Fonksiyonel Kıyaslama: Türkiye ve Hollanda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi

Functional Benchmarking: A Comparative Analysis of Primary Health Care Systems in Türkiye and the Netherlands

Büşra Bilik Sezer[1], Selim Sezer[2], Semiha Nur Mandaci[3], Gizem Limnili[4], Nilgün Özçakar[5]

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Türkiye ve Hollanda'daki birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütsel ve işleyiş özelliklerini fonksiyonel kıyaslama yöntemiyle karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Nitel bir araştırma tasarımı benimsenmiş olup, çalışma kapsamına literatür taraması, resmi kurumsal raporlar ve araştırmacılar tarafından Hollanda'nın Utrecht ve Maastricht kentindeki birinci basamak sağlık merkezlerinde gerçekleştirilen saha gözlemleri dahil edilmiştir. Veriler, karşılaştırmalı tablolar ve SWOT analizi teknikleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hollanda birinci basamak sağlık sistemi; entegre dijital altyapılar, yapılandırılmış randevu ve triyaj mekanizmaları ile hasta merkezli bakım sunan multidisipliner ekiplerden oluşmaktadır. Sevk sistemi titizlikle uygulanmakta olup, klinik karar destek sistemlerinin kullanımı yaygındır. Buna karşılık, Türkiye sistemi geniş erişilebilirlik sağlamasına rağmen, ekip temelli hizmetlerin sınırlılığı, dijital entegrasyonun gelişim aşamasında olması ve randevu sisteminin zorunlu olmaması gibi zorluklarla karşılaşmaktadır. Ayrıca tıp eğitimi, hizmet kapsamı ve hasta yönetim stratejileri açısından da belirgin farklılıklar saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'nin birinci basamak sağlık sistemi olan Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) etkinlik, sürdürülebilirlik ve hasta merkezliliğinin güçlendirilmesi için, Hollanda modelinden uygulanabilir politika derslerinin uyarlanması önem arz etmektedir. İyileştirme öncelikleri arasında dijital sağlık sistemlerinin entegrasyonu, multidisipliner ekip yapılarının yaygınlaştırılması, sevk mekanizmalarının güçlendirilmesi ve hasta iletişim platformlarının geliştirilmesi yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, fonksiyonel kıyaslama, sağlık politikası

ABSTRACT

Aim: This study uses functional benchmarking to compare primary health care services' organizational and operational characteristics in Türkiye and the Netherlands.

Methods: Adopting a qualitative research design, this analysis is based on a combination of literature review, official institutional reports, and field observations conducted by the researchers at primary care centers in Utrecht and Maastricht, the Netherlands. Data were analyzed using comparative tables and SWOT analysis.

Results: The Dutch primary care system comprises integrated digital infrastructures, structured appointments and triage mechanisms, and multidisciplinary teams that deliver patient-centered care. The referral system is also strictly implemented, and clinical decision support systems are commonly used. In contrast, while the Turkish system provides broad accessibility, it faces challenges such as limited team-based care, developing digital integration, and non-mandatory appointment systems. Significant differences were also identified regarding medical education, scope of services, and patient management strategies.

Geliş Tarihi/Received:20.11.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.06.2026 **DOI:** 10.57224/jhpr.1827283

[1] Iğdır Tuzluca Aile Sağlığı Merkezi, Iğdır, Türkiye, busrabilik@gmail.com; ORCID ID: 0009-0009-7646-6783

[2] Iğdır Tuzluca Aile Sağlığı Merkezi, Iğdır, Türkiye, selimsezer.1@gmail.com; ORCID ID: 0009-0008-7993-6050

[3] Yüksekova Aile Sağlığı Merkezi, Hakkari, Türkiye, snurmandaci@gmail.com; ORCID ID: 0009-0004-9579-1120

[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye; Gizem Limnili: gizem.limnili@deu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-2321-9182

[5]Nilgün Özçakar: nilgün.ozcakar@deu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0003-0434-214X

Sorumlu yazar/Correspondence: Büşra Bilik Sezer, busrabilik@gmail.com

Cite this article as: Bilik Sezer B, Sezer S, Mandacı SN, Limnili G, Özçakar N. Functional Benchmarking: A Comparative Analysis of Primary Health Care Systems in Türkiye and the Netherlands. J Health Pro Res 2026:109-119

Conclusion: To enhance the effectiveness, sustainability, and patient-centeredness of Türkiye's primary health care system, it is essential to adapt applicable policy lessons from the Dutch model. Key areas for improvement include integrating digital health systems, expanding multidisciplinary team structures, enforcing referral mechanisms, and developing patient communication platforms.
Keywords: Primary health care, functional benchmarking, health policy

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) , bireylerin sağlık sistemiyle ilk temasını sağlayan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin etkin biçimde yürütülmesinde temel konuma sahip sağlık hizmeti düzeyidir (1). Sağlık sistemlerinin performansını etkileyen temel bileşenlerden biri olarak BBSH, toplum sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır (2).

2000'li yılların başında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği Modeli benimsenmiş ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığıyla birinci basamak hizmet sunumu yeniden yapılandırılmıştır (3). Ancak sistem, ekip temelli hizmetlerin kısıtlılığı, hasta merkezli dijital sistemlerin sınırlı entegrasyonu ve artan hekim iş yükü gibi yapısal zorluklarla karşı karşıyadır (4).

Buna karşın, yüksek gelirli ülkelerden biri olan Hollanda, 1940'lı yıllarda temelleri atılmış, entegre, hasta merkezli ve güçlü bir birinci basamak sağlık sistemine sahiptir. Hollanda modelinde bireyler, kayıtlı oldukları aile hekimi (huisarts) aracılığıyla sağlık sistemine erişmektedir. Hizmetler; yapılandırılmış randevu sistemleri, yaygın dijital tıbbi kayıtlar ve bütüncül hizmet sunumunu sağlayan multidisipliner ekipler üzerinden yürütülmektedir (5,6).

