

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ NELER GETİRİYOR?

WHAT DOES THE FAMILY PHYSICIAN SYSTEM BRING?

Bilgin Kıray VURAL

Şükran ÖZKAHRAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova / İZMİR

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, hemşirelik, aile hekimliği sistemi
Key Words: Family physician, nurse, family physician system

ÖZET

Son yirmi yıldır ülkede uygulanan sağlık politikaları; kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttaştan ek ödemelerle karşılamaya çalışmasıyla birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektör öne çıkarılarak birinci basamakta çözümün aile hekimliği sistemi olduğu vurgulanmaktadır. Aile hekimliği modeli bir bütün olarak Genel Sağlık Sigortası ve kamu personel rejimi ile birlikte özelde sağlıkta piyasalaştırmanın genelde kamu hizmetlerini tasfiye etmenin önemli bir adımındır. Oysa ki bu sistem, aile hekimi ve aile sağlığı elemanları olarak birincil basamakta görev alacak hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurların özlük haklarının yitimine ve işsiz kalmalarına yol açacaktır.

SUMMARY

With the curtailed support provided for public healthcare services, which caused these services to collapse; with the attempts of the public healthcare institutions to compensate for this support with additional payments from citizens; thus, their functioning as if they were each a private institution; with the public healthcare funds which have been transferred to other fields and with the facilities provided, priority has been given to the private sector and it has been emphasized, in the healthcare policies which have been in practice in the last two decades, that the primary solution is the family medicine system. As a whole, the family medicine model, together with the General Health Insurance and public personnel regime, is a significant step towards marketization in healthcare services in particular and elimination of public services in general. However, this system will cause the physicians, nurses, widwives and healthcare professionals who will be commissioned as family physicians or healthcare professionals for family in the primary stage to lose their rights as a personnel and to be unemployed.

GİRİŞ

Kapitalizmin 1970'lerde yaşadığı kriz ve daralma siyasal, sosyal ve ekonomik yönden tüm çevre kapitalist ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de ciddi sonuçlara yol açmıştır. Ekonomi son 25 yılda biri 1980'de, diğeri 1994'de, sonuncusu da 2001'de olmak üzere üç önemli küçülme dönemi geçirmiştir. Krizin toplumsal yansıması, doğal olarak sağlığı da olumsuz etkilemiştir. Kamu sağlık kurumları özellikle 1994 yılında yaşanan kriz sonrası, kendi finansmanını sağlama durumunda bırakılmışlardır. Kamu sağlık çalışanları ek iş yapmadan geçinemeyecek hale gelmişler, halk da daha fazla cepten ödeme yaparak sağlık hizmeti alır hale gelmiştir. Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) dayattıkları yapısal uyum programlarının uygulamaya konması, devleti sosyal niteliklerinden ve sorumluluklarından arındırmayı hedeflemiştir. Devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi ve özellikle de özelleştirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunu derinden etkilemiştir (Saçaklıoğlu 2005, Soyer 2004).

Boztaş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar iktidara gelen birçok hükümet programında "sağlık sigortası" kavramı bulunmasına rağmen, yapılan uygulamalar ve mevzuat yaklaşımları göz önüne alındığında, önemli kavram farklılıkları olduğu sonucuna varılmıştır (Boztaş ve ark 2004).

Sağlık alanındaki mevcut sorunların çözümünde, eskimiş sağlık reform programlarının "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla yeniden gündeme gelmesi tek bir anlam taşımaktadır: Sağlıkta Özelleştirme. Bu girişimin ana başlıklarını birincil sağlık hizmetlerinde aile hekimliği, diğer aşamalarda özelleşmiş hastaneler, finansmanda ise genel sağlık sigortası oluşturur. Sağlık insan gücünün sözleşmeli olarak çalıştırılması ise programın hem en büyük gereksinimi, hem de doğal bir sonucudur (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programında; "*Ülkemizde 1950'li yıllarda toplumsal sağlık anlayışını topluma en yakın yerlerde hizmete dönüştürmeyi hedefleyen politikalar doğrultusunda, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği*", dünya ülkelerinin bu yaklaşımı 20 yıl sonra benimsediği, "*birinci basamak sağlık hizmetlerini nüfusa dayalı ve bütünleşik örgütlenme modelinin ülkemiz açısından uygun olduğunun düşünülebileceği*" yer almıştır. Ayrıca, "*sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve yeterli kullanımının mevcut model içinde sağlanamadığı*", "*ikinci basamak yataklı kurumlarındaki yığılmanın sevk sisteminin işlememesi sonucu olduğu*" vurgulanmış olup, birinci basamakta çözümün Aile Hekimliği Sisteminde olduğu programda belirtilmektedir (Emiroğlu 2004).

Son 10 yıldır, DB ve onun bir yan kuruluşu durumuna gelen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm ülkelere özelleştirme bağlamında aile hekimliği modelini önermekte ve bunun için kredi sağlamaktadır. Türkiye’de 58.Hükümet bu doğrultuda seçim bildirgesinde, “aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir” önermesini yapmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Sağlık Bakanlığı (SB), aile hekimlerinin yaygınlaştırılmış bir serbest piyasa düzeninde, özel poliklinik ve muayenehanelerin sayısını arttırma çabası içinde bulunmaktadır. Üstelik rekabete dayalı bu sistemde aile hekimleri, muayenehanelerini devlet desteği ile donatacak ve eğer amaçlarına ulaşabilirlerse birkaç yıl içinde her adım başında muayenehaneleri, ultrason cihazları ve tomografileri ile aile hekimliği sistemi ülkemizde yaygınlaştırılmış olacaktır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu, 2004).

AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ

Aile hekimi, henüz kapitalist düzenle bütünleşip sağlıktan kar elde etmeye dayalı bir yapı haline gelemediği dönemlerde elinde çantasıyla müşterilerini dolaşan çağdışı bir doktordur. Avrupa’dan önce Amerika’ya sonrada ülkemize kadar gelen sözde bir uygarlık simgesidir. Tedavi edici hekimlik geleneğinin sürdürücüsü olan bu simge, muayenehane hekimliğinin sağlıkta özel sektörün temelini oluşturan ve kapitalist sistemin vazgeçilmez bir unsurudur. Türkiye’de, aile hekimliği modelinin gelişimini anlayabilmek için ise 60-70 yıl kadar geriye gitmek yararlı olur. Cumhuriyet sonrası dönemde 1961 yılına dek hükümet tabipliği olarak adlandırılan ve koruyucu hizmetlerle hiç uğraşmayan salt sağaltıma dayalı bir hekimlik modeli vardı. Günümüzde aile hekimliği adı altında geri döndürülmek istenen bu modelin Cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulan ve koruyuculuğa dayanan temel sağlık politikasıyla karşıtlığı ortadadır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu 2004, Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Yoğun kitlesel dinamizminin ve ileriye yönelik hızlı toplumsal ivmenin getirdiği yönelimler 1960’lı ve 1970’li yıllarda sağlık kuruluşlarını ve üniversiteleri bu çağdışı modele karşı harekete geçirerek, halk sağlığı okulları, toplum hekimliği ve toplum sağlığı enstitüleri açılmıştır. Hükümet tabipliği yerini sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine ve sağlık ocağı hekimlerine bırakmıştır. Ancak 1980 sonrası toplum hekimliği yaklaşımı geri plana atılarak yerini aile hekimliği uygulaması almıştır. Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeden sadece yabancı dil sınavı ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatılarak, bir yandan sayıları gittikçe arttırılıyor iken, diğer yandan Aile Hekimliği Anabilim Dalları oluşturularak, üniversitelere yerleşmeleri sağlanmıştır. Akademik kadrolara

yerleşmiş aile hekimliği anlayışı Türkiye için bir sistem haline getirilmesi ve yurt dışındaki örneklerinde de görüldüğü gibi serbest piyasa ve sigorta sistemleri ile bütünleşmiş bir yapı kurulmasının çalışmaları hızlandırılmıştır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu 2004).

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ Mİ YOKSA SİSTEMİ Mİ?

Prime dayalı Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nda prim toplandığı sürece, rekabet ortamında sözleşmeli çalışacak aile hekimleri ile birinci basamakta sağlık hizmet sunumu sağlanacaktır. Başka bir anlatımla; Sağlık Sigorta Kurumu, birinci basamakta; özel muayenehane veya bu alanda çalışacak aile hekimlerinin koordinasyonunu sağlayarak, hizmet satın alma yoluyla kaynakları kullanarak, ortaya çıkan sağlık talebini karşılayacaktır (Emiroğlu 2004). Bu uygulama, yabancı örneklerde aile hekimliği modeli ya da aile hekimliği sistemi olarak iki şekilde gündeme gelmektedir. Konunun önce bir model, daha sonra da bir sistem olarak açıklanması, aile hekimliği anlayışını kavramak açısından yararlı olacaktır. Aile hekimliği modelinin aile hekimliği sistemi ile yer yer örtüştüğü ve iki yapılanmanın aynı olumsuzlukları paylaştığı akılda tutulmalıdır. Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uzmanlığına dayanır. Bu durumda hasta bireyle ilk karşılaşan hekim olarak sadece aile hekimliği uzmanları görev alabilir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile Hekimlerinin Görevleri

- Birinci basamak tedavi hizmetleri,
- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde ve ayakta takibi,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Periyodik muayene,
- İlk ve acil yardım hizmetleri olarak belirlenmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/aile/>, Hoşgeçin 1997)

Aile hekimliği ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise, sağlık sisteminin bileşenleri olan finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insan gücü ile bağlantılı olarak değerlendirilir ve sistem içinde artık aile hekimliği uzmanlığı temel olarak alınamaz. Sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim aile hekimi olabilir. Aile hekimi bir pediatrist, bir kardiyolog, dermatolog, bir pratisyen hekim de olabilir. Türkiye'de önerilen yapı aile hekimliğini bir sistem olarak almaktadır. Sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması durumunda, yeterli aile hekimi bulunmadığı için SB bu açığı mevcut pratisyen hekimler ilk

aşamada 10 günlük bir uyum eğitimini takiben, 1 yıl sürecek hizmet içi eğitimle ve aile doktoru ünvanı vererek kapatmaya çalışacaktır. Türkiye’de aile hekimleri, aile hekimliği uzmanlığına dayalı bir modeli savunmakta, sistem içinde başka dalların bulunması durumunda dışarıda kalma isteği göstermektedirler (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Bakar, Akgün 2005, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm>, <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (09.12.2004) ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli yada SB’nın görevlendirmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı (yada SB’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip) ile hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulması planlanmaktadır (Resmi Gazete, 25665, 2004; 25867; 25904, 2005, <http://www.saglik.gov.tr/aile/>). İlçelerde oluşturulan Toplum Sağlığı Merkezleri aile hekimlerinin hizmetini denetleyecektir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlükleri de ilin tüm sağlık hizmetleri gibi bu hizmetleri de planlama ve denetleme yetkisine sahiptir. (<http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>)

