması sorunun katılımcılarımızla sınırlı olmadığını göstermektedir (**Üstü, 2011**). İş yükündeki artış, artan hasta talepleri, sürekli olarak değişen görev tanımları ve ücretler, gelecek belirsizliği hekimlerin iş stresini ve tükenmişliğini artıran faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik literatürde duyarsızlaşma, duygusal tükenme (benlik yitimi) ve kişisel yetenek algısının kaybı olarak tanımlanmaktadır (**Maslach, 1996**). Özellikle son yıllarda tüm dünyada gerçekleştirilen sağlık reformlarının BBSH'de yarattığı hızlı değişim birinci basamak hekimlerini tükenmiş bir sağlık çalışanı grubu haline getirmiştir (**Nylen, 2005; Czachowska, 2011; Lee, 2009; Stevenson, 2011**). Kanada'da yapılan bir çalışmaya katılan AH'ler katılımcılarımızla aynı sorunları dile getirerek, aşırı talepkar hastaların, artan iş yüklerinin zaman kısıtlılığının, bürokratik/idari işlerin ve değişen rollerinin kendileri için önemli birer stres kaynağı olduğunu, iş yoğunluğu nedeniyle hastalarına yeterli zaman ayıramadıkları için suçluluk duyduklarını ve kendilerini değersiz hissettiklerini belirtmiştir (**Lee, 2009**).

Sonuç olarak, SDP ile hız kazanan sağlıkta piyasalaşma sürecinin AH'ler üzerindeki yıkıcı etkisi, işletmecilik, esnek çalışma, yalnızlık, rekabet, tükenmişlik, güvencesizlik gibi kavramların birinci basamak hekimlerinin yaşamına her geçen gün daha fazla nüfuz etmesine yol açmıştır. Çalışma ortamında yaşanan bu değişim, AH'lerin hem mesleki tutum ve algılarında hem de hekimlik uygulamalarında değişimlere neden olmuştur.

## BİRİNCİ BASAMAK EKİBİ OLARAK AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARI

Aile hekimliği modelinde hizmet sunum yeri ve şekli yanında hizmeti sunacak sağlık personelinin istihdam şekli, özlük hakları ve çalışma koşulları da oldukça değişmiştir (**Urhan, 2011; Yücel, 2011; Aka, 2012**). ASE'lerin özlük haklarına ve çalışma koşullarına yönelik değerlendirmeleri sonucunda ortaya çıkan bulgular, sağlık hizmetlerinin sunumunda çok önemli işlevleri olan ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık emekçilerinin aile hekimliği modelinde değersiz birer elemana dönüştürüldüğünü; görev, yetki ve sorumluluklarının belirsizleştiğini; aşırı iş yoğunluğunun yanı sıra düzensiz ve esnek çalışma saatlerine maruz kaldıklarını; yıllık izin, doğum izni, hastalık izni gibi durumlar açısından özlük hakkı kayıpları yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan sağlıkta yeniden yapılanma süreci, sağlık sektöründeki tüm meslek mensuplarının çalışma koşullarını ve istihdam statülerini dönüştürmüş olmakla birlikte, hekimleri ve hekim dışı personeli farklı biçimlerde etkilemiştir. Sağlık sisteminin hekim egemenliğine dayalı geleneksel yapısı dolayısıyla, dönüşüme yönelik politikalar hekimler üzerinde zordan ziyade rıza aygıtlarına, hekim dışı personel üzerinde ise baskı ve zora daha çok başvurularak uygulamaya konulmuştur (**Ünlütürk Ulutaş, 2011**). Yapılan çalışmalar da AH'lerin aile hekimliği uygulamasını ASE'lere göre daha fazla benimsediklerini ve kendi tercihleri doğrultusunda sistemde yer aldıklarını göstermektedir (**Sevencan, 2007; Alagöz 2010**). Hekim dışı çalışanlarının pozisyonu ise AH'nin yardımcı biçiminde şekillendirilmiş ve bu çalışanların sisteme dahil olmaları için küçük bir ücret farkı dışında özendirici herhangi bir düzenleme yapılmamıştır. Büyük çoğunluğu ebe ve hemşirelerden oluşan ASE'lerin tamamına yakını, sürgüne gönderilme ve geçici görevlendirilme gibi durumlara maruz kalmamak için sözleşme imzalamıştır. Düzce'de (**Erkman, 2008**) yapılan bir çalışmada da ASE'lerin aile hekimliği sisteminde yer almak istemelerinin en önemli nedenini TSM'de çalışmak istememe olarak bildirmiştir. Kayseri'de yapılan bir çalışmaya göre ASM'ye geçmede en önemli sebep doktorlar açısından ücret artışı, ebeler açısından ise görevlendirmelerden korkusudur (**Alagöz, 2010**). Diğer bir çalışmada

da benzer şekilde geçici görevlendirilme, sağlık personelinin en çok yakındığı sorundur. Geçici görevlendirmelerin kimi durumlarda fiilen ceza veya tehdit aracı olarak kullanıldığı belirtilmiştir (**Ünlütürk-Ulutaş, 2011**). Bu baskı ve zorlamanın aile hekimliği modelinin, sisteme geçiş aşamasından itibaren hekim dışı sağlık çalışanlarına değersizlik algısını yüklediği söylenebilir. Görüşmelerimizde de katılımcılar bu algılarını sık sık dile getirmiştir.

Değersizlik algısı yaratan ve mesleki kimliksizleşmeye neden olan diğer bir durum ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknikerlerinin ASE olarak tanımlanmasıdır. Katılımcıların çoğunluğu ASE ünvanı ile çalışmak zorunda bırakılmalarını eleştirmiştir. ASE olarak tanımlanmaktan duyulan rahatsızlık diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (**Alagöz, 2010**). Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde eleman "bir toplulukta çalışan insanlardan her biri"; meslek ise, "belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" olarak tanımlanmaktadır (**Türk Dil Kurumu**). Bu tanımlar çerçevesinde değerlendirildiğinde aile sağlığı elemanlığı bir sağlık meslek unvanını veya herhangi bir mesleki yeterliliği temsil etmemektedir. Belli eğitim programlarından mezun olarak mesleki unvanlarını hak etmiş olmalarına karşın, sistemde yer alan hekim dışı sağlık çalışanlarının eleman olarak tanımlanması, bu çalışanların kendi mesleklerine yabancılaştırılmasının, vasıfsızlaştırılmasının ve kolay kontrol edilebilir hale getirilmesinin hedeflenmesi ile açıklanabilir. ASE'lerin hemşirelik ve sağlık memurluğu gibi mesleklerin gereklerinin yanı sıra basit laboratuvar tetkiklerini yapmasını, basit direkt graflerini çekmesini ve ASM'deki sekreterlik işlerini yürütmesini sağlayacak yeterlilikte yetiştirilmesi için sağlık meslek liselerinin eğitim müfredatlarının genişletilmesi yönünde sunulan öneriler (**Baydar, 2012**) de söz konusu meslek dallarının gözden çıkarıldığının somut ifadesidir.

