

# Aile hekimliğinin yol haritası

Ömer Çakkal

**S**D'nin bu sayısında dosya konusu olarak ele aldığımız aile hekimliği konusunu tam olarak anlamakta fayda var. Bu yazıda, Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın editörlüğünde hazırlanan "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" adlı kitapçık üzerinden ilerleyerek aile hekimliğinin tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışacağız. 2004 yılında yayımlanan kitapçığı; Dr. Sinan Korukluoğlu, Dr. Yusuf Üstü, Dr. İsmail Kasım, Dr. A. Reşat Doğusan ve

Dr. Hacı İmamağaoğlu birlikte hazırladılar. Kitapçık, 108 sayfadan ve 7 bölümden oluşuyor.

## Yeni bir uygulamanın inşası...

"Geçmiş reddederek değil, geçmiş değerlendirilerek yeni bir uygulama inşa etmeye çalışıyoruz..." Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın kitapçığın sunuşunda yer alan bu cümlesi hem gelecek eleştirileri göğüsleme, hem de genel bir vizyon çizme açısından öne çıkan bir ifade. Bakan Akdağ, uygulamayı, "Şimdiye kadar çözülmemiş so-

runlara çözüm bulma amacını gerçekleştirmede en önemli adımlardan biri" olarak tanımlıyor. Akdağ'a göre, artık dünya ülkelerinde genel kabul görmüş aile hekimliği uygulamasının her aşamasında, uygulamanın yapılıp yapılmamasını tartışmak yerine, nasıl yapılması gerektiğini tartışmak gerekiyor. Akdağ bunun için herkesi katkı sunmaya çağırıyor.

## Aile hekimi: Rehber, hizmet sunucusu ve koordinatör

Buradan itibaren öngörülen sistemi





daha iyi anlayabilme adına aradan çekilelim ve sözü kitapçığı hazırlayanlara bırakalım...

“... Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakültesinden mezun olan hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir. Başarılı bir sağlık sisteminde hizmetin sunumu kadar, hastalara yol göstericilik ve çeşitli hizmet sunucuları arasındaki koordinasyon da önemli yer tutmaktadır. Aile hekimleri bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde rehber, hizmet sunucusu ve koordinatör olarak görev yapacaklardır.

#### **Aile hekimliği uygulamalarından örnekler**

##### **Hollanda**

Sağlık harcamaları, kişi başı yıllık gelirin yüzde 9'unu oluşturmaktadır. Genel pratisyenlerin (aile hekimlerinin) yüzde 47'si serbest ve tek başına çalışmaktadır. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5 kez genel pratiisyene başvurmaktadır. Bir genel pratiisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2 bin 300'dür.

##### **Danimarka**

İki tip sigorta mevcuttur. Toplumun yüzde 97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile doktoruna veya aile doktorunun sevk ettiği

serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile doktorlarını 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile doktorlarını seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile doktorundan sevk zorunlulukları da yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Danimarka'da her aile doktoru ortalama bin 600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılınması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler ofiste veya evde yürütülmektedir. Danimarka'da şu anda 3 bin 300 aile doktoru vardır. Bir aile doktoru her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluşmaktadır. Aile doktoru ayrıca mesai saatleri dışındaki acil sağlık hizmetlerinden de sorumludur. Bunun için her bölgede mesai dışı nöbet sistemi uygulanmaktadır. O bölgedeki aile doktorları eşit olarak bu sorumluluğu paylaşmaktadır.

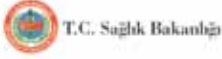
##### **İngiltere**

Aile hekimliği hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık otoritesinin ödediği miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağlığa ayrılan ödeneğin yüzde 30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliği uygulamalarına harcanmaktadır. Bütün sağlık harcamaları genel bütçeden vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Hastaların herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. Yılda yaklaşık 300 milyon doktor başvurusunun yüzde 95'i genel pratiisyenlere olmaktadır. Bunların da yüzde 90'ının te-

Yıllar yılı uzun kuyrukların ardından ulaşabildiğimiz devlet hastanelerindeki odalarında veyahut da pahalı kiralariyla ünlü semtlerdeki muayenehanelerde olan doktorların artık aile fotoğrafımıza girecek kadar yakınımızda olması hayal gibi bir şey. Aile hekimimiz Hasan Bey'in arada bir ziyaretimize gelmesi, çayımızı içmesi, derdimizi dinlemesi, “nasıl sağlıklı olunur” bize anlatması güzel bir hayal. Bakanlığın gündemindeki uygulamanın bunu sağlayabileceğine inanmak güç. Ama belki çocuklarımız... Acaba onlar o günleri görürler mi? Atılan adım bir kapı aralamaksa kapıyı aralamamak için mantıklı bir neden var mı?

davisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile doktoru ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin yüzde 12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Her bir genel pratiisyenin yılda bin 800 kayıtlı birey ile toplam 9 bin görüşme yaptığı görülmektedir. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Bazı şartları yerine getiren kişi kaydını yaptırabilir. Birinci basamak hekimleri için performans dayalı bir ödeme sistemi öngören yeni bir sözleşme, hekimlerin yüzde 70'inin katıldığı oylamada katılımcıların yüzde 80'i tarafından kabul görmüştür. Bu, İngiltere'deki birinci basamak hekimlerinin sundukları hizmetin kalitesine göre bir ödeme sisteminin kabul etmede ne kadar istekli oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.

# Aile Hekimliği Türkiye Modeli



## Polonya

Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8.00 ile 18.00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile doktorları 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır. Her hekimin 2 bin 500 hastaya ulaşıcaya kadar en az 2 hemşire çalıştırması zorunlu tutulmaktadır.

## Küba

Sağlık hizmetleri 68 binden fazla doktor eliyle verilmektedir. Bu doktorların 32 bini tüm kırsal alanı da kapsayacak şekilde aile doktoru olarak hizmet vermektedir. Yaklaşık olarak bin kişiye 6 hekim düşmektedir. Bir aile doktoru ise ülke ortalaması olarak yaklaşık 500 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile doktorlarının dört temel görevi vardır: Koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleri.

## Türkiye’de temel sağlık hizmetlerine bakış\*

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları başta Sağlık Bakanlığı ve SSK olmak üzere bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından Ankara’da yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan yaklaşık 650 hastane, 6 bin sağlık ocağı, 6 bin faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar Bakanlık tarafından yönetilmektedir. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir. Aynı sağlık hizmetleri, aynı ailelere, çok çeşitli kurum ve kuruluşa bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, kamu hastaneleri, kurum hekimlikleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastaneler tarafından verilmektedir. Bu da hizmetlerde çift uygulamalara veya işin sahibsiz kalmasına, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibidir. Bazı bakanlıklar, PTT ve Emniyet Genel Müdürlüğü gibi iktisadi kamu kurumları, bazı bankalar, Silahlı Kuvvetler, üniversiteler, bazı belediyeler, SSK gibi kurumlar kendi hastane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmiştir. Bu karmaşık yapı yüzünden yönetim ve denetim gücünün içinde sunulan hizmetlerin sunumu verimlilikten uzaktır. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştır. Bu durum ikinci basamak sağlık kurumlarında baş edilemez bir hasta yoğunluğuna, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunda tıkanmalara yol açmaktadır. Hastanelerdeki yığılmalar karşısında gayri resmi ödemeler gibi istenmeyen ve etik olmayan durumlar ortaya çıkmaktadır. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500’ün altına düşebilirken, bazı ilçelerde 15-20 binlere çıkabilmektedir.

## Sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar

Sağlık hizmetleri ülkeler arasındaki tanımlama ve organizasyon farklılığı nedeniyle bazen farklı algılanmakta, hatta tercüme farklılıklarından kaynaklanan karışıklıklar doğmaktadır. Karışıklığı gidermek için, Dünya Aile Hekimleri / Genel Pratisyenler Dernekleri Birliği olan WONCA, 2001 yılı kongresinde bir çalışma grubu toplamış, değişik yorum ve tanımlamaların ortak bir terminoloji altında birleştirilmesi için çalışmalar yürütmüştür. WONCA bu çalışmaların sonucunda belirlenen tanımlamaları “The European Definition of General Practice / Family Medicine” adı ile bir kitapçık halinde 2002’de yayımlamıştır.