Fonksiyonel kıyaslama, benzer işlevleri yerine getiren sistemlerin yapı ve süreçlerinin karşılaştırılması yoluyla en iyi uygulamaların belirlenmesini hedefleyen bir yöntemdir. Bu yaklaşım, kanıta dayalı politika önerilerinin geliştirilmesi için farklı sistemlerdeki başarılı çözümlerin yerel bağlama uyarlanmasına olanak tanır (7,8). Türkiye ile Hollanda birinci basamak sistemlerinin karşılaştırılması, mevcut güçlü ve zayıf yönlerin değerlendirilmesi ve sistematik iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesi açısından değerli bir fırsat sunmaktadır. Hollanda'nın kıyas ülke olarak seçilmesinin nedeni, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı bekçiliği, sevk zinciri, multidisipliner ekip yapısı ve dijital karar destek sistemleri açısından Avrupa'nın en güçlü örneklerinden biri olmasıdır. Kringos ve ark. tarafından Avrupa ülkelerini kapsayan çalışmada, güçlü birinci basamak sağlık sistemlerine sahip ülkelerde daha iyi sağlık sonuçları ve daha etkili sağlık hizmeti sunumu sağlandığı bildirilmiş, Hollanda bu alanda öne çıkan ülkeler arasında gösterilmiştir (5). Ayrıca OECD ve Avrupa Gözlemevi raporlarında Hollanda, erişilebilirlik, bakım koordinasyonu ve dijital entegrasyon açısından yüksek performans gösteren sağlık sistemleri arasında yer almaktadır (9). Hollanda modelinde aile hekimi sağlık sistemine giriş noktası olarak konumlanmakta; randevu, triyaj, kronik hastalık izlemi ve sevk süreçleri yapılandırılmış biçimde yürütülmektedir. Bu özellikler, Türkiye'de ASM sisteminin geliştirilmesine yönelik uygulanabilir politika dersleri çıkarılması açısından Hollanda'yı anlamlı bir karşılaştırma ülkesi haline getirmektedir.

Bu çalışmada, hizmet sunumu, sağlık iş gücü, finansman, dijital altyapı ve yönetişim boyutları üzerinden iki ülkenin birinci basamak sağlık sistemleri karşılaştırılmıştır. Çalışmanın temel amacı, Hollanda modelinden elde edilebilecek politika dersleri aracılığıyla Türkiye'deki ASM sisteminin geliştirilmesine yönelik öneriler sunmaktır.

YÖNTEM

Araştırma Tasarımı

Bu çalışma, Türkiye ile Hollanda'nın birinci basamak sağlık sistemlerinin fonksiyonel performansını karşılaştırmak üzere tasarlanmış nitel bir fonksiyonel kıyaslama çalışmasıdır. Araştırma, nitel araştırma desenlerinden karşılaştırmalı durum çalışması olarak yapılandırılmıştır. Hollanda'daki saha gözlemleri katılımcı olmayan gözlem niteliğinde olup, gözlemsel bulgular resmi raporlar, bilimsel yayınlar ve Türkiye'deki birinci basamak deneyimiyle birlikte değerlendirilmiştir.

Kıyaslama Çerçevesi

Fonksiyonel kıyaslama, bir kurumun hizmet, süreç veya performansını benzer işlevleri yerine getiren sistemlerle karşılaştırarak güçlü yönlerini tanımlamayı ve zayıf yönleri işaret ederek iyileştirilebilir fırsatları ortaya koymayı amaçlar. Bu araştırmada, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemlerini değerlendirmede kullandığı altı sağlık sistemi yapıtaşı modeli

olan hizmet sunumu, sağlık iş gücü, bilgi altyapısı, temel ilaç ve teknolojilere erişim, finansman ve yönetişim temel alınmıştır (10).Bu yapı, sağlık sistemlerinin çok boyutlu ve bütüncül biçimde incelenmesine olanak tanımıştır.

Araştırmacı Gözlem Deneyimi

Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi (EYFDM), 2005 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA Europe) Avrupa Bölgesi altında resmi gençlik yapılanması olarak kurulmuştur. EYFDM, genç aile hekimlerinin mesleki gelişimini desteklemeyi, uluslararası deneyim değişimini teşvik etmeyi ve iyi uygulamaların paylaşımını amaçlamaktadır (11).

EYFDM değişim programları kapsamında, erken kariyer aile hekimleri farklı ülkelerde kısa süreli klinik gözlem programlarına katılarak birinci basamak sistemlerinin işleyişine doğrudan tanıklık ederler. Bu programlar, sağlık politikaları, hasta demografisi, dijital araç kullanımı, halk sağlığı müdahaleleri ve tıp eğitimi sistemlerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesini sağlar (12,13).

Türkiye'den her yıl artan sayıda aile hekimliği asistanı ve uzmanı bu değişim programlarına katılmaktadır.

Bu bağlamda, EYFDM Değişim Programı, Türkiye aile hekimliği eğitim sisteminde dışa açılım ve sistem düzeyinde öğrenme açısından önemli bir platform oluşturmaktadır (Şekil 1).

