

# POLİTİKA TRANSFERİ SÜRECİ AÇISINDAN TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNDE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erdal Eke<sup>1</sup>

0000-0002-9529-5889

Betül Ünal<sup>2</sup>

0000-0003-4398-7311

## ÖZ

*Politika transferi süreci, sağlık sisteminde reform uygulamalarının konuşulduğu ülkelerde önemli bir yere sahiptir. Çalışmanın amacı politika transferi süreci doğrultusunda Türk sağlık sistemindeki aile hekimliği modelini inceleyerek bu modelde öne çıkan ülkelerle Türkiye'deki mevcut sistemin karşılaştırmalı analizini yapmaktır. Çalışmanın odak noktası, Türk sağlık sistemindeki dönüşüm süreci açısından aile hekimliği modeli ve bu modelin politika transferi süreci bağlamında değerlendirilmesidir. Çalışma, teorik bir çerçevede tasarlanmış olup genel olarak literatür incelemesi yapılmıştır. Ayrıca politika transferi ile aile hekimliği modeli arasındaki ilişki, karşılaştırmalı bir bağlamda tartışılmıştır. Çalışmada politika transferi sürecinin sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir role sahip olduğu, bu süreçte tam gönüllü politika transferinden doğrudan zorlayıcı politika transferine doğru bir düzlemin oluşabildiği ve Türk sağlık sistemindeki aile hekimliğinin bir model ve uygulama örneği olarak transfer edildiği sonucuna ulaşılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Politika Transferi, Sağlıkta Politika Transferi, Aile Hekimliği Modeli, Türk Sağlık Sistemi, Kamu Yönetimi.

## THE EVALUATION OF FAMILY MEDICINE MODEL IN TURKISH HEALTH SYSTEM FOR POLICY TRANSFER PROCESS

### ABSTRACT

*The policy transfer process has an important place in the countries where reforms in the health system are discussed. The aim of this study is to present a comparative analysis of the current system in Turkey with the leading countries in this model by examining the family medicine model in Turkish health system in line with policy transfer process. The focus of the study is to evaluate the family medicine model in terms of the transformation process in the Turkish healthcare system and the policy transfer process. The study was designed in a theoretical framework and literature review was conducted in general. In addition, the relationship between policy transfer and the family medicine model is discussed in a comparative context. It has been found that the process of policy transfer in the study has an important role in the formation of health policies, in this process from a full voluntary policy transfer to a direct compulsory policy transfer can be established and the family medicine in the Turkish health system is transferred as a model and application example.*

**Keywords:** Policy Transfer, Health Policy Transfer, Family Medicine Model, Turkish Health System, Public Administration.

## Giriş

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [erdaleke@sdu.edu.tr](mailto:erdaleke@sdu.edu.tr)

<sup>2</sup> Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, [betulunal82@gmail.com](mailto:betulunal82@gmail.com)

1980 ve 1990'lı yıllar boyunca devletin ekonomik ve sosyal hayattaki rol ve görevlerinin yeniden tartışma konusu haline gelmesi, hizmet sunumunda farklı düşüncelerin ortaya konulmasına vesile olmuş ve bu doğrultuda yeni kurum ve mekanizmaları içeren yönetsel yapı arayışı kendisini hissettirir hale gelmiştir (Ömürgönülşen, 2003: 3; Coşkun, 2008: 60; Bilgiç, 2008: 27; Çetin, 2011: 196).

Yeni yönetsel yapı düşüncesi açısından devlet mekanizması, süreç içerisinde yönetim kavramını benimseyerek, politika üretme süreci açısından geleneksel sistemdeki aksine tek belirleyici güç olma özelliğini kaybederek, bir dizi aktör ve kurumların etkisi altına girmiştir (Sobacı, 2009: 59). Örneğin IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların ulus devletlerin kamu yönetimi yapılarını etkileyen bağlayıcı kararlar alabilmesi, devletlerin kamusal alanda reform yaparken bu çevresel unsurları dikkate almalarını beraberinde getirmiştir (Çetin, 2011: 207). Ulus devletler kamu politikasının oluşumu açısından ulusal nitelikli resmi ve gayri resmi aktörlerin etkilerine ek olarak küresel ölçekli aktörlerin de etkileşim alanına girmiştir. Bu doğrultuda sağlık, eğitim, ulaştırma ve diğer hizmet alanlarında üretilen politikalar açısından küreselleşme sürecinin alt boyutlarıyla da ilişkili olarak bir benzeşme ve tipolojik olarak bir yakınsama süreci açığa çıkmıştır. Dolayısıyla hemen her sektörde sistematik bir şekilde gelişmiş ülkelerden diğer ülkelere bir transfer süreci söz konusu olmuştur.

Çalışma kapsamında politika transferi kavramı ve süreci ele alındıktan sonra bu kavramın genelde sağlık politikaları ve özelde aile hekimliği uygulaması ile ilişkisi incelenmeye çalışılacaktır.

## **Politika Transferinin Kavramsal Çerçevesi**

### **Politika Transferi Kavramı**

Ulus devletler özellikle yirminci yüzyılının sonlarından itibaren kendi iç mekanizmalarıyla çözemeyecekleri ve aşamayacakları yeni ve tüm insanlığı etkileyen bazı sorunlarla karşılaşmış ve bu sorunlarla yüzleşmek zorunda kalmışlardır (Sobacı, 2009: 59). Yüzleşmek zorunda kaldıkları bu sorunların benzer ve ortak niteliklere sahip olması sonucu, ülkeler diğer ülkelerin uygulamalarını inceleyerek taklit veya öykünmeden ders çıkarmaya (James ve Lodge, 2003: 190) kadar geniş bir bağlamda birbirlerinden yararlanma ve karşılaştırmalı yöntemleri kullanma fırsatına sahip olmuşlardır (Keser, 2012: 25). Bu bağlamda yönetim ve

siyaset uzmanları tarafından ülkelerarası model aktarımları ya da transferi düşüncesi, çeşitli riskleri olsa da öne çıkmış ve süreklilik arz eden bir düzeyde kullanılmaya başlanmıştır.

Literatürde çok sayıda kavramsal boyutu bulunan politika transferi kavramı, idari düzenleme ve kurumların geliştirilmesi amacıyla politika, idari düzenleme ve kurumlarla ilgili bilgilerin, bir zaman ve/veya yerden diğer zaman ve/veya yere aktarılması olarak tanımlanabilmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 344). Bir başka bakış açısıyla politika transferi kavramının, bir politika veya programı diğer bir devletten transfer eden devletin, neden politika transferine başvurduğu ve politik süreçte politika transferinin sahip olduğu işlevler gibi farklı konulara odaklandığı anlaşılmaktadır (Mossberger ve Wolman, 2003: 429). Özetle politika transferi, devletin yönetsel yapısı açısından siyasal iktidarın ve diğer aktörlerin etkisi altında olan kamu politikası süreciyle ilişkili bir içeriğe sahip olup, hizmet sunum süreçleri açısından model ülkelerdeki iyi uygulama örneklerinin bir anlamda diğer ülkelere aktarılması/aktarılmasının sağlanması olarak da ifade edilebilir.

Politika transferinin son yirmi yıldır üzerine tartışılan bir konu olmasına rağmen kronolojik olarak temellerinin aslında çok eskiye dayandığı görülmektedir. Fakat sistematik olarak politika transferinin çeşit ve farklılıkları arasındaki prensiplere göre incelenmesinin oldukça yeni olduğu ifade edilebilir. Bu hususta yapılan ilk çalışmaların Amerikalı siyaset bilimciler tarafından 1940'lı yıllarda karşılaştırmalı siyaset biliminin bir alt dalı olarak yapıldığı belirtilmektedir. Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde ise yüksek oranda, eyaletler arasında politika yayılması ve bürokrasinin öğrenilmesi gibi konular üzerinde durulduğu görülmektedir (Sezgin, 2015: 67). 1980'lerden sonraki süreçte ise siyasal ve ekonomik politikaların dönüşümü çerçevesinde politika transferi kavramının sıklıkla vurgulandığı gözlemlenmektedir.

### **Politika Transfer Süreci ve Özellikleri**

Teknolojinin her geçen gün gelişim göstermesi ve ülkeler arasındaki iletişimin daha da hızlanması, dünya üzerindeki herhangi bir ülkede hayata geçirilen siyasal, yönetsel, ekonomik ve kültürel uygulamaların, diğer ülkeler ve vatandaşları tarafından hemen ve hızlıca fark edilmesine olanak sağladığı görülmektedir. Dolayısıyla herhangi bir ülkedeki bir birey, diğer ülkelerdeki politika ve uygulamalardan anında haberdar olabilmekte ve kendi ülkelerindeki

politikaların içeriği ve uygulamaları ile karşılaştırmalar yapabilmektedir. Bu tablo ister istemez politika transferi sürecinin önemine işaret etmektedir.

Politika transferi sürecinin daha iyi anlaşılabilmesi açısından literatürde bazı soruların altı çizilmektedir. Bu sorular şu şekilde sıralanabilmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 345-351; Rose, 1993: 132):

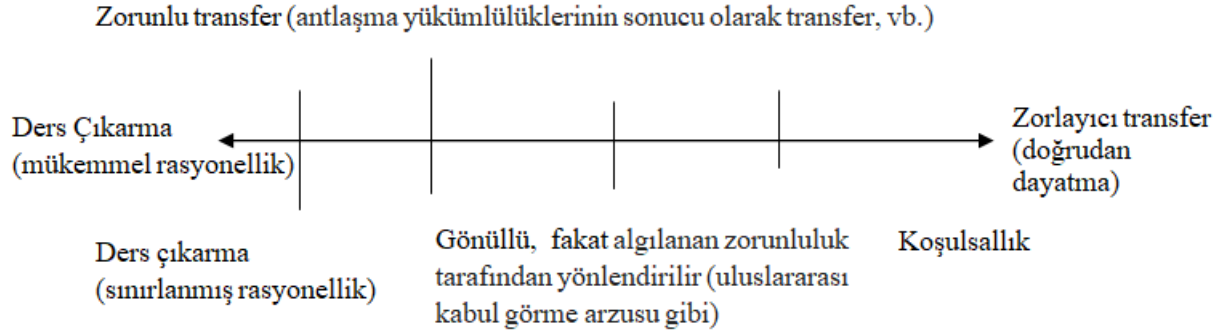
- Transferi kimler yapar?
- Transfer edilen nedir?
- Transfer ne amaçla yapılmaktadır?
- Transferin değişik dereceleri var mıdır?
- Politika nereden transfer edilir?
- Politika transferini hangi faktörler kısıtlar?