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNİN ELEŞTİRİSİ

Varolan sağlık sisteminin özellikleri-kapitalist üretim ilişkilerine uymak koşuluyla-fazla önemsenmeksizin, hasta ile ilişkide bulunan kişinin aile hekimliği uzmanı olmasına dayalıdır. Sakıncalarına ve çağdaş sağlık anlayışı ile önemli farklılıklarına aşağıda değinilmektedir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimliği uzmanlığı yetersizlikler içerir. Aile hekimliği uzmanı salt sağaltıma yönelik bilgi ve beceriye sahiptir. Kar amaçlı bir modelin uzantısı olması, toplumun gereksinmelerini karşılamaya yönelik yetiştirilmemesi nedeniyle tümelci sağlık anlayışına sahip değildir. Uzmanlık eğitimi süresince -bir eşgüdüm birimi ve anlayışına da sahip olmaksızın-klinik rotasyonlar yapmıştır (iç hastalıkları, çocuk, cerrahi, psikiyatri ve kadın-doğum dalları). Sağlık ocağına gitmemiş, birinci basamağı tanımamış, salt hastane ortamında rotasyonlar yapmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimi pratisyen hekimin karşıtıdır. Pratisyen hekim, aile hekiminin aksine bireysel değil ekip elemanı olarak, kişiye değil kendisine bağlı sağlık ocağı nüfusuna karşı sorumlu, bireyle değil ailenin ve toplumun tümüyle ilgili, salt sağaltım amaçlı değil tümelci anlayışa sahip bir eleman olarak görev yapar (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

“Bölge/Alan Yönetimi” kavramı aile hekimi uzmanlık alanına girmez. Aile hekimleri eğitimleri boyunca “alanda” herhangi bir çalışma yapmaz ve birincil hizmet olarak tanımlanabilecek sağlık ocaklarında çalışmazlar. Aslında sisteme göre alan eğitimi almaları da gereksizdir, çünkü salt hasta bakımı ile ilgilenirler ve hastalarını genellikle muayenehanelerinde ya da hastaların evinde, becerisi ile değerlendirirler. Amaç “müşteri”yi tatmin etmek, para kazanmaktır. Bu nedenle kişi başına ödeme sistemlerinde örneğin laboratuvarı kullanmaksızın muayene daha yaygındır. Kayıtlı kişi başına değil de verilen hizmet başına ödeme uygulanan sistemlerde, daha çok kazanma amacıyla korumaya yönelik laboratuvar kullanımı artmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN ELEŞTİRİSİ

Türkiye’de aile hekimliği hazırlanan önerilere göre salt bir model olarak değil, bir sistem olarak oluşturulmaya çalışılmakta, sağlık sistemini oluşturan insan gücü, örgütlenme, finansman, fiziksel donanım ve yasal alt yapı gibi öğelerle yakından ilişkili olarak kurgulanmaktadır. Bir sistem olarak aile hekimliğinin açmazları aşağıda açıklanmaktadır:

Aile hekimi sigorta sistemlerine dayalı, yapay bir hekim modelidir. Aile hekimliği toplumsal gereksinimler ve bilimsel gelişmeler sonucu ortaya çıkmış bir disiplin değil, sağlıktan daha fazla kazanç elde etmeyi amaçlayan ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir daldır. Sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalıştırılır. Toplumun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmemesi, bir sistem yaklaşımına sahip olması beklenemez. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) aile hekimliği karmaşık, pahalı ve eşitsizliğe neden olmuş, sonraları aşırı uzmanlaşma ile önemini tümüyle yitirmiştir. ABD’de bugün süren sağlık eşitsizliklerinin ve inanılmaz boyutlardaki sağlık hizmeti yoksunluğunun, örneğin 40 milyondan fazla kişinin hiçbir sağlık güvencesi olmamasının altında aile hekimliği uygulaması yatmaktadır. Kanada’da varolan ulusal sağlık sisteminde yer alan aile hekimi ülkenin sağlık sistemini ABD baskısı altındaki değişimine uygun olarak salt sağaltıma yönelmektedir. Hekime kayıtlı olan kişilerin hekimlerin kayıtsızlığı konusundaki yakınmaları giderek artmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimi nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiştir. Bir coğrafya anlayışı ile değil, kendisini seçen ve kaydolan kişilerle ilgilenir. Çalışma alanı sağlık örgütlenme alanı ile örtüşmez. Bir sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği

gibi, bir aile hekimine bağı olanlar da onlarca sağılık ocağı bölgesinden olabilir Aile hekimlerinin her biri için kayıtlı kişi sayısı asgari 1000, azami 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Bakar, Akgün 2005, <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>).

