

Türkiye’de birinci basamağın gücü

Strength of primary care in Turkey

Mehmet Akman¹

Özet

Güçlü bir birinci basamak (BB) sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir. Türkiye’de son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan bir sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın önemli bileşenlerinden birisi aile hekimliği uygulamasıdır. Bu yazının amacı, birinci basamağın ülkemizdeki gücünü literatürde yer alan kanıtlar ışığında yapısal ve uygulama özellikleri açısından ayrıntılarıyla ele almak, 2014 itibarı ile ulaştığı çıktılar göz önüne alındığında SDP’nin birinci basamağı ne oranda önceleyen ve güçlendirmeyi hedefleyen bir reform olduğunu tartışmaya açmaktır. SDP ile gerçekleştirilen yapısal ve uygulamaya dönük reformlara rağmen, Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmeti diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında yapısal özellikler ve uygulama özellikleri bakımından yeterli düzeyde değildir. Türkiye’de birinci basamağın temel sorunları sayıca ve nitelik olarak yetersiz insan gücü, aile hekimi başına düşen hasta sayısının yüksekliği, multidisipliner ve ekip çalışmasını destekleyecek uygulamaların azlığı, sivil toplum kuruluşları (STK) başta olmak üzere paydaşlarca dile getirilen BB politikalarının geliştirilmesine yönelik önermelerin dikkate alınmamasıdır. Ek olarak sağlık hizmetinin asıl koordinatörü işlevini gerçekleştirebileceği ortamın aile hekimine sağlanmaması, ilk temas noktası olarak alternatifsiz bir BB’ın var edilememiş olması, BB sağlık hizmetlerinin kapsamında önemli genişlemelere ihtiyaç duyulması, mesai dışı aile hekimliği hizmet ihtiyacının yönetilememesi diğer önemli sorunlardır. Sonuç olarak, SDP reformları birinci basamak odaklı değil, uzmanlaşma ve teknolojiyi destekler görünmektedir. Bu durum birinci basamağın sağlık sisteminin adeta “sosu” haline dönüşerek işlevsizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin artması riskini içinde taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Reformu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Türkiye

Summary

Strong primary care is assumed to contribute positively to health system goals including equity in population health, sustainable health care expenditures, and responsiveness of care. During the last decade a health reform program called Health Transformation Program (HTP) was conducted step by step in Turkey, yielding important changes for the national health system. One of the important components of this program is the introduction of Family Medicine Scheme. The aim of this paper is to evaluate the strength of primary care in Turkey regarding structural and procedural features, with respect to evidence in the literature and also to discuss whether HTP is primary care oriented or not, as long as outcomes achieved by 2014 are concerned. Despite all structural and procedural reforms of HTP, recent literature claims that process and structure of primary care in Turkey is not as strong as most of the countries in Europe. Basic problems are: lack of manpower in primary care both quantitatively and qualitatively, high number of patients per family physician, lack of procedures supporting team and multidisciplinary work, recommendations of NGOs and other stakeholders regarding health politics are not taken into account. Besides lack of supporting environment for family physicians to coordinate health service, existing alternatives for first contact of care other than primary care, lack of organization for primary care service delivery out of office hours and need of expansion of comprehensiveness for health services delivered by primary care teams are other important problems. As a conclusion, HTP reforms are not primary care oriented, but more supportive for usage of technology and specialist care. These circumstances reveal the high risk of dysfunctional primary care service transformed to “sauce” of the health system and also very high health expenditures.

Key Words: Health Care Reform, Primary Care, Turkey

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir^[1,2]. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Dünya Sağlık Raporunda sağlık sistemlerinin olması gerektiği gibi çalışmadığına dikkat çekile-rek, temel sağlık hizmet-

lerinin iyileştirilmesi ile değişen dünyanın ihtiyaçlarına daha iyi ve daha hızlı yanıt veren bir sağlık sistemi oluşturulabileceği vurgulanmıştır. Aynı raporda sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt veren bir sağlık hizmetinin topluma ulaştırılması gerekliliği dile getirilir-ken, birinci basamakta insan merkezli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve yapılacak sağlık reformlarının bu hedefleri gözetmesi önerilmiştir.

Bu bağlamda hastalık veya tedaviye odaklı, iyileştirici bakımın fasilalı olarak gerçekleştiği, ilişkilenenin sadece karşılaşma anlarıyla sınırlı kaldığı, hizmet alanların sadece tüketici olarak görüldüğü bir sağlık hizmet sunumu anlayışı yerine; sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, kapsamlı, sürekli ve kişisel bakımın sunulduğu, kişisel ilişkiye dayalı, hizmet alanları kendi sağlıklarının ve aynı zamanda toplum sağlığının geliştirilmesinde partner olarak gören bir birinci basamak sağlık hizmet sunumu desteklenmektedir^[3]. 62. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ üyesi ülkelere, 2008 raporu temel alınarak, birinci basamak prensipleri ve değerleri doğrultusunda sağlık sistemlerini güçlendirmeleri çağrısında bulunulmuştur (WHA62.12)^[4]. Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu problemlerdir. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir^[5-7]. Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir.

Dünyada sağlık sistemleri ve birinci basamağın sis-tem içindeki yeri ile ilişkili tartışmalar bu şekilde sürerken, ülkemizde de son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılan bir sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın üç temel hedefi ve nihai gerçekleştirilme tarihleri şöyle sıralanabilir^[8]:

- Genel sağlık sigortasının uygulanması (2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu)
- Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması (2010 yılı sonu itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildi)
- Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması (663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, 2 Kasım 2012’de Kamu Hastane Birlikleri kuruldu).

SDP, aile hekimliği uygulaması temelinde birinci basamak sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırırken, beraberinde sağlık sigorta şemsiyesi kapsamında olan toplum kesimini genişletmek iddiasıyla genel sağlık sigortası uygulaması getirdi. Atun ve arkadaşları Lancet’te Haziran 2013’de yayımlanan makalelerinde, Sağlıkta Dönüşüm Programının 10 yıllık sürecini detaylı biçimde ele almış ve bu süreçte tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulması (universal health coverage) ile sağlıkta eşitsizliklerin azaldığı vurgusunu ön plana çıkartmışlardır. Aynı yazıda sağlığa daha çok finansman ayrıldığı, sağlık düzeyi göstergelerinin iyileştiği, sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde yeniden örgütlendiği, sağlık alt yapısı ve insan gücünde iyileşmeler olduğu, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı ve hasta memnuniyetinin arttığı ortaya konmuştur^[9]. Oysa, Türkiye Aile Hekimliği Der-

gisi’nin 2013 yılı son sayısında yayımlanan, Kringos ve arkadaşlarının Avrupa’da birinci basamağın gücünü araştırdıkları araştırmalarının sonuçlarına göre, Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmeti karnesi diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında pek de iyi değildir; ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetleri yapısal özellikler (birinci basamak yönetimi, ekonomik koşullar, insan gücü) bakımından orta düzeyde güçlü, uygulama özellikleri (ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm) bakımından ise zayıf bulunmuştur^[10].