Daha çok işi, daha az sayıda işçiye yaptırmak ve işi yapabilecek kişi sayısını arttırmak, işsizliği artıran, çalışanların kendilerine verilen her işi yapmalarını ve her ücrete razı olmalarını sağlayan yani mutlak sömürüyü de derinleştiren bir etki yaratır (**Belek, 2010**). Mevzuata göre sağlık meslek lisesi veya üniversite mezunları ASE olabilmektedir. Oysa 1996'da Sağlık Meslek Liseleri Sağlık Yüksekokulları'na dönüştürülmek üzere YÖK'e devredilmiştir. Bu tarihten itibaren Türkiye'de lise düze-

yinde ebe yetişmemektedir. Ancak 2001 yılında Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı yeniden başlamıştır. Ayrıca Özel Sağlık Meslek Liseleri ve Özel Üniversiteler de yaygın şekilde hemşirelik bölümü açmaktadır. ASE'lerinin büyük çoğunluğunu oluşturan ebe ve hemşirelerin istihdam edilebilir sayı üzerinde artması ve hemşirelerin lise düzeyinde bir eğitimle meslek edinmesi sömürünün hayata geçmesini kolaylaştıracaktır. Araştırma bulgularında ASE'ler kendilerinden beklenen görev ve sorumluluklar karşısında hissettiklerini “mesleki kimliklerinin kaybolması”, “mesleki bilgi ve becerileri uygulama haklarının ortadan kalkması” vb ifadelerle açıklamıştır. Diğer çalışmalarda da ASE'lerin benzer duygular içinde oldukları bildirilmiştir (**Ünlütürk-Ulutaş, 2011; Gürel, 2012; Sönmez, 2013**).

Farklı mesleki donanımına sahip olan çalışanların ASE olarak aynı görevleri yerine getirmekle yükümlü tutulması, çalışma koşulları ve hizmet sunumu açısından da çeşitli sorunlara neden olmaktadır. ASE'lerinin en çok dile getirdiği sorunlardan biri aşırı iş yüküdür. İş yüküne, güvencesizlik, gelir belirsizliği, AH ile patron-işçi ilişkisi içinde çalışmanın yarattığı sorunların da eklenmesiyle birlikte ruhsal yıpranma kaçınılmaz hale gelmektedir. Görüştüğümüz ASE'lerin önemli bir kısmı çalışma ortamında kendilerini mutsuz hissettiklerini, sürekli motivasyon kaybı yaşadıklarını belirtmiştir. Benzer bir çalışmada da ASE olarak çalışmaya başlayan hemşirelerin üçte ikisi hayal kırıklığı yaşadığını, beşte ikisi mesleklerinin hak ettiği değeri görmediğini belirtmiştir (**Gürel, 2012**).

Farklı mesleklerin mensuplarının görev ve sorumluluklarını tek bir kişiden beklemenin hizmet sunumuna diğer bir etkisi hizmetlerin niteliğinin kötüleşmesidir. ASE'lerin görev tanımlarının belirsizliği ve bunun AH'ler tarafından istismar edilmeye açık olması durumu daha da kötüleştirmektedir. ASM koşullarının sağlık ocağı koşullarının aksine iş başında öğrenme olanağını sunmaması özellikle aşılama, gebe-bebek izlemleri gibi ebelik hizmetlerinin yürütülmesinde yetersizliklere neden olmaktadır. Bu durum yalnızca ebe olmayan ASE'leri değil, daha önce sağlık ocağı deneyimi olmayan ya da mesleğe yeni başlayan kişileri de aynı biçimde etkilemektedir. Çalışmamızda ortaya çıkan bulgular, bilgi açığı olmasa bile ASE'lerin cinsiyetinin hizmet talebinde önemli bir belirleyici olduğunu ve erkek ASE'lerin sunduğu ebelik hizmetlerinde çok ciddi yetersizlikler yaşandığını göstermiştir. Ülkemizin sosyokültürel yapısı ile de bağlantılı olarak toplumun anne-çocuk sağlığı hizmetleri-

nin sunumunda ebeleri benimsemiş olması, erkek ASE'lerin hizmetlerinin kabul edilebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Erkek ASE'lerin bir kısmı gebe-lohusa izlemlerinde ASM'deki diğer ebelerden veya vekil ebelerden destek alırken, bu desteği alamayan ASE'ler gebe-lohusalara ev ziyareti gerçekleştirememekte ve izlemlerde kritik öneme sahip işlemleri yerine getirememektedir.

