

TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ VE DİYARBAKIR HALKININ AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE OLAN MEMNUNİYET ÖLÇÜLERİ

THE SATISFACTION MEASURES DIYARBAKIR OF FAMILY MEDICINE PUBLIC SYSTEM AND FAMILY MEDICINE IN TURKEY

Abdullah SOYSAL *
Ramazan KIRAÇ **
Ali ALU ***

Öz

Sağlık dönüşüm programı çerçevesinde uygulamaya konulan, birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde verilen aile hekimliği sistemini değerlendirmektir. Halkın bu sistemde ne derece memnun ve haberdar olduğu ayrıca; bu sistemin ne derecede uygulandığını ölçülmek istenmiştir. Araştırmada Diyarbakır il sınırında yaşayan 56 vatandaşa uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplamasında “Aile Hekimliği Sistemine Memnuniyet” Ölçeği kullanılmıştır. Aile hekimliği memnuniyet ölçeğinin halkın memnuniyet ölçülerinin boyutları için Cronbah Alpha katsayısı 0,663 ($p=0,000<0,05$) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği için hesaplanan Cronbah Alpha katsayısı 0,66 ($p=0,000<0,05$) olarak bulunmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik analizi, ölçeğin karşılaştırmaları için varyans analizi ve ölçeklerin frekansları belirtilmiştir. Araştırmaya katılanların halk kesiminin Aile Hekimine kaç defa gidildiği aile hekiminde ne derece memnun kaldığı güvenliği, Aile Hekiminin görevini ne derece yerine getirdiği ve bu sistemin geleceği/sürdürülebilirliği konusunda anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmada yapılan analiz sonuçlarına göre sağlıkta dönüşüm programının en önemli sacayaklarında biri olan aile hekimliği sisteminin uygulamada yaşanan aksaklıklardan dolayı halkın memnuniyet ölçeğinin düşük olduğunu görmekteyiz.

Anahtar Kelime: Aile hekimliği, sağlık, sağlıkta dönüşüm, memnuniyet

Abstract

The aim is to evaluate the Family Practice System provided in the scope of Primary care health services that are applied within the health conversion program framework. We have tried to evaluate if the citizens were pleased with this system, if they were aware of the system; moreover how well exactly the system is being applied. The research was applied to 56 citizens living outside the provincial borders of Diyarbakır. During the collection of the research data the scale of “Family Practice System Satisfaction Scale” has been used. The values of the Satisfaction values of the citizens in relation to the Family Practice Satisfaction scale has been calculated using Cronbah Alpha coefficient 0,663 ($p=0,000<0,05$). The Cronbah Alpha coefficient which has been calculated for the general reliability of the scale has been found to be 0, 66 ($p=0,000<0, 05$). The frequencies of the scales and variance analysis for the comparison of the scale, reliability analysis in order to determine the reliability of the scale, frequency analysis for statistics defining data analysis have been used. It has been noted that there was a significant difference regarding the subjects of how many times the participants have gone to the Family Practitioner, how satisfied they were with the services they received, the duty of the Family Practitioner and how well he/she performed his/her duties and the sustainability and future of said system. As a result of the research that has been carried out, according to the analysis results, it has been observed that the satisfaction scale of the citizens due to the setbacks that have been faced in the application of the Family Practice System; which is one of the cornerstones of the health conversion program, is quite low.

Keywords: Family physician, health, health transformation, satisfaction

GİRİŞ

* Doç.Dr. Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü: asoysal2005@hotmail.com

** Araş Gör. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü: ramazan46k@gmail.com

*** Tezli Yüksek Lisan Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi: Bölümüalialu21@gmail.com

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel felsefesi hastalığı tedavi etmek değil, asıl amacı hastalık ortaya çıkmadan ona engel olmaktır. 1800'lü yıllardan sonra başlayan sanayi devrimiyle beraber batılı ülkelerde başlayan daha sonra bütün dünyaya yayılan kontrolsüz sanayileşme sonucunda ortaya çıkan kirlilik bugün bütün evreni tehdit eder hale gelmiştir. Bugün çok büyük masraflar ederek tedavisi için uğraştığımız birçok hastalık ne yazık ki kirlettiğimiz bu çevrenin verdiği zararlardan kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkan hastalıklara engel olmak ve hastalığın etkisini minimize etmek için birinci basamak sağlık hizmetleri etkin bir rol oynamaktadır.

Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetleri ülke ekonomisi için de çok önemlidir. Kaba bir bakışla hastanın ve hastalığın tedavisi için yatırım yapma verimli bir uygulama gibi görünse de tedavi esnasında kullanılan ilaç, yöntem ve uygulamaların maliyeti, bünyeye verdiği zararlar, tedavi sonrası ortaya çıkan tıbbi atıkların imhası için harcanan maddi kaynaklar vb. göz önüne alındığında tedavi endeksli bir sağlık politikası izlemenin aslında çok da mantıklı olmadığı karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmetleri halka eşit bir şekilde sunmak da devletin görevidir. Çağdaş toplumlarda devlet, bireylerin sağlığını ve mutluluğunu, toplumun düzenini ve gelişmesini sağlama amaçları doğrultusunda gereken düzenlemeleri yapma ve kuralları belirleme, kaynak oluşturma çabaları çerçevesinde uygun ve yeterli bir örgütlenme ve etkin bir yönetimle uygulamaları yönetmek durumundadır. Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu biçimi ise; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri ise merkezi konumda bir yer işgal etmektedir. Global düzeyde bu yaklaşım, 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile ortaya konulmuş olup, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, verimli ve etkili bir şekilde sunulabilmesinde, genelde temel sağlık hizmetlerinin özelde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolünü vurgulamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çekirdek disiplin ise aile hekimliği genel pratisyenlik kurumu olmaktadır. Bu sistemin başarısı ağırlıklı olarak içinde bulunduğu toplumun yapısına, sistemin işleyişine, kurgulanmasına ve tasarlanma biçimine bağlıdır. Uluslararası araştırmalar ve deneyimler, gösteriyor ki iyi bir eğitim almış, örgütlenmiş bir aile hekimliği sistemine sahip olan ülkelerin, birinci basamak sağlık sistemi oturmamış ülkelere hem maliyet açısından hem de tedavi hizmetleri açısından daha avantajlıdır. Bu çalışmanın amacı da Türkiye'de ki aile hekimliği sistemini değerlendirmek bu çerçevede birinci basamak aile hekimliği sisteminin nasıl daha etkin ve verimli olacağı konusunda görüş ve önerilerimizi belirttik.

1.1 Aile Hekimliği Sistemi

Temel amacı sağlığı üretmek, sürdürmek ve geliştirmek olan sağlık sisteminin bileşenleri arasında; yönetim, düzenleme, finansman ve hizmet sunumu yer almaktadır. Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu biçimi ise; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri ise merkezi konumda bir yer işgal etmektedir. Global düzeyde bu yaklaşım, 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile ortaya konulmuş olup, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, verimli ve etkili bir şekilde sunulabilmesinde, genelde temel sağlık hizmetlerinin özelde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolünü vurgulamaktadır (WHO 1978; Yıldırım 2011). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çekirdek disiplin ise aile hekimliği / genel pratisyenlik kurumu olmaktadır Bu kurumun başarısı ağırlıklı olarak içinde bulunduğu toplumsal dinamiklere, sağlık sistemi ortamına, kurgulanma ve tasarlanma biçimine bağlı olmaktadır. Uluslararası kanıtlar ve deneyimler, toplum içinde uygulama yapan iyi eğitilmiş aile

hekimlerinin çalıştığı etkin bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak yönelimi zayıf olanlardan hem daha maliyet-etkili hem de klinik olarak daha etkili sağlık bakımı sağladığını göstermektedir. Genelde birinci basamak sağlık hizmetleri özelde ise aile hekimliği kurumu, verilen hizmetlerin temel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda; genel karakterli, aile ve toplum odaklı, sürekli, bütüncül, entegre ve hastalar için doğrudan erişilebilir olan; ilk temas noktasını oluşturan; ayakta verilen; hizmet ettiği toplumun içinde yer alan ve bireyleri içinde bulunduğu aile ve sosyal ortam bağlamında ele alan bir hizmet sunum ve örgütlenme modeli olarak tanımlanabilir (Yıldırım, 2011). Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak bir tıp disiplindir. Sürekli, kapsamlı ve kişiye yönelik hizmet; hastalıkların erken tanı ve tedavisi; hastalıklardan korunma ve sağlıklı olmanın sürekliliğini sağlama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimliği, önemi bütün dünyada 1950'lerden bu yana daha iyi anlaşılan bir tıp disiplindir (Irmak, 2002).

Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir (www.ailehekimligi.org.tr).

1.2 Dünyada Aile Hekimliği

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. Ancak aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu. 1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "Aile hekimliği" tanınmıştır 1969 da "Amerikan Aile Hekimliği Board" u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır (Yıldırım,2011).

Avrupa Birliği, 2001-2006 halk sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarının ortadan kaldırmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırlanmıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak, sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir (Yıldırım, 2011). 2000 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, bireye yönelik birinci basamak hizmetler ile temel sağlık hizmetleri arasındaki farkın daha net olarak ortaya konabildiğini görmekteyiz. Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır.

Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir (www.absağlık.com, 2011). Aile Hekimliği Uygulaması her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Bu ülkelere bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

1.3 Amerika'da Aile Hekimliği

Amerika'da tam eğitilmiş aile hekimlerinin yetiştirilmesine 1969 yılında 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlanmıştır. 1973 yılında 164 programda 1754 asistan var iken, 8 yıl içerisinde 1981'de bu sayı 386 programda 7000 asistana yükselmiştir. 1996'da asistanlık programlarındaki asistan sayısı 452 programda 10102 asistana ulaşarak 10000 rakamını geçmişti. 2001 yılının temmuz ayında 1970 yılından beri 63930 hekim asistanlığını bitirerek aile hekimliği uzmanı olmuştu. Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları Dahiliye Uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir, bir günde diğer uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazla sayıda hasta görmektedirler ve uygulamaları yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Amerika'da Aile Hekimliği oldukça yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamakta çok önemli katılımları olmuştur. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir(www.absağlık.com, 2011).

1.4 Almanya'da Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. İlk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesi'nde açılmıştır. Bugün 24 tıp fakültesinde aile hekimliği kürsüleri bulunmaktadır. Tıp fakültelerindeki aile hekimliği kürsüleri tıp öğrencilerine de ders vermektedirler ve bu dersler zorunlu dersler kapsamında ele alınmaktadır. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler (www.absağlık.com,2011).

1.5 Norveç'te Aile Hekimliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur. (www.absağlık.com,2011)

1.6 İsrail'de Aile Hekimliği

Genel sağlık sigortası nüfusun %96 sını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki bu merkezler laboratuvar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır. Ayrıca özel olarak çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu uygulamaya dahil olabilmektedir. Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır.

Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitim 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır. Eğitimin denetimi ve kredilendirilmesinden meslek örgütü sorumludur. (www.absağlık.com,2011).

1.8 Türkiye’de Aile Hekimliği Ve Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de 1960’lara kadar genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiğinin rasyonel ve planlı bir biçimde örgütlendiği söylenemez. Ancak bugünkü örgütlenmenin temellerinin atıldığı belirtilebilir. Cumhuriyet Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam sınırlı kaynaklarla sağlık hizmetlerini örgütlerken koruyucu hekimlik ile tedavi hekimliğini ayrı olarak düşünmüş, koruyucu sağlık hizmetlerini Bakanlığın esas görevi olarak görürken, hasta tedavisi hizmetlerini ise özel idare ve belediyelere bırakmıştır. 1940’ların ortalarına kadar dönemin sosyo-ekonomik şartlarına uygun olarak koruyucu hekimlik hizmetleri “hükümet tabipleri” tarafından, salgın hastalıklar ile savaş için kurulan örgütlerde (sıtma savaş, trahom savaş ve frengi savaş teşkilatları gibi) verilmekteydi. Ancak bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetinin örgütlendiği söylenemez. Bu hizmet; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür (Yıldırım, 2011). Hastalıklar ile savaş için kurulan örgütlerde (sıtma savaş, trahom savaş ve frengi savaş teşkilatları gibi) verilmekteydi. Ancak bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetinin örgütlendiği söylenemez. Bu hizmet; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür. İkinci Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda Toplum Hekimliği felsefesinin gelişmesi nedeniyle tedavi ve koruyucu hizmetlerin entegre edilmesi görüşü Türkiye’yi de etkilemiştir. 1946 yılında Sağlık Bakanı olan Behçet Uz zamanında hazırlanan sağlık planında 20 köyü kapsayan ve tedavi hizmetiyle koruyucu sağlık hizmetini birlikte yürüten sağlık merkezleri kurulması öngörülmüştür. Ancak daha sonraları bu planın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10-25 yataklı tedavi kurumları kurarak sürdürülmüştür Türkiye sağlık ortamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı, planlı ve rasyonel bir şekilde örgütlenmesi ve modellenmesi ise 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Resmi Gazete 1961) ile olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer basamaklar arasındaki en keskin ayırımın bu yasa ile getirildiği belirtilebilir. Buna göre tüm yurttaki birinci basamak sağlık hizmetini veren sağlık ocakları kurulacak (takriben 5.000 – 10.000 kişiye bir sağlık ocağı) ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir. Sağlık ocaklarında çalışan hekim ve yardımcıları; bölgelerinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini yapmak ve tüm koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek ile görevlidirler. Bu yasa sevk zincirine uymayı zorunluluk olarak görmüştür. Kanunun verdiği haklardan yararlanmak isteyen hastalar -acil durumlar hariç- önce sağlık ocağına başvuracak, sağlık ocağı hekimi gerekli görürse hastayı bir üst basamağa (hastaneye) sevk edecektir. Yani hastalar ikinci ve üçüncü basamağa, birinci basamaktan süzülerek geçecektir (Yıldırım 2011).