Ülkemizde aile hekimlerinin sayısı 1200' dür. Sağılık Bakanı, (2004 yılı içerisinde) bu sisteme geçmeden nasıl hizmet alacağını Türk halkının çok iyi öğrenmiş olması gerektiğini belirtmektedir. (<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=489>). Tabana dayalı örgütlenme modelinde tabanı bilgilendirme halkın katılımı açısından çok önemli olmasına rağmen, yıllardır gündemde tutulmaya çalışılan bu terimin çoğunluk tarafından duyulmaması, halkın ve sağılık çalışanlarının bu konuda yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir. Örneğin; Deveci ve arkadaşlarının, Elazığ'da yaptıkları "Aile Hekimliği ve Sağılık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı" isimli çalışmalarında araştırmaya katılanların %58.4'ü aile hekimliği kavramını hiç duymadıklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimliği terimini duyduğunu söyleyenlerin ancak %21.2'si doğru tarif yapabilmıştır (Deveci ve ark 2004). Ayrıca, Bursa il merkez sağılık ocaklarında, sağılık çalışanları üzerinde yapılmış bir araştırmada, çalışanların %45.3'ünün aile hekimliği uygulaması hakkında bilgisinin bulunmadığı saptanmıştır (Pala ve ark. 2005). Aydın Tabip Odası'nın yaptıkları araştırmada (n=312); hekimlerin %79.8'i aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada Aydın ilinde 2006 yılında pilot uygulama olursa pratisyen hekimlerin %15.4'ünün bunu kabul edeceği, %41.9'unun kabul etmeyeceği saptanmıştır (www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanuna göre "eleman temin edilmemesi halinde SB, personelini bu iş için görevlendirebilir" maddesi bulunmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>). Bu maddeyi gerekçe göstererek SB personelini istem dışı bu sistem içinde çalıştırabilir. Aile hekimliğinin toplum sağılığını olumlu etkileyeceğini düşünenlerin oranı %21.1, olumsuz etkileyeceğini düşünenlerin oranı %48.1'dir. Aynı çalışmada pratisyen hekimlere aile hekimliğinden beklentileri sorulmuş olup, %13.8'i iyi olacağını, %44.8'i kötü olacağını, %17.6'sı bir şey değişmeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt).

Aile hekimliği sisteminde önerilen model "ikili sistem"dir. (Kentlerde aile hekimleri, kırsal bölgelerde sağılık ocakları) Bu anlayış kabul edilemez. Sağılıkta dönüşüm programının en temel yaklaşımı, kentlerde aile hekimliği, kırsal bölgelerde sağılık ocaklarını işletmektir. Aile hekimliği modeli kırsal bölgeleri dışlamaktadır. Bu

yaklaşım sakıncalıdır. Çünkü; eşitlik anlayışına uymaz, toplumda ayrımcılık yaratır, birinci ve ikinci sınıf vatandaşlık duygusu verir, sağlık çalışanlarının tepkisine yol açar, hizmetin bütünlüğünü bozar ve koordinasyonu güçleştirir, köyden kentlere geçici olarak gelenlerin hizmet almalarını güçleştirir, bir gün değişeceği beklentisi nedeniyle kırsaldaki hizmetlerin gelişmesini engeller (Öztek 2004).

Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. 2003 yılında 4924 sayılı ve adı “*Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Hakkında Kanun*” adlı bir kanun çıkmıştır. Bu kanunun 11. Maddesi aynen şöyledir: “14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinin “ III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” başlıklı bendine aşağıdaki paragraf eklenmiştir. ‘Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir’. Kanunun çıkmasından yaklaşık bir yıl sonra 2004 Mayıs ayında SB bu kanuna dayanarak kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında sağlık personeli hizmetlerinin satın alınma yoluyla gördürülmesine ilişkin bir tebliğ çıkartmıştır. Bu kanunun çıkmasından çok önceleri üniversiteler, temizlik firmaları kapsamında sağlık personeli çalıştırıyorlardı. Bu tebliğ ile SB da bu uygulamaya başlamıştır. Türk Tabipleri Birliği 2004 Ağustos ayında bu uygulamalara karşı dava açmış, aynı yılın kasım ayında, Danıştay yürütmeyi durdurma kararı almış ve dosyayı Anayasa Mahkemesine göndermiştir. Dosya o zamandan bu yana mahkemede beklemektedir. Aralık 2005 sonlarından itibaren hemşireleri işten çıkartma ve böylece hemşireyi işsizleştirme, kurumları hemşiresizleştirme olayları patlak vermiştir. Sağlık ocağında çalışan hemşireler dahil tüm sağlık personelinin çalıştığı bölgeyi hane halkı özelinde tüm sorunlarıyla bildiği ve çözüm ürettiği 1960-70’lerde çok aktif olan bu sistem çoktan yok olmuştur. Onun yerine getirilmeye çalışılan aile hekimliği sistemi, sağlık çalışanlarını halkın sağlığını koruma ve yükseltme etkinliklerinden uzaklaştıran, sonuç olarak hemşireyi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun 154 sayılı yönergesindeki görevlerinden uzaklaştırıp hizmet bağlamında tümüyle değersizleştiren bir sistem, hayata geçirilme aşamasındadır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>)

Aile hekimi, genellikle muayenehanesinde ya da evinde bireysel olarak çalışır ve özel hekim kimliği taşır. Yanında modelin deyimi ile “yardımcı” olarak yanında hemşire, ebe ve sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanlarını çalıştırabilir (Resmi Gazete, 25665, 2004;

25867; 25904, 2005). Aile hekimi mümkün olduğunca gider masrafını azaltmak amacıyla az parayla, sınırlı sayıda eleman ile çok iş yapmaya kalkışacak ve hizmetin kalitesini düşürecektir.