Politika transferi süreci ile ilgili bu sorular incelendiğinde, süreç yönetimi açısından kim, ne, niçin, nasıl ve nereden gibi kritik konulara odaklanıldığı görülmektedir. Örneğin politika transferi süreci açısından “kim” sorusunun cevabı açısından altı ana kategori tanımlanmıştır. Bu kategorilerde *seçilmiş siyasetçiler ve siyasi partiler, bürokratlar/üst düzey memurlar, baskı grupları, politika girişimcileri ve ulus-üstü kurumlar* yer almaktadır (Dolowitz ve Marsh, 1996: 345).

Politika transferi süreci açısından ikinci önemli parametre, “ne” sorusunun cevabı ile ilişkilidir. Bu yönde politika transferi konusunun içerdiği durumlara göre farklılık gösterdiği (Sezgin, 2015: 67) vurgulanırken, bir çalışmada bütünsellik açısından (a) *politika hedefleri*, (b) *yapı ve içerikler*, (c) *politika araçları veya idari teknikler*, (d) *kurumlar*, (e) *ideolojiler*, (f) *fikirler, tutumlar, kavramlar ve (g) negatif dersler* olmak üzere yedi ana kategorinin öne çıktığı görülmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 349-350).

Politika transferi süreci açısından üçüncü önemli parametre, “niçin” sorusunun cevabına yöneliktir. Diğer bir anlatımla politika transferinin ne amaçla yapıldığı hususuna gelindiğinde ise, ülkeleri politika transferine iten birden fazla sebebin bulunduğu gerçeği ile karşılaşılmaktadır. Bu sebeplerin politika transferinin türlerinden de kaynaklandığı belirtilebilir. İlgili alan yazın irdelendiğinde en genel görüşe göre politika transferinin temelde

gönüllü ve zorlayıcı/zorunlu transfer olmak üzere iki gruba ayrılabilirdiği görülmektedir. Şekil 1’de de görüldüğü üzere politika transferi bir düzleme yerleştirildiğinde, bir ucunda mükemmel rasyonelliğin hakim olduğu tam gönüllü politika transferinin diğer ucunda ise doğrudan zorlayıcı politika transferinin yer aldığı anlaşılmaktadır (Sobacı, 2011: 195). Daha sade bir anlatımla ülkeler politika transferi karar verirken ve bu süreci uygularken özgür olabildikleri gibi, diğer taraftan bu süreçte birtakım aktör ve etkenlerin etkisi veya baskısı altında da kalabilmektedirler (Kutlu ve Özdemiray, 2016: 82). Örneğin gelişmekte olan ülkelere Uluslararası Para Fonu ya da Dünya Bankası gibi uluslararası aktörler tarafından şartlı olarak sunulan kredi anlaşmaları vasıtasıyla çeşitli sektörlerde bir takım politika uygulamalarının hayata geçirildiği söylenilebilir (Demirci, 2010: 144).



**Şekil 1: Politika Transfer Düzlemi**

**Kaynak:** Dolowitz ve Marsh, 2000a: 13.

Konunun daha iyi kavranması adına gönüllü ve zoraki transfer tanımları arasındaki ayrıma dikkat edilmesi ve aradaki detayların doğru bir şekilde anlaşılması gerekmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 346). Gönüllü politika transferi genel olarak belirli bir politika konusunda yaşanan sorun veya memnuniyetsizliğin giderilmesi çerçevesindeki çalışmalar açısından ülkedeki politika yapımcıların kendi iradesiyle sorun oluşturan kısımlar hakkında politika veya o konuyla ilgili programı, modeli ya da tipolojiyi transfer etmesi anlamına gelmektedir (Sobacı, 2011: 195; Sobacı, 2009: 72). Bu bağlamda politikacıların ve partilerin seçim rekabetleri, politik tartışmalardan yarar sağlama veya diğer ülkelerin gerisinde kalmama gibi birtakım düşünceler ışığında yeni politika arayışına gitmeleri, gönüllü politika transferi sürecinde öne çıkan örnekler olarak gösterilebilir (Haktankaçmaz, 2009: 185; Sezgin, 2015: 69).

Zorlayıcı/zorunlu transferin ise doğrudan/direkt ve dolaylı zorunlu transfer olmak üzere ikiye ayrılabilirdiği görülmektedir. Direkt zorunlu transfer bir ülkenin diğer bir ülkeye ya da bir uluslararası kuruluşun bir ülkeye zorla birtakım politikaların transferi konusunda baskı yapması anlamına gelmektedir. Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası gibi kuruluşların da uygulamaları bu çerçeveye uygun bir örnek teşkil etmektedir (Dolowitz ve Marsh, 1996: 347-348; Sezgin, 2015: 69; Turgeon vd., 2008: 4). Ayrıca İkinci Dünya Savaşı sonrası Amerikan hükümetinin Japon anayasasının taslağını hazırlaması da, bu alt boyutun daha iyi anlaşılmasına ve somutlaştırılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (Dolowitz, 2000b: 16).

Dolaylı zorunlu transfer ise politika değişikliğinin gerekli olduğu hususunun fark edildiği, dışsallığın bulunduğu bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Hoberg, 1991). Bu noktada politika yapıcıları transfere yönlendiren etkenin birtakım özel koşullar olduğu göz önüne alınırsa bu transfere koşullu transfer de denilebilir (Dolowitz ve Marsh, 1998: 42-43). Devletlerin uluslararası rejimlere veya uluslararası kuruluşlara üyeliği de bu transferin bir nedeni olabilmektedir. Çünkü üye olunan kuruluştan kaynaklanan bir takım yükümlülükler doğabilmektedir. Avrupa Birliği'ne üyeliğin gerektirdiği yönetsel, hukuksal, siyasal ve ekonomik reform düzenlemelerin gerçekleştirilmesi, dolaylı zorunlu transfer boyutuna örnek olarak verilebilir (Padgett, 2003: 227-228; Schimmelfenning ve Sedelmeier, 2004: 661-663; Bulmer ve Padgett, 2004: 103).

Politika transferi süreci açısından dördüncü önemli parametre, “nasıl” sorusunun cevabı ile ilişkili olup, transferin derecesi odak nokta haline gelmektedir. Bu açıyı inceleyen bir çalışmada beş çeşit politika transfer derecesi olduğu belirtilmiş ve bunlar *benzeşme/öykünme, uyumlaştırma, melezleştirme/sentez, kopyalama ve esinlenme* olarak kategorize edilmiştir (Rose, 1993: 30).

Öykünme/benzeşme, fikirleri ödünç alarak politika yaklaşımlarını, araçlarını yerel koşullara uyarlamak yani fikir veya politikaları ithal etmek anlamında kullanılmaktadır. İngiltere'nin özelleştirme konusunda öncü olması bu duruma örnek olarak gösterilebilmektedir (Stone, 2001: 7). Melezleştirme/sentez ise bir politika geliştirirken diğer ülkede uygulanan programlara ilişkin parçaların öykünen ülkeye uyacak bir şekilde birleştirilmesi şeklinde ele

alınmaktadır (Keser, 2012: 31). Eğer bir ülke başka bir ülkede uygulanan bir program veya politikayı hiçbir değişikliğe uygulamaksızın uygular yani taklit ederse bu durum politika transfer dereceleri açısından kopyalama olarak tarif edilmektedir. Politika transfer derecelerinden esinlenme ise, benzer probleme sahip ülkelerin farklı yöntemleri kullanmak şartıyla yeni fikirler geliştirmesi şeklinde tanımlanabilmektedir (Rose, 1991: 21-22).

Politika transferi konusunda transfer derecesinin daha iyi anlaşılabilmesi için politika yakınsaması, politika yayılması ve ders çıkarma kavramları arasındaki farkın bilinmesinde fayda görülmektedir. Politika transferinin tüm kavramları kapsayan genel bir çerçeveye sahip olduğu ifade edilirken politika yakınsaması ve politika yayılması gibi kavramların birbirlerinden belirgin farklılıklarının bulunduğu belirtilmektedir (Sobacı, 2009: 68). Politika yayılması, politika yeniliğinin farklı ülkeler vasıtasıyla ardı sıra benimsenmesi olarak tanımlanırken (Eyestone, 1977: 441), politika yakınsaması ise toplumların genel olarak eşit bir şekilde gelişim göstermesi ve aynı zamanda yapı ve performansında da benzerliklerin olduğu durum şeklinde ele alınmaktadır (Bennett, 1991: 215-219). Son olarak ders çıkarmanın ise hem zaman hem de mekan boyutlarıyla ele alındığında bir ülkenin diğer bir veya birden fazla ülkeden ders çıkararak kendi politikasında uygulaması anlamına geldiği belirtilmektedir (Rose, 1993: 19-21).

Politika transferi süreci ile ilgili olarak bir diğer önemli parametre ise “nereden” yani politika transferinin kaynağı ile ilgilidir. Politika transferinin zamansal ve mekansal olmak üzere iki tür kaynağı olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki olan zamansal ölçek, politika yapıcılarının ders/politika aramaya başladığında geçmişini gözden geçirmesini vurgulamakta, yani geçmişte yaptığı faaliyetlerden neyin işe yarayıp neyin işe yaramadığı hususunda tecrübeye sahip olacağı mantığına dayanmaktadır (Sobacı, 2009: 87). Mekansal ölçek boyutuyla ise uluslararası, ulus aşırı, ulusal, bölgesel, yerel olmak üzere beş kategoride ele alınabilir (Evans ve Davies, 1999: 368).