Aile hekimliği modelinde ASE'ler ile AH'ler arasında bir sözleşme imzalanmaktadır. Bu durum, bir taraftan hekim-hekim dışı çalışan ilişkisini patron-işçi konumuna getirip ASE'lerin çalışma koşullarını daha da kötüleştirirken, diğer taraftan iş güvencesi açısından risk yaratmaktadır. Görüştüğümüz ASE'lerin tamamına yakını sözleşmeli çalışmaktan duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir. Piyasalaşan sağlık sektöründe şaşırtıcı olmayan bu bulgu benzer çalışmalarda da ortaya çıkmaktadır (**Türk Tabipleri Birliği, 2006; Nur, 2008; Nur, 2009, Erten, 2012**). ASE'lere internet aracılığı ile ulaşılan bir çalışmaya yanıt verenlerin yarısından fazlasının (% 57) sözleşmelerinin fesh edilmesinden, % 22'sinin AH ile anlaşmamaktan ve tamamına yakınının (% 96) da özlük haklarının korunmamasından dolayı kaygı duydukları saptanmıştır (**Sönmez, 2013**).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ASE'lerin hem hizmet sunumu hem de özlük hakları açısından önemli sorunlara yol açmaktadır. Bu ücretlendirme biçimi yalnız hastaları değil, sağlık çalışanlarını da kendi çıkarlarını düşünmesi gereken iktisadi insan olarak gören anlayışın bir yansımasıdır (**Ünlütürk-Ulutaş, 2011**). Parça başı yani performansa dayalı ödeme sistemi işçileri daha uzun süre, daha yoğun çalışmaya ve birbiriyle yarışmaya zorlar (**Belek, 2010**). Çalışmamızda da ASE'ler kendilerinin ve AH'lerin ücretlerinden performans kesintisi olmaması için aşırı yoğun çalıştıklarını, hafta sonu çalışmak zorunda kaldıklarını, mesai saatlerinin uzadığını ve yasal izin haklarını kullanamadıklarını bildirmiştir. Performans kesintisi aynı zamanda güvencesiz gelirin neden olduğu sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Bu konudaki benzer çalışma ve değerlendirme raporlarında da ASE'lerin gelir kaybından kaçınmak için yıllık izinlerini ve doğum izinlerini kullanmadıkları ortaya konulmuştur (**Yücel, 2011**).

Araştırmamıza katılan ASE'lerin vurguladığı önemli noktalardan biri de AH'ler ile aralarında artık bir işveren-işçi ilişkisi yaşanması ve AH'lerin ASE'leri verilen her işi yapmakla yükümlü kişiler olarak görmeleridir.



ASM'lerin bir işyeri, AH'lerin de işveren olup olmadığı tartışmalı bir konudur. 5258 Sayılı Kanun ve ilgili mevzuatta göre AH'lerinin çalışmaları sırasında sağlık hizmeti verdikleri kişilerden hiçbir şekilde ücret alamayacaklarına yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. Gelir elde etme amacını taşımadan faaliyet gösterdiklerinden ASM'ler Vergi Usul Kanunu ve Gelir Vergisi yönünde bir işyeri olarak kabul edilmemektedir. ASE'leri de idare açıdan AH'lerine bağlı olmakla birlikte çalışmalarının karşılığı olan ücreti AH'den değil, devletten almaktadırlar. Bu nedenle ASE'lerin işvereni AH'ler değil devlettir (**Şahin, 2010**). Bununla birlikte, birinci basamak kamusal sağlık hizmetleri istihdamındaki dönüşüm henüz tamamlanmamıştır. İlgili yasal düzenlemeler incelendiğinde, AH'lerin iş güvencesinden yoksun ve rekabete açık biçimde hizmet sunacakları, ASE'lerin de AH'lerin güvencesiz işçileri haline gelecekleri öngörülmektedir (**Türk Tabipleri Birliği, 2006; Ünlütürk-Ulutaş, 2011; Urhan, 2011**). Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yönetmeliği'nde yer almayan, ama 2010 yılında çıkarılan 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 18. Maddesinde belirtilen "AH'ler, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya vb. hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler" ifadesinden AH'lerin işveren, ASE'lerin de işçi olarak çalışmasının yaşama geçirildiği görülmektedir. Bu ifadenin yönetmeliğin ikinci kısım-birinci bölümün fiziki ve teknik şartlar başlığı altında yer almış olması bile SB'nin aile hekimliği modelinde hekim dışı sağlık çalışanlarını sağlık hizmet sunumunda ekibin bir üyesi gibi değil ASM'nin fiziki koşullarını iyileştirecek kalorifer bakımı için geçici gelen bir çalışan ile aynı kategoride algıladığını göstermektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2010.a**). Türkiye'de hekim dışı sağlık çalışanlarının örgütlenmesi ve hak arayışlarının hekimlere göre daha zayıf olduğu gerçeği de göz önünde tutulduğunda bu öngörünün gerçekleşme olasılığı yüksektir. AH'ler ve ASE'ler arasındaki bu işveren-işçi ilişkisi, güvencesiz çalışma, otonomi kaybı, verilen her işi yapma, artan iş yükü gibi bir çok özlük hakkı kaybının da temel kaynağıdır.

Aile hekimliği modeli sağlık emekçilerinin kendi aralarındaki ilişkilerini de dejenere etmiştir. Eskiden aynı ekibin üyesi ve çalışma arkadaşı olan kişiler günümüzde ASM'de birbiriyle rekabet eden, yardımlaşma ve ortak çalışma duygusunu kaybetmiş, çıkarlarına hizmet ettiği ölçüde

arkadaş kalabilen bireyler haline dönüşmüştür. TSM ve ASM çalışanlarının gelir, istihdam şekli ve çalışma koşulları açısından farklılaşması birbirine yabancılaşmış bir sağlık çalışanı grubunun ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Sonuç olarak, ASE'ler esnek mesai, esnek istihdam, esnek görev tanımı, güvencesiz çalışma, artan işyükü ve çalışma koşulları nedeni ile özlük haklarında ciddi kayıplar yaşamaktadır. ASE'ler açısından ortaya çıkan bu olumsuz tablo sağlık çalışanlarının özlük haklarının iyileştirilmesi, profesyonel meslek kimliklerinin yeniden kazanılması ve bütüncül sağlık hizmeti sunma koşullarının sağlanması için örgütlenmeyi zorunlu kılmaktadır.