Ancak 224 sayılı yasanın mimarı Nusret Fişek tarafından “çağdaş örgütlenme ve eğilimlerine uyan, ülkemizin gereksinme ve olanaklarıyla bağdaşan bir model” olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile getirilen birinci basamak sağlık hizmetleri modeli ağırlıklı olarak aktörlerin çıkar çatışmaları nedeniyle tam anlamı ile uygulanamamış ve reform arayışlarını da beraberinde getirmiştir (www.absağlık.com, 2011). 1990’ların başında girilen sağlıkta reform çalışmalarında temel bir bileşen olan ancak yasalaşma ve uygulama alanı bulamayan aile hekimliği temelli birinci basamak sağlık hizmetleri modeli, Kasım 2002 ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete ’de, ardından sırasıyla Aile

Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır (www.ailehekimligi.org.tr).

Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Halen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır.

2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. "30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazetede Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK" ile Aile Hekimliği Kanunu olarak ismi ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçen illerimizdeki hasta-hekim ilişkilerindeki çalışmalar devam etmektedir (www.ailehekimligi.org.tr).

1.9 AB Ülkelerinde Aile Hekimliği Pratiği ile Türkiye Aile Hekimliği Modelinin Karşılaştırılması

Avrupa pratiğinde aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık (Yıldırım, 2011) olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamalarına esas teşkil eden Aile Hekimliği Türkiye Modeli adlı kitapçıkta aile hekimliği disiplini "kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlık dalı" (Yıldırım, 2011) olarak tanımlanmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelik ise aile hekimini; "kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip" (www.ailehekimligi.org) olarak tanımlamaktadır. Görüldüğü üzere aile hekimliğine ilişkin tanımlar bakımından Avrupa ile Türkiye arasında benzerlik görülmektedir. Bu benzerliğin iki temel nedeni belirtilebilir. Birincisi aile hekimliğinin bilimsel ve evrensel bir disiplin olması, ikincisi ise Türkiye'nin aile hekimliği ile ilgili dokümanları hazırlarken Avrupa deneyimini ve örneklerini göz önünde bulundurmuş olmasıdır.

1.10 Eğitimi

Bilindiği üzere AB mevzuatı aile hekimliği uzmanlığı için tıp fakültesi mezuniyetinden sonra en az üç yıllık bir uzmanlık eğitimini öngörmektedir. Bütün AB üye ülkelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yıl veya üzeridir. Ancak hastane ortamında alınan eğitim ile birinci basamak ortamında alınan eğitim süreleri her bir ülkede farklılık göstermektedir (Yıldırım, 2011). Avrupa ülkelerinde uzmanlık eğitiminin süreleri ve diğer özellikleri Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 1. Avrupa Ülkelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Ülkeler	Süre	Birinci basamak ortamında	Hastane ortamında	Halk sağlığı	İçerik açık mı?
Avusturya	3	0,5	2,5	0	Hayır
Belçika	3 (1+2)	2,5	0,5	0	Hayır
Çek cumhuriyeti	3	0,5	1,2	0	Evet
Danimarka	3,5	1	2,1	0	Hayır
Estonya	3	1,5	1,5	2 hafta	Evet
Finlandiya	6	4	2	0	Evet
Fransa	3	0,5	2,5	0	Evet
Almanya	5	2	3	0	Evet
Yunanistan	4	0,9	3,1	0	Hayır
Macaristan	5	3,5	1	0,5	Evet
İrlanda	3	1	2	0	Evet
İtalya	3	0,5	1,5	0,5	Hayır
Litvanya	3	0,5	2,5	0	Evet
Hollanda	3	2	0,8	0	Evet
Polonya	4	2	2	0	Hayır
Portekiz	3	2	1	0	Hayır
Romanya	3	1,25	1,66	0,09	Hayır
Slovakya	3	0,5	2,5	0	Evet
Slovenya	4	2	2	0	Evet
İspanya	3	1,5	1,5	Seminerler	Hayır
İsveç	5	3	2	0	Evet
Türkiye	3	0	3	0	Hayır
Birleşik krallık	3	1	2	0	Evet

Kaynak: (Yıldırım 2011)

Avrupa ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri tarihsel olarak, farklı faaliyetleri kapsayan ve farklı eğitimleri olan farklı sağlık çalışanlarınca yerine getirilen bir alan olmuştur. Aile hekimleri farklı düzeylerde ve türlerde mesleki eğitimlere sahip olmuşlardır: Bazıları kurul onaylı uzmanlar iken diğerleri değildir; bazıları hastane rotasyonlarından geçerken diğerleri geçmeyen; bazıları da uzman iken altı aylık gibi ek sürelerle eğitimden sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışabilmektedir (www.absaglik.com). Türkiye’de ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk olarak 1973 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır (Resmi Gazete 1973). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin asgari süresi 3 yıldır. Müfredatı ile eğitim alanlarının uygunluğu ve yeterliliği tartışmalı olsa da 1985

yılından beri Türkiye’de aile hekimliği uzmanları yetişmektedir (Yıldırım, 2011). Bu süre zarfında 2.000 civarında aile hekimi uzmanı yetiştirilmiştir.