Bu çalışma kapsamında üç araştırmacı (BBS, SS, SNM), Hollanda'nın Utrecht ve Maastricht kentlerinde bulunan birinci basamak sağlık merkezlerinde bir haftalık gözlem gerçekleştirmiştir (Şekil 2). Bu süre zarfında hasta kabul süreçleri, randevu sistemleri, ekip içi görev dağılımı, dijital sağlık kayıtlarının kullanımı ve hekim-hasta etkileşimleri gözlemlenmiştir. Gözlemler sırasında standartlaştırılmış bir gözlem formu kullanılmamış; ancak araştırmacılar hizmet sunumu, ekip yapısı, randevu ve triyaj süreçleri, dijital altyapı, sevk mekanizması ve kronik hastalık yönetimi başlıklarında alan notları tutmuştur. Hollandalı hekim ve sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmeler yapılandırılmış mülakat niteliğinde olmayıp, gözlemi destekleyen mesleki bilgi alışverişi kapsamında değerlendirilmiştir. Araştırmacıların Türkiye'deki ASM deneyimleriyle birlikte bu gözlemler, karşılaştırmalı analiz için sahaya dayalı zengin bir bağlam sunmuştur.



Şekil 1. EYFDM Değişim Programı kapsamında Hollanda'ya giden aile hekimleri



Şekil 2. Utrecht'teki aile hekimliği muayene odası

Veri Kaynakları

Araştırmada; Hollanda ve Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin ulusal sağlık otoriteleri (RIVM, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı), Avrupa Komisyonu, OECD, DSÖ ve WONCA Europe tarafından yayımlanan resmi raporlar incelenmiştir. Ayrıca Türkiye'deki e-Nabız ve AHBS, Hollanda'daki Elektronik Sağlık Kaydı (EHR) sistemlerine ilişkin teknik belgeler değerlendirilmiştir. Konuya ilişkin güncel bilimsel yayınlar ve saha gözlemleri de analize dahil edilmiştir.

Veri Analizi

Toplanan bilgiler, karşılaştırmalı tablolar ve SWOT analizi yöntemleriyle yapılandırılmıştır. Türkiye ve Hollanda sağlık sistemleri, benzer fonksiyonların nasıl organize edildiği ve hangi çıktıları ürettiği açısından analiz edilmiştir. Analiz süreci; hizmet sunumu, sağlık iş gücü

kapasitesi, bilgi yönetimi altyapısı, temel ilaçlara erişim, finansman mekanizmaları ve yönetişim bileşenlerini temel alarak gerçekleştirilmiştir (9,14,15).

Etik Hususlar

Bu çalışmada bireysel hasta verisi toplanmamış, hasta kimlik bilgisi kaydedilmemiş ve klinik karar süreçlerine müdahale edilmemiştir. Çalışmada açık erişimli veriler, resmi raporlar ve araştırmacıların saha gözlemleri kullanılmıştır. Saha gözlemleri sırasında Utrecht ve Maastricht'teki ilgili sağlık merkezlerinden ve katılımcılardan sözlü/yazılı izinler alınmıştır; fotoğraflar kişisel veri ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek kullanılmıştır. Bu nedenle çalışma etik kurul onayı gerektirmeyen gözlemsel ve doküman temelli bir değerlendirme niteliğindedir.

BULGULAR

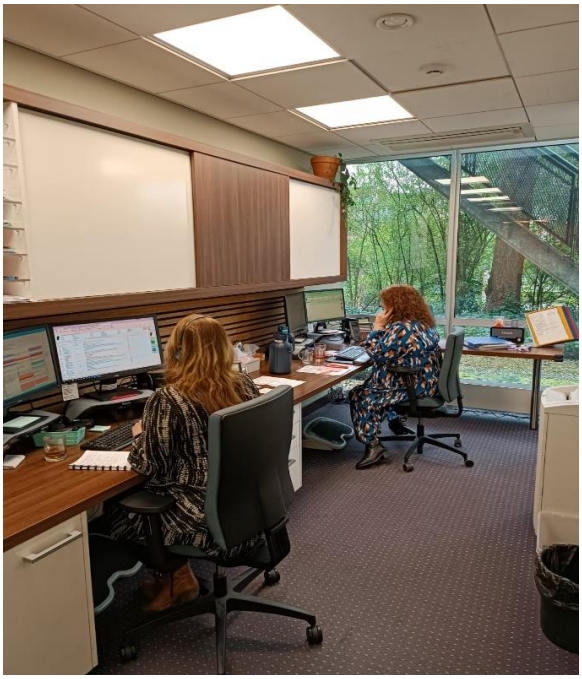
Aile hekimliği, bireylere yaşam boyu kapsamlı sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir birinci basamak sağlık hizmeti modelidir. Bu modelin ilk uygulayıcılarından biri olan Hollanda, aile hekimliği sistemini 1940'lı yıllarda geliştirmeye başlamış ve 1970'lerden itibaren bu model ulusal sağlık politikalarının merkezine yerleşmiştir (16).

Günümüzde Hollanda sağlık sisteminde aile hekimliği, "kapı bekçisi" işlevi görerek sevk zincirinin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ilk kez 2005 yılında Düzce'de pilot proje olarak uygulanmış, 2010 yılında ise ülke genelinde hayata geçirilmiştir (17).

Hizmet Sunumu

Hasta Erişimi, Randevu ve Triyaj Sistemleri

Hollanda'da standart çalışma saatleri 08.00-17.00 arasındadır. Hastalar randevu almak için sabah 08.00-10.00 arasında arama yapmalı; randevusuz başvuru kabul edilmemektedir (Tablo 1). Hastalar ayrıca e-posta yoluyla, gerekirse fotoğraf ekleyerek şikayetlerini iletebilmektedir. Gelen çağrılar ve e-postalar, üç yıllık tıbbi asistanlık eğitimi (iki yılı uygulamalı) almış doktor asistanları tarafından değerlendirilir. Resmi bir triyaj sistemi mevcuttur (18) (Şekil 3). Gerektiğinde aile hekimi ile konsültasyon yapan asistanlar, her başvurunun aciliyetini belirler ve hastayı ya randevuya çağırır, ya acil servise yönlendirir ya da evde kalmasını önerir. Bu asistanlar ayrıca merkezde hastaları karşılar ve kan alma, idrar tahlili, enjeksiyon, yara pansumanı, ilk yardım ve kriyoterapi gibi temel klinik işlemleri yürütürler.