## Kaynaklar

1. **Aka, A., Kablay, S., Demir M.C.** (2012) *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*. Ankara: Nobel Kitap.
2. **Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Ateşoğlu, D., Çiftçi, E., Tuncel, T.** (2011) *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara*
3. **Aksakoğlu, G., Giray, H.** (2006) *Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 21: 335-43*
4. **Aksakoğlu, G., Giray, H.** (2007) *Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm, Memleket Mevzuat, 2(21-22): 3-12*
5. **Aksakoğlu, G.** (2011) [Can You Beat That?](http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses) Rapid Response, 4 May 2011. BMJ, Erişim Tarihi 5 Mayıs 2013, <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses>
6. **Alagöz, U.Ö., Tengilimoğlu D., Ünalın D.** (2010) “Sağlık Çalışanları Bakış Açısı İle Sağlık Ocağından Aile Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği”. *II Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara*
7. **Alkoy S.** (2008) *Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Ana Çocuk sağlığı Hizmetlerinin ve Sağlık Hizmet Kullanma Davranışının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Rapor, Bolu*
8. **Appleton, K., House, A., Dowell A.** (1998) *A Survey Of Job Satisfaction, Sources Of Stress And Psychological Symptoms Among General Practitioners in Leeds. British Journal of General Practice, 48, 1059-1061*
9. **Asthana S., Gibson A.** (2008) *Deprivation, Demography and Distribution of General Practice: Challenging the Conventional Wisdom of Inverse Care. British Journal of General Practice, 58:720-728*
10. **Atun, R.A., Kyrtasis I., Jelic, G., Rados-Malicbegovic, D., Gurol-Urganci, I.** (2007) *Diffusion of Complex Health Innovations Implementation of Primary Health Care Reforms In Bosnia and Herzegovina. Health Policy and Planning, 22:28-39*
11. **Atun, R.A., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, İ., Nazhoğlu, S., Özgülcü, Ş., Aydoğan, Ü., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ, R.** (2013) *Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. Lancet, 382:65-97*
12. **Aycan, S., Özkan, S., Avcı E., Özdemirkan T., Çivil E.F.** (2013) *Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Onsekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Memnuniyet Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim, TTB yayını, 27(6): 449-455*
13. **Baji, P., Pavlova M., Gulácsi, L., Groot W.** (2012) *Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary. International Journal for Equity in Health, 11:36, Erişim Tarihi 12 Mart 2013, http://www.equityhealthj.com/content/11/1/36*

14. **Baris, E., Mollahaliloğlu, S., Aydın, S.** (2011) *Healthcare in Turkey: from Laggard to Leader*. *BMJ*, 342:c7456
15. **Baydar-Artantaş, A., Cihan, F.G., Uğurlu, A.N., Üstü, Y.** (2012) *Aile Sağlığı Elemanı İçin Yeni Bir Öneri*, *Ankara Medical Journal*, 12(2):81-83
16. **Belek, İ., Belek, H.** (1998) *Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Finansman, Kurumlar, İnsangücü Ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme, Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13 (5): 322-7
17. **Belek, İ., Kılıç, B.** (2003) *10 Soruda Aile Hekimliği Doktorluğu, Yanlışlar Değil Doğrular, Yalanlar Değil Gerçekler, Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 18(6): 414-30
18. **Belek, İ.** (2010) *Esnek Üretim Derin Sömürü*, *Yazılama Yayınevi*.
19. **Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A.** (2001) *Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı*, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 16(6): 470-478
20. **BMA Health Policy and Economic Research Unit.** (1999) *Teamwork in primary care*.  
<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Teamwork+in+primary+care>. Erişim Tarihi: 05.06.2007.
21. **Boerma, W.** (2003) *Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht Netherlands: NIVEL
22. **Bornstein, H.B., Marcus, D., Cassidy, W.** (2000) *Choosing A Doctor: An Exploratory Study of Factors Influencing Patients’ Choice of a Primary Care Doctor*, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6(3): 255-262
23. **Brown, H.** (2007) *Community Workers Key to Improving Africa’s Primary Care*, *Lancet*, 370:1115
24. **Buciuniene, I., Blazeviciene, A., Bliudziute, E.** (2005) *Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania*, *BMC Family Practice*, 6:10
25. **Bungay, H.** (2005) *Cancer and Health Policy: The Postcode Lottery of Care*. *Social Policy and Administration*, 39: 35-48
26. **Canbaz, S., Dündar C., Pekşen, Y.** (2006) *Birinci Basamakta Döner Sermaye Uygulamasının Samsun Merkez İlçe Sağlık Ocaklarının Hizmet Sunumuna Etkileiri*, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 21; 4
27. **Carlsen, B., Norheim O.F.** (2005) "Saying no is no easy matter" *A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice*, *BMC Health Services Research*, 5: 70
28. **Civaner, M.** (2011) *Transforming Our Health by Privatization*. *Rapid Response*, 8 Şubat 2011, *BMJ*, Erişim Tarihi 5 Mayıs 2013,  
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses>
29. **Cohen, L., Musson, G.** (2000) *Entrepreneurial Identities: Reflections from two Case Studies*, *Organization*, 7(1): 31-48
30. **Czachowska, S., Pawlikowskab, T.** (2011) *These Reforms Killed Me’: Doctors’ Perceptions of Family Medicine During The Transition from Communism to Capitalism*, *Family Practice*, 28:437-443

31. **Çakır, C.** (2007) Samsun İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Toplum Sağlığı Hizmetlerinin Durumu, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 22(6): 470-1
32. **Çelebioğlu, A.** (2010) Ödemiş İlçe Merkezi'ndeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin "Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanım Davranış Modeli" Çerçevesinde Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tez, Bornova, İzmir
33. **Çiçeklioğlu, M.** (1999) 0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak sağlık Hizmetinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 14(5):322-33
34. **Deveci, S.E., Açıık Y., Ögetürk, A., Gülbayrak, C., Ozan T.** (2005) Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı. Bir Ön Çalışma. *Toplum ve Hekim*. 20: 3: 172-176
35. **Deveugle, M., Derese, A., Van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., De Maeseneer, J.** (2002) Consultation Length in General Practice: Cross Sectional Study in Six European Countries, *BMJ*, 31; 325(7362): 472
36. **Dünya Bankası.** (2013) Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar. Dünya Bankası, ABD. Erişim Tarihi 10 Ağustos 2013, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/05/23/000445729\\_20130523112114/Rendered/PDF/770290Revised002B00PUBLIC00Turkish0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/05/23/000445729_20130523112114/Rendered/PDF/770290Revised002B00PUBLIC00Turkish0.pdf)
37. **Elbek, O.** (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1): 33-44
38. **Erkman, N.G.** (2008) Düzce İli Aile Hekimliği Birimlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Görüşleri, XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 638
39. **Erten Z.E., Zincir H., Balcı E., Selçuk A., Özen B.** (2012) Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Görüşleri, XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Bursa, 334-335
40. **Eser, E., Deveci, S., Yüksel, D., Bilge, B., Çalışkan, O.** (2009) Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi, *Teknik Rapor, Manisa Tabip Odası*
41. **Eskiocak, M.** (2008) Edirne'de Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Kişiyönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Değişim, Yayınlanmamış Rapor, Edirne
42. **Etiler, N.** (2011) Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2-11
43. **Gillan, S.J., Siriwadana, A.N., Steel N.** (2012) Pay-for-performance (P4P) in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework – A Systematic Review, *Annals of Family Medicine*
44. **Glenngård, A.H., Anell, A., Beckman, A.** (2011) Choice of Primary Care Provider: Results from a Population Survey in Three Swedish Counties, *Health Policy*, 103(1):31-7