Bu yazıda, yukarıda belirtilen iki makale temel alınarak, birinci basamağın ülkemizdeki gücü, yapısal ve uygulama özellikleri açısından ayrıntılarıyla ele alınacak, Sağlıkta Dönüşüm Programının 2013 itibarı ile ulaştığı çıktılar göz önüne alındığında birinci basamağı ne oranda önceleyen ve güçlendirmeyi hedefleyen bir reform olduğu tartışılacaktır.

Yapısal özellikler

Kringos ve arkadaşları birinci basamağın politik, ekonomik ve kültürel özelliklerine göre gücünü inceledikleri çalışmalarında, Avrupa ülkelerinin zenginlik, hükümetlerin politik yapısı, hakim olan değerler ve sağlık sistemi tipine göre farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada, ağırlıklı olarak daha çok süre sol eğilimli hükümetler tarafından yönetilen ülkelerde birinci basamak yapısal özelliklerinin görece daha iyi olduğu saptanırken, ülkenin genel zenginliği ile birinci basamağın yapısal özellikleri arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir*. Ulusal sağlık sistemi (temel olarak sağlık giderlerinin vergilerden karşılandığı sistem) veya genel sağlık sigortası ile yönetilen sistemler arasında yapısal özellikler açısından bir fark bulunamamıştır^[12].

Sağlık yönetimi

Atun ve arkadaşlarına göre SDP ile sağlık sisteminin yönetiminde temelde 3 önemli değişiklik yapılmıştır: Vatandaşların sağlık hakkının tanımlanması (hasta hakları yönergesi 2003), sağlık hizmet sunucularının hesap verebilirliğinin güçlendirilmesi (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi- SABİM kurulması) ve Sağlık Bakanlığının rolünün hizmet vericiden çok koordine edici yönde yeniden tanımlanması^[9].

Birinci basamak vizyonunu ortaya koyan politika dokümanlarının yayımlanması (örneğin Aile Hekimliği Türkiye Modeli), kanun ve yönetmeliklerle birinci basamak hizmet sağlayıcılarının görev ve sorumluluklarının ve birinci basamak merkezlerin özelliklerinin tanımlanması, topluma (toplum sağlığı merkezleri) ve kişiye yönelik (aile sağlığı merkezleri) temel sağlık hizmetlerinin eşgüdümünün sağlanması için Halk Sağlığı Kurumunun kurulması ve finansmanın global bütçeden karşılanıyor olması, SDP sürecinde birinci basamak sağlık hizmeti sunumu açısından yönetim anlamında gerçekleşen olumlu gelişmeler arasında sayılabilir.

Bununla birlikte sağlık yönetiminin iyileştirilmesi gereken yönlerivardır.

*Çalışmanın incelediği 1993-2008 yılları arasında Türkiye’de koalisyonun büyük ortağı olarak sol görüşlü partilerin iktidarda olduğu süre yaklaşık 4 yıldır(11).

BB hizmet sağlayıcılarının dağılımları bölgeler arasında sayısal olarak farklılık göstermektedir. Bunun sonucunda aile hekiminin hizmet yoğunluğu kendisine bağlı nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yerinde multidisipliner işbirliğini destekleyecek uygulamalar son derece sınırlıdır. Meslek örgütleri ve BB sağlık çalışanlarının kurdukları dernekler, hastaların oluşturduğu sivil toplum örgütleri gibi diğer paydaşların BB politikalarının geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınmaması, reform sürecine gerekli katkıyı verememelerine yol açmıştır. Örneğin gerek sözleşmeli aile hekimlerinin yarı zamanlı uzmanlık eğitimi gerekse aile hekimlerinin acil servislerde çalıştırılması gibi uygulamalar, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ve pratisyen hekim derneklerinin tüm gerekçeli itirazlarına rağmen hayata geçirilmeye çalışılmaktadır. Benzer durum tıp fakültesi mezunu bir hekimin aile hekimliği asistanlık sürecini tamamlamadan birinci basamakta tek başına hasta göremeyeceği tarihin, bir başka deyişle geçiş döneminin sonlanım tarihinin belirsizliğini korumasında da görülmektedir. İlgili derneklerin taleplerine rağmen bu tarih resmi olarak ilan edilmemiş, sözel olarak dile getirilen tarihler ise revize edilerek ertelenmiştir.

Günümüzde Batı Avrupa ülkelerinde birinci basamakta sunulan halk sağlığı hizmetleriyle aile hekimliği hizmetlerini bir arada sunan daha büyük ve bütünsel BB merkezlerin oluşturulması yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu şekilde zaten güçlü olan ekip çalışmasını daha da güçlendirmek hedeflenmektedir. SDP, sağlık ocaklarında daha güçlü ve geniş bir ekip tarafından kişiye ve topluma yönelik olarak sunulan klinik ve koruyucu hekimlik hizmetlerini kişi ve toplum sağlığı hizmetleri olarak ayırmıştır. Her ne kadar Halk Sağlığı Kurumu düzeyinde eşgüdümün sağlanması hedeflenmişse de, ASM ve TSM bölünmesi ekip çalışmasını zayıflatmış, hatta yer yer iki birim arasında çatışmalara (Örneğin, denetçi-denetlenen ilişkileri) yol açmıştır. Böylece BB düzeyinde de hizmet sunumu parçalı (fragmente) hale gelmiştir. Kişiyeye yönelik temel sağlık hizmetlerinin, bir başka deyişle toplum ve aile sağlığı merkezlerinin, entegre sağlık hizmeti sunabilmesi için toplum yönelimli birinci basamak uygulamaları geliştirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir^[13]. Bu anlamda yerel toplumun katkısının sağlandığı toplum yönelimli BB uygulamaları önem kazanmaktadır. Gönüllüler ve toplum liderleri (öğretmen, muhtar, vb) ile işbirliği yapan, sağlığın geliştirilmesine yönelik ihtiyaç ve eylemleri birlikte planlayan, bu eylemlerde orada yaşayan kişilerin de sorumluluk alabilmesine imkan veren, temel sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşan bir model ile kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanabilir.

Ülkemizin bir gerçeği olarak çok farklı alanlarda (idarecilik, ana çocuk sağlığı, yetişkin hasta bakımı, aile planlaması vb) çalışma deneyimine sahip olan hekimler, yeni uygulamada aile hekimi olarak kendilerine bağlı her yaş ve cinsiyetten kişilere kapsamlı sağlık hizmeti sunmak durumunda kalmışlardır. Bu nedenle hizmet sunucunun niteliklerine bağlı olarak hizmet sunumu farklılaşabilmektedir. Birinci basamakta sunulan hizmetin

kalitesini denetleyecek mekanizmaların kurulması, kanıta dayalı klinik rehberleri temel alan standart hizmet sunumunu sağlamaya katkıda bulunacaktır. Bu mekanizmalar, hekimlerin poliklinik yaptıkları sırada önlüklü olup olmamaları gibi şekilsel denetimlerin ötesinde, hem sağlık hizmetinin sunulduğu sürecin hem de sağlık çıktılarının değerlendirilmesini içermelidir.

