

## Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulamasında Geliştirilmesi Gereken Noktalar Points to be Improved in Family Practice in Turkey

Yusuf Üstü<sup>1</sup>, Mehmet Uğurlu<sup>1</sup>, Ahmet Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

### Öz

Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Uygulamada bazı uyumsuzluklar yaşanmaktadır. Bu yazıda, tespit edilen problemler ile bu problemlere yönelik olarak atılması gereken adımlar tartışılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, Türkiye, birinci basamak sağlık hizmetleri

### Abstract

Strengthening and restructuring the primary health services have been aimed by the family medicine implementation. Some discrepancies have been encountered in practice. In this article, the identified problems and necessary steps regarding these problems are discussed.

**Key words:** Family Medicine, Turkey, primary health care services

### Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Ahmet Keskin

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Ankara

e-posta: keskina74@hotmail.com

Geliş Tarihi: 09.02.2015

Kabul Tarihi: 01.06.2015

### Giriş

Sağlık sistemlerinin temel amacı mümkün olduğunca sağlık seviyesini optimize etmek, bireyler ve gruplar arasındaki sağlık statü farklılığını en aza indirmektir.<sup>1</sup> Bu amaç için kaynak kısıtlılığı, sağlık hizmet sunumunda eşitsizlikler ve sağlık insan gücünde sayı ve nitelik olarak eksiklik gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmak ve stratejiler geliştirmek zorunludur.<sup>2,3</sup> Bu bağlamda gündeme gelen Aile Hekimliği uygulaması ile Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Aile Hekimi(AH) ve Aile Sağlığı Elemanı (ASE) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinden bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi hedeflenmiştir.

Genel olarak birinci basamağa gereken önemin verilmesi, birinci sağlık hizmetini sunacak aile hekimliğinin ivme kazanarak Türkiye'de uygulanmaya başlanması ve yerleşmesi 2003 sonrası döneme rastlar. Pilot Uygulama Düzce'de 2005'de başlanmış, 2010 yılında tüm ülkeyi kapsar hale gelmiştir. TÜİK anketinin 2003 yılı sonuçlarına göre vatandaşlarımızın verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti % 39,5'den % 76'ya (2011 yılı) yükselmiştir. Vatandaşlarımızın sağlık hizmetini birinci basamaktan alma talebi giderek artmakta, bu durum da uygulamanın ne kadar isabetli olduğunu göstermektedir.

Aile Hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanacağına dair yeterince esneklik sunmaktadır.<sup>4</sup> Uygulamaya konan sistemin geribildirimlerle sürekli beslenmesi ve gerektiğinde dinamik bir refleksle revize edilmesi gereklidir.

## Atılması Gereken Adımlar

### *Aile Hekimliğinde çalışan hekim sayısının artırılması*

- **Öneri:** Aile hekimliğinde çalışan hekim sayısının yetersizliği/sayının artırılmaması, mevcut durumda çözülmesi aciliyet gerektiren en önemli problemdir. 1970'li yıllarda pratisyen hekim oranı %70 iken bugün gelinen noktada bu oran tersine dönmüştür. Bu dönüşümdeki uzman artışının Aile Hekimliği Uzmanı olması beklenirdi/gerekirdi. AH sayısının yetersizliği ve iş yükünün fazlalığı koruyucu sağlık hizmetlerinin layığı ile verilmesini engellemektedir. Yapılan çalışmalar branş uzman sayısının artması ile sağlık göstergelerinin olumsuz etkilendiğini, diğer taraftan birinci basamak hekimlerinin sayısının artmasının ise mortalite oranlarını düşürdüğünü göstermektedir.<sup>5</sup> Sağlık hizmetlerini üst seviyeye taşıyan tüm ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde AH'leri ana görevi üstlenmektedir.<sup>4,6-9</sup> Aile hekimliği disiplinine hak ettiği statü ve popüleriteyi kazandırmaya çalışmak ana hedef olmak durumundadır.<sup>5,7</sup> Karar vericilerin bu noktayı gözden kaçırmamaları, 1. basamak ile 2. ve 3. basamak hekim dengesini sağlamaları gerekir. Bu denge/oran, gelişmiş ülkelerde hekimlerin %40-50'sinin birinci basamakta çalışacakları biçimde planlanmaktadır. Kademeli olarak bu oranlara çıkılması ana hedef olmalıdır. Yakın hedef olarak, AH başına düşen kişi sayısı ortalama 2000-2500'lere çekilmelidir.<sup>4</sup> Bu işlem gerçekleştirilirken hekimlerin aldığı ücretlerin korunmasına özen gösterilmelidir. Bu aşamadan sonra sevk zinciri uygulamaya konabilir. Yine bu aşamadan sonra bazı hizmetlerin "hizmet başı ödeme" ile ücretlendirilerek özendirilmesi, hizmet kalitesini artıracak maliyet-etkin uygulamalardandır.<sup>4</sup>

