

AKP VE TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN BAŞKALAŞMA ÖYKÜSÜ

Zeliha Aslı ÖCEK*

Öz: Bu yazıda sağlık reformlarının birinci basamak sağlık hizmetleri açısından çizdiği yol tanımlanmış, Türkiye'de birinci basamağın AKP öncesi iktidarlar döneminde başlayan piyasalaştırılma süreci özetlenmiş, AKP ve aile hekimliği ile birlikte gerçekleşen değişim dört evreye ayrılarak değerlendirilmiştir. Evrelerin ayrılmasında aile hekimliğinin geldiği noktalar kriter alınmıştır. Birinci basamağın en temel özelliklerinin yok edildiği ve bu nedenle aile hekimliği modeline geçişin basit bir örgütlenme yapısı değişimi olarak değerlendirilemeyeceği, güvencesizlik, müşteri memnuniyeti baskısı, rekabet, girişimci rolü, işveren-işçi ilişkisi gibi etmenlerin yaşamlarına girmesiyle birlikte birinci basamak emekçilerinin de artık bambaşka bir kimlik kazandığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, sağlık reformları

Justice and Development Party and The Metamorphosis of Primary Care Services in Turkey

Abstract: In this article, the direction for primary care services within healthcare reform is defined. The commodification process of primary care in Turkey began before the Justice and Development Party (AKP) came to power; changes in the model of family medicine after the AKP arose were assessed in four phases. In separating the phases, the stages of transition in the family medicine model were used as criteria. It was concluded that changes to the family medicine model can not be considered as a simple organizational change because of the destruction of the attributes of primary care. The introduction of many factors in the profession today, including insecurity, consumer satisfaction, competition, entrepreneurship, and the employee-employer relationship have shaped a totally different identity for primary health care workers.

Key words: primary care services, family medicine, health reforms

Dört aile hekiminden: “Şimdi biz herşeyiz; alışveriş eden biziz, hastaya giderken şöför biziz, işletmeci biziz, cihazların bakımı ile, hemşirelerin işleyişleriyle ilgilenen de biziz. Devlet hiçbir şekilde yardım yapmıyor. Oranın işvereni biz olduğumuza göre, ... özel bir yer oluşturuyorsun. Özel muayenehanede de kimse yardımcı olmaz sana .. Eleman olarak kimi acil tıp teknikeri alıyor; kimi ebe hanım. Kalitelisini seçmeye çalışıyorsun tabi. Ben kendim seçtim, geçmişini biliyorum, prezente aldım, hem yeteneği var ... Eskiden ebelerimiz mahalleleri dolaşırды komşulara sorar bütün bebeği olanları tek tek saptardı. Bunu yapamıyoruz artık. O yüzden kayıtsız çocuk çoktur. Bize bağlı hastalarda tüm hizmetler çok düzgün gider. Sorun kayıt dışılarda.”

Giriş

Türkiye'nin Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümeti ile geçen 15 yılı birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) açısından çok ciddi bir başkalaşım sürecine sahne olmuştur. Bu yazının amacı, yaşanan süreci tanımlamak ve neden “başkalaşım” olarak adlandırılması gerektiğini birinci basamağın kavramsal çerçevesinden yararlanarak açıklamaktır. Bunun için öncelikle birinci basamağın tanımı, işlevleri ve toplum yönelimli olarak sınıflandırılabilmesi için taşıması gereken temel özellikleri özetlenmiş, ardından Dünya Bankası'nın (DB) BBSH için kaleme aldığı reform reçetesi gözden geçirilmiştir. Türkiye'de birinci basamağın aile hekimliği ile birlikte “başka bir şeye dönüşme” öyküsü dört evreye ayrılarak ele alınmıştır. Evrelerin ayrılmasında aile

hekimliğinin aşamaları temel belirleyici olmuştur. Değerlendirme, BBSH'nin ve bu hizmetleri gerçekleştiren sağlık emekçilerinin bugün geldiği noktanın reform planlarının hangi adımlarına denk düşüğünü tartışarak tamamlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti kavramı

Birinci Basamak dendiğinde konuya biraz aşına olanların aklına vatandaşın çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen hizmetler gelir. Birinci basamağı işlevleri ile birlikte ele alan, kapsamlı bir tanım aradığımızda ise karşımıza Starfield'in kavramsal çerçevesi çıkmaktadır. Buna göre, BBSH, bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sağlık sistemine ilk girişlerini sağlayan

*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Geliş Tarihi / Received : 01.11.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 28.12.2017

(ilk başvuru işlevi), çok az ve alışılmadık durumlar dışında tüm topluma koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren (kapsayıcılık işlevi), bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, uzun erimli bir ilişki kuran (süreklilik işlevi), başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin uyumunu ve bütünlüğünü sağlayan (eşgüdüm işlevi) aşamadır (**Starfield, 1998**). Tanımında yer alan işlevleri gerçekleştirebilme düzeyi birinci basamağın kaynaklarını toplumun gereksinimlerine göre dağıtabilmiş, sağlık hizmetine erişimi en ufak biçimde engellemeyen bir finansman yöntemi tercih etmiş ve sağlık emekçilerini birinci basamağın gerektirdiği donanımda yetiştirip, çok disiplinli ekipler içinde bir araya getirebilmiş olmasına bağlıdır. Birinci basamak ekibinin toplumu tanıyarak elde ettiği bilgiler aracılığı ile sağlığın sosyal ve çevresel bileşenlerinin farkına varması ve çalışmalarını bu temelde yürütmesi ise Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini tanımlar (**Starfield, 1998**). Toplum yönelimli olma özelliği de eklendiğinde BBSH sağlık eşitsizliklerini azaltmanın en önemli aracı haline gelir.

Toplum Yönelimli BBSH yaklaşımı geleneksel birinci basamak yaklaşımından çok net çizgilerle ayrılır. Geleneksel yaklaşımda birinci basamak hekimlerinin bakış açısı kendilerinden hizmet alan hastalarla sınırlıdır, çevresel, sosyal ve davranışsal faktörlerin hastalık nedenselliğindeki yerini kavramada zorluk yaşarlar, çünkü hastaların yaşadıkları ve çalıştıkları ortam hakkında bilgi edinmelerini sağlayan bir mekanizma yoktur. Toplum yönelimli birinci basamak ise sorunların toplumdaki dağılımının saptanmasını, böylece hizmetlere en çok gereksinim duyan bölgelerin ve bireylerin belirlenmesini ve kaynakların bu gereksinimlere göre yönlendirilmesini temel alır (**Starfield, 1998; Longlett ve ark., 2001**). Birinci basamağın toplum yönelimli olarak kabul edilebilmesi için sağlığı konusunda sorumluluk üstlenilmiş olan belli bir toplum bulunmalıdır. Toplum ile kast edilen aynı coğrafik bölgede yaşayan veya aynı işyeri, okul vb bir kurum içinde bir araya gelen bireylerdir, bir kuruma başvuran hastalardan oluşan gruplar "toplum" tanımının dışındadır (**Longlett ve ark., 2001**). Toplum yönelimli BBSH ilkelerinin tanımlanmasında ABD'de Institute of Medicine tarafından 1982'de gerçekleştirilen konferansın önemli yeri olmuştur. Konferansta birinci basamağın piyasa mekanizmalarına göre kurgulandığı bir ortam ile toplum yönelimliliğin biraraya gelemeceği en çok vurgulanan konu olmuştur (**Longlett ve ark., 2001**).

Dünya Bankası birinci basamakta reform rüzgarı: Aile hekimliği

BBSH üzerindeki reform rüzgârları 20 yılı aşkın bir süredir dünyanın farklı bölgelerini kapsayan geniş bir coğrafyada esmektedir. Bu rüzgarın kaynağı, yani reformların ideolojik ve stratejik üretim merkezi ise DB dir. Birinci basamak reformunun ortak reçetesi hizmet satın alan ve sunan tarafların birbirinden kesin olarak ayrılması, taraflar arasında pazar mantığı ile uyumlu sözleşmeler yapılması, yerleşme, artan rekabet, girişimciliğin desteklenmesi, tüketici seçiminin geliştirilmesi, hekim bağımsızlığının ortadan kaldırılması, sağlık çalışanları açısından kuralsızlaşma ve güvencesizleşme gibi benzer unsurlardan oluşsa da her bir ülkenin mevcut sağlık sistemine, sağlık çalışanlarının ve toplumun yaklaşımına göre farklılıklar ile karşılaşılmaktadır (**Whynes ve Baines, 2002; Saltman ve ark., 2002; Magnussen ve ark., 2009; Meads, 2009; Glennard ve ark., 2011**). Avrupa'nın iki bölgesi özellikle dikkat çekicidir; İskandinavya ve eski Doğu Blok ülkeleri. Ortak özellikleri piyasa unsurlarına yabancı bir geçmişe sahip olmaları, farkları ise reform sürecindeki hızlarıdır.

Bin dokuz yüz seksenlere kadar İskandinav ülkeleri tüm bileşenlerini birinci basamak odağında yapılandıran, birinci basamağı da coğrafi bölge temelinde örgütleyen modelin en önemli temsilcileriydi. Toplum sağlığı açısından büyük başarılar kaydetmelerine olanak sağlayan bu modeli Norveç ve İsveç 20 yıllık bir süreç içinde adım adım terk etmiş, toplum yönelimli anlayışın yerini girişimciliği ve tüketici seçimlerini destekleyen politikalar almıştır (**Magnussen ve ark., 2009**). İsveç'te 1990-1994 döneminde coğrafi bölge temelinde örgütlenmenin ve ekip çalışmasının terk edilmesi anlamına gelen bir girişim başlatılmış, hekimlerin ödeme sisteminde maaşın yerini hizmet başı ve kişi başı ödemenin bir kombinasyonu almıştır. Reformlar 1990-1994 döneminin ardından duraklama sürecine girmiştir. Bunun nedeni hükümet değişiminin yanı sıra birinci basamağın bütüncüllüğü açısından ortaya çıkan tehlikenin görülmüş olmasıdır (**Magnussen ve ark., 2009**). Fakat bu kısa süreli duraklamaya rağmen, reformlar eyaletler düzeyinde güçlenmeye devam etmiş, 2010 yılında birinci basamak hekimi seçimi ve girişimcilik zorunlu hale getirilmiştir (**Glennard ve ark., 2011**). Benzer bir süreç Norveç'te yaşanmıştır. 1984'den sonra belediyelere genel pratisyenleri kamu çalışanı olarak istihdam etmeye devam edebilecekleri gibi eğer isterlerse özel pratisyenlerle de sözleşme yapabilecekleri, sözleşmelerin koşullarını

da pazarlık sonucunda belirleyebilecekleri bildirilmiştir. 2001 yılında hükümet tamamen sözleşmeye dayalı modele geçiş için ortamın hazır olduğuna karar kılmış ve vatandaşlara coğrafi sınırlama olmaksızın aile hekimlerini seçme ve yılda iki kez değiştirme "özgürlüğü" verilmiştir (**Romoren ve ark., 2011**). Hekimlerin ödeme sistemi de rekabetin en fazla hangi yolla güçlendirilebileceği dikkate alınarak şekillendirilmiştir. Bulunan formül kişi başına ve işlem başına ödeme ile hastaların katkı payları kombinasyonu olmuştur. Bu kombinasyondan yararlanmak için hekimin kendi adına çalışıyor olmasının zorunlu tutulması sonucunda kamu hekimlerinin büyük bölümü istifa ederek muayenehane açmıştır (**Brekke ve Straume, 2017**). Bugün pratisyen hekimlerin sadece %5'i kamu çalışanı konumundadır. Diğer yandan ekonomik teşviklerin sonucunun daha iyi hizmet sunumu için rekabet halinde olan değil, ayrımcı hasta seçme politikaları izleyen, altruistik özelliklerini yitirmiş hekimler olacağı da dile getirilmiştir. Reformun ardından hekimlerin kapı-tutuculuk rollerine karşı tutumlarını değerlendiren bir çalışma bu uyarının haklılığını yansıtmaktadır. Buna göre, hekimler hastalarının ısrarlı talepleri sonucunda toplumun yararları ile hastalarının çıkarlarını arasında bocaladıklarını, tüketici memnuniyetine dayalı rekabet sistemi içinde kapı-tutucu görevlerini gerçekleştiremediklerini açıklamıştır (**Carlsen ve Norheim, 2005**).