Ekonomik Koşullar

SDP sürecinde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan finansmanda rakamsal bir artış gözlenmektedir. Aile Hekimliğinin SB genel bütçesindeki payı, 2006 yılında sadece %0,2 iken 2009'da %6,3'e yükselmiştir. Bu rakamlar yorumlanırken 2006 yılında çok az ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu unutulmamalıdır. SB genel bütçe harcamalarından koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan miktar, 2003-2009 döneminde yıllık ortalama %23,7 artmış; 1.135 milyon TL iken, 4.082 milyon TL'ye yükselmiştir. 2006 yılında SB bütçesinin %73,7'si olan hastane harcamaları 2009 yılında %67,7'ye gerilemiştir. Ancak bu azalma özel sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmet artışıyla birlikte değerlendirilmelidir. Nitekim 2002'de hastane muayeneleri arasında %4 olan özel sağlık kuruluşlarının payı 2008'de %21'e çıkmıştır^[13].

2001 yılında 4618 sayılı Yasa'da yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları içinde "Döner Sermaye İşletmesi" kurulması ya da kurulmuş olanlara katılım zorunluluğu getirilmiştir. Bu değişiklik birinci basamağa başvuran hastalardan katkı payı alınmasını beraberinde getirmiş, yasanın ek 2 başlıklı maddesine göre birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki ana çocuk sağlığı, sağlık ocağı ve halk sağlığı laboratuvarları gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tedavi hizmetlerini kapsayacak bir döner sermayenin kurulmasının yolu açılmıştır. Bu uygulama Maliye Bakanlığı, SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında birinci basamak tedavi hizmetlerinin sağlanması için global bütçe uygulamasına geçilinceye kadar devam etmiştir. 08/03/2007 tarih ve 5597 sayılı Kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde-2 ile birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinde global bütçeye geçilmiş ve ödeyici kurumlarla doğrudan hizmet alımı sözleşmeleri imzalanmıştır. Böylece SB'nın kendisine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarındaverilen bütün sağlık hizmetleri yeniden ücretsiz hale gelmiştir^[13]. İlaçlardan alınan katkı payı uygulaması ise devam etmektedir.

Tablo1'de görüldüğü gibi 2006 yılında %3,8 olan aile hekimliği hizmetleriyle halk sağlığı hizmetlerinin toplam Sağlık Bakanlığı bütçesindeki payı, 2009 yılı itibarıyla %10'a ulaşmıştır. Avrupa Herkes için Sağlık (European Health for All) veri tabanına göre Türkiye'de 2009'da gayrisafi yurtiçi hasıladan (GSYİH) sağlığa ayrılan pay %5 iken, aynı yılın Avrupa Birliği ortalaması %8,8'dir^[14]. 2009'da sağlığa GSYİH'den ayrılan pay Türkiye İstatistik Kurumu kaynakları ile Atun ve arkadaşlarının makalesinde ise %6,1 olarak verilmiştir. 2012 yılı TÜİK verilerinde GSYİH'den sağlığa ayrılan payın %5,4'e gerilediğini görüyoruz^[15].

Bu pay kamu ve özel sağlık harcamaları olarak ayrıldığında kamu harcamaları %4,14'lük kısmı oluştururken özel sağlık harcamaları %1,25'lik kısma karşılık gelmektedir. Sağlığa ayrılan pay halen OECD ülkelerinin ortalamasının altındadır (2013 için %9,2)^[16]. Sağlık harcamaları içerisinde halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerine ayrılan pay Avrupa Birliği üyesi ülkelerde de farklılıklar göstermektedir; örneğin 2009 yılında Fransa'da %2,2, Hollanda'da %4,4 ve Finlandiya'da %5,6 olarak gerçekleşmiştir^[17]. Birinci basamak sağlık hizmetleri hem koruyucu hekimlik, hem de tedavi edici hekimlik hizmetlerini içerdiğinden koruyucu hekimlik ve halk sağlığı hizmetleri ile tedavi ve rehabilite edici hizmetler şeklindeki sınıflama kategorileri aile hekimliği hizmetine özgü maliyetleri net olarak ortaya koyamamaktadır. Ülkemiz için ASM'lere özgü olarak maliyet etkinlik analizi yapılabilmesi, çıktuları ile birlikte ASM'lerde sunulan hizmetlerin ve karşılığında bütçeden ayrılan payın büyüklüğünün değerlendirilmesi ile mümkün olabilir. Bu nedenle düzenli olarak her yıl ASM'lere ayrılan pay ve kaynağının ayrı bir kalem olarak sağlık istatistiklerinde yer alması yerinde olacaktır.

SDP, sigorta şemsiyesi altında yer alan nüfus oranı açısından değerlendirildiğinde, 2003 yılında en yoksul %10'luk grubun %25'i sigorta kapsamı altındayken, 2011 yılında aynı grupta sağlık sigorta kapsamında olanlar %85'e yükselmiştir^[9].

TÜİK 2012 sağlık araştırması verilerine göre Türkiye nüfusunun %80,3'ü SGK (sosyal güvenlik kurumu), %12,3'ü ise yeşil kart dahil GSS (genel sağlık sigortası) şemsiyesi altında sağlık güvencesine sahiptir^[18]. Bu rakamlar Atun ve arkadaşlarının iddiasının aksine, Türkiye'de evrensel sağlık kapsayıcılığına (herkesin sağlık sigortası kapsamına alınması) henüz ulaşamadığını göstermektedir. Nitekim yaklaşık %8'lik bir grup GSS şemsiyesi altında değildir. Ayrıca şehirlerde %7,1'e düşen yeşil kartlı yüzdesinin kırsalda %23,6'ya çıkması bölgesel farklılıkların aşırılığına bir örnektir^[18].

Gerek ilaç, gerekse muayene ücreti şeklinde hastalardan katkı payı alınması uygulamaları SDP sürecinde farklı şekillerde denenmiş ve uygulanmaya devam etmektedir. Atun ve arkadaşları cepten ödemelerin hane halkının yiyecek dışı masrafları içerisindeki payının 2003-2011 arasında azalma eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir^[9]. Şekil 1'de yer alan herkes için sağlık Avrupa veri tabanından alınan grafikte GSYİH ile cepten ödemeler karşılaştırılmalı olarak verilmiştir ve Türkiye'nin cepten harcama durumu, 2009 yılı itibarıyla orta Asya ve doğu Avrupa ülkelerinden daha iyi durumdayken, batı ve kuzey Avrupa ülkelerine göre daha fazladır. Bu grafikte, güney Kıbrıs gibi istisnalar olmakla birlikte, Avrupa bölgesinde GSYİH artışı ile cepten ödeme miktarlarında azalma olduğu eğilimi görülmektedir.