Hekimlik mesleğini layığı ile yerine getirmek özveri ve yoğun uğraş ister. Gelişmiş ülkelere bakıldığında hekimin kazancının yüksekliğinin hastaya temasa (muayene, girişimsel müdahaleler vs.) arttığı görülmektedir. Yani hekimin hasta ile teması arttıkça kazancı da yükselmektedir. Daha doğru bir ifade ile elini taşın altına sokan daha çok kazanmaktadır. Hasta ile direk teması olmayan hekimle bizzat hasta ile uğraşan hekimin mutlaka ayrıştırılması gerekir. Aksi takdirde daha meşakkatli/riskli bir iş olan hastaya temastan hekimlerin kaçınabileceği, başka alanlara kayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca kendini sürekli geliştirmek zorunda olan hekimin motivasyonunu azaltacak uygulamalardan kaçınmak, sağlıklı bir toplum için elzemdir. Aile hekimliğinde çalışacak/çalışan hekimlerin özendirilmesi için tedbirler alınması geçmişte sağlık ocağı sisteminde yapılan hataların (ek işler ile işlevsiz hale getirilmesi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilemez hale getirilmesi gibi) tekrarlanmaması önem arz etmektedir. AH'lerinin sayısının artması ile birlikte ek hizmetler (hizmet başı ödemeler ile motive edilen) değerlendirmeye alınmalıdır. Bu hususların başarılması halinde ilerleyen dönemde aile hekimliği hızla gelişecek ve ülkemiz dünyada örnek gösterilen ülkeler arasında olabilecektir.

Sağlık Bakanlığı'nca 2004 yılında kaldırılması planlanan, Aile Hekimliği uygulaması ile de işlevsiz hale gelen kurum hekimlikleri, hekim yetersizliğine rağmen sürdürülmektedir.<sup>4</sup> Bu tür uygulamaların acilen tekrar gözden geçirilmesi, zaten yetersiz olan hekimlerin personel yönetimi/planlamasının

yerinde yapılarak kurum hekimliği uygulamasının sonlandırılması düşünülmelidir. Benzer biçimde yönetim kademesinde hekim sayısının kısıtlanması için de planlama yapılmalıdır.

### ***Uzaktan eğitim teknikleri ile yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlığının sebep olduğu ikili uzmanlık eğitimi***

- **Öneri:** KHK'da getirilen bir düzenleme ile Türkiye'de diğer tıp disiplinleri için daha önce uygulanmamış "uzaktan eğitim teknikleri ile yarı zamanlı aile hekimliği uzmanlığı" verilebilmesinin yolunu açan maddeler yer almıştır. Bu tür düzenlemeler ile ilgili tereddütler devam etmekte, uzmanlık eğitimini olumsuz etkileyeceği konusundaki tartışmalar halen sürmektedir.

Mevcut durumu müktesep hakka dönüşmüş, yaş ortalaması (47 yaş) yüksek olan ve bu nedenle sistemden bir süre sonra emeklilik vb. nedenlerle ayrılacak AH'lerinin eğitimlerinin 2. aşama eğitim vb. sürekli profesyonel mesleki gelişim kapsamında verilecek yetişkin eğitim yöntemleri kullanılarak, öğrenme ihtiyaçlarına uygun eğitimlerle güçlendirilmesi daha makul bir yaklaşımdır. Verilmekte olan 2. aşama eğitimler ve dolayısı ile yıllık verilmesi planlanan hizmet içi eğitimlerin alınması, finansal teşviklerle örneğin, pozitif performans olarak maaşlara yansıtılarak özendirilmelidir.

Sisteme yeni girecek hekimlerin sayısını (Aile hekimliği asistanı dahil) hızla arttırma (yakın hedef mevcut sayıyı 2 katına çıkarmak olmalı) yoluna gidilmesi daha önceliklidir.

