

## Aile Hekimliği Birimlerinin Onuncu Yılında İdari, Mali ve Mesleki Bazı Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Bir İl Örneği

Ahmet Önder PORSUK <sup>1</sup>, Çiğdem CERİT <sup>2</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Çalışmamızın amacı, ülkemizde 2019 yılı sonu itibariyle geçmişi on yıla yaklaşan aile hekimliği sisteminin yapı taşları olan Aile Hekimliği Birimlerini (AHB) retrospektif olarak inceleyerek, birimlerin hem hizmet alanlar, hem de hizmet verenler yönünden tercih edilmesinin bazı nedenlerini tespit ederek gelecekte sistemi iyileştirmeye yönelik yapılabilecek çalışmalara kaynak oluşturabilecek verileri sunmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmamızda örneklem seçimi yapılmamıştır. Çalışmanın evrenini oluşturan 115 AHB, Kırklareli İlinde aile hekimliği sisteminin başladığı 2010 yılından itibaren, 2019 yılı sonuna kadar demografik yapıları, istihdam durumları ve personel hareketliliği gibi açılardan geçmişe yönelik olarak incelenmiştir. Toplanan veriler SPSS programıyla değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılığın belirlenmesinde p değerinin 0,05'in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** AHB'lerin 2019 yılı sonu itibariyle aile hekimi bakımından doluluk oranının %99,1 (n=114), aile sağlığı çalışanı (ASÇ) bakımından doluluk oranının ise %88,7 (n=102) olduğu görülmektedir. ASÇ bulunmayan AHB'lerin tamamının kayıtlı nüfusu, ildeki AHB'lere kayıtlı nüfusun ortalamasının altındadır ve fark istatistiki olarak anlamlıdır (p<0,001).

**Sonuç:** Çalışmamızda aile hekimliği birimlerinde çalışmanın, hekimler tarafından diğer sağlık personeline göre daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir. Ekip ruhuyla çalışma prensibine uygun olmayan ve hizmetlerde zafiyete yol açabilecek bu durumun ivedilikle düzeltilmesine ve aile hekimliği sistemi içinde görev almanın, hekim dışı sağlık personeli için de talep edilir olmasını sağlamaya yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği; birinci basamak hekimleri; sağlık personeli; Türkiye.

### Evaluation of Some Administrative, Financial and Professional Characteristics of Family Medicine Units in the Tenth Year: A Province Sample

#### ABSTRACT

**Aim:** The aim of our study is to analyze the Family Medicine Units (FMU), which are the essentials of a decade old family medicine system, by the end of 2019 in Turkey, and to provide data for prospective studies by identifying some specifications why units are preferred for both service recipients and service providers.

**Material and Methods:** In our descriptive and cross-sectional study, all of 115 FMUs which constitutes the population of the study, has been examined retrospectively for their demographic structures, employment status and staff mobility, from 2010 when family medicine system started in Kırklareli Province, until the end of 2019. The collected data were evaluated with SPSS, descriptive statistics and chi-square test were used in the analysis. In determining the statistical significance, p value less than 0.05 were considered significant.

**Results:** It is seen that, the family physician occupancy rate of FMUs was 99.1% (n=114) and family health workers (FHW) occupancy rate was 88.7% (n=102) as of the end of 2019. The registered population of all FMUs without FHWs is below the average of the population registered in the province's all FMUs (p<0.001).

**Conclusion:** It was found that working in FMUs was preferred by physicians more than other health personnel. It was concluded that, this situation, which doesn't comply with the principle of working with a team spirit and may lead to a weakness in the services, should be corrected immediately and policies should be developed to make the family

1 Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kırklareli, Türkiye  
2 Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırklareli, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ahmet Önder PORSUK, e-mail: onderporsuk@gmail.com  
Geliş Tarihi / Received: 19.05.2020, Kabul Tarihi / Accepted: 18.09.2020

medicine system attractive for non- medicine system attractive for non-physician health personnel.