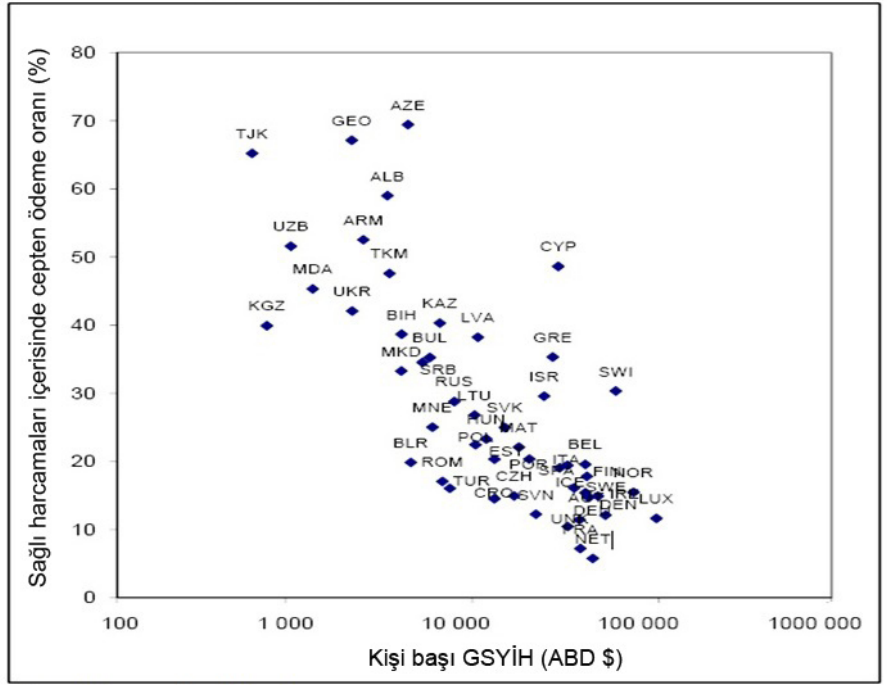
Tablo 1: SB Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması

	milyon TL				%’lik Dağılım			
	2006	2007	2008	2009*	2006	2007	2008	2009*
Tıbbi Ürünler Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	5	7	7	11	0,1	0,1	0,1	0,1
Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	1.726	2.266	2.729	3.318	20,2	21,8	22,8	26,6
Aile Hekimliği Hizmetleri	19	242	466	785	0,2	2,3	3,9	6,3
Hastane İşleri ve Hizmetleri	6.294	7.587	7.843	8.428	73,7	73,0	65,5	67,7
Halk Sağlığı Hizmetleri	304	330	331	494	3,6	3,2	2,8	4,0
Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Hizmetleri	35	43	46	56	0,4	0,4	0,4	0,4
Diğer Sağlık Hizmetleri	112	126	979 [†]	111	1,3	1,2	8,2	0,9
Diğer Hizmetler (Genel Kamu, Eğitim hizmetleri v.b.)	63	32	32	36	0,7	0,3	0,3	0,3
SB Genel Bütçe Harcamaları	8.538	10.390	11.967	12.454	100	100	100	100

Kaynak: Sülkü SN. Türkiye’de sağlık dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı yayın no: 2011/414, Ankara, 2011 sayfa 59

Not::** 2009 yılı ödenektir. †: Diğer sağlık hizmetlerinin 2008 yılı ödeneği 124 milyon TL’dir. Fakat kamulaştırma ödenekleri, bu tertibe yıl içinde eklenmiştir.

Şekil 3: Avrupa veri tabanı
2009 verilerine göre
Avrupa bölgesinde
toplam sağlık harcamaları
içerisinde cepten
ödemelerin oranının kişi
başına düşen GSYİH ile
karşılaştırılması



Kaynak: European Health database.

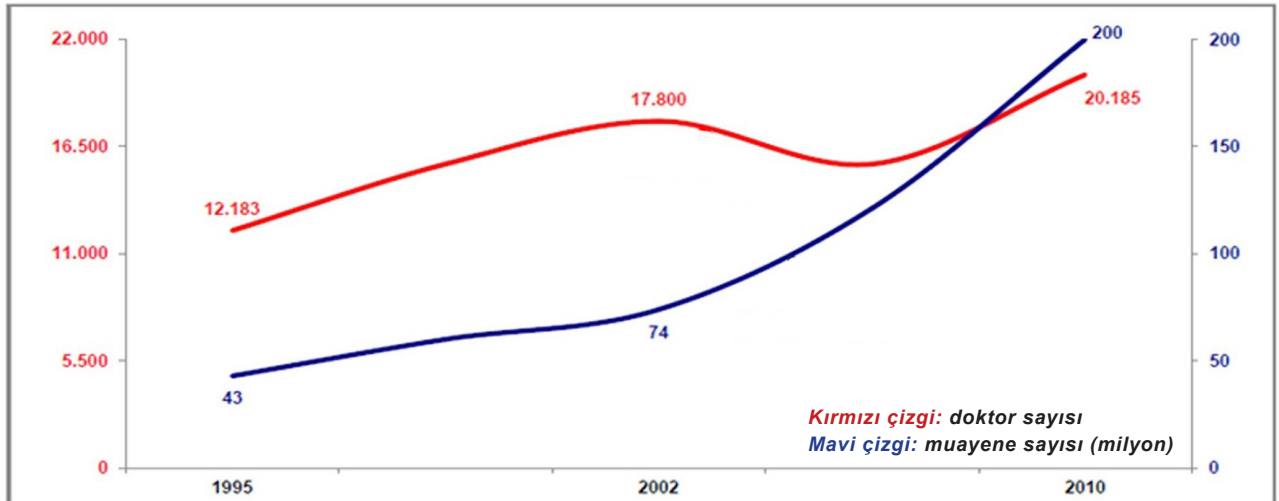
İnsan gücü

SDP'nin temel tespit ve icraatlarından bir tanesi de sağlıkta yetişmiş insan gücü yetersizliği ve bunun artırılması yönündedir. Türkiye'de 2012 yılında 100 bin kişiye 172 hekim düşerken, AB ortalaması 2011 yılı için 336'dır. Aynı nüfus başına hemşire ve ebe sayısı 2012 yılında Türkiye'de 249 iken 2011 yılı için AB ortalaması 689'dur^[14]. AB ortalamasının çok altındaki sağlık insan gücünü sayısal olarak artırmak için SDP kapsamında bir eylem planlanıp hayata geçirilmiştir. Bu eylemler arasında üniversitelerde tıp dahil sağlık bilimleriyle ilişkili fakülte-lerde öğrenci kontenjan sayısını artırmak, tam gün yasası ile sağlık personelini kamu sağlık kurumlarıyla özel sektör arasında tercih yapmaya zorlamak ve performansa bağlı geri ödemelerle her bir çalışanın verimliliğini artırmak, sağlık kurumlarında her bir doktor için bir hasta görüşme odası açarak verimliliğe katkıda bulunmak ve coğrafi olarak hekim dağılımı