Politika transferi süreci açısından son önemli parametre, süreç yönetimi açısından kısıtlılık konusuyula ilişkilidir. Diğer bir ifadeyle politika transferi konusunda hangi faktörlerin kısıtlılık durumunu getirdiğini anlamak gerekmektedir. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada altı hipotez öne sürülmüştür. Bunlar;

- a. Çok hedefli programlardan ziyade tek hedefli olanlar daha çabuk transfer edilebilir.
- b. Çıktılar ne kadar kolay öngörülebiliyorsa program o kadar kolay transfer edilebilir.
- c. Problem ve çözüm arasındaki ilişki ne kadar dolaysızsa transferin gerçekleşme ihtimali o kadar yükselir.
- d. Problemin kolaylığı transferin gerçekleşme ihtimali ile doğru orantılıdır.
- e. Politikanın algılanan yan etkisi az oldukça gerçekleşme derecesi o kadar yükselir.
- f. Karar alıcıların transfer edilecek programın başka bir yerde nasıl işlendiğine dair bilgisi ne kadar fazlaysa transfer o kadar kolaylaşır (Rose, 1993: 132).

### **Sağlık Politikalarının Değişimi ve Politika Transferi Süreci**

Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulmasından günümüze sağlık politikalarının şekillenmesi sürecinde önemli değişimler yaşanmıştır. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri disiplinin gelişimi de göz önünde bulundurularak ulusal sağlık politikaları belirlenirken karar vericilerin hem diğer ülkelerdeki iyi uygulama örneklerini hem de uluslararası aktörlerin bu kapsamdaki önerilerini dikkate aldıkları ifade edilebilir. Diğer taraftan gelişmiş ülkeler başta olmak üzere küresel düzeyli ekonomik sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri de sağlık politikalarının şekillenmesinde etkili olan parametrelerden birisi olarak gösterilebilir. Örneğin 1920'lerin sonlarına doğru yaşanan ve etkili olan Dünya Ekonomik Buhranı sonrasında devletlerin sağlık politikaları açısından daha fazla rol ve sorumluluk üstlendiği bir evreye geçilmiş diğer bir ifadeyle sosyal devlet anlayışı kendisini hissettirmeye başlamıştır. Bu süreçte sağlık hizmetleri sunum ve örgütlenmesinde genel olarak sosyal refah devleti karakterine uygun bir örgütsel yapılanma ve hizmet sunum ağı oluşturulmuştur. 1970'li yıllara gelindiğinde ise ekonomik göstergelerdeki değişimler, krizler ve diğer olaylar, sosyal refah devleti anlayışının ve bu çerçevedeki sağlık politikalarının neoliberalizm bağlamında sorgulanmasına yol açmıştır (Ağartan, 2007; Özdemir, 2007; Eser vd, 2011; Belek, 2016: 271-278, 301-306).

ABD ve İngiltere odaklı neoliberal politikaların da etkisiyle sağlık politikalarında yeni kamu işletmeciliği odaklı yeni bir evre kendisini hissettirmiş; bu süreçte hizmet sunumunda özel sektörün daha fazla rol ve sorumluluk üstlenebileceği bir model resmedilmeye başlanmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007; Soyer, 2003; Aktan ve Işık, 2007). Sağlık sistemleri açısından önemli bir reform sürecini beraberinde getiren bu modelin sosyal, siyasal, kültürel ve



ekonomik açılardan farklı olan ülkelere önerilmesinin belli nedenlerinin olduğu öngörülmektedir. Bu bağlamda ülkeler açısından değişiklik gösterse de makroekonomik unsurlar, ideolojik dönüşümler ve sağlık sistemine özgü faktörler olmak üzere üç ana konunun öne çıktığı görülmektedir.

Bahsedilen gelişmeler doğrultusunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinde Dünya Sağlık Örgütü'nün de yönlendirmesiyle proje odaklı bir dönüşüm süreci başlatılmıştır (Küçük, 2017: 739-740). Bu süreçte bazı gelişmelerin önemli olduğu ifade edilebilir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılında Alma Atma kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı sonucunda "Herkesin Sağlık" ideali doğrultusunda yayımladığı bildirme (Aktan ve Işık, 2012: 2-3) ile "Sağlık 2020: 21. Yüzyıla Yönelik Bir Avrupa Politika Çerçevesi ve Stratejisi" başlıklı raporu (World Health Organization, 2013), Dünya Bankası'nın sağlık alanında hazırladığı raporlar (World Bank, 2003) çerçevesinde sağlık sisteminde reform önerileri (Erol ve Özdemir, 2014: 10) bu gelişmelerden bazılarıdır. Bu gelişmelerin içeriği incelendiğinde sağlık sistemlerindeki kronik sorunların çözülebilmesi için ortaya konulan öneriler çerçevesinde sağlık sistemlerinde politika transferi süreci gerçeği ile karşılaştığı anlaşılmıştır.

Politika transferi hem gelişmiş ülkeler hem de gelişmekte olan ülkeler için yönetsel ve siyasal yapıların değişimi ve dönüşümü bağlamında son yıllarda çok sık kullanılan bir çerçeveye sahiptir. Bu açıdan ülke orijini fark etmeksizin hemen hemen tüm sektörlerde ortaya çıkan iyi uygulama örnekleri, o alanlarda gelişmek isteyen ve problemlerini çözmek isteyen ülkelere tavsiye edilmekte ya da o ülkeler tarafından transfer edilmek istenmektedir. İlgili sektörlerden birisi de hiç kuşkusuz sağlık sektörüdür.

Özetle 1980'li yıllardan bu yana sağlık sektörü irdelendiğinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde bir takım önemli reform uygulamalarının hayata geçirildiği ya da geçirilmeye çalışıldığı görülmekte (Günaydın, 2011: 325; Erençin ve Yolcu, 2008: 119; Ataay, 2008: 170) yöntem olarak da politika transferi süreci öne çıkmaktadır (Yılmaz, 2017: 13). Politika transferi süreci doğrultusunda öne çıkan reform adımlarından birisi olarak nitelendirilen aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir değişim olarak görülmektedir.

### Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlık sektörü sunulan hizmetin niteliği gereği bütün devletler için her zaman en fazla önem gösterilen alanlardan birisidir. Günün gelişen ve değişen koşullarının en çok etkilediği bu alan, karşılaştırmalı sağlık sistemleri disiplini çerçevesinde ülkelerin birbirileri ile sürekli mukayese edildiği, iyi ve kötü uygulama örneklerinin takip edildiği ve tartışıldığı bir kapsama sahiptir. Dolayısıyla sağlık hizmet sektörünün bütün alt sistemlerindeki gelişmeler, hem uluslararası örgütler hem de diğer ülkelerin siyasal iktidarları ve sağlık uzmanları tarafından analiz edilmekte ve kendi ülkelerine transferi konusunda çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Bu açıdan dünyada özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde öne çıkan modellerden birisi, aile hekimliği uygulamasıdır. Çalışmanın bu kısmında özellikle aile hekimliğinin teorik çerçevesi ve kronolojik gelişimi, öne çıkan ülke örnekleri ve Türkiye'deki aile hekimliği uygulaması incelenmeye çalışılacaktır.

Aile hekimliği, bireylerin ve ailelerin sağlık durumlarıyla, sosyal, biyomedikal ve davranışsal bilimlerin entegrasyonu ile ilgilenen akademik bir disiplin olarak ele alınabilmektedir. Aynı zamanda bütüncül sağlık hizmeti, eğitim ve araştırma içeren tıp uzmanlık dallarından birisi olarak da tanımlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise aile hekimliği, “kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktoru” (World Organization of Family Doctors, 2002) şeklinde tarif edilmektedir. Aile hekimliği uygulaması bulunduğu ülkeye göre aile hekimleri veya genel pratisyenlik olarak da bilinmektedir (Korukluoğlu vd., 2004b: 54-57; Aktürk vd., 2015: 21; World Health Organization, 2003: 1; 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Kanunu, 2004: Madde 2; Rakel, 2016: 5; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018a; Kalaça, 1995: 84). Bu duruma örnek olarak aile hekimlerinin Amerika'da “*Family Physician*”, İngiltere'de “*Family Doctor*” veya “*General Practitioner*” şeklinde isimlendirildiği görülmektedir (Güldal, 1995: 83).

Aile hekimliği ya da kullanılan ülkeye göre genel pratisyenlik veya aile doktoru disiplininin literatürde öne çıkan çeşitli özellikleri bulunmaktadır. Örneğin bu uygulamaya yönelik olarak *kişi merkezli bakım sağlaması, sağlık hizmetlerinin karşılaştığı ilk buluşma noktasında*

*olması, özgün problem çözme becerileri, hastaların kronik ve akut rahatsızlıklarının eş zamanlı olarak yönetilmesi, toplum yönelimli olma ve sağlık kaynaklarının etkili kullanımının sağlanması* gibi bazı özelliklerin sıklıkla ifade edildiği gözlemlenmektedir (World Organization of Family Doctors, 2002: 8-10; Ak, 2010: 40; Campos-Outcalt, 2016: 82). Bu bilgilerden hareketle öncelikle sağlık sektörü açısından aile hekimliğinin kronolojik gelişimi ele alınmaya çalışılacak ve İngiltere, Almanya, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada ülkelerindeki aile hekimliği gelişim süreci ve işleyişi açısından kısaca incelenecektir.

### **Aile Hekimliğinin Gelişimi ve Ülke Örnekleri**

Tıp biliminin tarihi incelendiğinde, tıbbın bazı dönemlerde sosyal bazı dönemlerde ise bilimsel ve teknolojik etkilere cevap vermek için gelişim gösterdiği anlaşılmaktadır. İlkel tıp uygulamalarından modern tıp yöntemlerine gelinceye değin tedavi edici hekimlik açısından ilk olarak halk hekimliğinin söz konusu olduğu, sonrasında ise bilimsel yöntemlerin klinik bilimlerde kullanılmaya başlanmasıyla bilimsel hekimliğin doğduğu ve ardından teknolojik gelişmelerle yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıktığı söylenilebilmektedir (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23). Bu bilgilerden yola çıkarak aile hekimliğinin de bir ihtiyaçtan dolayı doğduğu ve kullanılmaya başlandığı belirtilebilir.