**Keywords:** Family Practice; primary care physicians; health personnel; Turkey.

## GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin birlikte verildiği, bireylerin hizmetlere rahatlıkla ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmetlerinin düşük maliyetle sunulduğu bir model olarak tanımlanmaktadır (1). Genel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyenlik, aile hekimliği gibi modeller şeklinde yapılsa da, tanımlar arasında keskin sınırlar bulunmamaktadır (2). Ülkemiz 2005 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir model olarak “aile hekimliği sistemini” bir pilot uygulama olarak denemeye başlamıştır. 2010 yılına gelindiğinde ise pilot uygulama tüm ülkede uygulanır hale getirilmiştir. Bu sistemle bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler aile hekimliği birimlerine, daha önce sağlık grup başkanlıkları tarafından verilen diğer hizmetler ise toplum sağlığı merkezlerine görev olarak tanımlanmıştır (3). Bu sistemin yasal dayanağı olan ve 2004 yılında yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununda sistemin asli unsuru olarak iki sağlık personeli tanımlanmaktadır. Bunlardan biri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleriyle, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti vermesi öngörülen aile hekimidir. Diğeri ise, aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru ya da acil tıp teknisyeni gibi sağlık elemanı olarak tanımlanan aile sağlığı çalışanıdır (ASÇ) (4). Bu personelin hizmet vereceği kuruluşun aile sağlığı merkezi olacağı yasada geçmekle birlikte, tanımı “Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğiyle yapılmıştır. Yine bu yönetmelikte bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı aile hekimliği birimi (AHB) olarak tanımlanmıştır (5).

Kırklareli ilinde aile hekimliği sistemi, ülke çapında yaygınlaştırılma tarihi olan 2010 yılının Haziran ayında başlamıştır. Çalışmamızın amacı, 2019 yılı sonu itibarıyla geçmişi on yıla yaklaşan aile hekimliği sisteminin yapı taşları olan AHB’leri retrospektif olarak inceleyerek, birimlerin hem hizmet alanlar, hem de hizmet verenler yönünden tercih edilmesinin bazı nedenlerini tespit ederek, gelecekte sistemi iyileştirmeye yönelik yapılabilecek çalışmalara kaynak oluşturabilecek verileri sunmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışma, 2020 yılında Kırklareli İlinde kayıtların geçmişe yönelik incelenmesiyle yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış olup, çalışmanın evrenini oluşturan 115 AHB, Kırklareli İlinde aile hekimliği sisteminin başladığı 2010 yılından başlayarak, 2019 yılı sonuna kadar demografik yapıları, istihdam durumları ve personel hareketliliği gibi açılardan incelenmiştir. Çalışmamız için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları

İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu’ndan 10.03.2020 tarih ve 13 sayılı ve Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan 04.05.2020 tarih ve 18 sayılı izinler alınmıştır. Çalışmada, araştırma ve yayın etiğine özen gösterilmiş olup, kişisel verilerin korunması kapsamında sadece anonimleştirilmiş veriler kullanılmıştır.