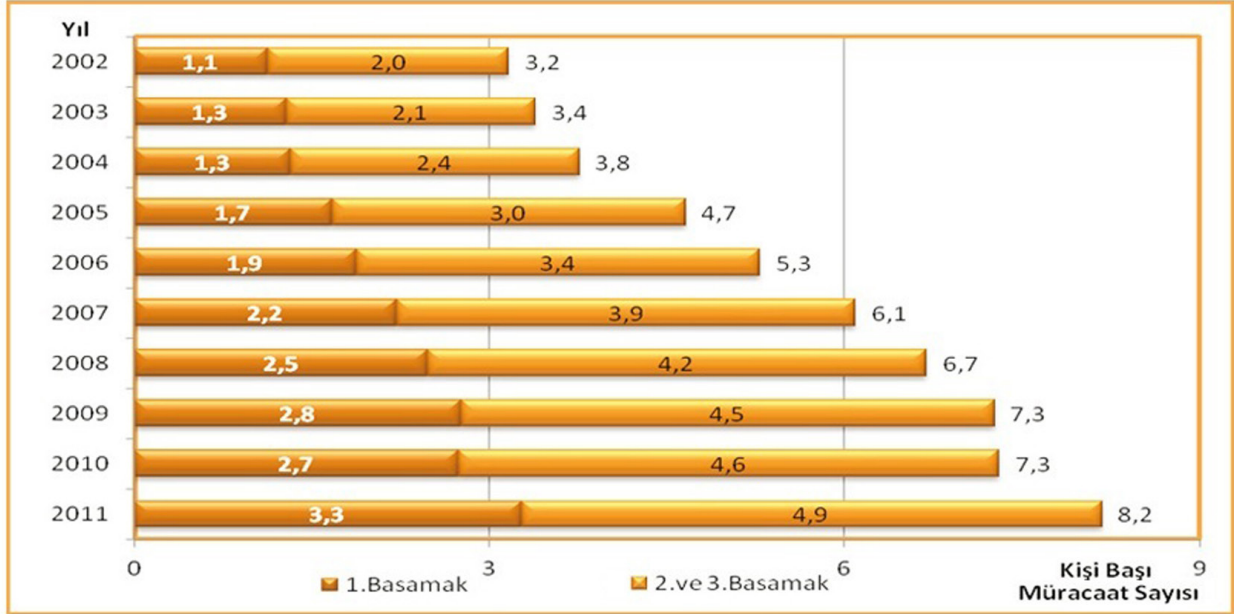
eşitsizliğini ortadan kaldırmak için zorunlu devlet hizmeti yükümlülüğü uygulamasına geçmek yer almaktadır^[9].

Bu bağlamda birinci basamakta çalışan hekim sayısı 2002'den 2010'a kadar %11 artarken, aynı dönemde birinci basamakta görülen hasta sayısı 2,5 kat artmıştır. Bu durum hekim başına gerçekleşen görüşme sayısında ve dolayısıyla iş yükünde önemli artış olduğunu ortaya koymaktadır (Şekil 2)^[19]. Bu artış öyle bir noktaya varmıştır ki 2011 yılında kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı 8,2 olmuştur. Bu rakam aynı yılın OECD ülke ortalaması olan 6,4'ün çok üzerindedir^[19]. Türkiye'de sınırlı bir hekim gücüyle OECD ülke ortalamasından çok daha fazla hasta müracaatının karşılandığı göz önüne alındığında, sağlık hizmet sunum kalitesinden taviz verilmek durumunda kalındığı sonucuna varılabilir (Şekil 3)^[19]. Bu nedenle sayısal verilerin yanında niteliksel verilerin de eş zamanlı değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Şekil 2: Birinci basamakta çalışan hekim ve yapılan poliklinik sayıları



Şekil 3: Kişi başı poliklinik başvuru sayısı



Tablo 2’de yıllara göre sağlık personeli sayısındaki artış verilmiştir. Bu tablo dikkatle incelendiğinde 2002 ile 2012 arasındaki 10 yıllık sürede yaklaşık 25 bin yeni uzman yetişirken, pratisyen hekim sayısındaki artışın 8 bin ile sınırlı olduğu görülecektir. Aynı yıllarda uzman hekim /pratisyen hekim oranı 1,47’den 1,80’e yükselmiştir. Bu tablo, şekil 3’den hareketle 7 yılda birincinin ayaktan poliklinik başvuruları içindeki payının sadece %3,5 yükselmiş olması verisi ile tamamlandığında, SDP sürecinde birincinin iş gücü veya hasta başvurusunda aldığı pay açısından desteklenmediğini göstermektedir.

SDP’nin 3 temel amacını tekrar hatırladığımızda (GSS, aile hekimliği ve hastanelerin finansal özerkleşmesi) ortak noktalarının sağlık maliyetlerini

düşürebilmek adına kendi kendine yetebilen sağlık birimleri oluşturmak ve mümkün olduğunca öngörülebilir (global bütçe) bir maliyeti büyük oranda ödenen sigorta primlerinden karşılayabilmek olduğu söylenebilir. İş gücü verileri, sağlıkta teknoloji kullanımının yüksekliği ve sevk zincirinin olmaması ile birleştirildiğinde SDP’nin mevcut haliyle güçlü bir birincinin çok uzmanlaşmayı desteklediği, sağlık sorunlarının ana çözüm merkezi olarak hastaneleri gördüğü anlaşılmaktadır. Aile hekimlerine konan hastane acillerinde nöbet zorunluluğu uygulaması gereğinde birincinin iş gücünün ikinci basamakta sunulan hizmeti desteklemek için kullanılabileceğini, dolayısıyla hangi basamağın öncelendiğini açıkça göstermektedir.

Tablo 2 Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012
Uzman Hekim	45.457	60.655	63.563	66.064	70.103
Pratisyen Hekim	30.900	35.911	38.818	39.712	38.877
Asistan Hekim	15.592	22.075	21.066	20.253	20.792
Toplam Hekim	91.949	118.641	123.447	126.029	129.772
Diş Hekimi	16.371	20.589	21.432	21.099	21.404
Eczacı	22.289	25.201	26.506	26.089	26.571
Hemşire	72.393	105.176	114.772	124.982	134.906
Ebe	41.479	49.357	50.343	51.905	53.466
Diğer Sağlık Personeli	50.106	93.550	99.302	110.862	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	197.386	198.694	209.126	209.736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	609.900	634.496	670.092	698.518

İnsan gücü anlamında ülkemizde birincinin güçlü yönleri arasında son yıllarda sağlık çalışan sayısı olarak artış eğiliminin yavaş da olsa sürmesi, aile hekimleri için ulusal derneklerin ve aile hekimliği alanında ulusal kongrelerinin ve bilimsel dergilerin var olması sayılabilir.