Doksanlı yıllar eski Doğu Blok ülkelerinin büyük bir hızla aile hekimliği modeline geçişine ve bu modelin sigorta sistemi ile ilişkilendirilmesine şahit olmuştur (**Rechel ve McKee, 2009**). Rechel ve McKee (2009) Doğu Avrupa'daki birinci basamak reformlarında DB, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Avrupa Birliği (AB) gibi uluslararası kuruluşların anahtar rol oynadığını, zaten reformun DB'nin verdiği krediler ile gerçekleştirildiğini, Eski Doğu Blok ülkelerinden AB'ye girebilmiş olanların hepsinin aile hekimliği modeline geçtiğini açıklamıştır. Bu değişime özelleştirme planlarının kapsamında yer alan yeni finansman modelleri yani sigorta kurumları ile yapılan, ağırlıklı olarak kişi başı ödemeye dayalı bağımsız sözleşmeler eşlik etmiştir. Reformun sonuçları toplum açısından pek parlak olmamıştır (**Rechel ve McKee, 2009**). Sağlık sigortasının gelir toplamakta yetersiz kalmasıyla birlikte kısa bir zaman dilimi içinde bu ülkelerin vatandaşları BBSH için önemli miktarda cepten ödeme yapmak zorunda kalmış, bunun sonucu da hizmetlere erişim açısından yaşanan eşitsizlikler olmuştur. (**Rechel ve ark., 2009; Rechel ve ark., 2011**). Okul çocukları ve öğrenciler, doğurgan çağdaki kadınlar ve

yaşlılar için sunulan koruyucu hizmetler ciddi bir gerileme göstermiştir. Hırvatistan'da ev ziyaretleri ödeme şemasından çıkartılması ile birlikte tarihe karışmıştır. Bulgaristan ve Makedonya'da çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinin niteliği ciddi azalma göstermiştir (**Rechel ve McKee, 2009; Tasic ve ark., 2016**). Romanya'da 2005 yılında toplumun %7'sinin kayıtsız olduğu, bu grubun da ağırlıklı olarak etnik azınlıklardan oluştuğu uyarısı yapılmıştır. Tüm ülkelerde özellikle kırsal alanlarda birinci basamak ciddi alt yapı ve donanım sorunları ile karşı karşıya gelmiştir. Rechel ve McKee'ye (2009) göre reformun bazı ülkelerde tek başına başarılı gibi görünen bir takım unsurları olsa da tüm unsurlar biraraya geldiğinde ortaya bütünlüklü ve sürdürülebilir bir yapı çıkmamaktadır. Bugün geline nokta, bu ülkeler biran önce kurtulmak isteği ile apar topar kapatıkları polikliniklere geri dönmeyi düşünmektedir (**Rechel ve ark., 2009**).

Reçete benzer olunca birinci basamak sağlık reformları uygulandığı tüm ülkelerde sağlık çalışanları açısından aynı tablo ile sonuçlanmıştır. Hekimler arasında girişimci kimliği giderek gelişmiş, işletmeci söylemi sağlık çalışanı söyleminin önüne çıkmış (**Cohen ve Musson, 2000**), iş yükünde artış, aşırı geniş görev çerçevesi ve bunlara bağlı olarak artan çalışma süresi gibi sorunlar birinci basamak hekimlerini tükenmiş bir sağlık çalışanı grubu haline getirmiştir (**Appleton ve ark., 1998; Whyne ve Baines., 2002; Bucuniene ve ark., 2005; Nylenna ve ark., 2005; Czachowska ve Pawlikowskab, 2011**).

Türkiye'de birinci basamağın piyasalaştırılmasının öyküsü

AKP öncesi birinci basamak

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Toplum yönelimli, dolayısıyla da eşitlikçi BBSH'nin hemen tüm bileşenlerini içeren yasaya göre belli bir bölgede yaşayan tüm bireylerin sağlığından sorumlu olan kamu kurumlarında ekip çalışması yürütülerek, kapsayıcı yani hem bireysel hem de toplumsal düzeyde koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet sunulacaktı. Ücretsiz hizmet sunumu, alan çalışmaları ve ev ziyaretleri aracılığı ile tüm topluma erişilecekti. 1963'de başlayan uygulama aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaştırılmıştır. Sağlık ocakları hizmetlerini ulaştırmak açısından, hizmete gereksinimi en fazla olduğu halde ulaşamayan ya da ulaştığında ödeyemediği için bakılamayan, aslında çoğunluk olan kesimi

önceliklemiştir (**Aksakoğlu ve Giray 2007**). Eğitimsizlerin, yoksulların, işsizlerin, güvencesizlerin, etnik azınlıkların sağlık ocaklarını daha fazla kullandıklarını ortaya koyan çalışmalar bu hedefin gerçekleştiğini göstermiştir. (**Çiçeklioğlu, 1999; Şahin ve Eğri, 1998; Berberoğlu ve ark., 2001; Hassoy ve Çiçeklioğlu, 2005**).

Sosyalleştirme bir yandan varlığını korurken, diğer yandan seksenlerden sonra Türkiye sağlık reformları ile tanışmıştır. Sürecin başlangıcında Sağlık Bakanlığının (SB) 1990 yılında DB himayesinde yürüttüğü "Birinci Sağlık Projesi"nin tarihsel önemi vardır. Bu ilk projenin ve ardından gelen ikincisinin temel unsurlarını "2001. Ulusal Sağlık Politikası" adlı (**1993**) yayında görmek mümkündür. Hedefler arasında "kırsal alanda sağlık ocağı sisteminin korunacağı, ama kentlerde aile hekimi sistemi kurulacağı ve aile hekimlerinin ücretlerini kendilerine kayıtlı kişilerin adedine göre genel sağlık sigortası sisteminden alacakları" belirtilmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 1993**). Ardından, 1996-2000 yılları için hazırlanmış olan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında aile hekimliği hakkında kanun çıkarılması gündeme getirilmiştir (**Devlet Planlama Teşkilatı, 1995**). Bunu 1997'de imzalanan üç yıllık Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Projesi izlemiştir. Pilot il olarak Bilecek ve Eskişehir'in seçildiği bu proje için DB'den 15.5 milyon Dolar borç alınmıştır. Projenin genel hedefi pilot illerde birinci basamağa erişimin ve hizmet niteliğinin artırılması olarak tanımlanmıştır (**Dünya Bankası, 1997**). Ama spesifik amaçlardan asıl niyetin aile hekimliği ve buna dair ekonomik analizler olduğu anlaşılmaktadır.

Sosyalleştirme, kısa tarihi boyunca ciddi bir saldırı süreci ile karşılaşmıştır. Tam süre çalışmanın kaldırılması, sağlık personelinin hak ettiği ücretin eritilmesi, sağlık hizmetinin yönetiminde kaymakamları yetkilendirerek sağlık örgütünün bütünlüğünün bozulması ve son olarak da döner sermaye uygulaması bu saldırı sürecinin başlıca bileşenleridir (**Kılıç ve Aksakoğlu, 2002**). 2000-2002 döneminde sağlık ocaklarına yazar kasanın girmesiyle birlikte poliklinik sayısı önemli artış göstermiş, hekimler koruyucu hizmetlerden kopup poliklinikle sınırlı kalmaya, ebeler ise alandan uzaklaşıp hekimin poliklinik hizmetlerindeki yardımcısı olmaya yöneltilmiştir. Sağlık ocaklarının döner sermaye ile tanıştıkları 2002-2003 arası dönem ise koruyucu hizmetlerdeki ciddi aksama ile karakterizedir. Bu dönemde sağlık ocakları birinci basamağın en temel ve nihai özelliği olan toplumdaki eşitsizliklerle mücadele işlevini artık yitirmiştir (**Öcek ve Soyer, 2007**).

SB verileri aracılığı ile 1990-1997 ve 2000-2004 dönemlerini değerlendiren iki çalışma yukarıda özetlenen bu saldırı sürecinin sonuçlarını yansıtmaktadır (**Belek, 1998; Öcek ve Soyer, 2007**). Bu çalışmaların sonuçlarına göre, Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu bölgelerinin yanı sıra, başta İstanbul olmak üzere sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi görece yüksek, fakat gelir eşitsizlikleri son derece derin olan illerinde birinci basamak altyapısı ihmal edilmiş, bu da koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunumunu ciddi şekilde sınırlamıştır. Sosyalleştirmenin son yılları olarak görebileceğimiz 2000-2004 döneminde ülkemizdeki illerin büyük bölümünde birinci basamakta sunulan hizmetlerin kapsamı gerilemiş ya da bir ilerleme gösterememiştir. Sağlık ocakları sadece eğitim ve refah düzeyi daha yüksek olan Denizli, Edirne, İzmir gibi illerde gelişme gösterebilmiştir ki bu da modeli desteklemeye yönelik ülke çapında bir politika izlenmediğinin, gelişmenin illerin kendi kaynakları aracılığı ile gerçekleşebildiğinin kanıtıdır (**Öcek ve Soyer, 2007**). Diğer yandan sürekli eleştirilen, temel ilkeleri ve işlevleri baltalanan sağlık ocakları birinci basamak emekçilerinin özverileri ile ayakta durabilmiş, tüm engellemelere karşın herkesi kapsayan bir politika üstlenmiş; bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasını, bulaşıcı hastalıklar gibi toplumun başlıca sağlık sorunlarının önlenmesini sağlamıştır.