Geçen zaman zarfında yeterli sayıda aile hekimliği uzmanına sahip olunamadığı için SDP ile öngörülen aile hekimliği modelinin tedricen tüm Türkiye’de uygulanabilmesi için yapısal olarak mevcut olan aile hekimliği uzmanlık eğitimine paralel bir uygulama başlatılmıştır. Bu paralel uygulama SDP kitapçığında, “uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanması ve uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır. Böyle bir başlangıç, ülkemizde kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacaktır” (Sağlık Bakanlığı 2003) şeklinde savunulmaktadır. Söz konusu eğitim uygulaması Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 19. maddesinde tanımlanmıştır: “Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülür. Birinci aşama eğitim programı en çok on (10) gündür. İkinci aşama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlar, süresi en az on iki aydır. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenir. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilir. Aile sağlığı elemanları Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80’ine katılmak zorundadır” (Yıldırım, 2011).

1.11 Örgütlenme, Sevk Zinciri

Avrupa deneyimi ve pratiğinde hizmet basamakları arasındaki sevk zinciri ve aile hekimlerinin bu zincirdeki rolü konusunda temelde iki uygulama göze çarpmaktadır. Birinci uygulama aile hekiminin diğer hizmet basamakları üzerinde yetki ve kontrol sahibi olduğu ve “kapı doktoru” (*gatekeeping*) olarak görev yaptığı uygulamadır ve zorunlu sevk zinciri vardır. Bu sistemde kişiler genellikle bir aile hekiminin listesine kayıt olmak durumundadırlar. Kişiler aile hekimini seçmekte ve belirlenen sürede değiştirmekte serbesttirler, buna karşın aile hekimi de hastaları listesine alıp almamakta özgürdür. Sevk zincirine uymanın zorunlu olduğu sistemlerde acil durumlar hariç tutulmaktadır. İkinci uygulama ise “açık sistem / paralel sistem / doğrudan erişim (open system / paralel system / direct access)” uygulamasıdır. Paralel sistemde sevk zincirine uyma zorunluluğu yoktur. Kişiler hem aile hekimine hem de uzmana erişebilmektedirler. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması açısından bakıldığında vergi temelli olarak finanse edilen sistemlerdeki (ulusal sağlık hizmetleri) aile hekimlerinin daha fazla bir kapı tutuculuk rolüne / sevk zinciri sistemine sahip olduğu görülmektedir. Kapı tutuculuk rolüne sahip genel pratisyenler hasta adına uzmanın, hastanın ve diğer tüm hizmetlerin kullanıma karar vermektedir.

Hastalara ilişkin tüm hizmetlerin kontrolü, koordinasyonu ve yönlendirmesi aile hekiminin elindedir (Yıldırım, 2011). Basamaklandırılmış sağlık hizmetleri örgütlenmelerini tam anlamıyla işleten ülkelerde aile hekimliği müessesesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu organizasyonda hastalar istedikleri (bölgelerindeki) genel pratisyene kayıt olurlar. Hastalar sağlık hizmetlerine bir ihtiyaç hissettiklerinde ilk olarak birinci basamağa başvurmak durumundadırlar. Ancak kişi eğer acil sağlık hizmetlerine gereksinim duyuyorsa doğrudan diğer basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına da başvurabilmektedir. Yok, eğer kişi aciliyetlik gibi özel durum arz eden istisnalar dışında doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kurum veya kuruluşlara başvurursa, o takdirde sevk zincirine uymadığı için bedelini cebinden ödemek zorunda kalmaktadır. Buradaki “cepten ödeme” toplumun önemli bir kesimi için caydırıcılık

gücü yüksek olan bir önlem olmaktadır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri diğer basamaklar için bir eleme görevi görmektedir. Yani aile hekimi kapı doktoru / kapı tutuculuk rolünü üstlenmektedir. Türkiye aile hekimliği modelinde hizmet basamakları arasında sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine (Resmi Gazete, 2006) karşın, aile hekimi sayısının yetersizliği ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek ertelenmiştir. Dolayısıyla mevcut durumda açık sistem (paralel sistem) yönteminin uygulandığı belirtilebilir. Aile hekimliğinin uygulandığı bölgelerde kişiler bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır. Kişiler istedikleri sağlık hizmetleri sunucusunu seçme hakkına sahiptirler (www.ailehekimligi.org).