Şekil 3. Telefonla triyaj yapan hekim asistanları

Türkiye'de çalışma saatleri genellikle 08.00-17.00 arasında olup, randevuya dayalı sisteme geçiş süreci halen devam etmektedir. Hastalar çoğunlukla randevusuz olarak doğrudan hizmet alabilmektedir (19) (Tablo 1). Telefonla danışma hizmetleri bazı bölgelerde mevcuttur;

ancak Hollanda'daki gibi yapılandırılmış triyaj ekipleri yaygın değildir. Türkiye'deki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) sunulan hizmetler arasında kan alma, idrar tahlili, enjeksiyon, yara bakımı, ilk yardım, dikiş atma/çıkarma, aşılama, kanser taramaları (ör. HPV, smear, gaitada gizli kan) ve rahim içi araç (RİA) uygulamaları yer alır.

Muayene Süresi ve Hekim İş Yükü

Hollanda'da muayene süreleri ortalama 15-20 dakika arasında değişmekte, aile hekimleri ise günde yaklaşık 25-30 hasta değerlendirmektedir (20) . Türkiye'de bu süre çoğunlukla 5-10 dakika civarında olup, hekimler günde ortalama 50-70 hastaya hizmet vermektedir.

Mesai Dışı Birinci Basamak Hizmetleri

Hollanda'da mesai dışı acil olmayan başvurular, özel "out-of-hours" aile hekimliği kliniklerinde yürütülmektedir. Hastalar bu merkezlere doğrudan başvuramaz; önce çağrı merkezini arayarak şikayetlerini (gerekirse fotoğraf veya video ile) iletir. Telefon üzerinden yapılan yapılandırılmış triyaj sonucu hastaya dört seçenekten biri önerilir: evde kalma, ertesi gün aile hekimine başvurma, nöbetçi aile hekimi kliniğine gitme veya acil servise yönlendirme. Gözlemlenen hastanede, nöbetçi aile hekimi kliniği ile acil servis ortak giriş ve triyaj birimi kullanmaktaydı. Burada hastaların vital bulguları alınır, gerekirse yeniden değerlendirilir. Hekimler bu kliniklerde gönüllülük esasına dayalı 8 saatlik vardiyalarla çalışmakta, acil servislerle yakın iş birliği içinde hizmet vermektedir. Her hasta görüşmesi yaklaşık 15-20 dakika sürer. Gerektiğinde ev ziyaretleri için mobil araçlar kullanılmakta, ekipte sosyal hizmet uzmanı, polis veya güvenlik görevlisi de bulunabilmektedir.

Türkiye'de ise mesai dışı dönemde hizmetlerin büyük kısmı hastane acil servislerinde sunulmakta, birinci basamak hekimlerinin rolü sınırlı kalmaktadır. Acil servislerde düşük öncelikli ("yeşil alan") başvuruların fazlalığı, hizmet kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır.

Kronik Hastalık Yönetimi ve Evde Sağlık Hizmetleri

Hollanda'da kronik hastalık yönetimi, aile hekimliği merkezlerinde görevli doktor asistanları tarafından yürütülür. Hastalar düzenli aralıklarla aranmaktadır. Sürekli ilaç kullanan hastalar telefonla tekrar reçete talebinde bulunabilir; asistanlar reçeteyi hazırlayıp aile hekiminin onayına sunar. Ayrıca, aile hekimleri evde muayene hizmeti verir; yaşlı hastalar için taşınabilir EKG cihazları gibi mobil tıbbi donanımlar kullanılmaktadır (21) (Tablo 1).

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri gereği muayene olmadan ilaç yazımı yasaktır. Evde sağlık hizmetleri, hastaneler veya ASM' lere bağlı mobil birimlerce sunulur. Son yıllarda geliştirilen Hasta Yönetimi Platformu (HYP), kronik hastalıkların erken tanısı ve rehber temelli yönetimini destekleyerek birinci basamakta yapılandırılmış takip sağlamayı hedeflemektedir (22).

Klinik İşlemler ve Sağlık Profesyoneli Yetkinlikleri

Hollanda'daki aile hekimliği merkezlerinde hekimler kriyoterapi, nevüs eksizyonu ve sınırlı cerrahi müdahaleler (örneğin lipom rezeksiyonu ya da apse drenajı); ayrıca spekulum muayenesi, smear alma ve RİA yerleştirme gibi jinekolojik uygulamaları rutin olarak yapmaktadır. Tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan danışmanlık ve ilaç uygulamaları bakımından ek sertifikasyon gerekmemektedir. Hekimlere ultrasonografi gibi alanlarda ek sertifika programları sunulmakta; yıllık en az 50 işlem yapmayan hekimlerin sertifikaları iptal edilmektedir (21).

Türkiye'de ise sigara bırakma danışmanlığı ve RİA uygulaması gibi işlemler, Bakanlık onaylı sertifikasyon programları gerektirmektedir (23). ASM'lerde yapılan küçük cerrahi işlemlerin kapsamı, Hollanda'ya kıyasla daha sınırlıdır.

Sevk Sistemi İşleyişi

Hollanda'da katı bir kapı bekçisi sevk sistemi uygulanmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacı nedeniyle aile hekimi onayı olmadan ikinci ya da üçüncü basamak kuruluşlara başvuran hastalar, sigorta tarafından geri ödeme alamaz ve ücreti kendileri öder (24) (Tablo 2). Bu durum, hastaları önce aile hekimine başvurmaya teşvik etmektedir. Sevkler, uzmanlık alanı ve hastane seçiminin yapıldığı elektronik sistem üzerinden gerçekleştirilir. Sistem, bekleme süreleri ve mesafeler hakkında bilgi sunarak hekim-hasta ortak kararını destekler. Uzman hekimler, yalnızca sevk eden hekimin yetkilendirdiği verilere erişebilir.