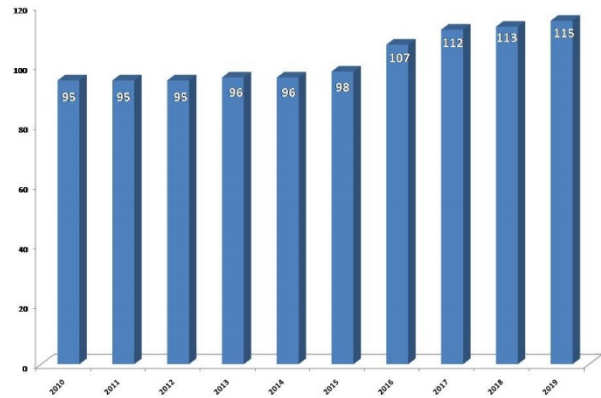
Verilerin analizi sırasında bazı sınıflamalar da yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken, AHB’lerin bulunduğu yerleşim yerleri, kalkınma derecelerine ve tarımdan elde edilen ortalama gelire göre “kentsel”, “yarı kentsel” ve “kırsal” olarak tanımlanmıştır. İlk açılışında, bulunduğu bölgedeki yaşayan kişilerin başvurusu olmaksızın belirli sayıda kişinin kayıt edildiği AHB’ler “tanımlı nüfuslu AHB”, bu işlem yapılmadan açılan AHB’ler ise “sıfır nüfuslu AHB” olarak tanımlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde tanımlanan gruplandırma kriterlerine göre A, B, C, D grubu olarak tescillenmiş AHB’ler “gruplandırılmış AHB”, herhangi bir grubu olmayanlar ise “gruplandırılmamış AHB” olarak tanımlanmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler IBM SPSS Statistics Trial programıyla değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılığın belirlenmesinde p değerinin 0,05’in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Kırklareli’de 2019 yılı sonu itibarıyla toplam 48 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Bu ASM’lerden %37,5’inde (n=18) bir, %27,1’inde (n=13) iki, %10,4’ünde (n=5) üç, %14,6’sında (n=7) dört, %8,3’ünde (n=4) beş ve %2,1’inde (n=1) sekiz olmak üzere toplam 115 Aile Hekimliği Birimi (AHB) yer almaktadır. AHB’lerin sayısının yıllar içinde değişimi Şekil 1’de görülmektedir.



**Şekil 1.** Aile hekimliği birimlerinin sayısının yıllar içinde değişimi

Bu AHB’lerin %78,3’ünün (n=90) kentsel, %14,8’inin (n=17) yarı kentsel ve %7’sinin (n=8) bölgelerde bulunduğu görülmektedir. AHB’lerin %82,6’sının (n=95) 2010 yılında ve tanımlı nüfuslu AHB olarak kuruldukları, %17,4’ünün (n=20) ise ilerleyen yıllarda sıfır nüfuslu AHB olarak açıldıkları tespit edilmiştir. İl düzeyinde AHB başına düşen ortalama nüfus 3.137 olarak hesaplanmıştır. AHB’lerin genel olarak %53,9’unun

(n=62) kayıtlı nüfusunun il ortalama nüfusunun üzerinde, %46,1'inin (n=53) ise kayıtlı nüfusunun il ortalama nüfusunun altında olduğu saptanmıştır. Kayıtlı nüfusun il ortalama nüfusunun üzerinde olma oranı, tanımlı nüfuslu AHB olarak açılan AHB'lerde %58,9 (n=56), sıfır nüfuslu AHB olarak açılan AHB'ler arasında ise %30,0 (n=6) olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiki olarak anlamlıdır (p=0,017). AHB'lerin kayıtlı nüfuslarının birim başına dağılımları Tablo 1'de görülmektedir.

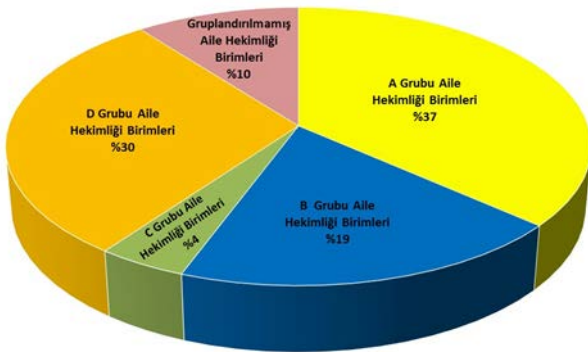
**Tablo 1.** Aile Hekimliği Birimlerinin Kayıtlı Nüfuslarının Birim Başına Dağılımları

AHB Kayıtlı Nüfusu	Sayı	Yüzde
1500'den Az	5	4,3
1500 - 2500 Arası	14	12,2
2500 - 3500 Arası	48	41,7
3500'den Fazla	48	41,7
Toplam	115	100,0

AHB: Aile Hekimliği Birimi

AHB'lerin kayıtlı nüfuslarının cinsiyet dağılımında %67,0'ında (n=77) erkek nüfusunun fazla olduğu, %33,0'ında (n=38) ise kadın nüfusun fazla olduğu görülmektedir. Kadın nüfusun fazla olduğu tüm AHB'lerde (n=13) ASÇ bulunduğu, erkek nüfusun fazla olduğu AHB'lerde ise ASÇ bulunma oranının %83,1 (n=64) olduğu ve farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0,004).