### ***Aile Hekimliği Uzmanlarının ASM'lerde çalışması***

- **Öneri:** Aile Hekimliği Uzmanlarının ASM'lerde çalışmasını kolaylaştırıcı adımlar atılmalıdır. Aile Hekimliği Uzmanlığını seçmiş hekimlerinin sisteme girmeleri için özendirilmeleri şarttır.

### ***Eğitim ASM'lerin kurulması ile ilgili mevzuat düzenlemeleri***

- **Öneri:** 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu kararı ile 36 aylık uzmanlık eğitiminin en az 12 ayının sahada yani bir ASM'de sürdürülmesi tavsiye kararı olarak alınmıştı. 2013'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile bir eğiticinin gözetiminde aile hekimliği uzmanlık eğitimi gören asistanların aile hekimliği hizmeti vereceği Eğitim ASM'lerinin kurulması ile ilgili genel esaslar belirtildi. Ancak halen ihtiyaca cevap verecek uygulanabilir mevzuat düzenlemeleri olmadığından asistanların saha eğitimini sürdürecekleri Eğitim ASM'leri mevcut değildir. Bu durum Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi için eksiklik olarak devam etmektedir.

Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde açılacak, ilgili illerin ilgili Üniversite/EAH yerleşkelerine yakın pozisyonda, 4-6 Aile Hekimliği asistanının çalışabileceği EASM'lerin açılması daha uygulanabilir/sürdürülebilir bir yöntem olarak düşünülmeli ve planlanmalıdır.

### **Esnek mesai uygulaması**

- **Öneri:** Esnek mesai uygulamaları esasen aile hekimliğinin özünde mevcuttur. Esnek mesaiden kastedilen, aile hekimlerinin görev yaptığı yerleşim birimlerinin ihtiyaçlarına göre haftalık 40 saat olarak öngörülen çalışma saatlerini ihtiyaçlarına göre düzenlemeleridir.<sup>4</sup>

Örneğin, kırsal kesimde sağlık hizmetinin özellikle pazar kurulan günlerde alındığı, diğer günlerde ise iş-güç sonrası akşam saatlerinde alındığı bilinmektedir. Kırsal kesimde çalışan bir AH'nin mesai saatlerini, o yerleşim yerindeki çalışanların işlerinin bitimine göre serbestçe düzenlemesi, yani mesai saatlerini akşam saatlerine kaydırması ve hatta ihtiyaç duyuluyor ise Cumartesi-Pazar günlerine kaydırması beklenir.<sup>4</sup> Bu durumda çalışma saatleri yine 40 saat olarak kalacaktır. Bunun işlerlik kazanması için, hizmet başı ek ödeme gibi motivasyonel uygulamalar hayata geçirilmelidir.<sup>4</sup>

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi gelişmiş ülkelerde AH'lerin diğer dal uzmanlarına oranı %40-50 dolayındadır. Bu oranı daha da yukarıya çekmek için çaba sarf etmektedirler. AH sayısı arttıkça, kayıtlı kişi sayısını sabit tutmak/artırmak için rekabet ortamı kendiliğinden oluşacaktır.<sup>4</sup> Böylece AH'lerin kendisine daha fazla hasta kaydedebilmek için, o bölgede yaşayan kişilerin ihtiyacına daha uygun zamanları seçecekleri/esnek mesaiyi tercih edecekleri dünya örneklerinden anlaşılmaktadır.<sup>4</sup>

### **Nöbet uygulamaları**

- **Öneri:** Yine gelişmiş ülkelerde yapılan uygulamalar, kırsal kesimlerde AH'lerin o yerleşim biriminde çalışan diğer hekimlerle havuz oluşturarak nöbet tuttuklarını göstermektedir.<sup>4</sup> Bu nöbetler ağırlıklı olarak gönüllülük esasına dayanır. Bu gönüllüğün sağlanması ise dünya örneklerinde, nöbetlerin talep edilecek seviyede yüksek nöbet ücretleri ile başarıldığı gözlenmektedir. Eğer nöbet akşam saatlerinde tutuluyorsa öngörülen ücretlerin 1,5 katı, gece saatlerinde ise 2 katı, Cumartesi-Pazar ise 2,5-3 katına ulaşabilmekte, böylece özellikle genç hekimler tarafından talep edilir duruma gelmektedir.<sup>4</sup> Türkiye için düşünüldüğünde döner sermaye gelirlerinden bu oranların verilmesi mümkün görünmektedir. Hastane acil servislerinin yoğunluğu ile ilişkilendirilecek katsayılar ile bu düzenlemeler yapılmalıdır.