Türkiye'de ise resmi bir sevk zinciri bulunmamaktadır. Hastalar, bakanlık tarafından oluşturulan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) altyapısı üzerinden her düzeydeki sağlık kuruluşuna doğrudan randevu alabilmektedir (25). Sonuç olarak, bu durum hem sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla kullanımına hem de kaynakların verimsiz harcanmasına yol açmaktadır.

Sağlık İş Gücü

Sağlık Merkezi Kadro Yapısı ve Hizmet Sunumu

Hollanda'nın Utrecht kentinde ziyaret edilen aile hekimliği merkezinde ekip; üç uzman aile hekimi, bir asistan, iki doktor asistanı, bir psikolog, bir fizyoterapist ve bir diyetisyenden oluşmakta olup çok disiplinli bir model sergilemektedir. Doğum öncesi bakım ve aşılama hizmetleri ayrı kliniklerde yürütülmektedir. Maastricht'teki uygulamada ise ekipte bir uzman, bir asistan, iki hemşire ve bir doktor asistanı bulunmaktaydı (Tablo 1).

Türkiye'deki ASM' lerde kadro genellikle aile hekimi (ve/veya asistanı) ile ebe veya hemşireden oluşur. Gebe takibi, çocuk aşılamaları ve kronik hastalık izlemleri merkezde doğrudan yürütülür. Psikolog, fizyoterapist veya diyetisyen gibi meslek grupları ASM bünyesinde yer almaz; bu hizmetler hastaneler veya Sağlıklı Hayat Merkezleri aracılığıyla sunulur (Tablo 1).

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Hollanda'da aile hekimliği alanında uzmanlık programı üç yıllık bir süreyi kapsayacak biçimde planlanmış olup, adaylar özgeçmiş, mülakat ve motivasyon değerlendirmesi ile seçilir, merkezi sınav uygulanmaz. Birinci ve üçüncü yıllar ASM' de klinik uygulama (haftada dört gün) ve bir gün akademik eğitimle geçer; ikinci yıl ise acil servis, psikiyatri ve huzurevi rotasyonlarını içerir (28).

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi yine üç yıl olup, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile merkezi yerleştirme yapılır. İlk 18 ay hastane temelli, sonraki 18 ay ASM temelli eğitim içerir. Ultrasonografi gibi ileri uygulama becerileri genellikle uzmanlık sonrası dönemde kazanılmaktadır (29).

Tablo 1. Yapısal Özelliklerin Karşılaştırılması: Türkiye - Hollanda

Özellik	Türkiye	Hollanda
Kayıt sistemi	Her birey belirli bir Aile Sağlığı Birimine (ASB) kayıtlıdır.	Her vatandaş bir "huisarts" (aile hekimi) ile sözleşmeli olarak kayıtlıdır.
Hekim ödeme modeli	Kısmen performansa dayalı: sabit maaş + teşvik ödemeleri	Kişi başı ödeme (capitation) + hizmet başı ödeme (fee-for-service)
Ekip bileşimi	Aile hekimi + yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, ATT vb.)	Aile hekimi + hemşire uygulayıcı + tıbbi sekreter + bakım danışmanları
Randevu sistemi	Yaygın olarak kullanılmıyor; hastalar genellikle randevusuz başvuruyor	Randevu zorunlu; aile hekimliği merkezlerinin kendi telefon/çevrim içi sistemleri ve doktor asistanı triyajı üzerinden yönetiliyor.
Dijital sağlık kayıtları	Kısmen entegre edilmiş sağlık bilgi sistemleri	Ulusal düzeyde entegre elektronik sağlık kayıt sistemi
Koruyucu hizmetler	Takvime dayalı takipler ve aşılama programları	Ev ziyaretelerini de kapsayan güçlü bir koruyucu hizmet altyapısı

Sağlık Bilgi Sistemleri

Hollanda'da tek bir ulusal, entegre sağlık bilgi sistemi kullanılmaktadır (Tablo 1). Aile hekimleri anamnez, muayene, tetkik ve reçete kayıtlarını dijital ortamda tutar. Sistem, rehber temelli klinik karar destek modülleri içerir (30). Hekim tanı girdiğinde, ilgili tanıya özgü algoritmalar ve tedavi önerileri otomatik olarak ekranda belirir. Bu yapı, hasta güvenliği, standardizasyon ve güncel bilgiye erişim açısından etkin bir destek sağlar.

Türkiye'de ise ulusal düzeyde tekil bir aile hekimliği bilgi sistemi bulunmamakla birlikte, e-Nabız entegrasyonu sayesinde hastaların tıbbi geçmişine, laboratuvar sonuçlarına ve reçete bilgilerine erişim mümkündür (31). Hasta Yönetimi Platformu (HYP) da kronik hastalık yönetimini desteklemektedir (22). Ancak sistemde, tanı girişinde rehber temelli önerilerin otomatik görüntülenmesi gibi gelişmiş karar destek özellikleri mevcut değildir.

Temel İlaçlara Erişim

Hollanda'da aile hekimleri radyografi, BT, MR gibi ileri tetkikleri ulusal sistem üzerinden talep edebilir; sonuçlar doğrudan hekimin ekranına aktarılır. Reçeteler hastanın kayıtlı eczanesine elektronik olarak gönderilir ve ilaçlar yalnızca o eczaneden temin edilir (32) (Tablo 2) (Şekil 4). Sistem, ilaç etkileşimi ve kontrendikasyon uyarılarını otomatik verir.