Dünyada ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından aile hekimine olan ihtiyaç gündeme getirilmiştir. Bu ihtiyacın gündeme gelmesinin altında yatan temel sebebin, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşmanın hastaları olumsuz etkilemesi olduğu düşünülmektedir. Kapsamlı ve kişisel hizmetleri karşılayabilecek aile hekimliğinin gelişimi 1950’li yıllarla başlamış ve bu yıllarda İngiltere’de genel pratisyenliği geliştirmek, mevcut standartlarını daha iyiye çıkarmak ve genel pratisyenleri temsil etmesi amacıyla 1952’de College of General Practitioners (Genel Pratisyenler Koleji) kurulmuştur. 1966 yılında Milis ve Willard olarak bilinen American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından yayınlanan raporlar, birincil bakımla ilgili çalışmalar yapan yeni bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliğini tanımıştır. Avrupa’da Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramları, 1967’de Avrupa Genel Pratisyenler Birliği’nin kurulmasıyla sıklıkla ifade edilmeye başlanmış ve bu kavramların toplumsal düzeydeki gelişimi hız kazanmıştır. 1969 yılında da Amerikan Aile Hekimliği Kuruluyula birlikte aile hekimliği uzmanlığı doğmuş ve kabul görmeye başlamıştır (Ergüder vd., 2000: 105; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b).

Aile hekimliği modeline ilişkin kısaca verilen bilgilerden sonra bu model açısından incelenecek ilk ülke, Avrupa’da ilk uygulamaların öne çıktığı İngiltere’dir. İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service) aracılığıyla sağlanmaktadır (Chang vd., 2011: 1). Vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerine sahip olan İngiltere’de birinci basamağa yönelik sağlık hizmetlerinde sorumlu birey aile hekimleridir (Roland vd., 2012: 6). İngiltere’deki karşılığı genel pratisyenlik olan aile hekimliği, 1947’de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’nin (Royal College of General Practitioners, 2010) kurulmasıyla başlamıştır. Bu kolejle birlikte aile hekimliğini korumak, aile hekimliğini güçlendirmek ve sağlık hizmetinde sürekliliği sağlamak amaçlanmıştır. 1952 yılına gelindiğinde ise Genel Pratisyenlik Akademisi (College of General Practitioners) kurulmuştur (Taylor, 2003: 3). Aile hekimleri kayıtlı nüfus gruplarından sorumlu olmakta ve tipik olarak serbest meslek doktorları grubunda çalışmaktadır. Aile hekimleri, hastaların ilk başvuru yeri olarak işlev görmekte ve buraya başvurmadan ikinci basamakta bulunan konsültana yani uzman hekime ve üçüncü basamak olan eğitim ve özel dal hastanelerini içeren tıbbi kurumlara başvuru yapılamamaktadır. Diğer bir deyişle sağlık sistemindeki bu basamaklar arasında çok iyi işleyen bir sevk zinciri bulunmaktadır. Hastalar aile hekimini, aile hekimi ise hastasını seçme konusunda özgürdür. Aile hekimliği hizmetleri yüksek oranda serbest sözleşmeli doktorlar vasıtasıyla karşılanmaktadır. Bir aile hekimine düşen nüfus yaklaşık 3000 civarındadır. Ayrıca aile hekimliği ilk üniversite kürsüsünün 1963 yılında Edinburg’da kurulmuş olduğu İngiltere’de (Ergüder vd., 2000: 105), şu anda tıp fakültelerinin tamamında aile hekimliği bölümleri bulunmakta ve burada mezuniyet öncesi eğitim verilmektedir (Roland vd., 2012: 6-7; Aydın, 2004: 22-26; Başol, 2015: 131-132; Dinç, 2009; Korukluoğlu vd., 2004a: 22-26; Kılıç ve Bumin, 1993: 34-36; Aksakoğlu ve Giray, 2006: 336-341; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b; Sargutan, 2006: 550; Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23-24). Genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi noktasında ise gelirlerin yarıdan fazlasının listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme sistemine göre kalanının ise hizmet başına ödeme yöntemine göre gerçekleştirildiği görülmektedir (Harrison, 2012: 33; Roland vd., 2012: 6-7).

Aile hekimliği modeline ilişkin incelenecek ikinci ülke, Almanya’dır. Bilindiği üzere Almanya, sağlık ve sosyal güvenlik ilkeleri açısından önemli ekol ülkelerden birisidir. Birçok devletin bu anlamda esinlendiği ve literatürde “Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi”

olarak tarif edilen bir modelin kurucusu olan Almanya, zorunlu sağlık sigortacılığı mekanizması ile özdeşleşmiştir. Bu modelle birlikte vergi veya işveren ve işçilerin zorunlu katkı payları ile finansman sağlanmakta ve paralar sigorta kurumlarında toplanmaktadır (Esmail, 2014: 15). Ayrıca bu modelde kurumların aile hekimi, hastane ve diğer sağlık sunucularıyla anlaşma yapmaları ve aldıkları hizmet karşılığı para ödemeleri gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumuna bakıldığında ayakta bakımın özel, hastanelerin ise kısmen kamuda olduğu görülmektedir (Blümel ve Busse, 2016: 65). Birinci basamakta aile hekimi uzmanları ve diğer dal uzmanları bulunmaktadır. İlk “Aile Hekimliği” bölümü 1976 yılında Hannover Tıp Fakültesinde açılmıştır (Oğuz, 2009: 13; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b). Aile hekimi uygulamalarının süreci incelendiğinde bireylerin 2004 yılına kadar birinci basamak sağlık hizmetleri için bir hekime kaydolma zorunluluğunun olmadığı ve istediği hekime sevk gerekmeden gidebileceği bir sistemin bulunduğu görülmektedir. Kısaca bu sistemde hekimin gatekeeper (kapı tutucu) bir rolü bulunmamaktadır (Busse ve Reisberg, 2004: 96). Fakat 2004 yılı itibariyle birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından karşılanmaya ve bu sistemde de üst basamağa hekimin sevkinin gerektiği bir uygulamaya geçilmiştir (Schoen vd., 2009: 1173). Aile hekimlerine ödemeler hizmet başı ödeme olup önceden tanımlanmış azami hasta sayısı ve geri ödeme puanlarıyla sınırlandırılmıştır. Performansa dayalı ödeme sistemi ise henüz oluşturulmamıştır (Blümel ve Busse, 2016: 71; Aydın, 2004: 27). Aile hekimliğinde dört yıl süren bir uzmanlık eğitim programı vardır. Hastalar bu ülkede aile hekimine kaydolduktan en az üç ay sonra hekim değiştirebilmektedirler. Hekimler çoğunluklu olarak hastanede maaşlı ve hastane dışı bağımsız çalışmaktadır (Mossialos vd., 2016: 9; Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 27; Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 404; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b; Sargutan, 2006 : 156; Korukluoğlu vd., 2004a: 26-27).

Çalışma kapsamında incelenen üçüncü ülke Amerika Birleşik Devletleri’dir. ABD’de birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sigortaları ve anlaşmalı muayenehanelerde aile hekimleri vasıtasıyla sağlanmaktadır. Aile hekimliğinin süreç içerisindeki gelişimi incelendiğinde 1960’lı yılların ilk evrelerinde hekim sayısının azlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda kalması gibi sıkıntıların var olduğu görülmektedir (Gutierrez ve Scheid, 2002: 8). Bu durum sağlık hizmet sunumunun yeniden planlanması ve yapılandırılması ihtiyacı ile aile hekimliği anlayışının tekrardan oluşturulmasına uygun bir zemin hazırlamıştır. Kısaca bu

ülkede aile hekimliğinin gelişimi açısından kritik nokta, 1960'lı yılların sonlarından itibaren aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak tanınması olarak gösterilebilir (Taylor, 2006: 183-184; Olesen vd., 2000: 355). Bu tanımlama akabinde 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından Mills ve Willard raporları aile hekimliğinin gerekliliğini vurgulamak için yayımlanmıştır (Millis Commission Report, 1966; Willard Committee, 1966). 1969'da Aile Hekimliği Asistanlığı İzleme Komitesi oluşturulmuş ve daha önce Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi başlığı altında oluşturulan yönetsel yapının ismi, 1970 yılında Amerikan Aile Hekimleri Akademisi olarak değiştirilmiştir (Rakel ve Rakel, 2011: 5). Akademiye üyeliğin devamlılığının sağlanabilmesi için hekimler üç yılda bir yüz elli saat sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılmak zorunda kalmaktadır. Ayrıca aile hekimi veya aile doktoru gibi sözcüklerle ifade edilen (Jimbo, 2004: 69) ABD'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi mezuniyet sonrası üç yıl sürmekte ve sene sonunda hekimler sınava girmek zorundadır. ABD'de etkili bir sevk zinciri bulunmamakta, hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa özgürce başvurabilmektedir (Green ve Fryer, 2002; Graham vd., 2002; Beasley vd., 2010; Saatçi vd., 2006: 79-81; Sargutan, 2006: 196-198; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b). Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak doktorları tüm doktorların üçte birini oluşturmaktadır. Birinci basamak doktorları çoğunlukla küçük uygulamalar yapmaktadır. Hastalar doktorlarını özgürce seçebilmekte ve sigorta planına göre zorunlu bir yere kaydolmak zorunda değildirler (The Commonwealth Fund, 2012: 107-108).