45. **Global Health** (2011) Policy for Sustainable and effective Healthcare 29-30 September, Erişim Tarihi 3 Mart 2012, <http://globalhealth.bmj.com/>
46. **Gress, S., Baan, C.A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H. ve ark.** (2009) Co-ordination and Management of Chronic Conditions in Europe: The Role of Primary Care - Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 17(1): 75-86
47. **Guy, M.H.J.** (2001) How Do Primary Health Care Systems Compare Across Western Europe, *The Pharmaceutical Journal*, 267: 269-73
48. **Günvar, T., Kartal, M., Toksun, A., Yemez, B., Güldal, D.** (2011) The Influence of Health Care Reforms on Work-related Attitudes and Anxieties of Primary Care Physicians, *Medicina (Kaunas)*, 47(11): 623-8
49. **Gürel, S., Özsoy, S., Dönmez, R.Ö.** (2012) Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Yaşamının Aile Yaşamı Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Bursa, 239
50. **Hart, T.J.** (1971) The Inverse Care Law. *The Lancet*, *297 (7696)*: 405 - 412, 27
51. **Hassoy, H., Çiçeklioğlu, M.** (2005) İzmir İli Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-6 Yaş Çocukların Sağlık Hizmet Kullanımları ve Etkileyen Faktörler, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 20(5): 361-71
52. **İlhan, M.N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F.N. ve Özkan S.** (2006) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3): 33-41
53. **Ireson, C.L., Slavova, S. Steltenkamp, C.L., Scutchfield, F.D.** (2009) Briding the Care Continuum: Patient Information Needs for Specialist Referrals, *BMC Health Services Research*, 9: 163.
54. **Kark, S.L., Cassel, J.** (1952) The Pholela Health Centre: a progress report, *S Afr Med J*, 26(6): 101- 4
55. **Kılıç, B.** (2011) [Turkish Health System: From Socialisation to Privatisation](#)[Turkish Health System: From Socialisation to Privatisation](#). Rapid Response, 4 April 2011. *BMJ*, Erişim Tarihi 5 Mayıs 2013, <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses>
56. **Kılıç, B., Aksakoğlu, G.** (2002) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulanması Yanlıştır! *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 17(5): 338-343
57. **Kringos, D.S, Boerma, W.G., Spaan, E., Pellny, M.** (2011) A Snapshot of the Organization and Provision of Primary Care in Turkey, [BMC Health Services Research](#), 11:90
58. **Lee, F.J., Belle-Brown, J., Stewart, M.** (2009) Exploring Family Physician Stress. Helpful Strategies, *Canadian Family Physician*, 55: 288-9
59. **Lewis, D., Mateos, P., Longley, P.** (2009) Choice and the Composition Of General Practice Patient Registers, (CASA Working Papers 150), Centre for Advanced Spatial Analysis (UCL), London, UK
60. **Longlett, S., Kruse, J., Wesley, R.M.** (2001) Community-Oriented Primary Care: Historical Perspective, *Am Board Fam Pract*, 14: 54 - 63

61. **Macinko, J., Starfield, B., Shi, L.** (2003) *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes Within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 Health Services Research*, 38: 3
62. **Mackintosh, M.** (2003) *Health Care Commercialisation and the Embedding of Inequality*, RUIG / UNRISD Health Project Synthesis Paper, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Geneva Erişim Tarihi 12 Mart 2013, [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/4023556AA730F778C1256DE500649E48/\\$file/mackinto.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/4023556AA730F778C1256DE500649E48/$file/mackinto.pdf)
63. **Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R.B.** (2009) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press.*
64. **Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M.** (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*
65. **Mckinlay, J.B., Arches, J.** (1985) *Towards The Proletarianization of Physicians, Int J Health Serv. 15(2): 161-95*
66. **McDonald, R.** (2009) *Market Reforms in English Primary Medical Care: Medicine, Habitus and the Public Sphere, Sociol Health Illn, 31(5): 659-72*
67. **Meads, G.** (2009) *The Organisation of Primary Care in Europe: Part 2 Agenda-Position Oaper of the European Forum for Primary Care. Quality in Primary Care, 17: 225-34*
68. **National Coordinating Group on Health Care Reform and Women (2005)** *Primary Health Care Reform and Women, Why are these women's issues and what are the issues for women? Canadian Women's Health Network, Winnipeg Erişim Tarihi 17 Aralık 2012, [http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2753Primary\\_Health\\_Care\\_Reform\\_and\\_Women.pdf](http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2753Primary_Health_Care_Reform_and_Women.pdf)*
69. **Nohutçu, N.** (2011) *İzmir'de Aile Planlaması Uygulamaları , Günümüz Türkiye-si'nde Aile Planlaması Politikaları Sempozyumu Kitabı, Bornova, İzmir*
70. **Nur, N., Özşahin, S.L., Çetinkaya, S., Sümer, H.** (2009) *Sağlık Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1): 13-16*
71. **Nur, N., Özşahin, S.L., Çetinkaya, S., Sümer, H.** (2008) *Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği Modeli'ne Yaklaşımları, XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, 645*
72. **Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Førde, R., Aasland, O.G.** (2005) *Job Satisfaction among Norwegian General Practitioners. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23: 198-202*
73. **O'Malley A.S., Cunningham P.J.** (2009) *Patient Experiences with Coordination of Care: The Benefit of Continuity and Primary Care Physician as Referral Source, J Gen Intern Med, 24(2): 170-177*
74. **Öcek, Z.A., Çiçeklioğlu, M., Türk, M.** (2006) *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir mi? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(8): 144-148*