SB'nin 2017 tarihinde yayınladığı BBSH Veri Rehberinde sosyalleştirmenin sorunları başlığı altında bir dizi sorun tanımlanmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2017a**). Sosyalleştirme yasası ile bağlantılı diğer yasalar arasındaki uyumsuzluklar; yasayla ilgili gerekli değerlendirmelerin ve güncellemelelerin yapılmamış olması; yasanın kentleşme hızına adapte edilmemiş olması; hekimlerin ve sağlık çalışanlarının maddi kazanç, eğitim ve sosyal yönden yeterince desteklenememesi; birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin çok sayıda görev ve sorumluluklarının olması; çalışma ortamlarının geliştirilememesi; kariyer imkânlarının olmaması ve sürekli tıp eğitimi yetersizliği olarak listelenen bu sorunların hiç biri sosyalleştirmenin ilkeleri ile ilgili değildir. Yani SB aile hekimliğinin gerekçesini yönetim zaafı dışında bir nedene dayandıramamaktadır.

Özet olarak, 90'lı yıllar boyunca bir yandan sağlık ocakları adım adım baltalanırken diğer yandan aile hekimliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Süreç içinde aile hekimliği sık telafuz edilir, SB bürokratlarının yanı sıra bazı akademik çevreler tarafından da özlemle beklenir hale gelmiştir. Bu dönemi bilinen bir tespiti bir kez daha tekrarlayarak kapatalım;

aile hekimliği, AKP hükûmetinin “özgün değer” taşıyan bir projesi olmadığı gibi Türkiye’deki öyküsü de iktidara gelmesinden çok daha önce başlamıştır ve AKP aile hekimliği için epeyce hazırlanmış bir ortam devralmıştır. Buna rağmen AKP hükûmetinin aile hekimliği sürecindeki azmini hafife almak haksızlık olacaktır.

Aile hekimliğine geçiş ve pilot iller dönemi; 2005-2009

AKP’nin 2002 seçimlerinin hemen ardından açıkladığı acil eylem planında “Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak” ifadesi yer alıyordu (**NTV web sayfası, 2002**). Bunu izleyen süreci SB Proje Destek Birimi sayfasından okuyabiliriz: “2003 yılında ... SB ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ‘Sağlıkta Dönüşüm Programını’ hazırlamıştır. Aynı yıl SB ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ortak çalışarak, ‘Policy and Human Resources Development Fund’ (PHRD; Politika ve İnsan Kaynakları Geliştirme Fonu) ve DB katkıları ile Japon Kalkınma Bankasından hibe alarak ‘Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)’ hazırlık çalışması yapmışlardır. PHRD hibesinden yapılan çalışmalar, SDP yürürlüğe konmadan önce Aile Hekimliği, Akreditasyon ve Sağlık Bilişimi alanlarındaki mevcut durumun değerlendirmesi ve paydaş analizlerini kapsamıştır. 2004 yılında DB ve Türkiye Cumhuriyeti hükûmeti 49 milyon Euro’luk bir kredi anlaşması yapmışlardır. ...”

Aile hekimliği için bir yandan hibeler alınırken, diğer yandan hızla yasal zemin hazırlandı. Önce 24.11.2004 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005) ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personel Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.08.2005) yayımlandı (**Sağlık Bakanlığı, 2004; Sağlık Bakanlığı, 2005a; Sağlık Bakanlığı, 2005b**). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelikte BBSH “Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmeti” olarak tanımlanmıştır. Modelin örgütlenme çerçevesi her bireyin istediği aile hekimine kaydolması şeklindedir. Aile hekimi kişiye yönelik sağlık hizmetlerinden sorumlu olan, gerektiği ölçüde gezici hizmet veren, tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı ya da Bakanlığın öğördüğü eğitimler alan uzman tabip ve tabip, aile sağlığı elemanı ise aile hekimi ile birlikte

hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurudur. Aile hekimleri kendilerine bir yer gösterilemediği takdirde, aile sağlığı merkezi (ASM) olabilecek bir yer bulmalı, yer seçiminde kullanıcıları memnun etme düzeyini dikkate almalı ve seçtiği yeri kendi imkânları ile donatmalıdır.

Aile Hekimliği 15.09.2005 tarihinde pilot uygulama olarak Düzce’de başladı. Düzce’yi sosyalleştirmeyi en etkin biçimde uygulayabilmiş ve bu nedenle birinci basamak açısından en olumlu durumda olan Edirne, Denizli, Eskişehir, İzmir gibi iller izledi. İstanbul gibi BBSH bakımından en sorunlu iller ise sona bırakıldı. Yeni modele geçerken sağlık ocaklarının birikiminden yararlanmak akıllıca bir stratejiydi (**Öcek ve Soyer 2007; Pala ve Yavuz, 2005**). Üstelik birinci basamak sağlık emekçilerinin sağlık ocaklarının piyasa mekanizmalarına terk edilmesine karşı verdiği mücadelenin tüm ülkeye yayılmasının önlenmesi açısından da bu illerin en kısa zamanda aile hekimliğine geçirilmesi kritikti.

Birinci basamak emekçilerinin sosyalleştirmeyi koruma konusundaki direnci karşısında SB’nin en önemli yardımcısı DB stratejileri oldu. Çünkü Banka sadece reformlar için reçete hazırlamamış, sağlık çalışanlarının sürece nasıl uyumlandırılacağına formüllerini de Roberts ve arkadaşlarına (2004) yazdırdığı “Sağlık Reformunun Doğru Yapılması” başlıklı kılavuzunda sunmuştur. Yazarlar, okuyucularını sık sık reformların hizmetindeyken “siyasi olarak zeki” davranmanın utarılacak bir şey olmadığı konusunda uyarmaktadır. “Rahat olun, sıkılmadan uygulayın” denilen stratejilerin ilk grubu reforma karşı çıkan gruplardaki anahtar kişilerin pozisyon değiştirmesini sağlamaktır. Bunun için vaat (gelir düzeyi ve itibar artışı gibi), tehdit (işsizlik, itibarsızlık, güvencesizlik gibi) ya da duruma uygun olan diğer araçlar kullanılmalı ve bu kişiler reformu savunur hale getirilmelidir. Bir diğer başlık dostları güçlendirmeye, düşmanları zayıflatmaya yönelik stratejilerdir. Dostları yani reformu destekleyenleri güçlendirmek için para, personel veya tesis vermek; uzmanlıklarını artırmak için bilgi ve eğitim sağlamak; uluslarına bağlılıklarını vb vurgulamak gibi yollar önerilmektedir. Türkiye’de hekim dışı sağlık çalışanları için ağırlıklı olarak tehdit yöntemi kullanılırken (bizim kitap), hekimler açısından vaatler, özellikle de en az iki katlık gelir artışı epeyce etkili oldu, dostlar kısa süre içinde arttı, hatta dernekler kurarak biraraya geldi. Düşmanlar için önerilenler ise daha geniş kapsamlıdır: diğer kişileri onlarla yanyana durmama konusunda çeşitli araçlarla

uyararak kaynaklarını azaltmak, bunu yaparken de düşmanın meşruiyetine ve dürüstlüğüne saldırmak; bilgi sağlamayarak süreci izlemelerini önlemek; karar verici konumdaki kişilere erişimlerinin önüne geçmek; medyayı onlardan bahsetmeme konusunda yönlendirmek; uzman olmadıklarını, kendi isteklerine hizmet ettiklerini, ülkelerine sadakatsiz olduklarını vs. çeşitli ortamlarda vurgulamak. SB da DB'nin önerdiği şekilde bu stratejileri kendisini üzmeden, sıkmadan başarı ile uyguladı.

Aile hekimliği onca yıldır gündemde olmasına rağmen apar topar başladı. İşin toplumsal ayağını oluşturacak olan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ile ilgili yönerge Düzce'nin aile hekimliğine başladığı tarih olan 15 Eylül 2005'te yayınlanabildi. Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Halk Sağlığı Anabilim Dalları temsilcileri olarak gerçekleştirilen Düzce ziyareti sonucunda kamuoyu ile paylaşılan görüşler çok kaygı vericiydi (**Türk Tabipleri Birliği, 2006**). Özetle, uygulama öncesi hazırlıkların, uygulamaya yönelik değerlendirmelerin yetersiz, plansız ve bilimsellikten uzak olduğu; kamuya ait kurum ve donanımın yasal düzenlemesi belirsiz bir biçimde özel kullanıma sunulduğu; tedavi edici hizmetlerin öncelenerek koruyucu hizmetlerin ikinci plana itildiği belirtiliyordu. Fakat karmaşa ortamı devam etti. Her ne kadar geri planda tutulan bir kurum olsalar da TSM'ler sistemde ortaya çıkan tüm sorunların ve eksiklerin kapatılması için kullanılıyordu (**Özkavak, 2007**). TSM'lerin de sayıları sürekli değişiyordu. Örneğin Eskişehir merkezde başlangıçta üç TSM kurulmuş, eleştiriler üzerinde bir tane daha eklenmiş, tüm ilçe merkezlerine kağıt üzerinde birer TSM oluşturulmuş, hatta bir çok ilçede aile hekimleri aynı zamanda TSM sorumlu hekimi olmuştu (**Özkavak, 2007**). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Yönetmelikte de sık sık değişiklikler yapıldı. Isparta, Denizli, Gümüşhane ve Bayburt'ta bir kaç ay denenilen sevk sistemi daha sonra diğer illere de yaygınlaştırılması planlanırken süresiz olarak ertelendi. Belirsizliklik ve karmaşa ortamında her bir pilot ilin kendisine özgü modelleri ortaya çıktı.

Halk sağlıkçıların uyarılarına kulak asmayan SB 2007 yılında DSÖ'den pilot uygulamasını değerlendirmesini talep etti. DSÖ de Hollanda'daki işbirliği merkezini görevlendirdi. Herhalde yabancı uzmanlar da işlerin nasıl gittiğini bizzat görmek istiyordu (**Kringos ve ark., 2011**). O dönemde 13 ilde aile hekimliği uygulanıyor olmasına rağmen çalışma Sağlık Bakanlığı'nın tüm Türkiye'yi temsil ettiğini belirtmesi üzerine sadece Bolu ve Eskişehir'de yürütülmüştür. Kringos ve

arkadaşları aile hekimliğini BBSH'nin işleyiş özellikleri bakımından kapsamlı bir şekilde değerlendirmiş, ama ortaya başta örnek seçimi olmak üzere yöntemsel açıdan ciddi sınırlılıkları olan bir çalışma çıkmıştır. Diğer yandan Kringos ve arkadaşlarının (2011) uyarıları anlamlıdır; aile hekimleri ile toplum arasında bir bağ yoktur; yerel makamlarla düzenli toplantılarda biraraya gelen aile hekimi oranı düşüktür; sosyal çalışanlarla, dini grupların temsilcileri ile yeterince güçlü bir ilişki kurulmamıştır. Araştırmacıların saptamaları doğrudur. Fakat, zaten sistem aile hekimlerinden böyle bir bağ kurmasını beklememektedir. Kringos makalesini herşeyin çok iyi gittiğini belirterek bitirmiş, ama bulgular bölümünde hizmetler arası eşgüdümün hiçbir şekilde gerçekleşmediğini ve hizmet niteliğini değerlendirmeye yönelik bir çabanın olmadığını söylemeden edememiştir.