Aile hekimliği modeli kapsamında incelenebilecek bir diğer ülke Kanada'dır. Kanada'da eyaletler ve bölgeler, sağlık hizmetlerini organize etmek ve sağlamakla birinci dereceden sorumlu organlardır (Allin ve Rudoler, 2016: 21). Nüfusun tamamı Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır ve bu kapsam içerisinde ayakta bakım ve koruyucu sağlık hizmetleriyle, yataklı bakım ve hemşirelik hizmetleri gibi geniş yelpazede tüm hizmetler sağlık sigortası kapsamında sağlanmaktadır (Allin, 2012: 19). Kanada'da 1954 yılında üyelerinin mesleki gelişimini takip eden sürekli eğitim veren Kanada Aile Hekimleri Koleji (The College of Family Physicians of Canada, 2018) kurulmuştur (Bosco ve Oandasan, 2015: 3). Aile hekimleri büyük ve küçük kentlerde muayenehanelerinde sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektedir (Tepper, 2004: 9). Aile hekimi olmak için bu bölümden mezun olan hekim adayları iki yıllık bir programa tabi tutulmaktadır (Pullon, 2011: 83). Toplam hekim

sayısının yarısının aile hekimi olduğu bu ülkede aile hekimi sayısı nüfusa oranla yeterli değildir (Oandasan, 2011: 739; Organek vd., 2012: 90). Sağlık sistemi incelendiğinde etkili bir sevk zincirinin olduğu ve aile hekimlerinin diğer üst sağlık hizmeti basamaklarına ve kurumlarına sevk ettiği hastaları takip ettiği görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018b). Aile hekimlerine yapılan ödemeler ise hizmet başına ve performansa göre ücretlendirme şeklinde gerçekleştirilmektedir (Allin, 2012: 20).

Aile hekimliği modelinin uygulandığı ve politika transferi süreci açısından diğer ülkelere rol model olan ülkelerde, sistemin işleyişi genel hatlarıyla özetlenmeye çalışılmıştır. Bilindiği üzere karşılaştırmalı sağlık sistemleri disiplini bağlamında sorunsuz ve kusursuz bir sağlık sistemi söz konusu değildir. İngiltere, ABD, Almanya ve Kanada sağlık sistemlerinin genelinde ve aile hekimliği uygulamasının özelinde çeşitli sorunların yaşandığı söylenilebilir. Aile hekimliği uygulaması ile ilgili genel sorun alanlarından bazıları; iş yüklerinin fazlalığı, sevk zincirine yönelik problemler, sistemin işleyişine yönelik ekonomi ve finansman odaklı risk ve tehditler, artan sağlık harcamaları şeklinde sıralanabilmektedir. (Ungan, 2013; Türk Tabipleri Birliği, 2010; Kanada'da Bir Türk, 2018).

### **Türkiye'de Aile Hekimliği**

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün imzasının bulunduğu Alma Ata deklarasyonu ile birlikte 1980'li yıllarda Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hususunda çalışmalar başlatılmış, birinci basamakta hizmet sunabilecek uzmanların yetiştirilmesi konusunda aile hekimliği anabilim dalları kurulmasıyla ilgili fikirler ileri sürülmüştür. 1983 yılında bu uzmanlık alanı Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Aile Hekimliği olarak belirlenmiş ve 1985 yılı itibariyle toplum sağlığındaki bu alanın uzmanları eğitime başlanmıştır (Başak ve Görpelioğlu, 1998: 41; Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, 2001).

1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş ve ilk kez Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi 1993 yılında düzenlenmiştir. Aynı zamanda 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumu tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim dalları kurmuştur. 1995'te Avrupa Topluluğuna üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda hizmet verecek hekimlerin tıp eğitiminin ardından en az iki yıl eğitim görmeleri uygun görülmüş, daha sonra

1996 yılında da bu zorunlu eğitim süresi iki yıldan üç yıla çıkarılmıştır. Ayrıca 1998 yılı Mart ayında AHUD, 2/3/1998 tarih ve 98/1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Türkiye adını kullanma hakkını almış ve dünyada bu alanda Türkiye'yi temsil etmeye hak kazanmıştır (Oğuz, 2009: 9). 2001 yılında ise Türkiye, Dünya Aile Hekimleri Birliği'ne temsilci göndermiştir (Ak, 2010: 403).

Bu gelişmeler ışığında aile hekimliği modeline ilişkin en somut adımlar 2000'li yıllarla birlikte atılmıştır. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Kanunu Kasım 2004'te kabul edilerek aile hekimliğine ilişkin pilot uygulama ilk kez Ekim 2005'te Düzce ilinde uygulanmaya başlanmıştır. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane'de; 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, Sinop, Amasya, Bartın ve İzmir'de; 2008 yılında ise Manisa, Çorum, Adana, Burdur, Osmaniye, Karabük ve Karaman illerinde uygulanmaya başlanarak 22 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 66). 2010 yılı sonunda ise tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulaması işlevsel hale getirilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018c; Kitapçı ve Avcı, 2010: 30).

Aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve örgütlenmesinde sağlık ocakları yapılanması yerine idari ve mali açıdan daha özerk olarak nitelendirilebilecek bir yapıya geçilmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinlik, etkililik, verimlilik ve sözleşmelilik esasında temellenen bir sistem kurulmaya çalışılmıştır (Eke ve Ünal, 2016: 1100).

25 Ocak 2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği kapsamında aile hekimi, *aile sağlığı merkezinin idaresini sağlamak, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve aynı zamanda hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Sağlık Bakanlığınca yürütülmekte olan özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, üzerine kayıtlı bireyleri bir bütün olarak ele alıp, bireye yönelik koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ekip anlayışı içerisinde sunmakla görevli olan kişi* olarak tanımlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmet sunum sisteminde önemli bir yapısal değişiklik sonrası oluşturulan aile hekimliği mekanizmasının istenilen bir şekilde işleyebilmesi için aile hekimlerinin bazı görev ve sorumlulukları yerine getirmesi gerekmektedir. Bunlardan bazıları şu şekilde ifade edilmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013: Madde 4):



- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak,
- Kendisine kayıtlı bireylerin ilk değerlendirmesini yapmak için ilk altı ay içerisinde ev ziyaretinde bulunmak veya bu bireylerle iletişime geçmek,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri vermek,
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- Verdiği hizmetlerle ilgili sağlık kayıtları tutmak ve gerekli bildirimleri sağlamak,
- Kendisine kayıtlı bireyleri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek ve gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

Ayrıca aile hekiminin temel laboratuvar hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak, yerel sağlık idaresince belirlenmiş olan ilaç temininde zorluk çekilen yerlerde ilgili mevzuata göre ecza dolabı açmak veya ilaçların teminini sağlamak gibi geniş yelpazede görevleri bulunmaktadır (Korukluoğlu vd., 2004b: 56-57).

Türkiye’de bireylerin aile hekimlerine ilk kez yapılacak olan kayıtları müdürlükçe ikamet ettikleri bölgeye göre ayarlanmakta, bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilmektedir. Bireyler aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın özgürce seçebilmekte fakat zorunlu haller dışında üç aydan önce değiştirememektedirler (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013: Madde 8).

Aile hekimleri tam gün esasına göre çalışmakta ve mesai saat ve günleri bölgeden yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlarını aksatmayacak şekilde aile hekimince teklif edilmekte ve müdürlüğün uygun görmesiyle onaylanmaktadır. Nöbetle ilgili plan hizmette aksama olmayacak şekilde ayarlanır ve hafta içi sekizer saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık otuz saatten fazla nöbet tutturulamaz (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013: Madde 10).

5258 sayılı Kanuna dayanarak çıkarılan Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğine göre aile hekimliği uygulamasında sözleşmeyle çalıştırılan veya aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen aile hekimine çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Aylık olarak yapılacak ödemeler kayıtlı kişilerin gebe, cezaevinde tutuklu ve hükümlü, 0-59 ay

grubu, 65 yaş üstü gibi birtakım kriterlerin katsayılarına göre belirlenmektedir. Kayıtlı bireyler katsayısı yüksek olandan itibaren sıralanmakta ve puan hesaplanması yapılmaktadır. Kayıtlı ilk dört bin kişiye kadar her gruptaki birey bulunduğu grubun katsayısıyla çarpılmakta ve bulunan puanlar toplanarak maaşa esas puan hesaplanmaktadır. Hesaplanan maaşa esas puanın kayıtlı birey sayısına bakılmaksızın ilk bin puana kadarki kısmı için; uzman tabip veya tabip için %78,5'i, aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i tutarında ödeme yapılır. Bin puanın üzerinde kalan puanların tavan ücreti on binde 5,22'si ile çarpılması ile bulunan tutar ayrıca ödenmektedir (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010: Madde 16).

Dünyada aile hekimliği uygulaması kapsamında incelenen İngiltere, ABD, Almanya ve Kanada ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de aile hekimliği uygulamasına yönelik çeşitli sorun alanlarının olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin Türkiye'de aile hekimliği sisteminde uzmanlık alanı problemleri (Algın vd., 2004), etkili bir sevk zincirinin olmayışından (Bankur, 2017: 83) dolayı tercih edilmeme durumu, fiziksel ve teknik kapasitenin yetersizliği (Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu, 2015: 125), hastalardaki güvensizlik duygusu (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013: 62) gibi hususlar öne çıkmaktadır.

### **Aile Hekimliği Modeli ve Politika Transferi İlişkisi**

Modern toplumlarda kamu politikalarının oluşturulma safhalarında sürece dahil olan birçok aktör bulunmakta ve hükümetleri yapacakları tercihlerde büyük ölçüde etkilemektedir. Hükümet ve sürece dahil olmaya çalışan bu çıkar grupları arasında gerçekleşen ve kamu politikası sürecinin içerdiği analizlere ilişkin bir model olarak karşımıza politika ağları çıkmaktadır. Birçok ülkenin çevre, eğitim, enerji ve sağlık gibi alanlarda benimsediği birçok kamu politikası politika ağları bazında analiz edilmeye çalışılmaktadır (Sobacı, 2013: 131).

Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar dünyada olan gelişmelerin etkisiyle birtakım reform hareketlerinin gerekliliğini beraberinde getirmiştir (Öztek, 2009: 7). 2003 yılında Türk ve Dünya Bankası uzmanları tarafından oluşturulan bir komisyonun "*Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu*" isimli bir rapor hazırlaması mevcut sorunlar ile ilgili çalışmalar yapıldığına örnek olarak verilebilir. Özellikle bu raporun içeriği incelendiğinde

birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğinin sağlık reformları bağlamında önerildiği gözlemlenmektedir (World Bank, 2003).