75. **Öcek, Z., Soyer, A.** (2007) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
76. **zen, S., Kiper, N.** (2011) *Healthcare in Turkey today: Problems Posed for the Future of Medicine*, Rapid Response, 24 April 2011. BMJ, Erişim Tarihi 5 Mayıs 2013, <http://www.bmi.com/content/342/bmi.c7456?tab=responses>
77. **zkan-Sayan, İ., Küçük, A.** (2012) Türkiye’de Kamu Personeli İŐtihadında DnŐŐm: Sağlık Bakanlığı rneği, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67 (1): 171-203
78. **Pala, K., Yavuz C.I.** (2005) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması zerine Bir Değerlendirme: Düzce rneği, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 20: 3: 162-171
79. **Pala, K., Sarisözen, D., Türkkan, A., Günay, N.** (2005) Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında alıŐanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği ile İlgili DüŐünceleri, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 20(3): 177-185.
80. **Pelone, F., Kringos, D.S., Valerio L., Romaniello, A., Lazzari, A., Ricciardi, W., Giulio de Belvis, A.** (2012) *The Measurement of Relative Efficiency of General Practice and the Implications for Policy Makers*, Health Policy, 107 (2-3): 258-68
81. **Petersen, L.A., Woodard, L.D., Urech, T., Daw, C., Sookanan, S.** (2006) Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med*, 145: 265-272
82. **Rechel B., Spencer N., Blackburn, C., Holland, R., Rechel B.** (2009) *Impact of Health Reforms on Child Health Services in Europe: The Case of Bulgaria*. *European Journal of Public Health*. 19(3): 326-330
83. **Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N. J., Rechel, B.** (2011) *Regulatory Barriers to Equity in a Health System in Transition: A Qualitative Study in Bulgaria*, *BMC Health Services Research*, 11: 219
84. **Roland, M., Guthrie, B., Thome, D.C.** (2012) *Primary Medical Care in the United Kingdom*, *J Am Board Fam Med.*, 25 Suppl 1: 6-11
85. **Sağlık Bakanlığı.** (2007) *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü alıŐma Yıllığı*. Bakanlık Yayın no. 721, Kuban Matbaacılık, Ankara
86. **Sağlık Bakanlığı.** (2010.a) *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. Sayı: 27591, 25 Mayıs 2010. <http://www.Saglik.Gov.Tr>. Erişim Tarihi: 31 Mayıs 2013
87. **Sağlık Bakanlığı.** (2010.b) *Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıŐtırılan Personele Yapılacak demeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*. No:27801, 30 Aralık 2010 <http://www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuatmetin/3.5.20101237.Pdf>. Erişim Tarihi: 31 Mayıs 2013
88. **Sağlık Bakanlığı.** (2011) *Sağlık Bakanlığı Btce sunumu-2011*, Erişim Tarihi 2 Şubat 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-74227/h/2012butce.pdf>
89. **Sağlık Bakanlığı.** (2013a) *T.H.S.K. İller Arası Sözleşmeli Aile Hekimliği Yerleştirme Kurusu*, Erişim tarihi 15 Mayıs 2013, <http://personel.saglik.gov.tr/thsk-iller-arasi-sozlesmeli-aile-hekimligi-yerlestirme-kurasi-id4005-639.html>.



90. **Sağlık Bakanlığı.** (2013b) Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2012 Faaliyet Raporu. Erişim tarihi 29 Mayıs 2013, <http://www.sagb.saglik.gov.tr/content/files/FaaliyetRaporu2012/faaliyet/index.html>
91. **Saltman R.B, Busse, R., Mossialos, E.** (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham
92. **Savran, S.** (2007) Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması, *Devrimci Marksizm*, 3, 168.
93. **Sevencan, F., Boztaş, G., Temel, F., Akbay, M., Üner, S.** (2007) Birinci Basamak Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Hakkında Görüşleri, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Denizli, 470-471
94. **Soyer, A.** (2007) *AKP'nin Sağlık Raporu*. İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
95. **Soyer A.** (2011) Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Sağlık Çalışanları, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011; 12-14
96. **Soyer, A.** (2006) *AKP Hükümeti Sağlıkta Üç Yılda Ne Yaptı-Yapmadı?*, Evrensel Gazetesi, 10. 02.2006 Erişim Tarihi 12 Mart 2013, <http://www.sendika.org/2006/02/akp-hukumeti-saglikta-uc-vilda-ne-yapti-ya-vmadi-ata-sover/>
97. **Sönmez, M.O., Sevindik F.** (2013) Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1): 43-48
98. **Starfield, B.** (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, New York: Oxford University Press.
99. **Starfield, B.** (2003) *Primary Care, Equity and Health in an International Context. A work-in-Progress Seminar on Health & Health Care in Changing Environments: the Malaysian Experience*, Erişim tarihi: 12.01.2005, <http://www.pcdom.org.my/phc>
100. **Starfield, B., Mangin, D.** (2011) *An International Perspective on the Basis for Payment for performance*. Edited extract from Chapter 11, *The Quality and Outcome Framework: QOF transforming general practice*, Eds: Gillam S and Siriwardena N. Oxford; Radcliffe Publishing Ltd, by permission of Radcliffe Publishing Ltd. Erişim tarihi: 10.05. 2013, [http://www.rsmvideos.com/media/uploads/tblldata\\_resource/20120227015623.pdf](http://www.rsmvideos.com/media/uploads/tblldata_resource/20120227015623.pdf).
101. **Stevenson, A.D., Phillips, C.B., Anderson, K.J.** (2011) Resilience among Doctors Who Work in Challenging Areas: A Qualitative Study, *Br J Gen Pract*, 61 (588): 404-10
102. **Şahin, M., Eğri, M.** (1998) Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Halkın I. Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13(4): 300-309
103. **Şahin, T.** (2010) Aile Hekimlerini Bekleyen Vergi ve Sigorta Yükümlülükleri ile Yerel Hizmet Uygulamaları-I, *Mali Çözüm Dergisi*, 99:157-170
104. **Türk Dil Kurumu.** Erişim Tarihi 29 Mayıs 2013, <http://www.tdk.gov.tr/>