AHB'lerin hizmet verdikleri binaların mülkiyetlerinin %79,1'inin (n=91) kamuya, %5,2'sinin (n=6) muhtarlık, dernek vb. kurumlara, %11,3'ünün (n=13) özel şahıslara ve %4,3'ünün (n=5) aile hekimlerinin kendilerine ait olduğu tespit edilmiştir. Gruplandırılmamış AHB'lerin tümünün (n=12) kamu binalarında hizmet veren birimler olduğu görülmüştür, ama fark istatistiki olarak anlamlı değildir (p=0,316). Ancak gruplandırılmamış AHB'lerin %83,3'ünün (n=10) kayıtlı nüfusunun il ortalama nüfusunun altında olduğu görülmüştür ve fark istatistiki olarak anlamlıdır (p=0,007). AHB'lerin Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde tanımlanan gruplandırma kriterlerine göre dağılımları Şekil 2'de görülmektedir.

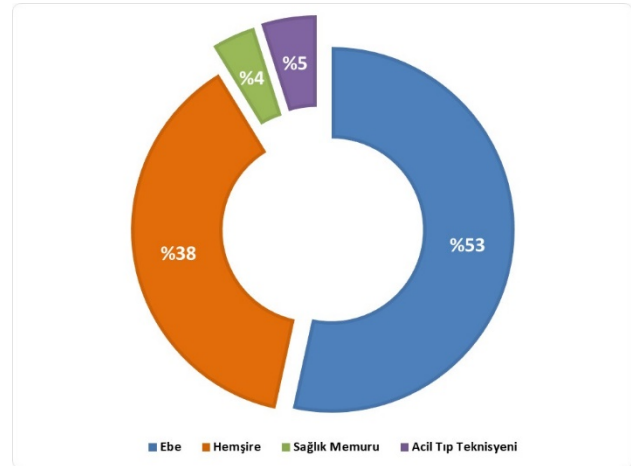


**Şekil 2.** Aile hekimliği birimlerinin gruplandırma kriterlerine göre dağılımları

AHB'lerin 2019 yılı sonu itibariyle aile hekimi bakımından doluluk oranının %99,1 (n=114), ASÇ

bakımından doluluk oranının ise %88,7 (n=102) olduğu görülmektedir. Aile hekimi bulunması bakımından AHB'lerin yeri, kayıtlı nüfusu, grubu gibi özellikleri açısından bir fark yoktur. Ancak ASÇ bulunmayan AHB'lerin tamamının kayıtlı nüfusu, ildeki AHB'lere kayıtlı nüfusun ortalamasının altındadır ve fark istatistiki olarak anlamlıdır (p<0,001). Buna mukabil, ASÇ bulunması ya da bulunmaması açısından AHB'lerin bulunduğu yerleşim yerlerinin niteliği (p=0,991), gruplu olup olmaması (p=0,595) veya aile hekiminin cinsiyeti bakımından bir fark yoktur (p=0,493).

Çalışmakta olan aile hekimlerinin %72,8'i (n=83) erkek, %27,2'si (n=31) kadinken, ASÇ'lerin %96,1'nin (n=98) kadın, %3,9'unun (n=4) erkek olduğu saptanmıştır. Aile hekimlerinin %88,6'sının (n=101) unvanı pratisyen hekim ve %11,4'ünün (n=13) aile hekimliği uzmanıdır. 2010 yılında aile hekimliği sisteminin ilk yerleştirmesinde bu oranın %9,6 (n=9) aile hekimliği uzmanı olduğu tespit edilmiştir. AHB'ye kayıtlı nüfusun il ortalamasının altında veya üstünde olması bakımından, birim hekiminin uzman ya da pratisyen olmasının istatistiki açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (p=0,403). ASÇ'lerin unvanlarına göre dağılımları Şekil 3'te görülmektedir.