## “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda birinci basamak sağlık hizmetleri

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri alanında iyi tasarlanmış ve performansla yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunduğunu söyleyemeyiz. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımını öğretir. Yaşlıların, varsa gebelerin periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir.” (Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985)

## Neden aile hekimliği?

Aile hekimi anne karındaki fetüsten, ailenin en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumludur. Kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır. Uygulanan ülkelerde aile hekimliği sayesinde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Örneğin İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıl arasındadır. Aile hekimi, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Birçok yanlış yönlendirmeyi, düzensizliği, gereksiz sağlık harcamasını, ikinci basamakta gereksiz yığılmayı, kuyrukları ve hasta mağduriyetini engeller. Aile hekimliğine dayalı hizmetin yürütülmesinde “hasta” değil “kişi”, anlayışı esas alınır.

## Aile hekimi / aile doktoru kimdir?

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık dalı bulunmasına rağmen, bu uzmanlık önceleri bir süre yabancı dil ile daha sonra ise bilim sınavıyla başlanabilen ve ihtiyacın altında uzmanlık öğrencisi alan bir bilim dalı olmaktan öteye geçememiştir. Bu yüzden aile hekimlerinin görev alanına giren hizmetler, pratisyen hekimler tarafından verilmektedir.

59. Hükümet iş başına geldikten sonra programında yer alan konularda çalışmalara başlamıştır. Sağlıkta öncelikli konulardan olan aile hekimliği ve Türkiye’de aile hekimliği uygulamalarına geçiş hakkında çeşitli toplantı ve çalışma grupları ile paydaşların görüşleri alınmıştır. Bu toplantılarda oluşturulan görüşler ve fikir alışverişleri sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir. Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.

## Yeni dönemde yapılanma nasıl olacak?

Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri

Yeni dönemde Sağlık Bakanlığı'nın görev ve yetkileri yeniden yapılandırılmaktadır. Bu görevler arasında sağlık hizmetlerinde ulusal ve uluslararası standartları belirleme, plânlama, denetleme ve eğitim ön plâna çıkmaktadır. Yeniden örgütlenmede temel prensiplerden biri yerinden yönetimin güçlendirilmesi olacaktır.

## Yerel sağlık idarelerinin görev ve yetkileri

Şu anda il sağlık müdürlüğü ile fiili olarak ilçe sağlık grup başkanlığı şeklinde örgütlenen yerel sağlık idareleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlı taşra teşkilâtıdır. Yeni düzenlemelerle bunların il özel idarelerine bağlı olarak örgütlenmesi söz konusu olabilecektir.

## Toplum sağlığı merkezleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerimizin örgütlenmesindeki çok parçalı yapı, sağlık ocakları gibi yatay örgütlenme modellerinin yanında AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi dikey örgütlenmelerin olması sağlık hizmeti sunmada belirsizliğe, karmaşıya ve israfa yol açmaktadır.

## Aile hekimliği uygulaması

### Eğitimi ve sertifikasyon

Avrupa Birliği, 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkararak bir tavsiye kararı almıştır. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan yeni döneme geçişte birçok ülkede uygulandığı gibi mevcut hekimler görev alacaktır. Dolayısıyla geçiş dönemi eğitimi büyük önem kazanmaktadır. Birinci aşama; yeni görev tanımlarını ve uygulamaları tanıtacak, yetki ve sorumlulukları aktaracak kısa süreli bir uyum eğitimini içermektedir. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitimin ardından başlar, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir.

### Çalışma saatleri ve izinler

Aile hekimi haftada 40 saatten az olmamak kaydıyla aktif görev yapar. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, diğer aile hekimleriyle nöbetleşe hizmetin devamlılığı sağlanır. Hekimler tam gün esasına göre çalışırlar. Gerekli

hallerde mesai saatleri dışında da ulaşılabilmesi beklendiğinden ayrıca serbest meslek icra etmesi veya başka bir iş yerinde çalışması pek uygun görülmemektedir.

## Aile hekiminin rutin takip ve muayeneleri

Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı tarafından, kayıtlı ailelerin evlerine belirli dönemlerde ev ziyareti yapılır. Ev ziyaretleri, toplumda güveni artıran bir yaklaşım olarak aile hekimliğinin benimsenmesine katkıda bulunur. Sevk zincirine girmek istemeyen hastalar zorlanamaz. Ancak sevk zincirine uymaksızın hastaneye başvurmayı tercih eden hasta, tahakkuk eden ücretin bir kısmını kendisi ödeyecektir. 1978 Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorununun yüzde 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Prensip olarak aile hekiminin diğer sağlık kurumlarına sevk oranları yüzde 20'nin üzerine çıkmamalıdır.