105. **Türk Tabipleri Birliği** (2006) Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları Birinci Baskı
106. **Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu** (2009) Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları
107. **Unger, J.P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., Green, A.** (2006) *Disintegrated Care: The Achilles Heel of International Health Policies in Low and Middle-Income Countries*, *International Journal of Integrated Care*, 6(14): 1-13
108. **Urhan B., Etiler, N.** (2008) Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi, *Çalışma ve Toplum*, 2: 191-216
109. **Ünlütürk Ulutaş, Ç.** Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. Nota Bene Yayınları, 2011
110. **Üstü, Y., Uğurlu, M., Eğici T., Yıldırım, O., ÖrneK, M.** (2011) Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – I, *Sağlığın Başkenti*, 50-54
111. **Whalley, D., Bojke, C, Gravelle, H., Sibbald, B.** (2006) GP Job Satisfaction in View of Contract Reform: A National Survey, *British Journal of General Practi- ce*, 56: 87-92
112. **Whalley, D., Gravelle H., Sibbald, B.** (2008). *Effect of the New Contract on GPs’ Working Lives and Perceptions of Quality of Care: A Longitudinal Survey*, *British Journal of General Practice*, 58: 8-14
113. **Whynes, D.K., Baines D.L.** (2002) Primary Care Physicians’s Attitudes to Health Care Reform, *Health Policy*, 60(2): 111-32
114. **Williams T.F., White K.L., Fleming W.I., Greenberg, B.G.** (1961) The Referral Process in Medical Care and the University Clinic’s Role, *J Med Educ*, 36: 899-907
115. **Willems, S.** (2010) Research Learning from the UK Quality and Outcomes Framework: A Review of Existing Research, *Qual Prim Care*, 18(2): 117-25
116. **World Health Organization Regional Office for Europe** (2013), Erişim tarihi 4 Mayıs 2013, <http://data.euro.who.int/cisid/Default.aspx?TabID=307522.17.04.2013>
117. **Yavuz, C.I., Ocek, Z. (on behalf of Turkish Medical Association Public Health Executive Committee)** (2011) *Privatization is the driving force of Turkish Health System!* Rapid Response, 14 April 2011, BMJ, Erişim Tarihi 5 Mayıs 2013, <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses>
118. **Yıldırım, A., Şimşek, H.** (2005) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
119. **Yılmaz, B.N.** (2007) Aile Hekimliği Eskişehir Ayağı ve DüşündürdüKleri, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 22 (6): 460-2
120. **Yücel U., Yüksel A.** (2011) Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Ebelerin Çalışma Koşullarına Etkisi, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Kongre Kitabı*, 18-20 Kasım 2011, Ankara, 139-140. <http://www.Tdk.Gov.Tr>
121. **Zencir, M.** (2012) *Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü. Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri*, Soyer, A. (editör), *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim / Sağlıkçı Emek Tartışmaları*. Ankara: Sorun Yayınları.

## EK 1. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Listeleri

### Aile Hekimleri Listesi

No	Bölge	Cinsiyet	Yaş	Uzmanlık Durumu*	Aile Hekimliği Deneyimi (yıl)	Sağlık Ocağı Deneyimi
1	Orta Anadolu	Kadın	40-49	GP	1	yok
2	Batı Anadolu	Kadın	40-49	AH Uzmanı	2	var
3	Batı Anadolu	Kadın	40-49	AH Uzmanı	2	var
4	Batı Anadolu	Kadın	50-59	GP	2	var
5	Batı Anadolu	Erkek	30-39	GP	2	yok
6	Batı Anadolu	Erkek	50-59	GP	2	var
7	Akdeniz	Erkek	29 $\geq$	GP	1	yok
8	Akdeniz	Erkek	40-49	GP	2	var
9	Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	30-39	GP	2	var
10	Kuzeydoğu Anadolu	Erkek	40-49	GP	2	yok
11	Ege	Erkek	40-49	GP	1 $\geq$	var
12	Ege	Kadın	40-49	GP	2	var
13	Ege	Erkek	40-49	GP	2	var
14	Güneydoğu Anadolu	Erkek	30-39	AH Uzmanı	2	yok
15	Güneydoğu Anadolu	Erkek	30-39	GP	2	var
16	Batı Marmara	Erkek	40-	GP	2	var

ÅİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?

			49			
17	Ege	Kadın	40-49	GP	5	var
18	Güneydoğu Anadolu	Erkek	40-49	GP	2	var
19	Güneydoğu Anadolu	Erkek	30-39	AH Uzma-nı	2	var
20	Doğu Marmara	Erkek	50-59	GP	3	var
21	Doğu Marmara	Erkek	30-39	GP	6	var
22	Doğu Marmara	Erkek	50-59	GP	6	var
23	Doğu Karadeniz	Erkek	30-39	GP	2	var
24	Akdeniz	Erkek	30-39	GP	5	var
25	İstanbul	Erkek	40-49	GP	2	var
26	İstanbul	Erkek	40-49	GP	2	var
27	İstanbul	Erkek	40-49	GP	2	var
28	İstanbul	Kadın	29≥	GP	2	yok
29	İstanbul	Kadın	40-49	GP	2	var
30	İstanbul	Kadın	30-39	GP	2	var
31	İstanbul	Kadın	50-59	GP	2	var
32	Ege	Erkek	40-49	HS Uzma-nı	5	var
33	Ege	Erkek	40-49	HS Uz-manı	6	var
34	Ege	Erkek	40-49	AH Uz-manı	6	var
35	Ege	Kadın	40-49	AH Uz-manı	6	yok
36	Ege	Erkek	30-39	AH Uzma-nı	6	var

 ILE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL D NŐŐTÜRDÜ?