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada Diyarbakır il sınırında yaşayan 56 vatandaşa uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplamasında "Aile Hekimliği Sistemine Memnuniyet" Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada alan araştırması yöntemi kullanılmış, daha sonra literatür araştırması yapılmış ve en son da ikincil veriler analiz edilmiştir. Bu alan araştırmasında, literatürden elde edilen bilgiler ışığında yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Araştırmada verilerin toplanmasında "Aile Hekimliği Sistemi Memnuniyet" Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, konu ile ilgili literatür ışığında Aile Hekimliği Sistemi ile ilgili mevzuatımız, göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Bu bağlamda halkın Aile Hekimliği Sistemine olan memnuniyetleri ölçülmüştür.

Ölçeğin de Halkın Aile Hekimliği Sistemine olan memnuniyetlerini ölçmek için değerlendirmeye yönelik sorular, beş noktalı Likert tipi soru olarak sorulmuştur (Kesinlikle Katılmıyorum=1, Kesinlikle Katılıyorum=5). Ölçeğin sonunda ise, eğitim düzeyi, medeni hali, aile hekimliğine kaç kez gittiği, aylık geliri ve yaş değişkeni ile ilgili sorular sorulmuştur. (Devebakan, 2007). Araştırmada Kullanılan anketin güvenilirliğinin test edilmesi için SPSS 20,0 paket programında %95 güvenilirlik düzeyinde güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin İSG sağlamada İşveren ve Çalışanların yükümlülükleri ile ilgili boyutları için Cronbah Alpha katsayıları sırasıyla; 0,663 ($p=0,000<0,05$) olarak hesaplanmıştır. Diğer taraftan ölçeğin genel güvenilirliği için hesaplanan Cronbah Alpha katsayısı 0,66 ($p=0,000<0,05$) olarak bulunmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik analizi, ölçeğin için varyans analizi ve ölçeklerin frekansları belirtilmiştir. (Devebakan, 2007).

3. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırma bulguları kapsamında öncelikle katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler ve özet tablo olarak sunulmuştur.

Tablo1. Araştırmaya Katılanlara Ait Demografik Veriler

Eğitim Durumu	N		Medeni durum	n	%
Okuryazar	4	8	Evli	20	40
İlköğretim	5	10	Bekar	30	60
Lise	9	18	Aylık gelir	n	%
Üniversite	26	52	600 tl	19	38
Lisansüstü	6	12	601-1000	7	14

Yaş	n	%	1001-1500	7	14
18-23	18	36	1501-2000	5	10
24-29	12	24	2001+	12	24
30-34	3	6	Aile hekimi müracaat	n	%
35-39	9	18	Hiç	8	16
40-44	2	4	1-3	18	36
45+	6	12	4-5	9	18
Cinsiyet	N	%	6-7	4	8
Kadın	10	20	7+	11	22
Erkek	40	80	Aile hekimi	n	%
			Var	26	52
			Yok	24	48
Toplam	50	00	Toplam	50	100

Tablo 1'e baktığımızda; Araştırmaya katılanların %8'i okuryazar, %10'u ilköğretim %18'i lise %52'si üniversite mezunu %12'si lisansüstü; Araştırmaya katılanların %36'sı 18-23 yaşında %24'u 24-29 yaşında %6'sı 30-34 yaşında %18'i 35-39 yaşında %4'u 40-44 yaşında %12'si 45 ve üstü yaş aralığındadır; Araştırmanın %20'si kadın %80'i erkeklerde oluşmakta; Araştırmaya katılanların %40'u evli %60'u evlidir; Araştırmaya katılanların aylık gelirleri %38'in 600tl %14'nun 6001-1000tl %14'nun 1001-1500tl %10'nun 1501-2000tl %24'nun 2001tl ve üstündedir; Araştırmaya katılanların %16'sı hiç %36'sı 1-3 kez %18'i 4-5 kez %8'i 6-7 kez %22'si 7 kez üstünde aile hekimliğine başvurmuştur; Araştırmaya katılanların %52'sinin önerileri olduğu %48'nin bir önerisi olmadığı tespit edilmiştir.

ARAŞTIRMA ANALİZİ

Araştırmada halkın Aile Hekimliği Sistemine memnuniyetleri açısından analiz edilmesine yönelik hipotezler oluşturulmuştur. Oluşturulan hipotezler, uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilip sonuçları değerlendirilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Verilerle İlgili Örgütsel Aile Hekimlerine Karşı Tutum İçin Yapılan Varyans Analizi ve t Testi.