Şekil 4. Utrecht'teki aile hekimliği eczanesi

Türkiye'de e-reçete sistemi sayesinde hastalar ilaçlarını herhangi bir eczaneden e-reçete kodu ile alabilir (33) (Tablo 2). Yazılım, ilaç etkileşimi uyarılarını içermektedir; ancak Hollanda'daki kadar entegre değildir.

Finansman

Hollanda'da aile hekimleri karma ödeme modeli ile ücretlendirilir;

- Kişi başına ödeme sistemi (kapitasyon): Hastanın yaş ve risk profiline göre belirlenir.
- Hizmet başı ödeme sistemi (fee-for-service): Yüz yüze muayene, telefon danışmanlığı gibi işlemler için uygulanır (34) (Tablo 1).

Türkiye'de ise hekimler maaş ve performansa dayalı sistem ile ücretlendirilir. Aile hekiminin hizmet verdiği nüfus büyüklüğü, bölgenin özellikleri ve hizmet sürekliliği maaşta belirleyicidir. Aşılama, anne-çocuk sağlığı izlemleri ve kronik hastalık yönetimi gibi belirli hedefler için ek performans teşvikleri uygulanır (35).

Türkiye'de finansman ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından (genel sağlık sigortası primleri, merkezi bütçe) sağlanırken, Hollanda'da zorunlu özel sağlık sigortası sistemi bulunmaktadır. Sigorta şirketleri hekim performansını denetler ve geri ödemeleri kaliteye göre ayarlar (36) (Tablo 2).

Hollanda'nın çok katmanlı ve esnek finansman modeli, önleyici sağlık hizmetlerine odaklanmayı ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (37). Türkiye için önerilen yaklaşım, sonuç odaklı, veri temelli performans değerlendirme sistemi geliştirmek ve ekip temelli hizmetleri teşvik eden finansman modellerine geçiştir (38) (Tablo 2).

Liderlik ve Yönetişim

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde liderlik ve yönetişim Sağlık Bakanlığı merkezlidir. Sağlık sistemlerinde planlama, uygulama ve performans değerlendirme mekanizmaları merkezi olarak yürütülür; performans izlemesi aylık ve altı aylık döngülerde olur (39,40). Bu yapı bütünlük sağlasa da yerel esnekliği sınırlar (41).

Hollanda'da ise yönetişim yerelleştirilmiş ve çok paydaşlıdır. Sağlık Bakanlığı, refah ve spor politikalarını belirler; ancak bölgesel otoriteler, sigorta fonları ve aile hekimi birlikleri hizmet organizasyonunda yetkilidir. İzleme, bağımsız ulusal denetimler ve dijital kalite panelleriyle sağlanır (42,43).

TARTIŞMA

Bu çalışma, Hollanda birinci basamak sağlık sisteminin yapılandırılmış randevu, triyaj, dijital karar destek, multidisipliner ekip ve etkin sevk zinciri bileşenleriyle Türkiye için önemli karşılaştırmalı dersler sunduğunu göstermektedir. Hollanda'da aile hekimliği sistemi yalnızca ilk başvuru noktası değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin koordinasyon merkezi olarak işlev görmektedir. Türkiye'de ise ASM sistemi yaygın erişilebilirlik ve koruyucu hizmetler açısından güçlü olmakla birlikte, artan hasta yükü, sınırlı ekip yapısı ve sevk zincirinin etkin işlememesi nedeniyle yapısal baskılarla karşı karşıyadır.

Bulgularımız, Kringos ve ark.'nın Avrupa birinci basamak sistemleri üzerine yaptığı çalışmada tanımlanan güçlü Hollanda birinci basamak modeliyle uyumludur (5). Söz konusu çalışmada, güçlü birinci basamak yapısına sahip ülkelerin sağlık sonuçları ve sistem performansı açısından daha avantajlı olduğu bildirilmiştir.

Tablo 2. DSÖ Sağlık Sistemi Bileşenlerine Göre Karşılaştırmalı Çerçeve

Bileşen	Türkiye	Hollanda	Açıklamalar / Benchmarking Fırsatları
Hizmet Sunumu	Randevusuz başvuru yaygın; ev ziyaretleri sınırlı	Randevu zorunlu, genellikle telefon veya çevrim içi yapılır; yaşlı ve kırılgan hastalara düzenli ev ziyaretleri yapılır	Randevu tabanlı erişim genişletilerek yoğunluk azaltılabilir ve zaman yönetimi iyileştirilebilir. Düzenli ev ziyaretlerini destekleyen yapılandırılmış protokoller geliştirilebilir.
Sağlık İşgücü	Hekim + hemşire; sınırlı destek personeli	Aile hekimi + hemşire uygulayıcı + sekreter + danışmanlar	Türkiye'de hekim yükünü azaltmak amacıyla görev paylaşımı ve destek personeli istihdamı teşvik edilmelidir.
Sağlık Bilgi Sistemleri	e-Nabız ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kullanılıyor; tam birlikte çalışabilirlik yok	Hasta geçmişine anlık erişim sağlayan, tam entegre ulusal sistem	Dijital entegrasyon ve mobil erişim işlevselliği güçlendirilmelidir.
Finansman	Kişi başı ödeme + performans teşvikleri	Kişi başı ödeme + hizmet başı ödeme	Türkiye'deki performans modeli daha hasta odaklı bir teşvik yapısına dönüştürülebilir.
İlaç ve Teknoloji	E-reçete yaygın; kırsal bölgelerde erişim kısıtlı	Gelişmiş e-reçete sistemi ve hasta portalları mevcut	Türkiye'de dijital erişim ve uzaktan sağlık danışmanlığı platformları geliştirilebilir.
Yönetişim	Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi olarak yönetilir	Aile hekimleri yarı özerk çalışır; ulusal kalite izleme mekanizmalarına tabidir	Kısmi idari özerklik ve entegre kalite izleme mekanizmaları, Türkiye'de birinci basamak yönetişimini güçlendirebilir.