Aile hekimliği sistemi ekip anlayışına aykırıdır. İngiltere’de aile hekimliği, toplumcu bir yaklaşım olan Ulusal Sağlık Hizmeti kuruluşu sırasında Britanya Hekimler Birliği’nin geleneksel ve tutucu baskıları sonucu sistemin temelini oluşturmuştur. Ancak hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiş tümüyle tedavi ağırlıklı hekimlik üzerine kurulu bir model olarak kalmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Oysa, çağdaş anlayış entegre hizmetleri öngörmektedir. Türkiye’de de aile hekiminin, salt sağaltım amaçlı çalışması düşünüldüğü için muayenehanesinde farklı disiplinlere yer vermesi beklenmez .

“Kişiyeye yönelik koruyucu hizmet” anlayışı yanlıştır. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) sunumunda eksiklikler olduğunu belirten DB ve SB, sağlık sektörü reformu kapsamında kişiyeye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri birbirinden ayırarak, kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerin aile hekimleri tarafından verilmesiyle TSH’nin güçleneceğini iddia etmektedir. Oysa 1978’de Alma-Ata Bildirgesi’nde tanımlandığı şekilde TSH anlayışının önemli noktalarından biriside “çevreye bütünlüktür” (Üner 2005).

Koruyucu hizmetlerde kişiyeye ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamaz. Sözelimi bağışıklama hem kişiyeye, hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Aile hekimlerinin salt kişiyeye yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı bu nedenle hatalıdır. Örneğin; okul aşılarını kim yapacaktır? Aşı topluma yönelik bir koruyucu hizmetse sağlık ocağı yapacağı aşıları nasıl saptayacak ve aile hekimine nasıl haber verecektir? Aynı sorun aile hekimine kayıtlı bebeklerde de yaşanacaktır. Aile hekimleri aracılığı ile ulusal programları (sıtma, verem, vb) yürütmek olanaksızdır. Aile hekimi; ancak bireysel eğitim verebilir, gezmez, yerinde oturur ve “müşteri” bekler (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Öztekin 2004, Emiroğlu 2004).

Bulgaristan 1999’dan sonra DB’nın isteklerini karşılayarak aile hekimliği sistemiyle tam bir çıkmaza sürüklenmiş durumdadır. Artık Bulgaristan’da hastalar müşteri, aile hekimleri ise şahıs tüccarı olarak isimlendirilmektedir. Aşı oranları düşmüş, dış sağlığı hizmetleri gibi bazı hizmetler sigorta teminat paketinden çıkarılmış durumdadır (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49>).

“Hekim seçme özgürlüğü” ve “her aileye bir hekim” gerçek değildir. Çünkü aile hekimi “aile” ile ilgili değildir. Önerilen yapıya göre herkes istediği hekimi seçebilecektir. Dolayısıyla hekimi seçen

aileler değil bireylerdir ve herkes bireysel olarak istediği aile hekimini seçebilecektir. Böylece hekimler kendilerine başvuran bazı “hastaları” seçmeme özgürlüğüne sahip olur. Sözelimi nevroitik, ya da kanser tanısı almış bir çok insan “listeleri dolmuş bulunan” hekimlere kaydolmadan, ortada kalır. İngiltere’deki aile hekimliği uygulaması bunun örnekleri ile doludur (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Kanada’da uzun süredir sağlık sigortası ve aile hekimliği bir arada götürülürken artık tıkanmışlık yaşanmakta, aile hekimliği sadece kendilerine başvuran hastalara yönelik poliklinik uygulaması şeklinde gerçekleşmektedir. Hastalar yoğunluk ve niteliksiz hizmet nedeniyle zorunlu kalmadıkça hekime gitmemeye çalışmakta, sık sık aile hekimlerini değiştirmeye kalkmaktadır (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49>).

Olumlu rekabet söz konusu değildir. Aile hekimlerinin Sağlık Bakanı’nın deyimiyle “tatlı tatlı ve olumlu bir rekabet içinde çalışacağı, çok çalışanın çok kazanacağı” ileri sürülmektedir. (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Başlangıçta SB’nin öngörülleri, aile hekimliği sisteminin, Türk sağlık sistemine ilave bir yük getirmeyeceğidir. Aile hekimliği uygulamaları ile tasarruf sağlanacağı, hekimlerin sabit maaşları üzerine, ürettikleri iş oranında, kazanç elde edeceği düşünülmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&sid=489>).

Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı’nın (KPKTT) Geçici 17. maddesi “döner sermayeli işletmeler tasfiye edilip yeni bir düzenleme yapıncaya kadar” SB personeli ile üniversite personeline döner sermaye gelirlerinden karşılanmak üzere performans ödemesi düzenlenmektedir (Öztürk 2005). Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınacaktır (Bakar, Akgün 2005). Hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazması, biraz rapor almasını önermesi, hem kendisinin hem hastasının yararına olacaktır. Yoksa piyasanın olumlu rekabet kurallarına göre hekim müşterisini kaybedecektir. Bu da aslında yapılmayan, fakat yapılmış gösterilen bir çok uygulama sonucu haksız kazanç sağlamaya neden olacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Almanya’da aile hekimliği sosyal sigorta ile bağlantılı olması nedeniyle aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmıştır. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık belli puanlar toplayan ve bu puanların karşılığında para kazanabilen mekanik bir kitle haline gelmiştir. Doğal olarak bazı hastalıklar veya hastalar puan olarak değersiz olduğundan aile hekimlerinin ilgisini çekmemektedir. Almanya’da aile hekimlerine

ödemeler hizmet başına yapılmaktadır. Bu durum İngiltere’de de aynıdır. Kanserli hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamamaktadırlar (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49> Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimliği çok pahalı bir sistemdir. Her aile hekiminin ayrı ayrı muayenehane açacağı ve döşeyeceği; özellikle röntgen, ultrason gibi tıbbi araçlar açısından gereksiz örtüşmeler yaşanacağı; hastanın hekimler ve laboratuvarlar arasında “pas”laşılacağı dikkate alınır, harcamalarda doğrudan bir artış olacağını kestirmek güç değildir. Üstelik bu harcamalar sonuçta hizmeti kullananlara yani topluma yansıtılacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Bu sistemde acil haller hariç kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun aile hekimini sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır (Bakar, Akgün 2005).