Hastane acillerinde acil bakım gerektirmeyen hastaların muayene alışkanlığının AH'lere yönlendirilmesi zaman alacaktır. Ancak bunun içinde yukarıda bahsettiğimiz gibi AH başına düşen kişi sayısını azaltmak ve kaliteyi artırmak gerekir.

### **Evde bakım hizmetleri**

- **Öneri:** Hayata geçirilmesi planlanan her projede olduğu gibi planlamaların titizlikle yapılması ve öncelikle işgücünün nasıl sağlanacağı, daha da önemlisi sürdürülebilirliğinin hesaplanması gerekir. Evde bakım hizmetlerinin nasıl, kim, ne zaman ve ne sıklıkta sürdürüleceği ile ilgili problemler yaşanmaktadır. Mevcut AH sayısı ile bunun başarılması/sürdürülmesi imkânsızdır. Evde bakım hizmetleri hizmet başı ödemeler ile hem AH hem de ASE sayısının artması ile ilerleyen zamanlarda gündeme alınabilir.

### ***Toplum Sağlığı Merkezleri(TSM) ve ASM'lerin ortak çalışma alanları ve koordinasyonunda görev ve sorumlulukları***

- **Öneri:** TSM ve ASM'lerin ortak çalışma alanları ve koordinasyonunda görev ve sorumluluklar konusunda karmaşa yaşanmaktadır. Üstelik bu gibi farklı uygulamalar yerel amirler tarafından düzenlenmekte, bu durum görevin yapılmasını doğrudan etkilemektedir. Görev tanımlarının net olarak ifade edilmesi sahadaki farklı uygulamaları ve karışıklıkları önleyecektir. Aslen TSM'nin görev alanında bulunan adli nöbetler, aile hekimlerine tutturulurken, aile hekimin görev alanı içinde olan aile planlaması danışmanlığı, obezite takibi gibi alanlar ile ilgili TSM'lerde poliklinikler açılmaktadır.

TSM'lerin döner sermaye ile özendirilmesi sonucu aile hekimliğinden TSM'lere geçişin arttığı gözlenmekte, özellikle metropol şehirlerde hekim fazlalıkları/yığılmalar olduğu gözlenmektedir. Yukarda bahsettiğimiz gibi bizzat hasta ile uğraşan hekimin teşvik edilmesi zorunludur. Bizzat hasta ile uğraşan/temas eden hekimin aldığı ücret, aldığı risk ile orantılı olarak diğer alanlarda (TSM, idari pozisyonlar, hasta ilişkisiz prelinik-klinik bölümler) çalışan hekimlerin aldıkları ücretten fazla(en az 2 kat) olmalıdır.

### ***ASE'lerin seçimi***

- **Öneri:** Başlangıçtaki zorluklar nedeniyle geçiş dönemine özgü olarak ASE'lerin, kamuda çalışan mevcut yardımcı sağlık personelinde karşılanması zorunluydu.<sup>4</sup> Bu geçiş süreci sonunda ise sadece ASM'lerde çalışacak bir yardımcı sağlık personel profili öngörülmüştü. Buna göre Milli Eğitim Bakanlığına bağlı sağlık meslek liselerinde, yurtdışı örneklerine uygun olarak kısmen ebe-hemşire-tıbbi sekreterlik derslerini alan ve bu süre içinde eğitimlerinin yaklaşık yarısını ASM'lerde tamamlayan yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesi hedef olarak benimsenmişti. Ancak halen bu açık diğer yardımcı sağlık personeline idame ettirilmeye çalışılmakta, hatta, ne yazık ki asıl çalışma alanı 2. ve 3. basamak hastaneler olması gereken üniversite mezunu hemşireler istihdam edilmektedir.

Ayrıca AH'lerin yanında çalıştıracağı ASE'yi kamudan seçmek yerine serbest olarak seçmesinin de yolunu açacak, ilgili mevzuat düzenlemelerinin de yapılması gerekir. Bununla ilgili düzenlemelerin de yapılması gerekir. ASE sayısının ise en az 2 olarak planlanması ile verilen hizmetin kalitesi artacaktır.