Hollanda'daki dijital karar destek sistemleri, aile hekimlerinin tanı ve tedavi süreçlerinde rehber temelli karar vermesini kolaylaştırmaktadır. Türkiye'de e-Nabız, AHBS ve HYP gibi uygulamalar önemli bir dijital altyapı sunmakla birlikte, tanıya özgü otomatik klinik öneriler ve entegre karar destek modülleri açısından geliştirilme potansiyeli taşımaktadır.

OECD 2023 raporunda da Hollanda'nın dijital entegrasyon ve bakım koordinasyonu kapasitesinin Avrupa ortalamasının üzerinde olduğu bildirilmektedir (14). Bu durum, çalışmamızda gözlemlediğimiz dijital altyapı ve koordinasyon mekanizmalarının literatürde bildirilen bulgularla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Hollanda modelinin Türkiye'ye doğrudan aktarılması mümkün değildir. İki ülke arasında nüfus büyüklüğü, sağlık harcamaları, sağlık okuryazarlığı, hasta başvuru davranışları ve finansman yapısı açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle Hollanda modelinden tüm sistemin kopyalanması yerine, randevu-triyaj mekanizmaları, ekip temelli hizmet sunumu, dijital karar destek sistemleri ve mesai dışı aile hekimliği uygulamaları gibi seçilmiş bileşenlerin Türkiye koşullarına uyarlanması daha gerçekçi görünmektedir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak saha gözlemleri yalnızca Utrecht ve Maastricht'teki sınırlı sayıdaki aile hekimliği merkezinde gerçekleştirilmiştir; bu nedenle bulgular tüm Hollanda birinci basamak sistemini temsil etmeyebilir. İkinci olarak gözlem süresi bir hafta ile sınırlıdır. Üçüncü olarak yapılandırılmış görüşme veya standart gözlem formu kullanılmamıştır. Son olarak Türkiye ve Hollanda arasındaki ekonomik, kültürel ve demografik farklılıklar nedeniyle elde edilen bulguların Türkiye'ye doğrudan genellenmesi mümkün değildir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu fonksiyonel kıyaslama analizi, Türkiye ve Hollanda birinci basamak sağlık sistemleri arasında önemli örgütsel, yapısal ve işlevsel farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur. Hollanda modeli; etkin sevk zinciri, güçlü dijital altyapı, yapılandırılmış triyaj mekanizmaları ve multidisipliner ekip yaklaşımı ile öne çıkarken, Türkiye modeli erişilebilirlik avantajına sahip olmakla birlikte ekip temelli hizmet sunumu, dijital entegrasyon ve bakım koordinasyonu açısından gelişim potansiyeli taşımaktadır.

Çalışma bulguları, Hollanda'daki bazı uygulamaların Türkiye'ye doğrudan

aktarılmasından ziyade, ülkenin sağlık sistemi dinamikleri ve yerel koşulları dikkate alınarak uyarlanmasının daha uygun olacağını göstermektedir. Bu bağlamda, Hollanda deneyiminden elde edilen yapısal ve süreç temelli dersler Türkiye'deki Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) etkinliğini, ekip entegrasyonunu ve hasta merkezliliğini güçlendirmede yol gösterici olabilir.

Çalışmanın SWOT analizine (Tablo 3) dayanarak Türkiye için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Tablo 3. Türkiye Sisteminin SWOT Analizi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Yaygın erişilebilirlik	Randevusuz sistem nedeniyle aşırı hasta yoğunluğu
Yapılandırılmış koruyucu hizmet takvimi (aşılama vb.)	Ekip yapısının yetersizliği ve görev dağılımının sınırlılığı
Ulusal dijital sağlık altyapısı (e-Nabız)	Bilişim araçlarında kullanıcı deneyimi ve klinik karar desteğinin yetersizliği
Fırsatlar	Tehditler
Hollanda modelinden ilham alınarak ekip temelli hizmet sunumunun benimsenmesi	Artan iş yükü ve hekim tükenmişliği
Dijital sağlık danışmanlığı ve uzaktan sağlık hizmeti platformlarının geliştirilmesi	Performans odaklı ödeme baskısının hizmet kalitesini olumsuz etkileme riski

- ASM'lerde multidisipliner ekip yapısının güçlendirilmesi ve ekiplere psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen gibi meslek gruplarının dahil edilmesi,
- Randevu ve triyaj sistemlerinin dijitalleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Doktor asistanı veya hemşire pratisyen gibi ara kademe sağlık çalışanlarının eğitimi ve istihdamının desteklenmesi,
- Hastaların sağlık kayıtlarına erişebildiği ve uzaktan danışmanlık hizmetlerinden yararlanabildiği dijital platformların geliştirilmesi,
- Hasta memnuniyeti, önleyici hizmet kapsamı ve bakım kalitesi gibi göstergelere dayalı izleme ve değerlendirme sistemlerinin oluşturulması.

BİLDİRİMLER

Etik Kurul: Bu araştırmada yalnızca açık erişimli kaynaklar ve kamuya açık resmi raporlar kullanılmış olup herhangi bir bireysel hasta verisine yer verilmemiştir. Bu nedenle etik kurul onayı gerekliliği bulunmamaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, bu çalışmada raporlanan sonuçları etkileyebilecek nitelikte bilinen herhangi bir finansal çıkar çatışması veya kişisel ilişkiye sahip olmadıklarını beyan ederler.

Finansman: Bu proje herhangi bir dış fon tarafından desteklenmemiştir.

Yazar Katkıları: B.B.S.: Özgün taslak yazımı, kavramsallaştırma, yazım-gözden geçirme ve düzenleme; S.S.: Özgün taslak yazımı, kavramsallaştırma, yazım-gözden geçirme ve düzenleme; S.N.M.: Özgün taslak yazımı, kavramsallaştırma, yazım-gözden geçirme ve düzenleme; G.L.: Özgün taslak yazımı, kavramsallaştırma, yazım-gözden geçirme ve düzenleme; N.Ö.: Kavramsallaştırma, denetim ve metodoloji.