Hekimler ve aile sağlığı elemanları (hemşire/ebe/sağlık memuru) için yüksek ücret gerçek dışıdır. Aile hekimi olacakların şu anki düşük ücretler yerine yüksek bir gelir düzeyine sahip olacağı savı tümüyle kandırmacıdır. Devlet artık sözleşmeli hekimler ve aile sağlığı elemanları (hemşire/ebe/sağlık memuru) çalıştıracak, iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan bir kitle yaratılacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Sözleşmeli personel; Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı’nda (KPKTT), sözleşmeli personel; *memurlarca yerine getirilmesi gerekmeyen hizmetlerin ifası amacıyla, bu kanunda belirtilen esaslar çerçevesinde sözleşme ile tam zamanlı veya günün belirli saatlerinde veya haftanın yada ayın belirli gün veya saatlerinde kısmi zamanlı olarak çalıştırılan ve işçi sayılmayan personel* olarak tanımlanmaktadır. Sözleşmeli olarak çalışacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) belirli bir “pozisyon” da ve “çakılı” olarak çalıştırılması öngörülmektedir. Deprem, yangın, olağanüstü hal, seferberlik ve savaş hali gibi kanunla tanımlanmış durumlarda bir sözleşme döneminde iki ayı aşmayan geçici görevlendirmeler dışında pozisyonun tahsis edildiği yer dışındaki birimlerde geçici veya sürekli görevlendirilmesi ve çalıştırılması yasaklanmıştır. Kısmi zamanlı çalışma günün belli saatlerinde olabileceği gibi haftanın yada ayın belirli gün ve saatlerinde mümkün kılınmıştır (Öztürk 2005).

KPKTT’nin 6. maddesi açık olarak “*sözleşmeli personel pozisyonları, bu pozisyonları, bu pozisyonlarda çalışanlar açısından iş sürekliliği sağlamaz*” hükmünü içeriyor. Taslağın 63. maddesinde sözleşmeli personelin görevinin sona erme koşulları tanımlanmıştır:

- Bu kanun ve sözleşme hükümlerine göre sözleşmenin fes edilmesi veya fes edilmiş sayılması,
- Göreve alınma şartlarından herhangi birinin taşımadığının sonradan anlaşılması veya bu şartlardan herhangi birinin sonradan kaybedilmesi,
- Sözleşme süresinin sona ermesi,
- Pozisyonunun kaldırılması,
- Haklarında emeklilik hükümlerinin uygulanması,
- Ölümü

Görüldüğü gibi, sözleşmenin fes edilmesi veya fes edilmiş sayılması, sözleşme süresinin sona ermesi ve pozisyonunun kaldırılması durumunda da sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) görevi sona eriyor. Bunun yanı sıra ilk defa sözleşmeli personel olarak göreve alınanlar eğer birinci yılın sonunda sözleşmeleri yenilenmezse aradan üç yıl geçmeden ve yeni bir sınav sonucuna göre göreve alınma hakkı elde etmeden memur ve sözleşmeli personel olarak çalışamayacaklar. Personel ve başarı değerlendirmesi olumsuz olan sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) sözleşmesi yenilenmediği gibi aradan bir yıl geçmeden memur veya sözleşmeli personel olarak çalışmaları da yasaklanmış durumdadır. Olumsuz değerlendirme alması nedeniyle sözleşmesi ikinci kez yenilenmeyenler beş yıl geçmedikçe; üçüncü kez yenilenmeyenler ise bir daha memur veya sözleşmeli personel olarak çalışamayacaklar (Öztürk 2005).

Sendikal haklar; Aile hekimleri, KPKTT'nin 21. maddesine göre memurlar ve sözleşmeli çalışan özel kanun da belirtilen hükümlere göre sendika ve üst birlikler kurabilecek ve bunlara üye olabileceklerdir. Ancak taslağın 27. ve 28. maddeleriyle memurlar ve sözleşmeli personelin toplu olarak göreve gelmemeleri veya hizmetin yavaşlatılması veya aksatılması sonucunu doğuracak eylemlerde bulunmaları ile greve karar vermeleri, grev düzenlemeleri, ilan etmeleri, bu yolla propaganda yapmaları, herhangi bir greve veya grev teşebbüsüne katılmaları, desteklemeleri veya teşvik etmeleri yasaklanmıştır (Öztürk 2005). Sözleşmeli çalışma, ancak sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı olursa anlam kazanacaktır .