Geliştirilmesi gereken yönler arasında en başta BB hizmet sunularının evrensel standart niteliklere sahip olması gelmektedir. TTB’nin yaptığı niteliksel bir araştırmada da aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin farklı açılardan yetersiz olduğu hekimlerin kendisi tarafından bildirilmiştir.

Bu çalışmaya katılan AH uzmanları, pratisyen aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yine aynı çalışmada aile sağlığı elemanlarının eğitim gereksinimi olduğu dile getirilmiştir^[20]. Bu anlamda geçiş döneminin sonlanacağı ve aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlamanın birinci basamakta hekim olarak çalışmak için tek seçenek olacağı tarihin ilan edilmesi ön koşuldur. Dal uzmanı yetiştirmeye verilen önem kadar aile hekimliği uzmanı yetiştirme konusuna da önem verilmesi gerekir. Tıpta Uzmanlık Sınavında aile hekimliği uzmanlık eğitimi kadroları 2004-2010 yıllarında tüm kadroların sadece %3-7'sini oluşturmuştur. Bu sayının artırılması birinci basamağa verilen önemi gösterecektir. Oysa ki, ilk kez Nisan 2014 TUS sınavında ilan edilen yarı zamanlı uzmanlık eğitimi kadroları ile alternatif bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi yolu açılmış, buna karşılık tam zamanlı uzmanlık eğitimini özendirici önlemler alınmamıştır. Bu durum nitelikli eği-tim yoluyla birinci basamak hizmet sunum niteliğinin artırılması gibi bir hedefin olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca tam zamanlı eğitim sürecine saha eğitiminin dahil edilmesi olumlu bir adım olmakla beraber aile hekimliği akademisyenlerinin ASM'lerde bir fiil aile hekimliği uygulamasının içinde yer almalarını sağlayacak hukuksal düzenlemelerin yapılmamış olması çelişkili bir durumdur. Saha eğiticisi sayısının yetersizliği göz önüne alındığında akademisyenlerin BB'da çalışabilecekleri koşulların bir an önce oluşturulması önem kazanmaktadır.

Son olarak birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin de mesleki derneklerinin ve birinci basamağa özgü pratiklerinin gelişimine katkıda bulunacak şekilde ders programlarının ve uygulamalarının yapılandırılması ve birinci basamak hemşireliğine yönelik bilimsel dergilerinin olması insan gücünün gelişimine katkıda bulunacak bir başka önemli noktadır. Dernekleşme anlamında ilk adımların atılmış olması umut vericidir. Örneğin İstanbul'da İSTASED (İstanbul Aile Sağlığı Elemanları Derneği) kurulmuştur (<http://istased-com.webnode.com.tr>).

Kronik hastalıklar birinci basamak başvurularının içinde önemli bir ağırlığa sahiptir. Kronik hastalık yönetiminde ekip çalışması başarıyı artırmaktadır. Bu bağlamda BB'da çalışan insan gücü diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden bireylerle desteklenmelidir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerince kronik hastalığı olan hastaların ihtiyaç duyduğu multidisipliner hizmetin sunulması gerçekçi değildir.

Uygulama Özellikleri

Ulaşılabilirlik ve Süreklilik

Kringos ve arkadaşları, Türkiye gibi genel sağlık sigortası tarafından geri ödemeleri yapılan sistemlerin, İngiltere örneğinde olduğu gibi finansmanın genel bütçeden karşılandığı ulusal sağlık sistemine sahip ülkelere göre ulaşılabilirlik ve süreklilik anlamında görece daha zayıf olduklarını göstermişlerdir. Aynı çalışmada ülkelerin zenginlik artışı ile ulaşılabilirlik arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır^[12].

Aile hekimlerinin sayıca yetersiz olması, aile hekimi başına düşen kayıtlı kişi sayısının Avrupa ortalamasının

üzerinde olmasına ve dolayısıyla ulaşılabilirlik ve süreklilik anlamında hizmette aksamalara yol açabilmektedir. BB hizmetlerinin sürekliliğinin önündeki engellerden birisi de mesai saatleri dışında BB hizmetlerinin sağlanmasındaki güçlüklerdir. Bu durum hastaların mesai saatleri dışında kalan zamanlarda yoğun biçimde hastane acillerini kullanmalarına yol açmaktadır^[21]. Ulaşılabilirliği artırabilecek veya destekleyebilecek telefon / e-posta ile konsültasyon yollarına nadiren başvurulmakta, web tabanlı hizmetler ve randevu sistemleri yaygın kullanım alanı bulamamaktadır. Ev ziyaretlerinin aile hekiminin iş yükü içerisindeki oranı oldukça düşüktür. TTB'nin yaptığı niteliksel araştırmada ASM ve TSM hekimleri hastaların farklı nedenlerle çeşitli düzeylerde erişim sorunu yaşadığını belirtmiştir^[20]. Bu sorunların başında coğrafi engeller dile getirilmiştir. Yakındaki aile hekiminin listesinin dolu olması gibi nedenlerle kişilerin kendilerine uzak aile hekimlerine kayıtlı olmaları hizmete ulaşımı güçleştiren bir unsur olarak belirtilmiştir. Kendisine kayıtlı olmayan hastaların talepleri hekimler ve aile sağlığı elemanlarının zaman zaman güç durumda kalmalarına yol açmaktadır. Ayrıca iş yükü ve malpraktis endişesi gibi gerekçelerle aile hekimleri kendilerine kayıtlı olmayan hastalara bakmayı tercih etmemektedirler. Yine aynı çalışmada aile hekimleri listelerinde yer alan kişilerin %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer sağlık kurumlarına erişimin kolay olduğu bölgelerde hizmet veren ve listesinde yer alan kişilerin büyük bölümü sağlıklı genç erişkinlerden oluşan aile hekimlerinin hiç karşılaşmadıkları hasta oranlarının ise % 80'lere kadar çıkabildiği dile getirilmiştir^[20].

Koordinasyon

Aile hekimliği uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinden bahsedilemez. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenir. Sevk zinciri olmadığı aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam olarak sağlaması güçtür. Şekil 4'de, birinci basamağın hastalar tarafından tercih edilme oranının, sevk zinciri gibi zorunlu bir uygulama olmadıkça, yıllar içerisinde değişmeden nasıl sabit bir seyir izlediği gösterilmektedir. Kringos'un çalışmasında uygulama özellikleri itibarıyla Türkiye BB sağlık hizmet sunumunun zayıf kategorisinde yer almasına neden olan önemli etkenlerden birisi koordinasyon işlevini yerine getirememesidir^[10].