KAYNAKLAR

1. Starfield B. Is primary care essential?. Lancet. 1994;344(8930):1129-1133. doi:10.1016/s0140-6736(94)90634-3
2. World Health Organization (WHO). (2008). Primary health care - now more than ever.
3. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011.
4. Uğurlu M, Eğici MT, Yıldırım O, Örnek M, Üstü Y. Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları - 2. Ankara Med J. 2012;12(1):4-10.
5. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health and higher health spending. Health Aff (Millwood). 2013 Apr;32(4):686-94. doi: 10.1377/hlthaff. 2012.1242. PMID: 23569048.
6. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. Health Syst Transit. 2010;12(1):v-xxvii, 1-228. PMID: 21132996.
7. Camp, R. C. (1989). Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance. ASQC Quality Press.
8. Smith, P. C. (Ed.). (2009). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects.

9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Netherlands: Country Health Profile 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
10. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO;2010
11. EYFDM. European Young Family Doctors Movement [Internet]. WONCA Europe. 2024 [cited 2025 Jul 14]. Available from: https://eyfdm.eu/
12. Boshuizen, H. P., & Schmidt, H. G. (2008). The development of clinical reasoning expertise. Clinical reasoning in the health professions, 3, 113-121.
13. Johnston N, Sandys N, Geoghegan R, O'Donovan D, Flaherty G. Protecting the health of medical students on international electives in low-resource settings. J Travel Med. 2018 Jan 1;25(1). Doi: 10.1093/jtm/tax092. PMID: 29394388.
14. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, de Jong J, Maeseneer JD, et al. Building primary care in a changing Europe: case studies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015.Erişim Adresi: https://iris.who.int/handle/10665/330346
15. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2023.
16. Boerma, W. G., van der Zee, J., & Fleming, D. M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 47(421), 481-486.
17. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete; 2010.
18. Yard | Digital Agency. (2023, November 1). Huisartsgeneeskundige en medisch specialistische richtlijnen in samenhang. NHG. https://www.nhg.org/documenten/richtlijnen-fms-en-nhg/
19. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) Teknik Kılavuzu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2022.
20. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing; 2022.
21. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Netherlands: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/fd18ea00-en
22. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) Kullanıcı Kılavuzu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2022.
23. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Hayat Merkezi Hizmet Sunum Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2025 [erişim tarihi: 15 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/toplum-sagligi-hizmetleri-ve-egitim-db/Dokumanlar/Shm_Rehber_2025.pdf
24. Jeurissen, P., & van Ginneken, E. (2019). The Dutch health system in 2019: Many major reforms, but still work in progress. Health Policy, 123(3), 249-251. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.005
25. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. 2022 MHRS Kullanım Raporu. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2023.
26. Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. Health systems in transition, 18(2), 1-240.
27. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2021.
28. Vanhommerig, J. W., Verheij, R. A., Hek, K., Ramerman, L., Hooiveld, M., Veldhuijzen, N. J., Veldkamp, R., van Dronkelaar, C., Stelma, F. F., Knottnerus, B. J., Meijer, W. M., Hasselaar, J., & Overbeek, L. I. (2025). Data Resource Profile: Nivel Primary Care Database (Nivel-PCD), The Netherlands. International Journal of Epidemiology, 54(2). https://doi.org/10.1093/ije/dyaf017
29. Yükseköğretim Kurulu (YÖK). Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS) Kılavuzu. Ankara: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM); 2024.
30. National Institute for Public Health and the Environment | RIVM. (n.d.). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu | RIVM. https://www.rivm.nl/en.
31. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. e-Nabız Rehberi ve Veri Standartları. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2023.
32. Royal Dutch Pharmacists Association. Digital prescribing and medication safety. About KNMP. (n.d.).

KNMP. https://www.knmp.nl/over-de-knmp/vereniging knmp/about-knmp
33. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu. E-Reçete Sistemi Bilgilendirme Dokümanı. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK); 2023.
34. Familie, zorg en gezondheid | Rijksoverheid.nl. (n.d.). Informatie van de Rijksoverheid | Rijksoverheid.nl. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/themas/familie-zorg-en-gezondheid
35. Erus B, Hatipoğlu O. Physician payment schemes and physician productivity: Analysis of Turkish healthcare reforms. Health Policy. 2017;121(5):553-557. doi:10.1016/j.healthpol.2017.02.012
36. Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In: Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. p. 24-43
37. Okma, K. G. H., Cheng, T.-m., Chinitz, D., Crivelli, L., Lim, M.-k., Maarse, H., & Labra, M. E. (2010). Six Countries, Six Health Reform Models? Health Care Reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan, and The Netherlands. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 12(1-2), 75–113. https://doi.org/10.1080/13876980903076237
38. Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.
39. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. Health Policy Plan. 2014 Mar;29(2):177-192. doi:10.1093/heapol/czt002. Epub 2013 Feb 14. PMID: 23411120.
40. Demirci B. Transformation in the organizational and financial set-up of the health care system in Turkey- its repercussions and similarities with the English model [PhD thesis]. Ankara: Middle East Technical University; 2012.
41. Espinosa-González AB, Normand C. Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey. BMJ Open. 2019 Jul 19;9(7):e027492. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027492. PMID: 31326929; PMCID: PMC6661696.
42. Lerberghe, W. van. (2008). Primary health care : now more than ever. World Health Organization.
43. Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. Health Aff (Millwood). 1998 Mar-Apr;17(2):85-108. doi: 10.1377/hlthaff.17.2.85. PMID: 9558787.