Dünyada yaşanan gelişmeler birçok ülkeyi etkilediği gibi Türkiye'yi de etkilemiş ve politika yapıcılar sorunlara en uygun çözümleri bulmak adına tüm çalışmaların kritiği niteliğinde olan Sağlıkta Dönüşüm Programını başlatmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 16).

Sağlıkta Dönüşüm Programının somutlaştırılmasında politika transferi girişimcisi olarak nitelendirilebilecek aktörlerden birisi, 2000 yılında kurulan Birleşik Sağlık Sistemleri-United Health Systems isimli organizasyon olarak gösterilmektedir (Küçük, 2017: 758). Diğer taraftan Sağlıkta Dönüşüm Programının şekillendirilmesi ve hayata geçirilmesi sürecinde Dünya Bankası ve IMF gibi bazı transfer ajanlarının kolaylaştırıcı bir fonksiyon üstlendikleri anlaşılmaktadır. İlk olarak dönüşüm programının hazırlığı sürecinde 2003 yılı Temmuz ayında Dünya Bankasının desteğiyle Japonya ile hibe anlaşması yapılmış ve 800 bin dolar tutarında bir maddi destek sağlanmıştır. Dönüşüm programının uygulanması sürecinde ise 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi kapsamında 49,4 milyon Euro ve 2009 yılında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi içinse 56,1 milyon Euro tutarında kredinin Dünya Bankasından proje kredileri şeklinde alındığı görülmektedir (Küçük, 2017: 758). Bir başka değerlendirmeye göre Dünya Bankası ve IMF'nin Türkiye'de sağlık sektöründe gerçekleştirilmesini öngördükleri reform adımları ile Sağlıkta Dönüşüm sürecinde ortaya konulan reform uygulamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenmektedir. Bu açıdan bakıldığında aile hekimliği modeli başta olmak üzere çok sayıda uygulamanın Dünya Bankası tarafından tavsiye edildiği görülmektedir (Sabuktay, 2008: 106-108; Erol ve Özdemir, 2014:10-11).

Üçüncü dalga sağlık reformları nitelemesi ile de isimlendirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 sonrası Türk sağlık sektöründeki kapsamlı bir reform uygulamasıdır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 361-362). Bu program planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayacak genel sağlık sigortası, yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili, kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları,

nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akıllı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi olmak üzere sekiz bileşenden meydana gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24-26). Bu bileşenler doğrultusunda çok sayıda uygulama hayata geçirilmiştir. Örneğin politika transferi bağlamında nitelendirilen aile hekimliği modeline yönelik Bakanlık düzeyinde yurtdışı odaklı gerçekleştirilen politika çalışma ziyaretlerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Küçük, 2017: 759-760).

**Tablo 1. Ülkelerin Birinci Basamaktaki Yönetsel ve Finansal Boyutları ile Rollerini**

Ülkeler	Birinci Basamakta Yönetsel Boyut	Birinci Basamakta Finansal Boyut	Birinci Basamağın Rolü	
			Kayıt Tutma Zorunluluğu	Kapıtutuculuk (Geetkeeping) Görevi
<b>İngiltere</b>	Çoğunlukla özele aittir. (Sınırlı sayıda Ulusal Sağlık Sistemine ait uygulama vardır.)	Karma bir sistem oluşturulmuştur. Kişi başına ödeme ve hizmet başına ödeme modeli bulunmaktadır.	+	+
<b>Almanya</b>	Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu özele aittir.	Kişi başına ödeme sistemi ile finanse edilmektedir.	-	-
<b>Amerika Birleşik Devletleri</b>	Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu özele aittir.	Kişi başına ödeme sistemi ile finanse edilmektedir.	-	-
<b>Kanada</b>	Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu özele aittir.	Çoğunluk kişi başına ödeme sistemi ile finanse edilmektedir.	-	-
<b>Türkiye</b>	Kamuya ait olup hizmet sunumu ağırlıklı olarak sözleşme usulü çerçevesinde aile hekimleri aracılığıyla sağlanmaktadır.	Çalışılan gün sayısı ve kişi başı ödeme sistemi ile finanse edilmektedir.	+	-

**Kaynak:** Mossialos vd. (2016: 9); Bankur (2017: 67-72); 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu (2004) ve Aile Hekimi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (2010) kapsamındaki bilgiler ışığında oluşturulmuştur.

Aile hekimliği ile ilgili ilk uygulamaların İngiltere, Kanada, ABD ve Almanya gibi ülkelerde hayata geçirildiği ve sonrasında diğer ülkelerin politika transferi bağlamında kendi ülkelerine bu uygulamayı aktardıkları tarihsel süreçten okunabilmektedir. Nitekim kronolojik olarak ele alındığında; 1947’de İngiltere’de Aile Hekimleri Kralliyet Koleji’nin kurulması, 1954’te Kanada’da Aile Hekimleri Koleji’nin açılması, 1960’lı yılların sonlarından itibaren ABD’de

aile hekimliğinin uzmanlık dalının oluşturulması ve 1976 yılında Almanya’da ilk aile hekimliği bölümünün faaliyete geçirilmesi bu durumu destekler niteliktedir. Dolayısıyla 2000’li yıllar itibariyle Türkiye’de sağlık reformları bağlamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarının yerini alan bir uygulama olarak öne çıkan aile hekimliği modelinin diğer ülkelerdeki mevcut uygulamalardan hareketle transfer edildiği somut bir şekilde görülmektedir. Bu kapsamda özellikle politika transferi türleri açısından gönüllü transfer formatı doğrultusunda ders çıkarma ile doğrudan ilişkilendirilebilmektedir. Bu durum politika transferi metodolojisi açısından çalışmanın üst kısmında da ifade edildiği üzere niçin sorusunun yanıtı şeklinde düşünülmelidir. Diğer taraftan Türkiye’deki aile hekimliği uygulamasına geçişle ilgili politika transferi süreci açısından nasıl sorusunun cevabı ise bir anlamda esinlenme ile yanıtlanabilmektedir.

### **Sonuç ve Değerlendirme**

Kamu yönetimi metodolojisi açısından önemli süreçlerden birisi olan reform veya yeniden yapılandırma süreci, devletin hizmet sunumunu üstlendiği hemen her alanda kendisini hissettirmektedir. Sosyal, siyasal, kültürel ve teknolojik alanlardaki değişim sürekli olmakta ve devlet yapılanması da bu bağlamda belli dönemlerde dönüşüm adımlarına sahne olmaktadır. Buradaki temel mesele ise bu reform uygulamalarının nereden, nasıl ve neden yapıldığıdır. Bu sorulara odaklanan kavramlardan birisi olan politika transferi, içerdiği süreç itibariyle önemli bir çerçeveye sahiptir. Gönüllü transfer uygulamalarından zorunlu transfer uygulamalarına kadar bir hat üzerinden okunabilen politika transferi süreci, hiç kuşkusuz ülke içi (politikacılar, bürokratlar, sivil toplum kuruluşları vb.) ve ülke dışı (uluslararası kuruluşlar, informal politika grupları vb.) olmak üzere çok sayıda aktörün etkisi altında gerçekleşebilmektedir.

Özellikle kamu politikalarının oluşturulması sürecinde sıklıkla vurgulanan politika transferi süreci, küresel sağlık politikaları açısından da kendisini hissettirmiş ve reform sürecini yaşayan ülkelerde bir yöntem olarak kullanılmıştır.

Literatür incelendiğinde Türk sağlık sistemindeki dönüşüm adımlarının Dünya Bankası, IMF ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların da kolaylaştırıcı nitelikteki katkıları ve motivasyonu ile politika transferi süreci bağlamında gerçekleştiğinin vurgulandığı gözlemlenmektedir. Bu vurguların belli oranlarda zorunlu transfer ile gönüllü transfer

arasındaki bir hat üzerinde değişiklik gösterdiği de bir başka tespit olarak ifade edilebilir. Nitekim bazı çalışmalarda Türk sağlık sistemindeki dönüşüm süreci uygulamalarının arka planında belli yükümlülükler doğrultusundaki bir zorunluluk olduğu ifade edilirken bazı çalışmalarda ise Türkiye'nin gönüllü transfer çerçevesinde yerinde yapılan incelemeler sonucu ders çıkarma modeli ile bu uygulamaları ülke içine transfer ettiği belirtilmektedir.

Türkiye'de 2000'li yılların ortalarına doğru sağlık sisteminde Sağlıkta Dönüşüm temalı bir reform süreci başlatılmıştır. Bu bağlamda başta yönetim ve örgütlenme, finansman, hizmet sunumu ve insan kaynakları alanlarında çeşitli adımlar atılmıştır. İşte bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerinde öne çıkan değişikliklerden birisi, sağlık ocakları uygulaması yerine aile hekimliği uygulamasına geçiş olarak gerçekleşmiştir.

Aile hekimliği uygulamasının diğer ülkelerdeki uygulama örnekleri ve tarihsel geçmişi araştırıldığında Türkiye'deki bu uygulamanın ülkeye has olmadığı ve Almanya, İngiltere ve ABD gibi ülkelerde çok daha önceden başarılı uygulama örneklerinin söz konusu olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle bu durum, kronoloji ve sistemin işleyişi açısından karşılaştırmalı bir analize tabi tutulduğunda, Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasının diğer ülkelerle özerklik ve hizmet sunumundaki usul ve işleyiş gibi açılardan benzerlik taşıdığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, çalışma kapsamında bahsedilen ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde başarılı sonuçlar elde edilen bir uygulama olarak görülen aile hekimliği modelinin, dönemin politika yapıcılarının tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sorunların çözülmesi hedefi çerçevesinde gönüllü transfer uygulaması bağlamında esinlenme metoduyla politika transferi yapılarak Türk sağlık sisteminde hayata geçirildiği söylenilebilir.