**Şekil 3.** Aile sağlığı çalışanlarının unvanlarına göre dağılımı

Aile hekimlerinin bir pratisyen hekim hariç hepsinin kamu personeli olduğu tespit edilmiştir. ASÇ'lerde kamu dışı istihdam oranının ise %29,8 (n=31) olduğu görülmüştür. Yaş ortalaması aile hekimlerinde 44,3±10,0 (minimum 24, maksimum 63.), ASÇ'lerde ise 38,0±7,7 (minimum 20, maksimum 59) olarak hesaplanmıştır.

Kırklareli ilinde aile hekimliği sistemine 2010 yılında başladığında 94 AHB kurulduğu ve ilk yerleştirme işleminde bu birimlerin tamamına aile hekimi yerleştiği tespit edilmiştir. Bu aile hekimlerinin %48,9'unun (n=46) ilk açıldığı tarihten bu yana aynı AHB'de görev yaptıkları saptanmıştır. İlk yerleştirmede bir birime yerleşip il içerisinde yer değiştiren 18 hekimle birlikte hesaplandığında, 2010 yılında Kırklareli ilinde aile hekimi olarak göreve başlayan hekimlerin halen %68,1'inin (n=64) aynı ilde aile hekimliğini sürdürdüğü tespit edilmiştir. Bir diğer bulgu da halen görevde olan aile hekimlerinin %76,3'ünün (n=87) ilk yerleştikleri birimde çalışmaya devam ettikleri şeklindedir.

**Tablo 2.** Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının birim değişikliği durumları

Halen Kaçınıcı Biriminde Çalışıyor?	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı		Kendisi Bu Birimde Kaçınıcı Çalışan?	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Çalışanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Birinci	87	76,3	92	90,2	Birinci	61	53,5	54	52,9
İkinci	22	19,3	10	9,8	İkinci	30	26,3	31	30,4
Üçüncü	4	3,5	-	-	Üçüncü	14	12,3	13	12,7
Dördüncü	1	0,9	-	-	Dördüncü	4	3,5	4	3,9
Beşinci	-	-	-	-	Beşinci	4	3,5	-	-
Altıncı	-	-	-	-	Altıncı	1	0,9	-	-

İlde 2010 yılında yapılan ilk yerleştirmede görev alan ASÇ'lerin, halen görevde olan ASÇ'lere oranı ise %28,4 (n=29) olarak hesaplanmıştır. Aile hekimlerinin buldukları AHB'de ortalama görev süreleri 5,3±3,7 yıl iken, ASÇ'lerde bu süre 5,4±3,3 yıl olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin ve ASÇ'lerin birim değişikliği durumları Tablo 2'de görülmektedir.

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'de aile hekimliği uygulamasının Düzce ilinde pilot olarak başladığı 2005 yılından, tüm ülkeye yaygınlaştırıldığı 2010 yılına kadar sistem üzerine çok tartışmalar olmuştur. Sistem başladıktan hemen sonra yapılan bazı çalışmalarda, aile hekimliği sisteminin Türkiye için kesinlikle uygun bir sistem olmadığı savı öne sürülürken, bazı çalışmalarda da sistemin başarılı bir şekilde ilerlediği öne sürülmüştür (6 - 8). Bu çalışmanın amacı aile hekimliği sisteminin başarısını ya da sistemde çalışanların memnuniyet düzeyini ölçmek olmamakla birlikte, yaklaşık on yıllık süreçte AHB'lerde çalışan personelin birimleri tercih etme durumlarıyla ve hizmet alanların AHB'lere kayıt olma açısından bazı tercihleriyle ilgili bulgularımızın bu konuda bir fikir verebileceği düşünülmektedir.