Bu dönemi pilot illerdeki durumu değerlendiren diğer çalışmaların sonuçlarına kısaca bakarak tamamlayabiliriz. İlk iki çalışmada Bolu ve Edirne'de aile hekimliği ile birlikte ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde gerçekleşen değişim LOT Kalite yöntemiyle değerlendirilmiş, yoksul ve güvencesiz grupların hizmetlerden yararlanmalarında anlamlı bir azalma saptanmıştır (**Alkoy, 2008; Eskiocak, 2008**). Üçüncü çalışmada Nesanır ve Erkman en az bir yıldır (15.09.2005-14.05.2007 tarihleri arası) aile hekimliği uygulamasına geçmiş 11 ilin 2000 ve 2007 arasındaki sağlık göstergelerini değerlendirmiştir (**Nesanır ve Erkman, 2010**). Araştırmacıların sonuçlarına göre sağlık göstergelerini aile hekimliğine geçilip geçilmediği değil, ilgili verinin performans kriterleri arasında olup olmadığı belirlemektedir. Yani değişimi aile hekimliğine geçiş değil, ceza uygulamaları açıklamaktadır. Fakat değişim her zaman olumlu yönde değildir. Örneğin Edirne'de 2005 yılında ortalama 11 olan gebe izlem sayısı 2007 yılında 4,6'ya düşmüştür. Bu, gebelerin artık sadece performansın gerektirdiği kadar izlenmesi anlamına gelmektedir. Son çalışma DB'nin önemli teknokratları arasında yer alan Rifat Atun'un birinci, Recep Akdağ'ın ise sonuncu yazar olduğu 2013 tarihli Lancet makalesinde yer almıştır. Bu makalede 2008 yılında aile hekimliğine geçmiş olan üç "pilot" ilin (Manisa, Erzurum, Karaman) ve "kontrol" illerinin (Aydın, Sivas, Nevşehir) verileri karşılaştırılmıştır (**Atun ve ark., 2013**). Yazarlar 2007 verilerini faz 1, 2009 verilerini ise faz 2 olarak adlandırmış, faz 1 için kontrol grubuna ve pilot gruba ait verilerin ayrı sunulması yerine ortak yüzdeler vermiş ve bu yüzdeleri her iki grubun faz 2 değerleri ile karşılaştırmıştır. Buna göre, her gün aşı yaptığını belirten hekim yüzdesi faz 1'de 60.6 iken, faz 2'de pilot illerde 93.4'e, kontrol illerinde ise

89.0'a çıkmış, pilot illerdeki gelişmenin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Performans cezaları dikkate alınırsa pilot illerdeki gelişme şaşırtıcı değildir. Üstelik kontrol illerinde de daha düşük düzeyde olsa da bir gelişme gerçekleşmiştir. Diğer yandan yazarların bulguları alanda gerçekleştirilen başışıklama hizmetlerinde önemli bir gelişme olmadığını, antenatal bakım hizmetlerinde anlamlı bir gerileme yaşandığını yansıtmaktadır. Bu da daha pilot aşamasındayken birinci basamağın alan çalışmasından çekilmiş olduğu anlamına gelmektedir.

Tüm ülkeye yaygınlaşma; 2010-2014

2010'un ikinci yarısı çok sayıda ilin aile hekimliğine geçişine sahne oldu. 2011'e geldiğimizde artık sağlık ocakları tamamen kapatılmıştı. Tüm ülkeye yaygınlaşma dönemi mevzuatın yeniden düzenlenmesi ile başladı. Önce 25.05.2010 tarihinde yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği" (**Sağlık Bakanlığı, 2010.a**) ile birlikte "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" kaldırıldı. Bunu 30.12.2010 tarihinde yayınlanan "Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" izledi (**Sağlık Bakanlığı, 2010.b**). Böylece 2005 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" de geçerliliğini kaybetti.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının görevleri tanımlanmış oldu. 20.12.2001 tarihli "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"de yer alan çok disiplinli birinci basamak ekibinin diğer üyeleri (örneğin dişhekimleri, psikologlar, sosyal çalışmacılar) TSM'ye bırakılmış, eczacılar birinci basamağın kapsamından tamamen çıkarılmıştı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde aile hekimleri için bildirilen tüm görevler sadece kayıtlı kişiler açısından geçerlidir ve sağlık ocağı hekimine göre oldukça dar kapsamlı bir görev tanımı ile karşılanmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2010a**). Sağlık ocağı hekimi, ocağın hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek, hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak, sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sorun ve öncelikleri saptamak gibi toplum yönelimli hekimliğin gerekliliklerinden sorumlu iken, aile hekiminin bu konudaki çerçevesi ASM'yi yönetmek, çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında TSM ile işbirliği yapmak, toplum ve çevre sağlığı ile ilgili durumları TSM'ye bildirmek ile sınırlı tutulmuştur. Fakat kişiye yönelik görevlerin kapsamı genişlemeye oldukça açık bir şekilde

tanımlanmıştır. Örneğin "Bakanlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik hizmetleri yürütmek ifadesi" eklenebilecek çok sayıda yeni görevin habercisi niteliğindedir. Yönetmelik aile sağlığı elemanını ise "Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru" olarak tanımlanmış ve farklı eğitimlere sahip olmalarına rağmen bu mesleklerin üyelerinden aynı görevleri yerine getirmeleri beklemiştir. Görev tanımlarındaki "aile hekimlerinin verdiği diğer görevleri yerine getirmek" ifadesi de aile sağlığı elemanlarına biçilen görevin aile hekimlerinin yardımcılığı olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu dönemde TSM'ler mevzuat değişimi açısından canlı bir süreç yaşadı. "Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde TSM Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" 26.01.2010 tarihinde yayınlandı (**Sağlık Bakanlığı, 2010c**). Kimi maddelerinin iptali için açılan dava sonucunda yönergede değişiklik yapıldı ve her ilçede ve İl merkezlerinde tek bir TSM kurulması, birden fazla TSM bulunan ilçelerdeki TSM'lerden müdürlükçe uygun görülen dışındaki TSM'lerin bir ay içinde kapatılmasına karar verilmiş oldu. Ardından 03.08.2011 tarihinde "TSM'lerin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" yürürlüğe girdi ve bir önceki yönerge yürürlükten kalkmış oldu (**Sağlık Bakanlığı, 2011**). Bu yönergede Danıştay kararına rağmen TSM'lerin sayısını sınırlayan madde değiştirilmemişti. Pek çok yönüyle hukuka aykırı olan bu yönerge de, Türk Tabipleri Birliği Hukuk Bürosu tarafından yargıya taşındı (**İstanbul Tabip Odası, 2011**). Üç ay sonra, yani 02. Kasım. 2011 tarihinde 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kuruldu ve illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri oluşturuldu. TSM ve ASM'lerin idaresi Halk Sağlığı Müdürlüklerine devredildi (**Sağlık Bakanlığı, 2017a**). Bunun da ardından 2012 yılında İlçe Sağlık Müdürlüğü kuruldu. Böylece TSM'ler Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün, İlçe sağlık müdürlükleri de İl Sağlık Müdürlüğü'nün taşra teşkilatını oluşturdu. Nüfusu 25.000 üzerinde olan her ilçede bir adet ilçe sağlık müdürlüğü kurulacağı ve 25.000 ile 50.000 arasında nüfusu olan ilçelerde TSM ve İlçe Sağlık Müdürlüğü'nü aynı kişinin yürüteceği, 25.000 altında ise TSM sorumlusunun olacağını belirtildi (**Sağlık Bakanlığı, 2017a**). Sonuçta, algılaması kolay olmayan bir bürokratik yapı oluşturulmuş, fakat daha sonra aktaracağımız gibi ilerleyen dönemlerde bu da değiştirilmiştir.

SB'nın aile hekimliğini ülke çapında yaygınlaştırdığı bu döneme başlarken işlerin nasıl gittiğini

araştırması oldukça mantıklıydı. Fakat Bakanlık konuyla ilgili literatürün sunduğu birinci basamağı ilk başvuru, kapsayıcılık gibi işlevleri açısından değerlendiren geniş yönetsel çerçeveden yararlanmak yerine, aile hekimliğini birinci basamağa özgü olmayan ve kavramsal yetersizliği nedeniyle çok ciddi eleştirilen hasta memnuniyeti aracılığıyla değerlendirmeyi tercih etti. Hasta memnuniyeti çalışmalarının popülerliğinin sağlık reformları ile birlikte arttığı, reformların en dolu dizgin gittiği ülkelerin memnuniyet çalışmalarında başı çektiği dikkate alınırsa Bakanlığın burada da belli bir reçeteyi uygulamaya devam ettiği anlaşılmaktadır (**Öcek, 2014**). Önce 2010'da, ardından 2011'de "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" çalışmaları yayınladı (**Akdağ ve ark., 2010, ; Akdağ ve ark., 2011**). İlk çalışmada aile hekimliğine geçen ve geçmeyen iller, ikincisinde de 2010 eylülünden önce geçmiş iller ile yeni geçen iller karşılaştırılmıştır. Her iki çalışma da örneklem grubu ve veri toplama yöntemi açısından kabul edilemez sistematik hatalar barındırmaktadır. Örneğin toplumun aile hekimliğinden memnun olup olmadığı sadece aile hekimlerine gelenlere, üstelik de nasıl seçildiği belli olmayan 10 kişiye sorulmuştur. Özet olarak bu döneme işlerin nasıl gittiğini gösteren sağlıklı niceliksel veriler olmaksızın başlanmıştır. SB aile hekimliğini tüm illere yaygınlaştığı 2010-2011 dönemi hakkında ülke düzeyinde bir durum analizi gerçekleştirilmemiş, ama en azından saha koordinatörlerinden işlerin nasıl gittiğini gözlemlenmesini istemiştir. Koordinatörler bunun üzerine kaleme aldıkları iki makalede (Üstü ve ark., 2011; Uğurlu ve ark., 2012) ciddi sorunlara işaret etmiştir: evde sağlık hizmetlerinin sunumu açısından iller arasında büyük farklar vardır; Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) bir sorun yumağı şeklindedir; aile hekimleri eczanelerin bile görebildiği raporları, tanıları, ilaçları görememektedir; TSM'lerin görev, yetki ve sorumlulukları belirsizdir, vb. Koordinatörlerin tanımladıkları en önemli sorunların ise işleyişteki aksamalardan değil, liste temelli örgütlenmeden kaynaklı olduğu görülmektedir. Bu sorunları makaleden alıntı yaparak aktarabiliriz: "AHBS'de kayıtlı bebek sayıları daha önce kullanılan Ev Halkı Tespit Fişi bazlı hedef nüfusların çok altındadır. Ayrıca AHBS'de kayıtlı bebek sayıları ile ASM'lerde takip edilen gebe-bebek sayıları da farklılık arz etmektedir. Tespiti geç yapılan gebeler ve aşısı geçmiş bebekler performans kaygısı nedeniyle sisteme kaydedilmemektedir." Bir haneyi bütüncül olarak değerlendirmenin önemini yeterince kavramamış olsalar da yazarlar ev halkı tespit fişlerinin eksikliğinden ilerleyen sayfalarda da bahsetmiştir; "... gelen bir kadının kocası kim,

çocuklar kimler, aile fertleri hangi aile hekimine kayıtlı, hekim sormadığı sürece bilinmemektedir. Önem-siz gibi görünen bu durum kalıtsal hastalıkların ta-kibi açısından önem arz edebilir." Bildirilen bir diğer sistem sorunu nüfusu az olan kırsal bölgelerde aile hekimliğinin yürümüyor olmasıdır.