İzin ve hastalık izinleri; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'ndan (DMK) farklı olarak KPKTT'de yıllık izinler "gün" olarak değil, şimdiki kadar işçilerde olduğu gibi, "iş günü" olarak tanımlanmış ve memurlar tam zamanlı sözleşmeli personel için ortak olarak düzenlenmiştir. Hizmeti bir yıldan beş yıla kadar (beş yıl dahil) olanların on beş

işgünü, beş yıldan fazla on beş yıldan az olanların yirmi iş günü, on beş yıl (dahil) ve daha fazla olanların yirmi altı iş günü izin hakları mevcuttur. Memurlara kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli, bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkları halinde on sekiz aya kadar, diğer hastalık hallerinde ise on iki aya kadar izin hakkı tanınmıştır. Tam zamanlı çalışan sözleşmeli personel için yarısı kadar izin uygun görülmüştür. Bu madde sözleşmeli personeli bir çeşit ikinci sınıf kamu çalışanı olarak gördüğünü göstermektedir (Öztürk 2005).

Sayılan özellikleri ile aile hekimliği sisteminin bir “sistemsizlik” yaratacağı ve küreselleşme saldırısının ilk aşaması olan “kuralsızlık” oluşturulması amacıyla sermayenin sağlıkta atacağı önemli bir adım olduğu ortaya çıkmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2004’de bu kez yoksulluk temasını ele almış, ancak onun da ele alış biçimi DSÖ’den farklı olmamıştır. Toplantılarda “kendileri de bir yoksul ve yoksun olan hemşireler” kendi ülkelerinde ki yoksullar için ne yapabileceklerini tartışmaya başlamışlardır. Günümüzde, yapılan uygulamalar ile sağlık hizmetinin özelleştirilmesi kapsamında *hemşireler işsiz kalmıştır ya da ucuz emek gücüne dönüşmüştür*: İhale ile bir kuruma giren ve ihale süresi bittikten sonra, yeniden sözleşme yapılamadığı için işlerine son verilen hemşireler ve bakımsız kalan hastalar vardır. Sözleşme ile işe başladıkları kurumda sözde 40 saatten fazla çalıştırılan, döner sermaye ve nöbet ücretlerinden yaralandırılmayan hemşireler vardır. Buna rağmen işsiz kalmamak için vakıf işçisi olarak 400–500 YTL’ ye çalışmayı kabul eden hemşireler vardır. Bunu kabul etmeyip işsiz kalmayı göze alan hemşireler olduğu gibi işsiz kalmak korkusuyla, çalıştığı kurumda hiçbir şeye sesini çıkartamayan hemşireler vardır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>)

Küba, aile hekimliğine 1980’li yıllarda tamamen teknik nedenlerle geçmiştir. Sistemin amacı giderek yaşlanan nüfusun yaklaşık 500 kişilik topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi, hekimi poliklinik yapmaktan çıkarıp küçük nüfusa sürekli ve alanda hizmet götürür duruma getirmek ve sevk oranını azaltmaktır. Bu nedenle örneğin aile hekimi sevk ettiği hasta ile birlikte hastaneye gitmek ve sonucunu izlemek zorundadır. Küba’daki uygulamaya gerçekte aile hekimliği demek güçtür. Çünkü amacı piyasa ekonomisinin uygulanması değildir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Küba’da sağlık, eğitim, ulaşım vb. pek çok kamusal hizmet parasız, sağlık örgütlenmesi merkezi, planlı, basamaklı ve koruyucu sağlık hizmetleri önceliklidir. Aile hekimleri de sağlık hizmetlerinin en son halkasını oluşturur. Hekimler ve hemşireler zamanlarının önemli bölümünü su sanitasyonu, beslenme, gebelik

bakımı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırır. Her 15-20 aile hekimi, kendileriyle çalışan hemşirelerle birlikte bir çalışma grubu oluşturur. Bu grubun sürekli eğitimi, probleme dayalı biçimde en yakın poliklinik ve kırsal hastanede çalışan iç hastalıkları, çocuk, doğum ve jinekoloji, psikiyatri uzmanlarından ve denetleyici bir hemşireden oluşan ekipçe gerçekleştirilir (Özkan 2003).

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI

Ülkemizde “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısının” (SSGSS) henüz yasalasmadan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmiş (24 Kasım 2004), Düzce’de 15 Eylül 2005’te uygulama başlamış, bu uygulamanın sonuçları açığa çıkmadan, 10 il daha pilot bölge ilan edilerek, alt yapı çalışmaları başlamıştır. Bu iller; Adana, Denizli, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, Kırıkkale, İzmir, Sakarya’dır. 2007 yılı sonuna kadar tüm illerde bu modele geçilmesi planlanmaktadır. Bu yasa çerçevesinde 3 yönetmelik çıkarılmıştır. Yönetmeliklere göre 2500-3000 nüfusa bir Aile Hekimliği Merkezi açılmakta, ilçelerde bir ve merkezde nüfusa göre sayısı değişen Toplum Sağlığı Merkezleri açılmaktadır (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>).