Kırklareli ilinde, aile hekimliği sistemine geçildiğinde yapılan ilk yerleştirmede yerleşen hekimlerin yarısından fazlasının halen aynı ilde aile hekimi olarak çalıştıkları saptanmıştır. Yeni açılan AHB'ler ve ayrılanların yerine yerleşen hekimler birlikte değerlendirildiğinde ise, mevcut aile hekimlerinin yaklaşık dörtte üçünün ilk yerleştikleri birimde çalışmaya devam ettikleri görülmektedir. Manisa ilinde aile hekimliği öncesi ve sonrasında çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşleri alınarak yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, aile hekimliği sistemi döneminin birinci basamakta aynı hekime muayene olabilmek açısından aile hekimliği sistemi öncesine göre daha iyi olduğu değerlendirilmiştir (9). Çalışma bulgularımızın, bu görüşü desteklediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, aile hekimlerinin buldukları AHB'de ortalama görev sürelerinin ASÇ'lerin ortalama görev sürelerine yakın olduğu saptanmıştır. Bununla beraber, ASÇ'lerin halen yerleştikleri ilk birimde çalışma oranını aile hekimlerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, ASÇ'lerin çalıştıkları AHB'yi değiştirme davranışlarının, aile hekimlerine göre daha az olduğunu göstermektedir. Mevcut mevzuatımıza göre, bir AHB'de görev başlamak için aile hekimi ve hekim dışı sağlık personeli için eşit olmayan bir durum söz konusudur. Bir AHB'de çalışmaya başlamak için aile hekimi, o AHB'de halen

çalışmakta olan ASÇ'den bir onay almak durumunda değildir. Yerleşme şartları uygunsa, o AHB'de çalışmaya başlayabilir, ancak mevcut bir ASÇ varsa onunla çalışmaya devam etmek durumundadır. Ama bu durumun tersi söz konusu olduğunda, yani birimde çalışmakta olan bir hekim varsa ve bir ASÇ o birimde çalışmaya talipse, önce o birimin hekimiyle anlaşmak, başka bir deyişle hekimin onayını almak durumundadır (5). Ek olarak, çalışma grubumuzda çakılı kadro olarak bilinen ve yalnızca bulunduğu birimle anlaşmalı olarak istihdam edilen, başka bir deyişle birim değiştirme imkânı olmayan, kamu dışı personel olarak sadece bir hekim varken, kamu dışı personel olarak istihdam edilmiş otuz bir ASÇ olduğu görülmektedir. Bütün bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, ASÇ'lerin çalıştıkları AHB'yi değiştirme davranışlarının, aile hekimlerine göre daha az olduğu bulgumuzun, ASÇ'lerin kendi isteklerinden ziyade, aile hekimleri kadar rahat birim değiştirme imkânı bulamamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

AHB'lerin 2019 yılı sonu itibarıyla aile hekimi bakımından doluluk oranının %99,1 (n=114), ASÇ bakımından doluluk oranının ise %88,7 (n=102) olduğu görülmektedir. Mevzuatımıza göre bir AHB, bir aile hekimi ve (en az) bir ASÇ'den oluşmaktadır. Yani ASÇ'ler bir AHB'nin asli unsurudur. ASÇ, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlü personel olarak tanımlanmaktadır (5). İzmir'de yapılan bir çalışmada izlem için aile sağlığı merkezlerine başvuran gebelerin %49'unun sadece ASÇ'lerden hizmet aldıkları tespit edilmiştir (10). Bizim çalışmamızda da, kayıtlı nüfusunda kadınların fazla olduğu AHB sayısının, erkeklerin fazla olduğu AHB sayısına göre daha az olmasına rağmen, kadınların fazla olduğu tüm AHB'lerde ASÇ eksikliği olmaması, kadınların AHB tercihlerinde ASÇ bulunup bulunmamasının etkili olduğunu düşündürmektedir. Çünkü daha çok kadınların talep ettiği ana - çocuk sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı hizmetleri gibi hizmetler ASÇ'ler tarafından verilmektedir. Dolayısıyla bir AHB'de, ASÇ bulunmaması ciddi bir sorundur. Her ne kadar yapılan görevlendirmelerle hizmetin kesintisiz sürdürülmesi sağlansa da, geçici görevle gelen bir personelin, hizmet verdiği toplumu o birimde sürekli çalışan personel kadar tanyamayacağı aşikardır. Ülkemizde aile sağlığı merkezlerinde çalışanlar yönünden aksadığı ve iyi işlemediği düşünülen durumların gözden geçirilmesini ve iyileştirmeye yönelik çalışmaların yapılmasını öneren diğer çalışmalar da göz önüne

alındığında, ülke çapında ASÇ'lerin çalışmayı tercih etmedikleri AHB'ler incelenerek, alternatif çözümler üretilmesi gerektiği söylenebilir (7,11).