			N	Ort.	F/t	P
Aile hekimliğine bakış skoru	Cinsiyet	Kadın	10	3,13	0,864	0,197
		Erkek	40	2,82		
Aile hekimliğine bakış skoru	Aile hekimini	Var	26	2,86	0,053	0,958
		Yok	24	2,85		
Aile hekimliğine bakış skoru	Medeni Durumunuz	Evli	20	2,68	0,120	0,605
		Bekâr	30	2,97		
Aile hekimliğine bakış skoru	Eğitim Durumunuz	Okur-yazar	4	3,0	0,771	0,550
		İlköğretim	5	2,68		
		Lise	9	3,12		
		Üniversite	25	2,81		
		Lisansüstü	6	2,66		
		Toplam	50	2,85		
Aile hekimliğine bakış skoru	Aylık gelirimiz	600 TL	19	2,60	2,56	0,051
		601-1000	7	3,21		
		1001-1500	7	3,18		
		1501-2000	5	3,11		
		2001+	12	2,73		
		Toplam	50	2,85		
Aile hekimliğine bakış skoru	Aile hekimine müracaat	Hiç	8	2,73	1,177	0,334
		1-3	18	2,95		
		4-5	9	3,04		
		6-7	4	3,03		
		7+	11	2,54		
		Toplam	50	2,85		

Aile hekimliğine bakış skoru	Yaş	18-23	18	2,86	0,379	0,860
		24-29	12	2,82		
		30-34	3	3,26		
		35-39	9	2,89		
		40-44	2	2,71		
		45+	6	2,68		
		Toplam	50	2,85		

Araştırmaya katılan cinsiyete göre aile hekimliği bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında baktığımızda aralarında anlamlı farkın olduğunu görüyoruz ($p<0,05$), kadınların aile hekimliğine bakışlarında kararsız bir tutum sergilerken erkeklerin de aile hekimliğine olumsuz baktığını görmekteyiz. Araştırmaya katılan halk kesiminin aile hekimi puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olmadığını görüyoruz ($p>0,05$). Aile hekiminde talebi var olanında olumsuz baktığı, talebi olmayanında aile hekimine olumsuz bakmaktadır. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre aile hekimliğine bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olmadığını görüyoruz ($p>0,05$). Hem evli kesim hem de bekâr kesim aile hekimliği sistemine olumsuz bakmaktadır. Araştırmaya katılan eğitim düzeylerine göre aile hekimliğine bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olduğunu görmekteyiz ($p<0,05$), lisansüstü, üniversite ve ilköğretim kesimi aile hekimliği sistemine olumsuz bakarken, okur-yazar kesimi ile lise aile hekimliğine bakışlarında kararsız bir tavır sergilemişler. Araştırmaya katılan aylık gelir düzeylerine göre aile hekimliğine bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olduğunu görmekteyiz ($p<0,05$), aylık geliri 600tl ve 2001tl üstü olanlar aile hekimliğine olumsuz bakarken, aylık geliri 6001-1000tl, 1001-1500tl, 15001-2000tl olanlar aile hekimliği bakış açılarında kararsızdırlar. Araştırmaya katılanların aile hekimliğine müracaat aile hekimliğine bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olduğunu görmekteyiz ($p<0,05$), aile hekimine hiç müracaat etmeyen, 1-3 ve 7 kez den fazla müracaat edenler aile hekimliğine bakışları olumsuz olurken 4-5 ve 6-7 kez başvuranlar kararsız bir tutum sergilemişler. Araştırmaya katılanların yaşa göre aile hekimliğine bakış puan ortalamalarına baktığımızda aralarında anlamlı bir farkın olduğunu görmekteyiz ($p<0,05$), 18-23, 24-29, 35-39, 40-44 ve 45 üstü yaşlarda olanların aile hekimliğine olumsuz bakarken, 30-34 yaşlarında olanlar kararsız bir tavır sergilemişler.

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Aile Hekimliği Sistemi bakış hakkında yapılan araştırmada Aile hekimliği memnuniyet ölçeğinin halkın memnuniyet ölçülerinin boyutları Cronbah Alpha katsayısı 0,663 ($p=0,000<0,05$) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği için hesaplanan Cronbah Alpha katsayısı 0,66 ($p=0,000<0,05$) olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmada yapılan analiz sonuçlarına göre. Kadınların aile hekimliğine bakışlarında kararsız bir tutum sergilerken erkeklerin de aile hekimliğine olumsuz baktığını görmekteyiz. Aile hekiminde talebi var olanında olumsuz baktığı, talebi olmayanında aile hekimine olumsuz bakmaktadır. Hem evli kesim hem de bekâr kesim aile hekimliği sistemine olumsuz bakmaktadır.