37	Ege	Erkek	50-59	GP	6	var
38	Ege	Erkek	40-49	GP	6	var
39	Ege	Kadın	40-49	GP	6	var
40	Ortadoğu Anadolu	Erkek	50-59	GP	2	var
41	Ege	Erkek	40-49	GP	3	var
42	Ege	Kadın	40-49	GP	3	var
43	Ege	Kadın	40-49	GP	4	var
44	Batı Anadolu	Erkek	40-49	GP	2	var
45	Ege	Kadın	30-39	AH Uzmanı	2	var
46	Batı Karadeniz	Erkek	40-49	GP	3	var
47	Doğu Karadeniz	Erkek	40-49	GP	3	var
48	Ortadoğu Anadolu	Erkek	40-49	GP	1	yok
49	Ortadoğu Anadolu	Kadın	29 ≥	GP	1	var
50	Güneydoğu Anadolu	Kadın	29 ≥	AH Uzmanı	2	yok
51	Ortadoğu Anadolu	Erkek	30-39	GP	2	yok

\*GP:Genel Pratisyen; AH Uzmanı: Aile Hekimi Uzmanı;HS Uzmanı: Halk Sağlığı Uzmanı

## Toplum Sağlığı Merkezi Hekimleri Listesi

No	Bölge	Cinsiyet	Yaş	Uzmanlık Durumu*	Sağlık Ocağı Deneyimi
52	Batı Anadolu	Kadın	30-39	Gp	var
53	Ege	Erkek	40-49	GP	var
54	Ege	Kadın	40-49	GP	var
55	Ege	Erkek	40-49	GP	var
56	Ege	Erkek	40-49	GP	var
57	İstanbul	Kadın	50-59	GP	var
58	İstanbul	Kadın	40-49	GP	var
59	İstanbul	Erkek	50-59	GP	var
60	İstanbul	Erkek	29 ≥	GP	yok
61	Batı Marmara	Kadın	30-39	GP	var
62	Batı Marmara	Erkek	40-49	GP	var
63	Ege	Erkek	50-59	HS Uzma- nı	var
64	Ege	Kadın	40-49	HS Uzma- nı	var
65	Ege	Erkek	60 ≤	GP	var
66	Ege	Erkek	50-59	GP	var
67	Ege	Erkek	50-59	GP	var
68	Doğu Marmara	Erkek	60 ≤	GP	var
69	Batı Karadeniz	Erkek	40-49	GP	var
70	Doğu Karadeniz	Erkek	50-59	GP	var
71	Güneydoğu Ana- dolu	Erkek	40-49	GP	var
72	Güneydoğu Ana- dolu	Erkek	29 altı	GP	var
73	Ege	Kadın	40-49	GP	yok

\*GP:Genel Pratisyen; AH Uzmanı: Aile Hekimi Uzmanı;HS Uzmanı: Halk Sağlığı Uzma-  
nı

### Aile Sağlığı Elemanları Listesi

No	Bölge	Cinsiyet	Yaş	Mesleği*	Aile Sağlığı Elemanlığı Deneyimi (yıl)	Sağlık Ocağı Deneyimi
74	Ege	Erkek	40-49	SM	1	var
75	Akdeniz	Kadın	30-39	E	2	var
76	Akdeniz	Kadın	30-39	E	2	var
77	Akdeniz	Kadın	29 altı	E	1	yok
78	Ege	Kadın	29 altı	E	2	yok
79	Akdeniz	Kadın	30-39	E	3	var
80	Orta Anadolu	Erkek	30-39	SM	2	var
81	Batı Anadolu	Kadın	40-49	E	2	var
82	Akdeniz	Kadın	29 altı	E	3	var
83	Güneydoğu Anadolu	Kadın	29 altı	H	3	var
84	Güneydoğu Anadolu	Kadın	30-39	E	3	var
85	Ege	Kadın	30-39	E	1	var
86	Akdeniz	Kadın	30-39	E	5	var
87	Güneydoğu Anadolu	Kadın	29 altı	E	1	var
88	Doğu Karadeniz	Kadın	30-39	H	2	var
89	Doğu Karadeniz	Erkek	30-39	ATT	3	var
90	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	2	var
91	Doğu Marmara	Kadın	30-39	E	1	var
92	Batı Anadolu	Kadın	29 altı	E	2	yok
93	Ortadoğu Anadolu	Kadın	30-39	E	1	var

 ILE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL D NŐŐTÜRDÜ?

94	Batı Karadeniz	Kadın	30-39	E	1	var
95	Batı Anadolu	Kadın	30-39	E	3	var
96	Doğu Karadeniz	Kadın	30-39	E	3	var
97	Güneydoğu Anadolu	Kadın	29 altı	E	1	yok
98	Ege	Kadın	29 altı	E	2	var
99	Ortadoğu Anadolu	Kadın	40-49	E	2	var
100	Ege	Kadın	29 altı	E	3	var
101	Güneydoğu Anadolu	Kadın	29 altı	E	2	var
102	Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	29 altı	E	2	var
103	İstanbul	Kadın	29 altı	E	2	var
104	Ege	Kadın	29 altı	E	1	var
105	Ege	Kadın	40-49	E	4	var
106	İstanbul	Kadın	29 altı	E	1	var
107	Batı Karadeniz	Kadın	29 altı	E	2	var
108	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	3	yok
109	Akdeniz	Kadın	29 altı	E	1	yok
110	Ege	Kadın	30-39	E	3	var
111	Batı Karadeniz	Kadın	30-39	H	4	yok
112	Ege	Kadın	30-39	H	4	yok
113	Ege	Erkek	30-39	SM	2	yok

\*SM:Sağlık Memuru; E:Ebe; H:Hemşire; ATT:Acil Tıp Teknikeri



### Toplum Sağlığı Merkezi Ebe/Hemşire Listesi

No	Bölge	Cinsiyet	Yaş	Mesleği*	Sağlık Ocağı Deneyimi
114	Doğu Karadeniz	Kadın	30-39	E	var
115	Batı Marmara	Kadın	30-39	H	var
116	Batı Marmara	Kadın	30-39	H	var
117	Ortadoğu Anadolu	Kadın	30-39	E	var
118	Batı Anadolu	Kadın	30-39	E	var
119	Batı Marmara	Kadın	40-49	H	var
120	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	yok
121	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	var
122	Akdeniz	Kadın	30-39	E	var
123	Akdeniz	Kadın	30-39	E	var
124	Akdeniz	Kadın	30-39	E	var

\* H:Hemşire; E:Ebe

### Sağlık Evi Ebe Listesi

No	Bölge	Cinsiyet	Yaş	Mesleği*	Sağlık Ocağı Deneyimi
125	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	yok
126	Doğu Marmara	Kadın	29 altı	E	yok
127	Batı Marmara	Kadın	29 altı	E	yok
128	Ege	Kadın	29 altı	E	yok

\*E:Ebe