Aile hekimleri sevk zinciri uygulanmamasının getirdiği olumsuzluklar arasında özellikle kronik hastalıklar açısından ilk başvuru fonksiyonunun gerçekleştirilememesini de saymışlardır. Bununla birlikte aynı aile hekimlerinin mevcut koşullarda birinci basamağa sevk uygulaması getirilmesinin son derece olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünceleri dikkat çekicidir. Bu noktada temel kaygı iş yükünün aşırı artışı olarak ifade edilmiştir^[20]. Bunun dışında sevk zincirinin olmaması dal uzmanları ile birinci basamak hekimleri arasında kabul görüp izlenen resmi bir iletişim yolu kurulamamasına ve sonuç olarak birinci basamağın diğer basamaklarda konulan tanı, tetkik ve izlemlerden haberdar olamamasına yol açmaktadır.

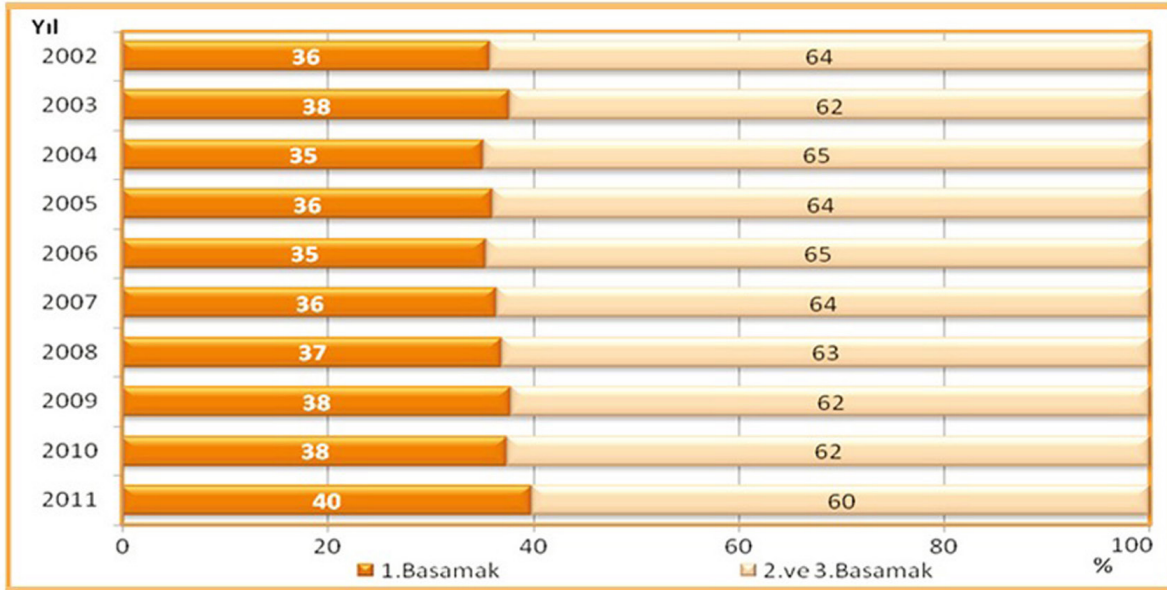
Kullanılan online veri giriş sistemlerinin entegrasyon ve hastanın farklı birimlerden aldığı hizmetleri bir arada gösterebilme açılarından geliştirilmeye ihtiyaç duyduğu birinci basamak hekimlerince dile getirilmiştir^[20]. Sevk zinciri birinci basamakla dal uzmanları arasındaki iş birliğini güçlendirecek ve farklı bir sağlık hizmet sunum kültürünün oluşumuna katkıda bulunacaktır.

Atun ve arkadaşları SDP ile BB sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlediğini vurgulamışlardır. Yazarlara göre, bağışıklama, ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamlarında genişleme ve ilk başvuru, tanı, tedavi ve izlem oranlarında artış gözlemlenmiştir^[9]. Buna karşılık hizmet verenlerin görüşleri alındığında ASM ve TSM hekimleri gebe, bebek izlemi ve bağışıklama hizmetlerinin iyi bir düzeyde yürütüldüğünü belirtmekle beraber bu hizmetlerin sağlık ocağı sisteminde de zaten iyi olduğunu ve önemli bir değişim gerçekleşmediğini ifade etmişlerdir. BB sağlık çalışanları negatif performans uygulanmasaydı izlem oranlarının bu kadar yüksek olamayacağını düşünmektedirler. Ayrıca

kronik hastalıklara yönelik hizmetlerin yetersiz düzeyde olduğunu ya da sağlık ocağı dönemine göre hiçbir gelişme göstermediği dile getirilmiştir^[20]. Şekil 4’de de görüldüğü gibi 2002-2012 arasında birinci basamağın tüm sağlık hizmetleri içindeki payı poliklinik sayıları bakımından %36’dan ancak %40’a çıkmıştır. Bu durum birinci basamağın ilk başvuru işlevinin geliştirilmesi açısından SDP sürecinde anlamlı bir ilerleme kaydedilmediğini göstermektedir.

Atun ve arkadaşlarının makalelerinde aile planlaması hizmetlerinin SDP sürecinde geçirdiği değişime ilişkin bir değerlendirme olmaması dikkat çekicidir^[9]. Oysa ki, aile hekimlerinin, TSM hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının önemli bir bölümü ASM’lerde hap ve kondom dağıtımıyla sınırlı bir AP hizmeti verildiğini, zaman zaman malzeme temininde sorunlar yaşandığını ve rahim içi araç takma hizmetinin artık hemen hemen terk edildiğini belirtmişlerdir^[20]. Bu durum en azından AP hizmetleri açısından kapsam genişlemesinden çok bir daralmanın söz konusu olabileceğini düşündürmektedir.

Şekil 4: Ayaktan hasta görme oranı (2011 sağlık istatistikleri yıllığı)



Türkiye’de sağlık alanında yoğun teknoloji kullanımı 2008 -2010 yılları arasında 1000 kişi başına düşen BT tetkiki sayısının %30, MR tetkiki sayısının ise %60 artışı ile kendini göstermektedir. 2010 itibarıyla 1000 kişi başına istenen 79,5 MR incelemesi aynı yılın OECD ortalaması olan 44,9’un neredeyse iki katıdır^[16]. Bu durumun olası nedenleri arasında uzmanlaşmanın desteklenmesi, hekimlerin performans kaygısı ve pazar ekonomisi dinamiklerine bağlı olarak teknoloji kullanımının desteklenmesi, aşırı hasta yüküne bağlı hekimin hastasına yeterince vakit ayıramaması sayılabilir. Ülkemizde sağlık alanında teknolojinin gereğinde ve etkin kullanılması isteniyorsa, birinci basamak odaklı reform ve düzenlemelerin yapılması, ayaktan tedavi hizmetlerinde birinci basamağın payının artırılması, kişi başına düşen poliklinik ziyaretlerinin niceliğinden çok niteliğinin sorgulanması uygun olacaktır.