ASÇ bulunması ya da bulunmaması açısından AHB'lerin bulunduğu yerleşim yerlerinin niteliği, gruplandırılmış AHB olup olmaması veya aile hekiminin cinsiyeti gibi değişkenler bakımından bir fark yoktur. Buna mukabil, ASÇ bulunmayan AHB'lerin tamamının kayıtlı nüfusu, ildeki AHB'lere kayıtlı nüfusun ortalamasının altında olduğu ve farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Aslında AHB'lerde çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve verimliliğin artırılması için birim başına düşen hasta sayısının azaltılması önerilmektedir (12,13). Ancak fiili durumda nüfusu diğerlerine göre düşük olan AHB'lerin, ASÇ'lerce daha az tercih edildikleri görülmektedir. Normal olarak, sadece düz mantık işletilirse durumun tam tersi olması gerektiği, ASÇ'lerin iş yükünün daha az olduğu, bu nedenle daha iyi hizmet verebilecekleri AHB'leri öncelikli tercih etmelerinin daha beklenir bir durum olduğu söylenebilir. Fakat nüfusun azalmasıyla ASÇ'lerin uğradığı ekonomik kaybın bu durumun asıl sebebi olabileceği düşünülmektedir. Mevcut mevzuatımıza göre AHB nüfusu azaldıkça hem aile hekimi, hem de ASÇ'nin gelirleri azalmakta ama "aile sağlığı merkezi giderleri" için yapılan ödenek sadece aile hekimine yapıldığından, ASÇ'lerin kazancı aile hekimliği sistemi dışında çalışarak elde edebilecekleri kazancın da altına düşebilmektedir (5). Bu nedenle AHB hizmetlerinin ücretlendirilmesinde, ASÇ'lerin daha fazla dikkate alındığı bir sistem geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Kayıtlı nüfusunun il ortalaması nüfusunun üzerinde olma oranı, tanımlı nüfuslu AHB'lerde, sıfır nüfuslu AHB'lere göre yaklaşık iki kat farklı bulunmuştur. Bu nedenle yeni AHB'ler oluşturulurken nüfus tanımlanmadan ya da çok bilinen ismiyle sıfır nüfuslu AHB oluşturmak ve adeta promosyon yaparak AHB çalışanlarının kendilerine kayıt olacak nüfus toplamalarını beklemek yerine, bölgedeki nüfus dağılımını gözeterek ve dengeli dağılımını sağlayacak yeni çözümler üretilmesi gerektiği düşünülmektedir.

İl düzeyinde AHB başına düşen ortalama nüfus 3.137 olarak hesaplanmıştır. En son yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018'e göre Türkiye ortalaması 3.124, Kırklareli ilinin yer aldığı Batı Marmara Bölgesi'nde ise 3.131'dir (14). Bu rakamlar birlikte değerlendirildiğinde Kırklareli ilinin AHB başına düşen nüfusunun ülke ve bölge ortalamalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Türkiye'de bulunan AHB'lerde uzman hekim oranının yaklaşık %8,2 olmasına karşın, Kırklareli ilinde 2010 yılında yerleşen 94 aile hekiminin %9,6'sı (n=9) aile hekimliği uzmanı iken, bu oranın 2019 yılında %11,4'e (n=13) yükseldiği görülmektedir. AHB'ye kayıtlı nüfusun il ortalamasının altında veya üstünde olması bakımından, birim hekiminin uzman ya da pratisyen olmasının istatistiki açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan ailelerle yapılan niteliksel bir araştırmada, bazı katılımcıların ASM hizmetlerini değerlendirilirken, "uzman bir doktor tarafından hizmet verilse daha iyi olurdu" şeklinde beyanlarıyla örtüşmemektedir (15).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Çalışmanın tanımlayıcı olarak yapılması nedeniyle gözlemlenen durumların nedenlerine yönelik kesin

çıkarımlar yapılamamakta ve yalnızca geçmiş çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlar yapılabilmektedir.