Diğer bir ifadeyle Türk sağlık sisteminde 2000'li yılların sonunda ülke genelinde uygulamaya başlanan aile hekimliği uygulaması ile politika transferi kavramı arasında somut bir ilişki kurulabilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri açısından Sağlık Ocaklarının yerini alan bir uygulama olarak aile hekimliğinin bir politika transferi olduğu, kapsam olarak ise ders çıkarma modelinden hareketle gönüllü bir transfere yakınlaştığı ve bu süreçte diğer ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerindeki işleyişten esinlendiği belirtilebilir. Özellikle 58.Hükümet Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm dokümanında vurgulanan aile hekimliği modeli, İngiltere ve Almanya gibi örneklerinde olduğu gibi güçlendirilmiş bir temel sağlık

hizmetleri mekanizması çerçevesinde hem bireylerin doktorlarını seçeceği hem de sevk zinciri uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin bir hale getirilmesi sonucunda ikinci ve üçüncü basamaktaki hasta yoğunluğunun azalmasına olanak sağlayacağı düşüncesi çerçevesinde kurgulanmıştır. Bu kurgu, içerik olarak Türkiye’den önemli bir zaman dilimi öncesinde aile hekimliği modelini hayata geçirmiş ülkelerin sistemlerine karakter olarak benzer bir modelin politika transferi ile sisteme entegre edildiğine işaret etmektedir.

Bu çalışmada kavramsal olarak politika transferi ile Türkiye’de hayata geçirilen aile hekimliğinin arasında ilişki genel hatlarıyla betimlenmeye ve değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu noktadan hareketle hem aile hekimliği modeline hem de sağlık reformları çerçevesinde hayata geçirilen diğer uygulamalara yönelik hizmet sunumu, yönetim ve örgütlenme, insan kaynakları ve finansman kriterlerini baz alan ve kapsam olarak daha detaylı bir şekilde mikro düzeyli analizleri içeren yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## Kaynakça

- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004), Kabul Tarihi: 24.11.2004 R.G. Tarihi: 9/12/2004 Sayı:25665.
- Ağartan, T. (2007), “Sağlıkta Reform Salgını,” Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan T. ve Yoltar Ç. (Ed.), *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İletişim Yayınları, İstanbul, s.37-54.
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği (2010), Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi: 24/12/2010 No: 2010/1237, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 30/12/2010 No: 27801Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013), Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013, Resmi Gazete Sayısı: 28539, Güncellenme Tarihi: 20/10/2016, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Ak, M. (2010), “Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(4), s.403-405.
- Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006), “Birleşik Krallık’ta Ulusal Sağlık Hizmetin Öyküsü”, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6), s.335-343.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007), “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, Aktan, C.C. ve Saran, U. (Ed.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, Ankara.
- Aktan, C.C ve Işık, A. K. (2012), “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış” <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/saglik> (05.08.2018).
- Aktürk, Z., Set, T., Taştan, K. Dağdeviren, N., Şahin, E. M. ve Özer, C. (2015), “The Role of Family Medicine in Undergraduate Medical Education”, Ungan M., Steylaerts C. (Ed.), *World Book of Family Medicine-European Edition*, WONCA, İstanbul, s.21-24.

- Algın, K., Şahin, İ. ve Top, M. (2004), “Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), s.249-275.
- Allin, S. (2012), “The Canadian Health Care System, 2012”, Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (Ed.), *International Profiles of Health Care Systems, 2012*, The Commonwealth Fund, s.19-26.
- Allin, S. ve Rudoler, D. (2016), “The Canadian Health Care System, 2015”, E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, Anderson. C., Sarnak, D. (Ed.), *International Profiles of Health Care Systems, 2015*, The Commonwealth Fund, s.21-30.
- Ataay, F. (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Haklar”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), s.169-184.
- Aydın, S., (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Sağlık Bakanlığı E-Kitap, Ankara.
- Balcı, A. ve Kırılmaz, H. (2007), “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, Aktan, C. C. ve Saran, U. (Der), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul, s.134-165.
- Bankur, M. (2017), “Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama”, *Sosyal Güvençe Dergisi*, 6(12), s.60-88.
- Başak, O. ve Görpelioğlu, S. (1998), “Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimlerine Yaklaşımı”, *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1), s.40-43.
- Başol, E. (2015), “Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri”, *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), s.128-140.
- Beasley, J. W., Gjerde, C. ve Yaman, H. (2010), “Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği”, [http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika\\_Birlesik\\_Devletleri\\_nde\\_Aile\\_Hekimligi\\_\(30.03.2017\)](http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=3867&t=Amerika_Birlesik_Devletleri_nde_Aile_Hekimligi_(30.03.2017)).
- Belek, İ. (2016), *Sağlığın Politik Ekonomisi*, Yazılama Yayınevi, Dördüncü Baskı, İstanbul.
- Bennett, C. (1991), “What Is Policy Convergence and What Causes It?”, *British Journal of Political Science*, 21(2), s.215-233.
- Bilgiç, V. (2008), “Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları”, Balcı, A., Nohutçu A., Öztürk, N. K. ve Coşkun, B. (Ed.), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.27-46.
- Blümel, M. ve Busse, R. (2016), “The Germany Health Care System, 2015”, E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, Anderson. C. (Ed.), *International Profiles Health Systems 2015*, The Commonwealth Fund Press, s.69-77.
- Bosco C. ve Oandasani I. (2015), “Review of Family Medicine Within Rural and Remote Canada: Education, Practice, and Policy. Mississauga”, ON: College of Family Physicians of Canada.
- Bulmer, S. ve Padgett, S. (2004), “Policy Transfer in the European Union: An Institutional Perspective”, *British Journal of Political Science*, 35(1), s.103-126.
- Busse R. ve Riesberg A. (2004), *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Campos-Outcalt, D. (2016), “Preventive Health Care”, Rakel, R. E. and Rakel, D. P. (Eds.), *Textbook of Family Medicine (9th ed.)*, Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, s.81-101.



- Chang, J.; Peysakhovich, F.; Wang, W. ve Zhu, J. (2011), *The UK Health Care System*, The United Kingdom.
- Coşkun, B. (2008), “Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yansımaları”, Balçı, A., Nohutçu, A., Öztürk, N. K. ve Coşkun, B. (Ed.), *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Üzerine Bir Değerlendirme*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.47-65.
- Çetin, S. (2011), “Küreselleşme ve Kamu Yönetiminde Dönüşüm”, Kesik, A. ve Canpolat, H. (Ed.), *Küreselleşen Dünyada Kamu Sektöründe Stratejik Yönetimin Geleceği*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.195-210.
- Demirci, A. G. (2010), “Bir Politika Transferi Örneği Olarak Türkiye’de Kadro Sisteminin İnşası”, *Toplum ve Demokrasi*, 4 (8-9-10), s.143-168.
- Dinç, G. (2009), *Birleşik Krallık Sağlık Sistemi*, Manisa, Celal Bayar Üniversitesi Matbaası.
- Dolowitz, D. ve Marsh, D. (1996), “Who Learns What From Whom; A Review of The Policy Transfer Literature”, *Political Studies*, XLIV, s.343-357.
- Dolowitz, D. ve Marsh D. (1998), “Policy Transfer A Framework For Comparative Analysis”, *Beyond The New Public Management: Changing Ideas and Practices in Governance*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Dolowitz, D. ve Marsh D. (2000a), “Learning From Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making” *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13(1), s.5-23.
- Dolowitz, D. ve Marsh D. (2000b), “Policy Transfer: A New Framework of Policy Analysis”, *Policy Transfer and British Social Policy: Learning From USA*, Buckingham: Open Universty Press.
- Eke E. ve Ünal B. (2016), "Sağlık Hizmetlerinde Yerelleşme Ve Özerkleşme Odaklı Uygulamalar Üzerine Bir Analiz", *Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Metinleri Dergisi*, Aralık 2016 Özel Sayısı, s.1084-1104.
- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008, Haziran), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 3(6), s.118-136.
- Ergüder, T. vd. (2000), “Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik”, *Amme İdaresi Dergisi*, 33(4), s.103-111.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014), Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), s.9–34.
- Eser, B. H., Memişoğlu, D. ve Özdamar, G. (2011), “Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devleti’nden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), s.201-217.
- Esmail, N. (2014), *Lessons from Abroad A Series on Health Care Reform Health Care Lessons from Germany*, Fraser Institute.
- Evans, M. ve Davies, J. (1999), “Understanding Policy Transfer: A Multi-Level, Multi Disciplinary Perspective”, *Public Administration*, 77(2), s. 362-385.
- Eyestone, R. (1977), “Confusion, Diffusion and Innovation”, *The American Political Science Review*, 77(2), s.441-447.
- Graham, R., Roberts, R., Ostergaard, D., Kahn, N., Pugno, P. ve Green, L. (2002). “Family Practice in the United States: Astatus report, *Journal of the American Medical Association*, 288, s.1097-1101.