Toplum Sağlığı Merkezleri; Toplu aşı, adli tabiplik, evlilik işlemleri, okul sağlığı hizmetlerini yürütmek için Düzce merkez ve ilçelerde birer tane olmak üzere açılmıştır. Bu uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetleri bütüncül özelliğini kaybetmiş, parçalanmıştır. Aile Hekimliğinde hekime giderler için 1900 YTL ödenmektedir. Sağlık ocaklarına koşullara göre 3-6 aile hekimi yerleştirilmekte, tıbbi cihaz ihtiyaçları şimdilik karşılanmaktadır. Telefon, elektrik, yakıt, temizlik elemanının sigorta dahil maaşı, aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır. Sağlık ocaklarının kira tespiti yapılmakta olup kira bedeli hekimlerden alınacaktır. Sağlık emekçilerinin iş tarifi esnekleşmiştir. Örn: Yönetmelikte aile sağlığı elemanının (hemşire/ebe/sağlık memuru) yapacağı işler sıralanmış en sonunda ise ‘hekimin verdiği işleri yapar’ şeklinde görev tanımı esnekleştirilmiştir. Çalışma saatleri ise haftada 40 saat olarak belirtilmesine rağmen, telefonla eve çağırıldığında gidilme zorunluluğundan dolayı belirsizleşmiştir. Ücretler performans kriterlerine göre belirlenmekte olduğundan ücretlerde esnekleşmiştir. Düzce’de, ihtiyaç duyulan 104 hekim hala bulunamamıştır. İldeki 80 hekimin yaklaşık 72’si, 180 ebe-hemşire-sağlık memurunun 28 tanesi zorunlu-gönüllü olmuştur. Sözleşmeliliğe gönüllü geçenlere kadrolarının saklı tutulacağı, istenildiği an geri döneceği ifade edilmiştir (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>).

Mevcut Çalışanlar

Madde 53: Kadrosu kaldırılan memurlar en geç 6 ay içinde kendi kurumlarında niteliklerine uygun kadroya atanır veya pozisyonda görevlendirilir. Kurumlarında olanak yoksa başka bir kurumda çalıştırılır.

Geçici 1. Madde: Kalmak isteyenler kadrolarında bırakılır. Kadrolar herhangi bir nedenle boşaldığında başka işleme gerek kalmaksızın iptal edilmiş sayılır.

Sonuç olarak; Bir bütün olarak sağlık hakkını ortadan kaldıran bu modelden, uygulandığı bir çok ülkede geri dönüşler olmuş (İtalya, İspanya, Yunanistan vb) bir çok ülkede ise tartışılmaktadır (Almanya) (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>). Aile hekimliği modeli bir bütün olarak GSS ile ve kamu personel rejimi ile birlikte özelde sağlıkta piyasalaştırmanın genelde kamu hizmetlerini tasfiye etmenin önemli bir adımıdır. Fakat kayıt dışı istihdamın, işsizliğin, yoksulluğun yüksek olduğu ülke koşullarında uygulanma şansı yoktur.

ÖNERİLER

Aile Hekimliği kabul edilemez bir model ve sistem önerisidir. Türkiye'nin özgün modeli Sosyalleştirme Yasası uyarınca Sağlık Ocağı temelli olarak belirlenmiştir. Türkiye'de birincil sağlık hizmetine aile hekimliği modelinin uyarlanması sosyalleştirme anlayış ve koşullarına taban tabana karşıttır. Varolan modelin eksiklerinin giderilmesi için yapılması gereken, sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır. Tüm sağlık çalışanlarını kapsayan eğitim programları yapılarak, getirilmesi istenen bu köklü sistem değişimi hakkında farkındalık yaratılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Nedir, Neler Getiriyor, Ne Yapmalı?, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm> (Erişim tarihi: 15.02.2006).
2. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. (2003). Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir. Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı: 4, 251-257.
3. Aydın Tabip Odası Aile Hekimliği Çalışması, www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt Erişim tarihi: 15.02.2006
4. Bazı Ülkelerdeki Aile Hekimliği Uygulamaları. Kaynak: Tıp Dünyası Gazetesi <http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49> (Erişim tarihi: 15.02.2006)
5. Deveci SE, ve ark. (2004). Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı-Bir Ön Çalışma.).Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı.369.

6. Emiroğlu C. (2004). Sosyal Güvenlik Hakkı, Genel Sağlık Sigorta Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm. zgrlk Dünyası, Nisan, 41-64.
7. Hoşgeçin K. (1997). Aile Hekimi Kimdir? Sağlıkta Strateji. Haziran, Sayı: 14, 9.
8. <http://www.saglik.gov.tr/aile/>
9. <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>
10. zkan . (2003). 1980 Sonrası Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet lker, Gülseren Kocaman, zlem zkan, HEMAR-GE Ankara, 93-112.
11. Öztürk O. (2005). Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı Neler Getiriyor?. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı:4, 269-273.
12. Pala K, Yavuz CI. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması zerine Bir Değerlendirme: Düzce rneği, Toplum ve Hekim., Cilt: 20, Sayı:3, 162-171.
13. Pala K, ve ark. (2005). Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği ile İlgili Düşünceleri. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı: 3, 173-185.
14. Resmi Gazete. (2004). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, kabul tarihi: 24.11.2004, sayı: 25665.
15. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 06.07.2005, sayı: 25867.
16. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak demeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 12.08.2005, sayı: 25904.
17. Saçaklıoğlu F (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimi ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? “Gizli Müfredat”. Cilt:20, Sayı:4, 242-246.
18. Sağlık Bakanlığı. <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm> (Erişim tarihi:27.02.2006)
19. Soyer A. (2004). 1994 Krizi Nasıl Etkili Oldu, 2001 Krizi İçin, Ne Dersler Sunmakta?. Sağlığın yks, 183-188.
20. THD Haber Bülteni. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/>(Erişim tarihi: 15.02.2006)
21. TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor?. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2. Baskı.
22. ner S. (2005). Sağlıkta Dönüşümün Temel Sağlık Hizmetlerine Etkileri. Toplum ve Hekim, Cilt: 20, Sayı:1, 75-78.