## Tetkik ve tahlil işlemleri

Aile hekimi, gerekli durumlarda öncelikle kan şekeri, karaciğer ve böbrek testleriyle ilgili basit tetkikler, kolesterol, idrar tetkiki, gaita, gaitanın mikroskopik incelenmesi, tam kan sayımı, kan grubu tayini, gebelik testi ve EKG gibi tetkikleri yapabilmelidir. Bu tetkiklerin mümkün olduğunca aile sağlığı birimi/merkezi içinde yapılabilmesi hizmeti kolaylaştırır.

## Aile sağlığı birimi / merkezi standartları

### Yerleşim

Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bina, sağlık hizmetlerinin çeşitine ve niteliğine uygun, hizmeti sunan ve kullananların memnuniyetine yönelik, fonksiyonel ve yapısal olarak belirlenen minimum standartları sağlayacak şekilde ve hizmeti kullanan nüfusun kolayca ulaşabileceği yerde olmalıdır.

- Binanın güvenli, uygun havalandırma ve aydınlatma imkânlarına sahip olması gerekir.

- Bekleme ve sekreter kayıt salonu olmalıdır.

- Hekim muayene odası en az 12 metrekare olmalıdır.

- Muayene odasından başka bir girişim odası bulunmalıdır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahaleler yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, jinekolojik muayene masası ve bu muayene ve girişimlerin ve acil müdahale malzemelerinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

- Hastaların kullanabileceği bir lavabo ve tuvalet olmalıdır.

## Personel

Tek hekimin olduğu birimlerde (aile sağlığı birimi) en az bir adet aile sağlığı elemanı bulunur. Bu eleman ebe, hemşire, sağlık memuru veya acil tıp teknisyeni olabilir. Aile sağlığı elemanı aile hekiminin her alanda yardımcısıdır; tıbbî hizmetlerin yanında hasta kayıtları, istatistik tutulması gibi işlemleri de yapar.

## Aile hekiminin alacağı ücret

Aile hekiminin geliri kendisini seçen hasta sayısı ile orantılı ücretin (kapitasyon, kişi başı ücretlendirme) ve hizmet destek ödemelerinin toplamından oluşacaktır. Aile hekimlerin ücretlendirilmesinde rol oynayan dinamikler, daha iyi bir ofis yönetimi, daha iyi bir organizasyon ve personel yönetimi yoluyla masrafların sınırlandırılması sonucunu doğuracaktır. Yani doktor-yöneticiler, mekânı, enerjiyi, tıbbî cihazları ve personeli daha verimli kullanabilecekleri bir modele doğru kayacaklardır.

## Sonuç

Türkiye'nin ekonomik anlamda kazandığı başarılarla rağmen vatandaşlarımızın sağlık seviyesi ülkenin ödeyebileceği ve sağlayabileceğinin altındadır. Ülkemiz sağlık sektörünün giderek yoğunlaşan sorunları, artık sektörün yeniden yapılanmasının kaçınılmazlığı ve bu yapılanmanın ertelenemezliğini açıkça ortaya koymaktadır. Mevcut sağlık hizmetleri arzının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği, sağlık göstergelerindeki olumsuz sonuçlar ve genel bir hoşnutsuzluk, bu olumsuzlukların doğal sonucu olmaktadır.”

## “Aile fotoğrafında hekime yer açılıyor”

Yukarıdaki ifade Nisan 2006 tarihli Radikal Gazetesinden Betül Kotan'a ait. Yıllar yılı uzun kuyrukların ardından ulaşabildiğimiz devlet hastanelerindeki odalarında veyahut da pahalı kiralariyle ünlü semtlerdeki muayenehanelerde olan doktorların artık aile fotoğrafımıza girecek kadar yakınımızda olması hayal gibi bir şey. Aile hekimimiz Hasan Bey'in arada bir ziyaretimize gelmesi, çayımızı içmesi, derdimizi dinlemesi, “nasıl sağlıklı olunur” bize anlatması güzel bir hayal. Bakanlığın gündemindeki uygulamanın bunu sağlayabileceğine inanmak güç. Ama belki çocuklarımız... Acaba onlar o günleri görürler mi? Atılan adım bir kapı aralamaksa kapıyı aralamamak için mantıklı bir neden var mı?

\* Yazıda sunulan bilgiler Aile Hekimliği Türkiye Modeli” adlı kitapçığın yayımlandığı 2004 yılına aittir.