Kapsamlılık

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. Birinci basamak

hizmet sunucuları tarafından sağlanan BB hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan şunlardır: 1) tüm akut sağlık sorunları için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi; 2) küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabilirdiği; 3) akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi; 4) koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği^[10]. Kringos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamağın sağlık hizmetinde ilk temas noktası olarak en çok, kapı tutuculuk işlevinin aile hekimi tarafından yerine getirildiği Avrupa ülkelerinde işlev gördüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada BB hemşirelerinin tıbbi teknik işlemleri ancak sınırlı sayıda ülkede uygulayabildikleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise çalışmaya katılan ülkelerin çoğunda aile hekimleri de dahil olmak üzere çok geniş bir hizmet sunucu grubu tarafından verildiği ortaya konmuştur. Bu çalışmada Türkiye’nin BB’da hizmet kapsamlılığı anlamında çoğu ülkenin gerisinde olduğu görülmüştür.

Ayrıca Kringos ve arkadaşları neredeyse tüm ülkelerde, kapsamlılık boyutu ile ilgili olarak birinci basamağa ait yüksek nitelikli bilgilerin eksik olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle birinci basamak bilgi altyapılarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımların acilen yapılmasını önermişlerdir^[22].

Atun ve arkadaşları SDP'nin gerçekleştirilmesinde kapsamlı bir dönüşüm stratejisi izlendiğini ve bu stratejinin sağlık güvence şemsiyesi altına alınan toplum kesiminin artışına katkı yaptığını öne sürmüşlerdir. Ancak kapsamlı olduğu iddia edilen stratejinin birinci basamakta kapsamlı hizmet sunumunu desteklemekte yetersiz olduğu görülmektedir. Nitekim Atun ve arkadaşları makalelerinde temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak yüksek kaliteli hizmet sunacak, sevk zincirine dayalı kapsamlı bir sistemin oluşturulabilmesi için ek yatırımlara ihtiyaç olduğunu belirtmişler ve Türkiye'nin topluma dayalı koruma ve tarama programlarının kapsamının, özellikle kanser ve kronik hastalıkların önlenmesi anlamında, genişletilmesi gerektiği tespitini yapmışlardır^[9].

Ülkemizde aile hekimleri tıbbi kayıtları elektronik ortamda tutmaktadırlar ve bu amaçla kullanabilecekleri bir kaç alternatif program mevcuttur. Aile hekimlerinin kaydettiği hasta bilgileri merkezi olarak belirli aralıklarla bakanlığa aktarılmaktadır. Bu veriler hem BB'da sunulan sağlık hizmetlerinin bugünkü durumu hem de geliştirilmesi gereken yönlerinin tespiti için kullanılabilir önemli bir veri tabanını oluşturmaktadır. Bağımsız kurum ve araştırmacılara bu veri tabanı üzerinde araştırma yapma imkanı sunulması, objektif ve güvenilir araştırma sonuçlarına dayalı olarak BB'ın güçlendirilmesi sürecine katkıda bulunacaktır.

Sonuç

Türkiye'de son 10 yılda birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda köklü bir değişim gerçekleşmiştir. Ancak bu değişim süreci nitelikli hizmet sunumu ve koordinasyonu, insan kaynak kullanımı, ulaşılabilirlik, süreklilik ve kapsamlılık anlamında BB yönelimli görünmemektedir. Birinci basamakta iş gücü niteliğini artıracak ve hizmet kalite-sini yükseltecek evrensel aile hekimliği ilkeleri ve görev tanımı ile uyumlu^[23] uygulamaların çoğaltılmasına ihtiyaç vardır. Sağlık sisteminin iskeletini birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturduğunda daha düşük maliyetlerle daha olumlu sağlık çıktıları elde etmek mümkündür^[1,2]. SDP sürecindeki reformlar ve uygulanış biçimleri uzmanlaşma ve teknoloji odaklı ve önceliği birinci basamağa vermeyen bir görüntü sergilemektedir. Bu durum birinci basamağın sağlık sisteminin adeta "sosu" haline dönüşerek işlevsizleşmesi ve sağlık maliyetlerinin artması riskini içinde taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes, within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1070-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):831-65.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
3. WHO The world health report 2008:primary health care now more than ever. 2008, Geneva, WHO. ISBN 978 92 4 156373 <http://www.who.int/>

whr/2008/en/index.html Erişim tarihi: 6/01/2014.

4. Sixty-second World Health Assembly. Primary health care, including health care strengthening. Resolution WHA62.12. 2009. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_12-en.pdf erişim tarihi: 6/01/2014.
5. De Maesneer J, Roberts RG, Demarzo M et al. Tackling NCDs: a different approach needed. *The Lancet* 2012;379:1860-1.
6. De Maesneer JM, Van Driel ML, Green L.A., Van Weel C. Translating research into practice 2: the need for research in primary care. *The Lancet* 2003;362:1314-9.
7. Delnoij D, Van MG, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gate-keeping cut health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5(1):22-6.
8. Tatar M, Kanavos P. Health Care Reform in Turkey. *Eurohealth* 2006;12(1):20-2.
9. Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet* 2013;382(9886):65-99.
10. Kringos DS, The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study *Turk Aile Hek Derg* 2013;17(4):165-79.
11. http://www.basbakanlik.gov.tr/Forms/_Global/_Government/pg_CainetHistory.aspx erişim tarihi: 6/01/2014.
12. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med* 2013;99:9-17.
13. Sülkü SN. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı yayın no: 414; 2011.p.59.
14. European Health for all data base, WHO European region. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db/> erişim tarihi: 6/01/2014.
15. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf> erişim tarihi: 10/01/2014.
16. OECD Health Data 2013. http://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00542-en/ Erişim tarihi: 6/02/2014.
17. Eurostat year book 2012. p.181-3. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-12-001/EN/KS-CD-12-001-EN.PDF/ erişim tarihi: 15/01/2014.
18. TÜİK Sağlık araştırması 2012. Ankara p. 1. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 erişim tarihi: 10/01/2014.
19. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri yıllığı 2011. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf/ erişim tarihi: 6/01/2014.
20. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara.2013. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf/ erişim tarihi: 6/01/2014.
21. Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet* 2014;383:28.
22. Kringos DS, Boerma W, Bourgueil Y et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2011;63(616):e742-50.
23. WONCA Avrupa 2005 aile hekimliği Avrupa tanımı Türkçe çevirisi. Basak O, Saatçi E. (Eds). Türkiye aile hekimliği uzmanlık derneği yayınları no: 4. 2011. <http://www.tahud.org.tr/medya/kitaplar/aile-hekimligi-avrupa-tanimi-tam-metin/9/> erişim tarihi: 6/01/2014.

Geliş tarihi: Feb 27, 2014 03:46

Kabul tarihi: Apr 10, 2014 01:33

Çevrimiçi yayın tarihi: 30.05.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği
Anabilim Dalı, İstanbul

E-mail: makman4@gmail.com