- Green, L. A. ve Fryer, G. E. (2002). "Family Practice in the United States: Position and Prospects", *Academic Medicine*, 77, s.781-789.
- Gutierrez, C. ve Scheid, P. (2002), "*The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery*", San Diego, CA: University of California.
- Güldal, D. (1995), "Çağdaş Bir Uzmanlık: Genel Pratisyenlik ya da Aile Hekimliği", *Toplum ve Hekim*, 10(67), s.81-83.
- Günaydın, D. (2011), "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı: 60, s.323-365.
- Haktankaçmaz, M. İ. (2009), "Ülkeler Arasında Reform Transferi", *Türk İdare Dergisi*, 81(463-464), s.181-197.
- Harrison, A. (2012), "The English Health Care System, 2012", Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (Ed.), *International Profiles of Health Care Systems, 2012*", The Commonwealth Fund, s.32-39.
- Hoberg, G. (1991), "Sleeping With An Elephant: The American Influence on Canadian Environmental Regulation", *Journal of Public Policy*, 11, s.107-131.
- James, O. ve Lodge, M. (2003), "The Limitations of 'Policy Transfer' and 'Lesson Drawing' for Public Policy Research", *Political Studies Review*, 1, s.179-193.
- Jimbo, M. (2004), "Family Medicine: Its Core Principles and Impact on Patient Care and Medical Education in The United States", *The Keio Journal of Medicine*, 53(2), s.69- 73.
- Kalaça, Ç. (1995), "Aile Hekimliği Konusunda Yanıt Arayan Sorular", *Toplum ve Hekim*, 10(67), s.84-88.
- Kanada'da Bir Türk (2018), "Kanada Sağlık Sistemi", <http://kanadadabirturk.com/kanada-yasam/kanada-saglik-sistemi/> (05.08.2018).
- Keser, A. (2012), "Politika Transferi ve Türk Kamu Yönetiminde Etik", *Amme İdaresi Dergisi*, 45(4), s.25-50.
- Kılıç, B. ve Bumin, Ç. (1993), "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, 8(56), s.32-41.
- Kitapçı, H. ve Avcı, S. (2010), "Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi Ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi", *Journal of Social Sciences* 4(1), 2010, s.29-66.
- Korukluoğlu, S. vd. (2004a), "Sağlıkta Neredeyiz ?", Aydın, S. (Ed.), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Mavi Ofset, Ankara, s.13-41.
- Korukluoğlu, S. vd. (2004b), "Sağlıkta Dönüşüm Programında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", Aydın, S. (Ed.), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Mavi Ofset, Ankara, s.47-65.
- Kutlu, Ö. ve Özdemiray, S. M. (2016), "Politika Transferine Karar Verme Süreci", *Sayıştay Dergisi*, 101, s.79-95.
- Küçük A. (2017), "Politika Transferi ve Türkiye'de Sağlık Alanında Dönüşümün Bir Analizi", *Türk İdare Dergisi*, Yıl:89, Sayı 485, s.737-770.
- Millis Commission Report (1966), *Millis The Graduate Education of Physicians: The Report of the Citizen's Commission of Graduate Medical Education (Millis Commission)*, Chicago, American Medical Association.
- Mossberger, K. ve Wolman, H. (2003), "Policy Transfer As a Form of Prospective Policy Evaluation: Challenges and Recommendations", *Public Administration Review*, 63(4), s.428-440.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn R., Sarnak D. (2016), "*International Profiles of Health Care Systems 2015*", The Commonwealth Fund Press.

- Oandasın, I. (2011), "Advancing Canada's Family Medicine Curriculum: Triple C", *Canadian Family Physician*, 57(6), s.739-740.
- Oğuz, D. (2009), "Aile Hekimliği", *Güncel Gastroenteroloji*, 13(1), s.8-14.
- Olesen, F., Dickinson, J. ve Hjortdahl, P. (2000), "General Practice-Time for a New Definition", *BMJ*, 320(7231), s.354-357.
- Organek, A. J., Tannenbaum, D., Kerr, J., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, Shaw, E. ve Walsh, A. (2012), "Redesigning Family Medicine Residency in Canada", *Family Medicine*, 44(2), s.90-97.
- Öcek, Z. ve Çiçeklioğlu, M. (2013), *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Ömürgönülşen, U. (2003), "Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği", Acar, M. ve Özgür, H. (Ed.), *Çağdaş Kamu Yönetimi I*, Nobel Basımevi, Ankara, s.3-43.
- Özcan Paycı, S. ve Ünlüoğlu, İ. (2004), "Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği", *Aile Doktorları İçin Kurs Notları*", T.C. Sağlık Bakanlığı, s.23-31.
- Özdemir, S. (2007), *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- Öztek, Z. (2009), "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği", *Hacettepe Tıp Dergisi*, (40), s.6-12.
- Padgett, S. (2003), "Between Synthesis and Emulation: EU Policy Transfer in the Power Sector", *Journal of European Public Policy*, 10(2), s.227-245.
- Pullon, S. (2011), "Training for Family Medicine in Canada and General Practice in New Zealand: How Do We Compare?", *Journal of Primary Health Care*, 3(1), s.82-85.
- Rakel, R. E. (2016), "Family Physician", R.E. Rakel & D.P. Rakel (Ed.), *Textbook of Family Medicine (9th ed.)*, Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, s.3-17.
- Rakel, R. E. ve Rakel, D. P. (2011), *Textbook of Family Medicine*, Philadelphia: Elsevier Saunders Inc.
- Roland, M., Guthrie, B., ve Thome, D. C. (April 2012), "Primary Medical Care in the United Kingdom", *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25.
- Rose, R. (1991), "What is Lesson Drawing?", *Journal of Public Policy*, 11(1), s.3-30.
- Rose, R. (1993). *Lesson-Drawing In Public Policy*, Chatham, Chatham House Publishers.
- Royal College of General Practitioners (2010), "Being A General Practitioner Curriculum 1 The Core Curriculum Statement", [https://www.gmc-uk.org/1\\_Being\\_a\\_GP\\_May\\_2014.pdf\\_56885557.pdf](https://www.gmc-uk.org/1_Being_a_GP_May_2014.pdf_56885557.pdf) (04.05.2018)
- Saatçi, E., Bozdemir, N. ve Akpınar, E. (2006), "Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği", *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2), s.79-86.
- Sabuktay, A. (2008), "Program for Transformation in Health and Law on Social Security and General Health Insurance in Respect of the Concepts of Governmentality and Biopolitics", *TODAIÉ's Review of Public Administration*, 2(2), s.97-120.
- Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2008), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu (Rapor No. 749)*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2012), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011) (Rapor No. 3), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sargutan, A.E. (2006), *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Schimmelfenning, F. ve Sedelmeir, U. (2004), "Governance By Conditionality: EU Rule Transfer to the Candidate Countries of Central and Eastern Europe", *Journal of European Public Policy*, 11(4), s.661-679.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J. ve Applebaum, S. (2009), "A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences", *Health Affairs*, 28(6), s.1171-1183.
- Sezgin, Ş. (2015), "Politika Transferi ve Türkiye'de Özelleştirme", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(27), s.67-76.
- Sobacı, M. Z. (2009), *İdari Reform ve Politika Transferi Yeni Kamu İşletmeciliğinin Yayılışı*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Sobacı, M. Z. (2011), "Politika Transferi Bağlamında Kamu Yönetiminde Neo-Liberal Reformların Yayılması: Açık Toplum Enstitüsünün Rolü", *SosyoEkonomi*, 16(16), s.191-210.
- Sobacı, M. Z. (2013), "Politika Ağları: Aktörler Arası İlişkiler Üzerinden Kamu Politikasını Anlamak", Yıldız M. ve Sobacı M. Z. (Der.), *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara, s.130-148.
- Soyer, A. (2003), "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları," *Praksis*, 9, s.301-320.
- Stone, D. (2001), "Learning Lessons, Policy Transfer and the International Diffusion of Policy Ideas", Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation(CSGR) Working Paper, No. 69/01.
- Taylor R. B. (2003), "Family Medicine: Now and Future Practice", Taylor, R. B. (Ed.), *Family Medicine: Principles and Practice*, New York, Springer-Verlag, s.3-10.
- Taylor, R. B. (2006), "The Promise of Family Medicine: History, Leadership, and The Age of Aquarius", *The Journal of The American Board of Family Medicine*, 19(2), s.183-190.
- Tepper, J. (2004), *The Evolving Role of Canada's Family Physicians*, Canadian Institute For Health Information, Ottawa.
- The College of Family Physicians of Canada (2018), <http://www.cfpc.ca/AboutUs/> (04.05.2018).
- The Commonwealth Fund (2012), "The United States Health Care System", Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. ve Jun, M. (Ed.), *International Profiles of Health Care Systems, 2012*, The Commonwealth Fund, s.106-111.
- Turgeon, J., Gagnon, F., Michaud, M. ve Tremblay, S. (2008), "Policy Transfer and Health Impact Assessment", Groupe d'Etude sur les Politiques Publiques et la Sante, Quebec.
- Türk Tabipleri Birliği (2010), "Almanya'da Aile Hekimliği Çöküyor", [http://www.ttb.org.tr/haberarsiv\\_goster.php?Guid=66b3110e-9232-11e7-b66d-1540034f819c](http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66b3110e-9232-11e7-b66d-1540034f819c) (05.08.2018).
- Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu (2015), *Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (2001), "Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişimi", [www.tahud.org](http://www.tahud.org) (15.04.2017).

- Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018a), “Türkiye’de Aile Hekimliği”, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (08.03.2018).
- Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018b), “Dünya’da Aile Hekimliği”, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html> (10.04.2018).
- Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018c), “Türkiye’de Aile Hekimliği”, <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (10.04.2018).
- Ungan, M. (2013), “İngiltere’de Aile Hekimlerinin İş Yükü Arttı Sistem Tıkandı”, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-ingilterede-aile-hekimlerinin-is-yuku-artti-sistem-tikandi-2-21-51196.html> (05.08.2018).
- Willard Committee (1966), Willard Meeting the Challenge of Family Practice, The report of the Ad hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education, American Medical Association, Chicago.
- World Bank (2003), Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II, (Report No. 24358-TU), The World Bank, New York.
- World Health Organization (2003), “Family Medicine Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum”, WHO Project No: ICP OSD 002, Colombo, Srilanka, s.1-39.
- World Health Organization. (2013), The New European Policy for Health-Health 2020, Policy Framework and Strategy, Draft 2, World Health Organization Regional Office for Europe, Denmark, s.1-183.
- World Organization of Family Doctors (2002), “The European Definition of General Practice / Family Medicine”, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205063/1/B3426.pdf> (10.04.2017).
- Yıldırım H.H. ve Yıldırım T. (2013), “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, Yıldız, M. ve Sobacı, M. Z. (Der.), *Kamu Politikası*, Adres Yayınları, Ankara, s.385.
- Yıldırım, H. H., ve Yıldırım, T. (2011), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Yılmaz, G. (2017), *Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi*, Kriter Yayınevi, İstanbul.
- Yılmaztürk, A. (2013), “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi”, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, I, s.176-188.