İki bin on üç yılına geldiğimizde DB "Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar" başlıklı bir değerlendirme raporu yayınladı (**Dünya Bankası, 2013**). Özü performansa dayalı ödeme sisteminde yapılan yanlışların itirafından oluşan raporda yer alan "Performansa dayalı sözleşme modeli, sağlık hizmetlerinin kalitesinde klinik süreç boyutunu ele almamaktadır. Örneğin, doğum öncesi bakım göstergesi en az dört ziyaretin sağlanmasıyla ilgilidir, ama bu model ziyaretlerin klinik içeriğini odak alanı olarak görmemektedir. Bu nedenle, Türkiye'deki performansa dayalı sözleşme uygulamasının ana-çocuk sağlığı için 'miktar için öde' prensibiyle başlatıldığı söylenebilir." sözlerine katılmamak mümkün değildir. Fakat, sözlerin sahibinin aynı zamanda mevcut durumun mesulü olması tuhaf bir çelişkidir. Tuhaflıklar bununla sınırlı değildir. Bir yandan performansa dayalı ödeme sisteminin bir cezalandırma aracı olduğu açık bir şekilde belirtmiş, diğer yandan da "Prensipte aile hekimliği gibi gönüllülüğe dayalı bir sistemde cezaların sisteme katılımı olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Ancak, Türkiye bağlamında performans cezalarının katılımı olumsuz etkilediği yönünde çok az bulgu vardır. ..." yorumu yapılmıştır. Bu kaniya nasıl ulaşıldığına dair bir açıklama bulunmamaktadır. Raporda sevk uygulamasının sistemde bazı sorunlara ve aile hekimlerinin iş yükünde artışa neden olduğu için kaldırıldığı yazmaktadır. "Bazı sorunlar"ın ne olduğu ve neden ortaya çıktığı hakkında bir açıklama yapılmamış olması da DB'nin tercih ettiği değerlendirme düzeyini yansıtmaktadır.

DB raporu ile aynı yılda birinci basamakta nasıl bir değişim gerçekleştiğini aile hekimlerinin, aile sağlığı elemanlarının, TSM hekimlerinin ve ebe/hemşirelerinin yaşam deneyimleri ve algıları aracılığı ile tanımlamayı amaçlayan bir çalışma yürütülmüştür (**Öcek ve ark. 2013**). Niteliksel verilere dayanan çalışmanın bulguları, çok sayıda vatandaşın halen bir aile hekimine kayıtlı olmadığını; kapsam dışı olan kesimin büyük oranda mevsimlik işçiler, nüfus kaydı olmayanlar gibi BBSH'ne en çok gereksinim duyanlardan oluştuğunu; aile hekimlerinin performans cezasına yol açabilecek kişileri listelerine kaydetmek istemediğini, geçici yer değişimlerinde vatandaşların hizmet alırken zorlandıklarını, kırsal

bölgelerde yaşayanların ASM'lere ulaşamadığını; ebelerin alan çalışmalarının kalkmasının dezavantajlı kesimlere ulaşım aracının kaybı anlamına geldiğini, özetlersek hizmete erişim açısından ciddi eşitsizliklerin yaşandığını göstermiştir. Hizmete erişebilenler açısından ise ASM'ler genellikle ilk-başvuru noktası olarak değil, ilaç yazdırma, rapor alma, ikinci basamakta istenen tetkikleri yaptırma amacıyla kullanılmaktadır. Ankara'da yapılan bir çalışmada ASM'lerden hizmet alan vatandaşların %44'ünün başvuru nedenini reçete yazdırma olarak belirtmiş olması bu bulguyu desteklemektedir (**Aycan ve ark., 2013**). Görüşülen aile hekimleri kayıtlı hastalarının bir bölümü ile ilişkilerinin sürekliliği geliştiğini bildirmiştir. Fakat bunun bedeli tüm topluma karşı duyulan sorumluluk algısının erozyona uğraması olmuştur. Tüm katılımcıların ifadeleri negatif performans uygulanan hizmetlerdeki gelişmenin sadece niceliksel açıdan olduğunu; performans sistemi dışındaki hizmetlerin ikinci planda kaldığını; özellikle aile planlamasında önemli gerileme yaşandığını; bulaşıcı hastaların bildirilmediğini; evde bakım hizmetlerinin ve gezici hizmetlerin amacına ulaşmaktan çok uzak olduğunu ortaya koymuştur. Görüşülen aile hekimlerinin önemli bölümü hastalarının diğer kurumlarında aldıkları hizmetlerden haberdar olmadıklarını, dolayısıyla bakımın bütüncülüğünü sağlayan bir rol oynayamadıklarını aktarmıştır. ASM'ler ile TSM'ler arasında bütünlük sağlanamamış, TSM'ler aile hekimleri için hem işgücü hem de malzeme açısından depo işlevi gören, temel işlevi sistemde ortaya çıkan tüm açıkları kapatmak olan, toplum sağlığı hizmeti üretmek için gerekli tüm araçlardan ise yoksun idari kurumlar olarak kalmıştır (**Öcek ve ark., 2013**). 2015 yılının başında Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolunun gerçekleştirdiği Birinci Aile Hekimleri Buluşması'nın raporunda da bu sonuçlar ile çok benzer bir tablo tanımlamıştır (**Ulutaş ve ark., 2015**). Katılımcı aile hekimleri özetle, mesailerinin büyük bölümünü poliklinik hizmetlerinin oluşturduğunu, koruyucu hekimlik açısından uygun bir ortamın bulunmadığını, ASM'lerin alt yapı ve insangücü dâhil tüm kaynaklarının özelleşmiş olduğunu, nüfus hareketliliği nedeniyle liste sisteminin sorunlara yol açtığını, aile hekimine kayıtlı olmayan grupların ASM'lerden hizmet alamadıklarını, ilaçlardan alınan katkı paylarının yoksulların hizmete erişimini engellediğini, kurumlar arası koordinasyon yetkilerinin olmadığını, performans sisteminin hiçbir şekilde beraberinde nitelikli hizmet sunumunu getirmediğini ve TSM'ler ile önemli işbirliği içinde çalışmadıklarını açıklamıştır.

BBSH açısından yukarıda tanımladığımız tablo yaşanırken aile hekimleri de kendilerini başlangıçtaki vaatlerden oldukça farklı bir konumda bulmuştur. Aile hekimlerinin yorgunluk ve bezginlik içinde olduklarını 2011 yılında gözlem yapan SB'nin saha koordinatörleri bile bildirmeden edememiştir. İşletmecilik, esnek çalışma, yalnızlık, rekabet, tükenmişlik, güvencesizlik gibi kavramların yaşamlarına her geçen gün daha fazla nüfuz ettiği aile hekimleri işle ilgili kararlara katılamamak, çalışma düzeni ve hızında söz sahibi olamamak; çalışma koşullarındaki ve sorumluluklardaki belirsizlikler, performans cezası baskısı gibi sorunların karşısında tükenmişlik noktasına gelmiştir (**Ulutaş ve ark., 2015**). Aile sağlığı elemanları ise aile hekimleri ile birlikte yaşadıkları aşırı iş yoğunluğu, düzensiz çalışma saatleri, özlük hakkı kayıpları gibi sorunlara ek olarak mesleki kimliklerinin gasp edilerek hekim yardımcısı konumuna getirilmiş olmanın ve artık hekimlerle ekip arkadaşı değil, işveren-işçi ilişkisi içinde bulunmanın sıkıntısını yaşamaktadır. Sorunlar sadece ASM çalışanları ile sınırlı değildir. TSM'lerde görev yapan hekimler, hemşireler ve ebeler de mesleki tatmin son derece olumsuz bir durumda olduklarını açıklamıştır.

Değişen planlar ve bozulan aralar; 2015 ve sonrası

Aile hekimleri 2015 yılına grevler ve mitingler ile girdi. Mayıs ayında gerçekleştirilen üç günlük grevde Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Sendikası Başkanı Dr. İlknur Çabuk sıkıntılarının sadece kendilerine dayatılan nöbet sistemi değil, ağır çalışma koşulları, iş güvencelerinin ve emeklilik haklarının ellerinden alınması olduğunu açıkladı (**Medikal Akademi web sayfası, 2015**). Dönemin bakanı Müezzinoğlu, nöbetlere gösterilen tepkinin ideolojiden ya da bencillikten kaynaklandığı yorumunu yaptı ve "aile hekimi tapu memuru gibi çalışamaz" dedi (**Habertürk, 2015**). Aile hekimleri SB'nin 2016'da gündeme getirdiği Halk Sağlığı Merkezlerinin de kendileri için bir nöbet yükü anlamına geldiğini düşünüyordu (**Hürriyet web sayfası, 18.04.2016**). Bu merkezlerin içinde ASM ve ASM nöbet alanları bulunacağına açıklandığı dikkate alınırsa kaygıları haksız değildi. Fakat SES ve Genel Sağlık İş Sendikası'nın açtığı dava üzerine Danıştay 2017 yılının başında Halk Sağlığı Merkezlerinde aile hekimleri, aile sağlığı elemanları ve TSM personeline nöbet tutulmasını hükmeden genelgenin yürütmesini durdurdu (**Birgün web sayfası, 12.01.2017**). Zaten bu karardan önce 25 Mayıs 2016'da Müezzinoğlu görevini Recep Akdağ'a devretmişti, yeni bakan da Halk Sağlığı Merkezlerinden değil, başka bir kurumdan yani Sağlık Yaşam Merkezlerinin bahsediyordu. Akdağ,

aile hekimlerini her ay nöbet tutmak zorunda olmalarıyla söyleyerek kısmen de olsa rahatlatmaya çalıştı, sayılarının artacağını böylece yüklerinin azalacağını söyledi, diğer yandan da kronik hastalıklarla ilişkili yeni performans kriterlerinin ilk sinyallerini verdi (**memurlar.net, 2016**). Fakat Akdağ'ın bakanlığı bir önceki dönemi kadar uzun sürmedi ve koltuğunu 19 Temmuz 2017'de Ahmet Demircan'a devretti. Demircan ayağının tozuyla yaptığı açıklamada aile hekimliğini mercek altına aldığını, verimliliğini arttırmak için ne gerekiyorsa yapılacağını açıkladı (**TRT Haber web sayfası, 2017**).