Çalışmamızın en önemli bulgusu olarak, aile hekimliği birimlerinde çalışmanın, hekimler tarafından diğer sağlık personeline göre daha fazla tercih edildiğinin tespit edilmesi gösterilebilir. Ekip ruhuyla çalışma prensibine uygun olmayan ve hizmetlerde zafiyete yol açabilecek bu durumun ivedilikle düzeltilmesine ve aile hekimliği sistemi içinde görev almanın, hekim dışı sağlık personeli için de talep edilmesini sağlamaya yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Yazarların Katkıları:** Fikir/Kavram: A.Ö.P., Ç.C.; Tasarım: A.Ö.P., Ç.C.; Veri Toplama ve/veya İşleme: A.Ö.P., Ç.C.; Analiz ve/veya Yorum: A.Ö.P., Ç.C.; Literatür Taraması: A.Ö.P., Ç.C.; Makale Yazımı: A.Ö.P., Ç.C.; Eleştirel İnceleme: A.Ö.P., Ç.C.

#### KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Son güncelleme: 08.01.2019; Erişim Tarihi: 25.07.2020]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-saglik-hizmetleri.html>.
2. Jamouille M, Resnick M, Vander Stichele R, Ittoo A, Cardillo E, Vanmeerbeek M. Analysis of definitions of general practice, family medicine, and primary health care: a terminological analysis. *BJGP Open*. 2017; 1(3):bjgpopen17X101049. doi:10.3399/bjgpopen17X101049.
3. Öner C. Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. *Türk Aile Hek Derg*. 2015; 19(4): 165-9.
4. mevzuat.gov.tr [Internet]. Aile Hekimliği Kanunu [Son güncelleme: 18.05.2020; Erişim Tarihi: 18.05.2020]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
5. mevzuat.gov.tr [Internet]. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği [Son güncelleme: 18.05.2020; Erişim Tarihi: 18.05.2020]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20101237&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>.
6. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile hekimliği modeli - sistemi Türkiye için uygun değildir. *Toplum ve Hekim*. 2003; 18(4): 251-7.
7. Ağdemir H. Sağlık sektöründe aile hekimliği yeri ve önemi ile hizmetten yararlananların ve hizmet sunanların memnuniyet durumu konusunda bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: T.C. Çağ Üniversitesi; 2012.
8. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*. 2012; 51(1): 21-9.
9. Çevik C, Kılıç B. Manisa ilinde sağlık ocağı ve aile hekimliği dönemlerinde çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşleri. *STED*. 2013; 22(4): 122-30.

10. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hür Hassoy, Aksu Tanık F. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011; 9(1): 1-15.
11. Ak M. Aile sağlığı merkezlerinde örgütsel iklim üzerine ampirik bir araştırma. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi. 2018; 53(3): 1235-57 doi: 10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.18.12.1022.
12. Sırakaya İR. Yeni kamu işletmeciliği açısından aile hekimliği uygulamasının değerlendirilmesi: Sakarya ilinde bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya: T.C. Sakarya Üniversitesi; 2015.
13. Özdemir ME, Koçoğlu F. Sivas ilinde aile hekimliği modelinin değerlendirilmesi. Ahi Evran Med J. 2019; 3(2): 59-65.
14. saglik.gov.tr [Internet]. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 [Son güncelleme: 22.01.2020; Erişim Tarihi: 18.05.2020]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>.
15. Delican O, Yapakçı A, Yılmaz E, Altun A, Kesen CH, Atal SS. Ailelerin aile hekimliğinden hizmet alımı ve memnuniyeti. Jour Turk Fam Phy. 2019; 10(1): 18-34. doi: 10.15511/tjtfp.19.00118.