### ***SABİM'e gelen şikayetlerin değerlendirilmesi***

- **Öneri:** Ulaşılabilir sağlık hizmetini alma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır. Medyanın, hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya teşvik ettiği bildirilmektedir.<sup>10,11</sup> Hekimin her durumunun sürekli sorgulanması doktorluk mesleğinin layıkıyla yapılamaz hale gelmesine yol açabileceği rapor edilmektedir. Bu durum hekimin, olumsuz sonuçtan sorumlu olmamak için defansif tıp (çekinik tıp veya savunma tıbbi) yani tıbbın gerektirdiği gibi yapmaktan ziyade, şikâyete sebep olmayacağını düşündükleri şekilde yapılması ile sonuçlanabilecektir. Hekim, dava açılmasından kaçınmak için gereksiz tanı ve tedavi yöntemleri

uygulayabilmekte, hatta riskli hastaların tedavisinden kaçınılabilmektedir. Bu ise sağlık hizmetini olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>12</sup>

Davaya konu olan hususların sadece %15'inde hekim sorumlu bulunmuştur. SABİM açısından ele alındığında, davalardan çok daha düşük oranda hekimin kusuru olabileceği, dolayısı ile gelen şikâyetlerin en az %90'ının sorgulanma aşamasına gelmeden elenmesi gerektiğini göstermektedir. Gereksiz şikâyetler ile SABİM'i oyalayan kişilerin tespiti halinde ise ilgili kişi uyarılmalıdır. Sistemden kaynaklanan şikâyetlerde ise ilgili birimler soruşturulmalıdır.

### ***Sevk zinciri gündeme alınmalı mı?***

- **Öneri:** Aile hekimliği modelini uygulayan çoğu ülkede AH başına düşen nüfus ortalama 1200 civarındadır.<sup>13</sup> Mevcut durumda ülkemizde 22 bin AH görev yapmaktadır. AH başına düşen nüfus ortalama 3600 civarındadır. Mevcut durum (AH'lerin sayısının yeterli düzeye gelmemesi), sevk zincirini uygulamayı imkansız hale getirmektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerine başvuru sayısı artarak, kişi başı ortalama yıllık 8'i geçmektedir. Mevcut durumda tüm sağlık birimlerine ortama 630 milyon/yıl başvuru olduğu düşünüldüğünde, AH başına günlük ortalama 90-100 hasta düşeceği öngörülebilir. Bu durumda zaten tanı/tedavi/koruyucu sağlık hizmetleri verilemez hale geleceğinden sevk zincirinin işleme mümkün değildir. Burada da yine AH'lerin sayısal yetersizliği karşımıza çıkmaktadır. 2005-2006 yıllarında sağlık ocakları üzerinden sevk zinciri uygulamasının yoğun iş yükü sebebiyle başarısız olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca birinci basamağa özgü olan, biyopsikososyal yaklaşım gerektiren ve hastalık bulgularının yetersiz olduğu erken dönemde, branş uzmanlarının yetersiz kalabileceği ve bu hizmetlerin 2. ve 3. basamak hekimlerince yürütülmesinin uygunsuz olacağı rapor edilmektedir. Döner sermaye uygulamaları nedeniyle, başvuru sayılarının gereksiz arttığı, bu konuda düzenlemelere ihtiyaç olduğu söylenebilir.

### ***Hizmet başı ödeme gündeme alınmalı mı?***

- **Öneri:** 1978 Alma-Ata bildirgesine göre sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir.<sup>4</sup> Basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesi ile bu oranın % 96'ya çıktığı bildirilmektedir.<sup>4</sup> Birinci basamağın güçlendirilmesi gereksiz sevkleri azaltıp, maliyetleri önemli ölçüde azaltacaktır. Bazı ülkelerde bu durum, basit laboratuvar tetkiklerinden, solunum fonksiyon testleri ve birinci basamak ultrasonografilere kadar uzanmaktadır.<sup>4</sup> Hekimin sorumluluğunu alabileceği tetkiklerin hepsinin hizmet başı ödeme ile yapabilmemesinin önü açılmalıdır. Yine dünya örneklerine uygun olarak, istekli hekimlerin istedikleri ve ihtiyaç duydukları beceri eğitimleri kurslar ile desteklenmeli ve sertifikalandırılmalıdır. Aile hekimliği Türkiye modeli kitapçığında da "Ülkemizde modelin güvenli bir şekilde işlerliğini sağlamak açısından sabit ücret ve kişi başı ödemeyi öngörmekteyiz.<sup>4</sup> Kaliteyi ön plana çıkarmak, koruyucu hekimlik uygulamalarında daha fazla başarılı olmak için belirli hizmetleri özendirici hizmet başı ödemeler modele ilave edilecektir" denilerek bu durum vurgulanmaktadır. Hizmet başı ödemenin, mevcut kişi başı ücretlere eklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Gerçektende, sevk edildiklerinde

il merkezlerine uzun yolculuk, iş gücü ve maddi kayıp ile sonuçlanacağından öncelikle kırsal kesime özel uygulamaların uygun olacağı ortadadır. Kırsal bölgelerde yaşayanlar, sağlık planlamasında öncelikli hedef grubudur.<sup>14</sup>