Aile hekimleri açısından yukarıda özetlenen süreç yaşanırken TSM'ler 2015 ve sonrasında eskisinden de yoğun bir belirsizlik dönemine girdi. Aslında TSM'ler 2015'e yeni bir yönetmelik ile başlamıştı; TSM ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (**Resmi Gazete web sayfası, 2015**). Fakat yönetmelikte TSM hekiminin görevi fazlasıyla genel ifadelerle tanımlanmış, ebe, hemşire ve sağlık memurunun görevlerinin önemli bölümü belli bir alandaki çalışmaya katılmak veya görev almak şeklinde ifade edilmiş, sağlık evi personeli hizmet yönünden bölgesinin bağlandığı aile hekimine; idari yönden TSM'ye bağlanmış, bunun sonucunda da birbirinden oldukça farklı yapıda ve farklı yeterlilikler gerektiren görevler ile karşı karşıya kalmıştır. 2016 yılının Mayıs ayında gerçekleşen Temel Sağlık Hizmetleri buluşmasında TSM hekimleri oldukça kaygı verici paylaşımlarda bulunmuştur (**Hasuder web sayfası, 2016**). Buna göre, TSM'ler halen ortaya çıkan beklenmedik sorunların çözümü için bir ara kurum olarak kullanılmaktadır, toplum tarafından tanınmamaktadır, çalışanları sağlık hizmeti ile ilişkili olmayan işlerde görevlendirilmektedir ve ciddi bir yılgınlık ve mutsuzluk içindedirler. TSM ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile daha önce TSM'lere entegre edilen Verem Savaş Dispanseri, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması gibi kurumlar TSM'lerin bağlı birimi haline geldi. Bunlara zamanla obezite, sigara bırakma danışmanlığı gibi birimler eklendi. Böylece TSM'ler başvuran kişilere aile planlaması danışmanlığı vermeye, kilo vermeleri ya da sigarayı bırakmaları için yardımcı olmaya başladı. TSM'lerin toplumsal hizmetleri sunmak üzere kurulduğunu hatırlarsak ortaya çelişkili bir durum çıkmış oldu. Fakat bu çelişkiyi sadece SB'nin TSM'ler aracılığı ile aile hekimlerinin eksiklerini kapatma çabası şeklinde yorumlamak yetersiz kalacaktır. Reççe Akdağ'ın sağlıklı yaşam merkezleri hakkındaki sözleri bakanlığın ajandasını yansıtmaktadır: *"Bu merkezlerde, bir diyetisyen, bir psikolog, bir diş hekimi, bir fizyoterapist olacak. Rehabilitasyon hizmetlerinin yapılabileceği salonlar olacak. Sağlık okuryazarlığını*

geliştirmek ve vatandaşlara, sağlıklı yaşam teşviki için malumatların verileceği eğitim salonları olacak. Bu bahsedilen bölgedeki 15-20 aile hekimimiz ve onların takip ettikleri kişiler, bu merkezlerden hizmet alacak" (memurlar.net, 2016). Sonuç olarak "Sağlıklı Yaşam Mottosu" üzerinden merkezin adı her ne konursa konsun toplum değil, birey ve başvuru odaklı, hizmet alımına dayalı yeni bir sağlık piyasasının inşası için ilk adımlar atılmaktadır.

Yeni bakan Ahmet Demircan daha ilk açıklamalarında AKP hükümetinin yaklaşık 15 yıllık ürünü olan bakanlık örgütlenmesini eleştirdi ve çok başlılığı değiştireceğini açıkladı (**TRT Haber web sayfası., 23 Ağustos 2017**). Gelişmeler hızlı bir biçimde gerçekleşti. Önce 25 Ağustos 2017 tarihinde 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, yaklaşık bir ay sonra da kararnameye dayanan genelge yayınlandı (**Sağlık Bakanlığı, 2017b**). Genelge ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu merkez ve taşra teşkilatlarının faaliyetleri, Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatının yöneticilerinin görevleri sona erdirildi. Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatına ait görevler İl Sağlık Müdürlüklerine aktarıldı. Genelgeyi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge'nin Eylül ayında yürürlüğe konması izledi (**Sağlık Bakanlığı, 2017c**). Yönergeye göre Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 24 daire başkanlığının ilki Aile Hekimliği, ikincisi de Toplum Sağlığı ve Eğitim başlığını taşıyordu. Bu iki daire başkanlığının da görev tanımında karşımıza çıkan kurumlar ASM ve TSM dir. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Dairesi Başkanlığı'nda ise TSM ifadesine rastlanmamakta, yine yeni bir kurum adı ile "Sağlıklı Hayat Merkezleri" ile karşılaşılmaktadır. Bu yazıda izleyebildiğimiz süreçte son olarak 7 Kasım 2017'de "Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge" yayınlandı (**Sağlık Bakanlığı, 2017d**). Yönergeye göre SB'nin taşra teşkilatı il ve ilçe sağlık müdürlüğünden oluşur. TSM'ler ilçelerde ve Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde kurulabilir, ancak ilçe sağlık müdürlüğünün bulunduğu ilçelerde TSM kurulmaz, bu ilçelerde TSM hizmetlerini ilçe sağlık müdürlüğü yürütür. TSM bünyesinde üreme sağlığı, verem savaş gibi birimler oluşturulabilir. Toplam nüfusu 500'ün üzerinde olan belde, köy ve mezralarda sağlık evleri açılabilir ve bir sağlık evine birden fazla belde, köy ve mezra bağlanabilir. Sağlık evleri idari yönden ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezine, hizmet yönünden ise aile hekimlerine bağlı birimlerdir. Görüldüğü gibi ortaya, çok başlılığı kaldırmayan, yeni karmaşalara yol açan, üstelik

halen geçerli olan mevzuatla çelişen bir durumdan başka bir şey çıkmamıştır. TSM'lerin payına düşen ise her zamanki gibi belirsizlik olmuştur.

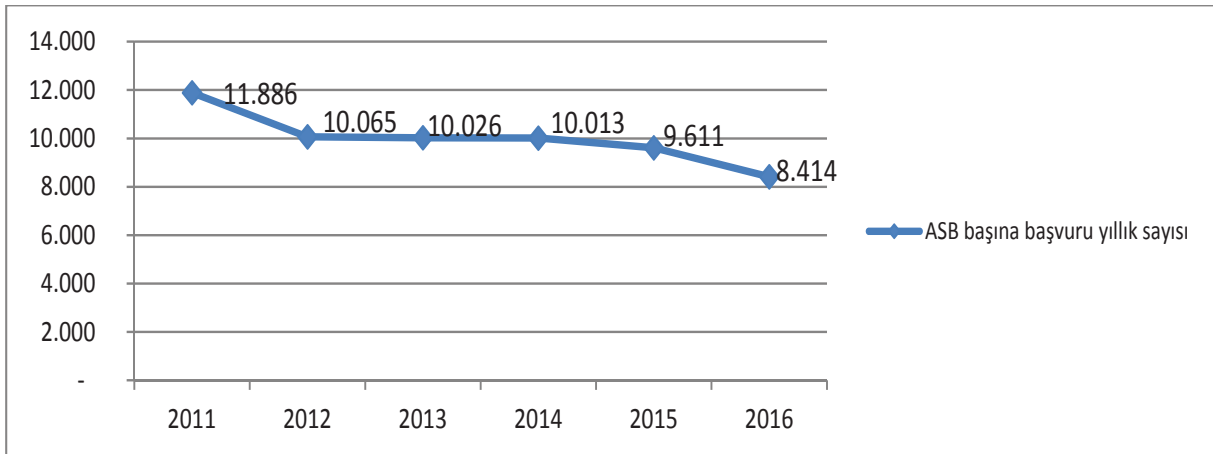
Veriler aracılığı ile 2011'den bu yana aile hekimliği

Aile hekimliğini SB'nın verileri aracılığı ile değerlendirmeye çalıştığımızda karşımıza gerçekleştirilen hizmetler açısından etkileyici bir başarı öyküsü çıkmaktadır. Örneğin 2016 yılında Batı Marmara'da tüm aşuların kapsayıcılığı %100 dür. Ege, Doğu Marmara ve Batı Akdeniz'de sadece bir kaç aşı için kapsayıcılık %98-99 düzeyinde kalmış, diğerlerinde %100'e ulaşılmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2017.e**). Diğer yandan yine SB (**2013**) verilerine göre 2006-2011 arasında kızamık bulaşıklama oranları %96-98 arasında iken, 2013 yılının ilk dört ayında gerçekleşen 1-4 yaş arası kızamık vakalarının %43'ünün aşısız olduğu açıklanmıştır (**Dünya Sağlık Örgütü, 2013**). DB'nın bile hizmet niteliği ile ilgili kaygılarını ifade ettiği, performans cezalarının hizmet sunumu ile ilgili kaygıların önüne geçebildiği, performans kriterlerine dâhil olmayan hizmetlerin durumunun tamamen meçhul olduğu bu koşullarda hizmetlerle ilgili bir değerlendirme hataya fazlasıyla açıktır. Bu nedenle aile hekimliğinde kurum sayıları ve hizmet kullanımı bakımından yapılan bir değerlendirme ile sınırlı kalmak uygun olacaktır.