Lisansüstü, üniversite ve ilköğretim kesimi aile hekimliği sistemine olumsuz bakarken, okur-yazar kesimi ile lise aile hekimliğine bakışlarında kararsız bir tavır sergilemişler. Aile hekimine hiç müracaat etmeyen, 1-3 ve 7 kez den fazla müracaat edenler

aile hekimliğine bakışları olumsuz olurken 4-5 ve 6-7 kez başvuranlar kararsız bir tutum sergilemişler. Sağlıkta dönüşüm programının en önemli sac ayaklarında biri olan aile hekimliği sisteminin uygulamada yaşanan aksaklıklardan dolayı halkın memnuniyet ölçeğinin düşük olduğunu görmekteyiz. Araştırma elde ettiğimiz sonuçlara göre aksaklıkların sebeplerini şöyle sıralayabiliriz. Aile Sağlık Merkezlerinde Çalışan personel yetersiz sayıdadır. Bilindiği üzere hükümet AHM uygulamasına oldukça yetersiz bir aile hekimi uzmanı sayısı ile başlamıştır. Hekim sayısının az olmasından dolayı etkili, kaliteli, verimli ve hastaların beklentilerine cevap verecek bir birinci basamak sağlık hizmeti üretebilmeleri pek mümkün gözükmemektedir. Görev, yetki ve sorumlulukların tanımı net olarak yapılması gerekir. Aile Hekimliği sisteminde yardımcı elaman olarak çalışanlar mevzuatta aile sağlığı çalışanı olarak gözükmemektedir. Mevcut durumda aile sağlığı çalışanı kapsamına ebe, hemşire veya sağlık memuru girmektedir. Sistemdeki bu belirsizlik halka sağlıklı bir hizmet verilmesine engel olmaktadır. Ülkemiz de, aile hekimliği merkezi kapsamında kırsala hizmet götürebilmek için kurulan gezici sağlık hizmetlerin alışmalarında aksaklıklar yaşanmaktadır. Çünkü aile hekimliğinin gezici sağlık hizmetleri mevcut durumda ASM çalışanlarının iş yüklerinin çok fazla olması nedeniyle aksayabilmekte, bu yüzden; etkili ve verimli olamamaktadır. Sevk sisteminde/zincirinde aksaklıklar yaşanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan aksaklıklardan dolayı sevk işlemi sağlıklı bir şekilde gerçekleşmemektedir. Üniversitelerin eğitim müfredatı aile hekimlerini dikkate alarak hazırlanmadığı için; sahada hizmet veren aile hekimleri donanım yönünde sıkıntılar yaşamaktadır. Hükümet, aile hekimliği uygulamasında eğer başarılı olmak istiyorsa; belirtilen eksiklik giderecek ve aksaklıklara çözecek radikal ve kalıcı kararlar almalıdır.

5.KAYNAKÇA

- Ateş, M. (2011), *Sağlık Sistemleri, Gerekli Yay. İstanbul,*
- Akgün, S. (1999), *Planlı Dönemde Konsalide Bütçe İçinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Yüksek Lisans Tezi,*
- Aydın, E. (1997), *Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlemesi Tarihi, Ankara,*
- Belek, İ. (1995), *Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları İstanbul,*
- Duymaz, T. (2006), *Lisans Tezi No:507 İstanbul,*
- Dirican, R. Bilgel, N. (1999), *Halk Sağlığı, Bursa*
- Etiz, S. (2000), *Halk Sağlığı ve Epidemiyolojisi, A.Ü Yayın No:357, Eskişehir*
- Fişek, N. (1985), *Halk Sağlığına Giriş, Ankara,*
- Sur, H (2005), *Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Sayed YAY*
- Sargutan, A.E. (1996), *Türkiye’de Sağlık Politikası, Ankara,*
- Sargutan, A.E (2004), *Sağlık sektörü, Sağlık sistemleri, Sağlık sistemlerinin yapısı Ankara,*
- Soyer, A. (1995), *Sağlıkta Özelleştirme, Tolum ve Hekim dergisi, Ankara,*
- TC Sağlık Bakanlığı (2010) SDP Raporu’’ Editör: Recep AKDAĞ*
- Irmak, Y. (1982), *Refik Saydam Dönemi Sağlık Politikamız SSYB Yayınları,*
- Yerebakan, M. (2000), *Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Özel Hastane Araştırması İTO Yayını Ağustos*

Yıldırım, H. (2011), *Sağlık Siyaset Makaleleri*, Ankara

Devebakan, N.(2007), *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*, Doktora Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma ekonomisi Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

www.ailehekimligi.org.tr

www.absaglik.com

www.saglikbakanligi.com

www.saglıktadönüşümprogramı.com