Maliyet açısından değerlendirildiğine yaygın kanaatin aksine, ileri tıbbi tetkikler, temel birinci basamak görüşmelerinde hem çok gerekmez, hem de çok kullanılmaz.<sup>15,16</sup> Birinci basamak ziyaretlerinin çoğunluğu, hastaların komplike olmayan problemleri nedeniyle olmaktadır.<sup>15-17</sup> Bunların çoğu kendi kendini sınırlayıcı nitelikte olduğu halde hastalarda bir rahatsızlık hissi veya endişe oluşturmaktadır.<sup>15-17</sup> Tedavi çoğu kez semptomatik olup tam bir tedavi yerine ağrı kesme ya da anksiyete azaltmaya yöneliktir.<sup>15,16</sup> Bu hastaların ihtiyaçları karşılandığı ve gereksiz ek tetkiklerle fazladan maliyet engellendiği zaman, tam anlamıyla bir maliyet-etkin sonuca ulaşılır.<sup>15-18</sup>

Yukarıda da örneği verilen bazı konularda sıkıntılar olmakla birlikte bunlar üstesinden gelinemez değildir. Sağlık sisteminin giriş/ana noktası olan birinci basamak/aile hekimliği modeline gerekli önemin verilmesiyle sağlık düzeyinin niteliği artacaktır. Hem vatandaşın memnuniyeti hem de AH'lerin sahiplenmesi sayesinde aile hekimliğinin zamanla daha da güçleneceği beklenebilir.<sup>17,18</sup>

## Kaynaklar

1. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine, A Guidebook. Singapore: WONCA, Bestprint Publications; 2002:11
2. Şahin B, Top M. Bigger Expectations at the Smaller World: Future Health Systems. Sağlık ve Toplum 2002;12(3):3.
3. Figueras J, Menabde N, Busse R. The road to freedom. BMJ 2005;331:170-1.
4. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Ed: Aydın S. Family Medicine, The Turkish Model, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1<sup>st</sup> ed. Ankara: Çetin Ofset; 2006:66-89.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, Health 2005;83(3):457-502.
6. Saltman RB, Rico A, Boerma GW. Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. England: Open University Press; 2006.
7. The world health report 2000 - Health systems: improving performance, WHO Library Cataloguing in Publication Data, [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1), (Erişim tarihi: Mart 2014).
8. Özcan F, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de ve Dünya'da Aile Hekimliği. Sendrom 1996;8(7):83-5.
9. Rakel RE. The Family Physician. In: Textbook of Family Practice. Philadelphia: Saunders; 2011: 2-19.
10. Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Soysal Z, Çakalır C (editörler). Adli Tıp I içinde, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999:45-60.
11. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Konulu Marbella Bildirgesi, 44. Dünya Tabipler Birliğinin Genel Kurulu, 1992.
12. Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2003.
13. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri- Türkiye - ISBN 978-975-590-282-1 - © OECD VE IBRD/Dünya Bankası 2008:14-5,43.
14. Top M. Priority Setting in Health Services:General Overview an Learning From International Experience for Turkey. Sağlık ve Toplum 2003;13(1):7.
15. Rakel RE. The Family Physician, In: Textbook of Family Medicine. (Ed. Rakel RE, Rakel DP) 8<sup>th</sup> ed., Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011:4-15.

16. Akpınar E, Şahin EM (editörler). Ayrışmamış hastaya yaklaşım. Birinci Basamakta Klinik Yaklaşım Aile Hekimliği Uyum Eğitimi Kurs Notları, 1. Aşama) içinde, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2009:108-22.
17. Üstü Y. Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Med J 2015, 15(4):244-8.
18. Çeçem K. B, Üstü Y. Uğurlu M, Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi, Ankara Med J 2015;15(3):153-60.