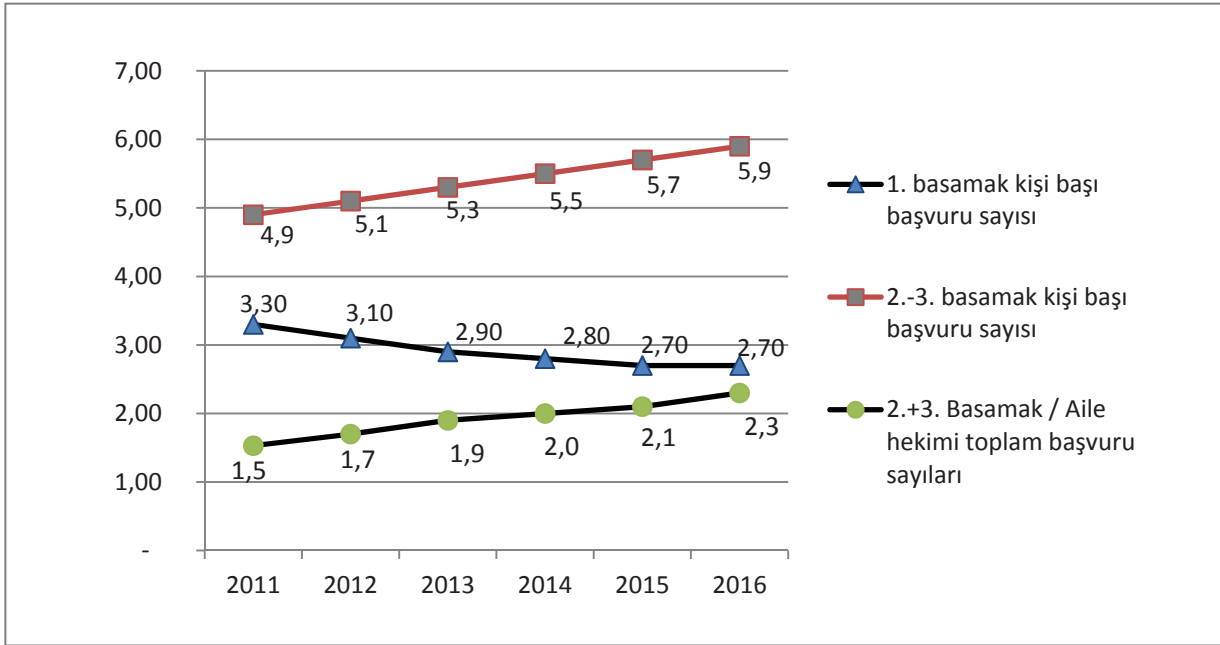
Türkiye'de 2011-2016 yılları arasında aile sağlığı birimi sayısı 20.126'dan 24.428'e, ASM sayısı 6.520'den 7.636'ya çıkmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2016; 2017e**). TSM sayısı ise 2011'de 957 iken, 2014'de 970'e çıkmış ve bu sayıda sabitlenmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2016, 2017e**). 2015 yılına ait verileri sunan Sağlık İstatistikleri Yıllığında aile hekimine düşen kişi sayısı açısından iller arasında bin kişilik farklar görülmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2016**). Aile hekimi başına

düşen kişi sayısı Hakkari'de 4425, Yalova'da 4017, İstanbul'da 3953 iken, Bartın'da 2980, Bayburt'ta 3021, Yozgat'ta 3034 dür. Türkiye ortalamasının 3629 olduğunu dikkate alırsak, tüm illerde sayıların genel olarak kabarık olduğu sonucuna varabiliriz. Sorun tabii ki kişi sayıları arası farklar ile sınırlı değildir. Hakkari'deki bir aile hekiminin listesinde yer alan 4425 kişinin demografik özelliklerinin ve sağlık gereksinimlerinin liste büyüklüğü sırasında kendisini izleyen Yalova'dan son derece farklı olduğu açıktır.

SB, genellikle sağlık hizmeti kullanımındaki artışı önemli bir başarı ölçütü olarak gösterir, bunu uluslararası durum ile karşılaştırıp, iyiye doğru gittiğimizin müjdesini verir. Oysa bu ölçüt, hizmetlerin ne amaçla kullanıldığını ve hangi nitelikte gerçekleştiğini bilmediğimiz zaman çok anlam ifade etmez, yapabileceğimiz tek yorum sağlık reformlarının önemli bir bileşeni olan "kısırlanmış talep" yaratma stratejisinin başarıya ulaştığı olur. Son yıllar içinde aile hekimliğinde bu açıdan ilginç bir durum yaşanmaktadır. Aile hekimliği ile birlikte sağlık ocaklarının devam ettiği son yıl olan 2010'da bu iki kurum tipine yapılan toplam başvuru sayısı 193.605.212 iken, bir yıl içinde 240.298.753'e çıkmıştır. Bu çok ciddi bir artıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2016**). Fakat ilerleyen yıllarda durum değişmiştir. Bu değişimi görmek için basit bir hesap yapabiliriz; aile hekimlerine yapılan yıllık toplam başvuru sayısını o yıla ait aile sağlığı birimi sayısına bölersek birim başına gerçekleşen ortalama başvuru sayısını elde ederiz. Bu sayının yıllar içindeki değişimini Grafik 1 aracılığı ile izleyebiliriz. Buna göre, 2011'den sonra sayı azalmış, 2012-2014'de bir miktar sabit kalmış, fakat 2015'den sonra azalmıştır. Aile sağlığı birimi sayısındaki artış bu azalmayı kısmen açıklasa da kullanımı ikinci ve üçüncü basamak ile karşılaştırdığımızda durum daha iyi anlaşılmaktadır. Grafik 2'de görüldüğü



Şekil 1. Yıllara göre aile sağlığı birimi başına gerçekleşen başvuru sayısı



Şekil 2. Yıllara göre birinci basamakta, ikinci ve üçüncü basamakta kişi başına başvuru sayıları ve ikinci ve üçüncü basamak başvurularının aile hekimi başvurularına oranı

gibi 2011-2016 arasında aile hekimlerine ve TSM'lere yani toplu olarak birinci basamağa yapılan kişi başına başvuru sayısı azalmış, ikinci ve üçüncü basamağa yapılan başvuru sayısı ise artmıştır. Grafikteki üçüncü çizgi ikinci ve üçüncü basamağa bir yıl içinde yapılan toplam başvuru sayısının aile hekimlerine yapılan toplam başvuru sayısına oranını göstermektedir. Buna göre 2011 yılında ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı aile hekimi başvurularının 1.53 katı iken, 2016'da 2.29 katıdır. Sonuç olarak, sayılar bize Türkiye sağlık sisteminin birinci basamak değil, uzmanlık hizmeti merkezli olduğunu ve bu durumun giderek güçlendiğini göstermektedir.

Sonuç: Birinci basamak artık başka bir şey olmuştur

Türkiye sosyalleştirme modeli ile birlikte toplum yönelimli ve eşitlikçi birinci basamak sağlık hizmetlerine sahip olma fırsatını yakalamış, ama bu fırsattan yararlanmamayı tercih ederek aile hekimliği modeline geçmiştir. Aile hekimliğine geçiş basit bir örgütlenme modeli değişimi değildir. Sosyalleştirme yaşamın tüm alanlarını kapsamış, hizmetlerini toplum içinde örgütlemiş, herhangi bir sosyal özellik ayırt etmeksizin herkese hizmet vermeyi hedeflemiş, ekip çalışmasını temel almış ve diğer toplumsal yapı, kurum ve kuruluşlarla eklenmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2007). Aile hekimliği modeli ise birinci basamağın bütüncül yaklaşımı ile en baştan ters düşerek sağlık hizmetlerini bireysel ve toplumsal olarak ayırmaya çalışmıştır. ASM'ler

belli bir nüfusu, dolayısıyla toplumsal sorumluluk alanı olmayan, sorunlu hastaları dışlama eğiliminde ortaklaşan, sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösterecek verileri elde etme ve toplumun sağlık sorunlarını yerinde saptama olanağından yoksun, bireysel düzeydeki koruyucu hizmetleri bile performans gereklilikleri ile sınırlı olan, müşteri memnuniyeti odaklı kurumlardır. Uzun süre TSM'ler aracılığı ile göstermelik yürütülen toplumsal hizmetler ise yakın zamanda yeni bir piyasa alanı olarak keşfedilmiştir. Bu ortamda aile hekimleri de sağlık ocaklarının pratisyen hekimlerinden "başka bir şey" olmuştur. Gelir düzeyi, motivasyon, prestij açısından bir dizi sorun ile karşı karşıya olan ama en alttakilere hizmet ulaştırmanın tatminini yaşayan pratisyen hekimlerin yerini artık kar-zarar oranı hesabı yapan, gerektiğinde bina kiralayan, yanında işçi çalıştıran, ihaleye giren, işletmeci aile hekimleri almıştır. Üstelik aile hekimleri aşırı ve belirsiz iş yükü, esnek çalışma, yalnızlık, gelecek ve gelir güvensizliği nedeniyle eskisinden de daha mutsuzdur. Aile sağlığı elemanları da artık hekimlerin birlikte çalıştıkları ekip arkadaşları değildir. Birisi patron, diğeri işçi olmuştur. Üstelik işçi olan taraf mesleki kimliğini de kaybetmiştir. TSM çalışanları ise hem mesleki kimliklerini hem de geleceklerini tanımlayabilmekten çok uzak bir noktadır. Sonuç olarak AKP hükümetinin geldiği 15. yılda artık birinci basamak, birinci basamak olmaktan çıkmış, başkalaşmış ve piyasa yönelimli başka bir tercih olmuştur. Şimdi sırada aile hekimi sayısını arttırarak, rekabeti

ve müşteri memnuniyeti odaklı hizmet sunumunu güçlendirmek, güvencesiz, esnek ve kural dışı çalışma koşullarını daha da yerleşik hale getirmek ve sağlık emekçilerinin mesleki bağımsızlığını tamamen yok etmek gelmektedir. DB reçetelerini uygulayan diğer ülkelerde gördüğümüz sigorta kurumları ile aile hekimlerinin pazarlığa dayalı sözleşmeler yapması ise piyasalaşma sürecinin bir diğer önemli adımı olarak beklenmektedir. Bu nedenle mevcut durumda yapılacak bazı düzenlemeler ile herhangi bir düzelmeye beklemek, bu tercihi birinci basamağa benzetmek mümkün değildir. Yapılabilecek olan tek şey tüm ilkelere bütünlüğü ve birlikteliği korunan, ekip çalışmasına dayalı, piyasa unsurlarından tamamen arınmış, toplum yönelimli birinci basamağı savunmaya devam etmektir.

Kaynaklar

Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., Bulut Demirok, A. (2010) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Ateşoğlu, D., Çiftçi, E., Tuncel, T. (2011) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aksakoğlu, G., Giray, H. (2007) Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm, Mevzuat, 2(21-22): 3-12.

Alkoy S. (2008) Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin ve Sağlık Hizmet Kullanma Davranışının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Rapor, Bolu.

Appleton, K., House, A., Dowell A. (1998) A Survey Of Job Satisfaction, Sources Of Stress And Psychological Symptoms Among General Practitioners in Leeds, *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1061.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazhoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ R. (2013) Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *Lancet*, Jul 6;382(9886):65-99

Aycan, S., Özkan, S., Avcı E., Özdemirkan T., Çivil E.F. (2013) Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Onsekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Memnuniyet Değerlendirmesi. *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 27(6): 449-455.

Belek, İ., Belek, H. (1998) Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Finansman, Kurumlar, İnsangücü Ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13 (5): 322-7.

Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A. (2001) Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve

Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 16(6): 470-478.

Birgün web sayfası. (12.01.2017) HASAM'larda Nöbete Son. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <https://www.birgun.net/haber-detay/hasam-larda-nobete-son-142873.html>.

Brekke, K.R., Straume, O.R. (2017) Competition Policy for Health Care Provision in Norway, *Health Policy*. Feb;121(2):134-140. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.11.013. Epub 2016 Nov 23.

Buciuniene, I., Blazeviciene, A., Bliudziute, E. (2005) Health Care Reform and Job Satisfaction of Primary Health Care Physicians in Lithuania, *BMC Family Practice*, 6:10.

Carlsen, B., Norheim O.F. (2005) "Saying No Is No Easy Matter" A Qualitative Study of Competing Concerns in Rationing Decisions in General Practice, *BMC Health Services Research*, 5: 70.

Cohen, L., Musson, G. (2000) Entrepreneurial Identities: Reflections from two Case Studies, *Organization*, 7(1): 31-48

Czachowska, S., Pawlikowskab, T. (2011) These Reforms Killed Me: Doctors' Perceptions of Family Medicine During The Transition from Communism to Capitalism, *Family Practice*, 28:437-443.

Çiçeklioğlu, M. (1999) 0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 14(5):322-33.

Devlet Planlama Teşkilatı. (1995) Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/3/plan7.pdf>.

Dünya Bankası. (1997) Turkey - Primary Health Care Services Project. World Development Sources, WDS 1997-2. Washington, DC: World Bank. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://documents.worldbank.org/curated/en/344201468782111723/Turkey-Primary-Health-Care-Services-Project>.

Dünya Bankası. (2013) Turkey Performance Based Contracting Scheme in Family Medicine - Design and Achievements. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <http://data.euro.who.int/cisid/Default.aspx?TabID=307522.17.04.2013>.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. (2013) Erişim Tarihi 04 Kasım 2014, <http://data.euro.who.int/cisid/Default.aspx?TabID=307522.17.04.2013>.

Eskiocak, M. (2008) Edirne'de Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Kişiyönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Değişim, Yayınlanmamış Rapor, Edirne.

Glenngård, A.H., Anell, A., Beckman, A. (2011) Choice of Primary Care Provider: Results from a Population Survey in Three Swedish Counties, *Health Policy*, 103(1):31-7.

Habertürk web sayfası. (21.05.2015) Bakan Müezzinoğlu: Aile Hekimi Tapu Memuru Gibi Çalışamaz. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1081039-bakan-muezzinoglu-aile-hekimi-tapu-memuru-gibi-calismamaz>.

Hasuder web sayfası. (2016) 8. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması. 6-7 Mayıs 2016. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <https://hasuder.org/anasayfa/index.php/cal-sma-gruplar/sagl-k-ekonomisi/413-8-temel-sagl-k-hizmetleri-bulusmas-onuc-raporu>.

- Hassoy, H., Çiçeklioğlu, M.** (2005) İzmir İli Gülyaka Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-6 Yaş Çocukların Sağlık Hizmet Kullanımları ve Etkileyen Faktörler, *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 20(5): 361-71.
- Hürriyet web sayfası.** (18.04.2016) Halk Sağlığı Merkezleri Yeni Bir Proje Değil. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <http://www.hurriyet.com.tr/hasam-yeni-bir-proje-degil-40090666>.
- İstanbul Tabip Odası, Hukuk Bürosu websayfası.** (23.09.2011) "Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge" yürürlüğe girdi. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <https://www.istabip.org.tr/2228-toplum-sal-merkezleri-kurulmas-ve-caltrlmasna-dair-yoenerge-yuerueluee-girdi.html>.
- Kılıç, B., Aksakoğlu, G.** (2002) Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulanması Yanlıştır! *Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 17(5): 338-343.
- Kringos, D.S., Boerma, W.G., Spaan, E., Pellny, M.** (2011) A Snapshot of the Organization and Provision of Primary Care in Turkey, *BMC Health Services Research*, 11:90.
- Longlett, S., Kruse, J., Wesley, R.M.** (2001) Community-Oriented Primary Care: Historical Perspective, *Am Board Fam Pract*, 14: 54-63.
- Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R.B.** (2009) Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press.
- Meads, G.** (2009) The Organisation of Primary Care in Europe: Part 2 Agenda- Position Paper of the European Forum for Primary Care, *Quality in Primary Care*, 17: 225-34.
- Medikal Akademi web sayfası** (20 Mayıs 2015). Aile hekimlerinin 3 günlük grevi Türkiye genelinde yoğun katılımı sürüyor. Erişim Tarihi 25 Kasım 2017, <https://www.medikalakademi.com.tr/aile-hekimi-uc-gunluk-nobet-grev-eylemi/>.
- Memurlar.net.** (25 Ağustos 2016) Sağlıklı Yaşam Merkezi Sayısı 400'ê çıkacak. Erişim Tarihi 25 Kasım 2017, <https://www.memurlar.net/haber/607540/saglikli-yasam-merkezi-sayisi-400-cikacak.html>.
- Nesanır, N., Erkman, N.** (2010). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzwerinde Bu Sürece Bir Bakış. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 9 (5): 493-504
- NTV web sayfası.** (16 Kasım 2002) AKP Acil Eylem Planının Tam Metni. <http://arsiv.ntv.com.tr/news/188080.asp>.
- Nylenna, M., Gulbrandsen, P., Førde, R., Aasland, O.G.** (2005) Job Satisfaction among Norwegian General Practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23: 198-202
- Öcek, Z., Soyer, A.** (2007) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Öcek, Z.** (2014) Sağlık Bakanlığının Araştırmaları Vesilesi ile Hasta Memnuniyeti. *Toplum ve Hekim*, 29 (2): 118-128.
- Öcek, Z. (Editör), Çiçeklioğlu, M (Editör), Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M., Taner, Ş.** (2013) Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Özkavak, B.** (2007) Toplum Sağlığı Merkezleri, *Toplum ve Hekim*, 22 (6):472-474.
- Pala, K., Yavuz C.I.** (2005) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 20: 3: 162-171.
- Rechel, B., McKee, M.** (2009) Health Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. *Lancet*, Oct 3;374(9696):1186-95.
- Rechel B., Spencer N., Blackburn, C., Holland, R., Rechel B.** (2009) Impact of Health Reforms on Child Health Services in Europe: The Case of Bulgaria, *European Journal of Public Health*, 19(3): 326-330.
- Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N. J., Rechel, B.** (2011) Regulatory Barriers to Equity in a Health System in Transition: A Qualitative Study in Bulgaria, *BMC Health Services Research*, 11: 219.
- Resmi Gazete web sayfası** (5 Şubat 2015). Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Sayı 29258. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>.
- Roberts, M.J., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M.R.** (2004) Sağlık Reformunun Doğru Yapılması. Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Türkiye Cumhuriyeti Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/sarefdoyap.pdf>.
- Romøren, T.I., Torjesen, D.O., Landmark, B.** (2011) Promoting Coordination in Norwegian Health Care, *Int J Integr Care* 11(Spec 10th Anniversary Ed):e127.
- Sağlık Bakanlığı.** (1993) Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı.** (20.12.2001) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 sayılı yönerge). Sayı: 8597. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_20122001_2.pdf.
- Sağlık Bakanlığı Proje Destek Birimi web sayfası.** Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2004) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No. 5258. Resmi Gazete Sayı 25665, Tertip 5, Cilt 44. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2005.a) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete 06.07.2005, Sayı 25867. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/266,yonetmelikenyenipdf.pdf?0>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2005.b) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personel Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10507/aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-kapsaminda-saglik-bakanliginca-calistirilan-personele-yapilacak-odemeler-v-e-sozlesme-sartlari-hakkinda-yonetmelik.html>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2010.a) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Sayı: 27591, 25 Mayıs 2010. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://www.Saglik.Gov.Tr>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2010.b) Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. No:27801, 30 Aralık 2010. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, http://www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuatmetin_/3.5.20101237.Pdf.
- Sağlık Bakanlığı.** (2010.c). Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde TSM Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge.

- 26.01.2010. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1333,tsmyonerge27ocak2010pdf.pdf?0>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2011). Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. 03.08.2011. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1361,tsmyonergepdf.pdf?0>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2013) Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2012 Faaliyet Raporu. Erişim Tarihi 29 Mayıs 2013, <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/FaaliyetRaporu2012/faaliyet/index.html>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2016) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf.
- Sağlık Bakanlığı.** (2017.a) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf.
- Sağlık Bakanlığı.** (2017.b) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, <http://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/3b0189098c88461c861b3eba9c80bccb.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2017.c) 03 Ekim 2017 tarihli Genelge. Erişim Tarihi 25 Kasım 2017, <http://www.thsk.gov.tr/dosya/dokumanlar/hsgm-yonerge.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2017.d) Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. 7 Kasım 2017. Erişim Tarihi 25 Kasım 2017, <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11823,saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-pdf.pdf?0>.
- Sağlık Bakanlığı.** (2017.e). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi 11 Kasım 2017, <sb-2016-saglikistatistikleriyilligi.pdf>.
- Saltman R.B, Busse, R., Mossialos, E.** (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham: Open University Press.
- Starfield, B.** (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, New York: Oxford University Press.
- Stevenson, A.D., Phillips, C.B., Anderson, K.J.** (2011) *Resilience among Doctors Who Work in Challenging Areas: A Qualitative Study*, *Br J Gen Pract*, 61 (588): 404-10.
- Şahin, M., Eğri, M.** (1998) Malatya İli Yeşilyurt ilçesinde Halkın I. Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13(4): 300-309.
- Tasic V, Danilovski D, Guceve Z.** (2016) *The Child Health Care System of Macedonia*, *J Pediatr*, 177S:S127-S137.
- Türk Tabipleri Birliği** (2006) *Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları Birinci Baskı.
- TRT Haber web sayfası.** (23 Ağustos 2017) Sağlık Bakanlığı aile hekimliğini mercek altına alıyor. Erişim Tarihi 25 Kasım 2017, <http://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-bakanligi-aile-hekimligini-mercek-altina-aliyor-330425.html>.
- Üstü, Y., Uğurlu, M., Eğici T., Yıldırım, O., Örnek, M.** (2011) *Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları - I*, *Sağlığın Başkenti*, 50-54.
- Uğurlu, M., Eğici T., Yıldırım, O., Örnek, M., Üstü, Y.** (2012) *Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları - 2*, *Sağlığın Başkenti*, 50-54.
- Ulutaş., Y., Akbaba, Ö., Bozcalı, F., Ünal F., Taşçı, E.** (2015) *(Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu, 1. Aile Hekimliği Buluşması Raporu*, Nisan 2015. Erişim Tarihi 04 Kasım 2017, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ahk_bulusma.pdf.
- Whynes, D.K., Baines D.L.** (2002) *Primary Care Physicians' Attitudes to Health Care Reform*, *Health Policy*, 60(2): 111-32.