

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ; SAĞLIK OCAKLARINDAN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNE

Meltem ÇİÇEKLIOĞLU*

İlçe devlet hastanesi aciline ambulansla 25 yaşında mosmor olmuş bir genç getiriliyor. Hala konuşabiliyor ama yarı baygın. Biraz oksijen verilince rengi ve bilinci açılıyor, göğüs hastalıkları uzmanı çağırılıyor hemen yoğun bakım ünitesine yatırılıyor. Bu genç yaşta bu kadar derin solunum sıkıntısını bir sebebe bağlamakta güçlük çeken uzman milier tüberkuloz düşünüp, tüm testleri istiyor, ancak hastanın durumu ağırlaşınca ertesi gün solunum makinesine bağlayan yoğun bakım doktoru hastayı uyutmadan ne oldu sana böyle oğlum? nasıl üşüttün bu yaz günü deyince hastanın ağzından kesik kesik şu sözler dökülüyor: "Serada işçiyim ben. Asit tankı boşaldı bir ay önceydi. Bir tonluk tanktı. Arkadaş tankın musluğunu kırmış. İşten anlayan tek işçi benim seraya girdim bir saatte ancak tamir ettim. Sol elini gösterip bura da o zaman yandı. Tank boşalaydı mahsul tamamen bitirdi. Musluğu tamir edip seradan çıkınca bayılmışım, o zamandır sürekli öksürüğüm var üç kez polikliniğe geldim ilaç verip yolladılar."

O gün solunum makinesine bağlanan hasta öğleden sonra üçüncü basamak bir göğüs hastanesine gönderildi. Hikaye ailesince de onaylandı. Bir hafta sonra yapılan tüm tedaviye rağmen hasta kaybedildi.

Bu gencin ölüm sebebi nedir? İkinci basamaktaki uzman hekimin yanlış ya da geç tanısı mı? Daha önce gittiği poliklinik hekimlerinin hastanın öyküsünü atlaması mı? Asit tankının musluğunu tamir ederken kendini korumaması mı yoksa korumasını bilmemesi mi? İş sahibinin hem önlem alma hem de kaza sonrası yapması gerekenleri bilmemesi ya da yapmaması mı? İş risklerini değerlendirecek, kaza olmadan önlemleri alacak, korunma açısından farkındalık sağlayacak, kaza olduğunda danışılacak ve süreci yönetebilecek bir sağlık örgütlenmesi olmaması mı? Bu koşullarda çalışmak zorunda olması ve gerekli müdahaleyi yapma-

* Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

diğında işini kaybetme riski altında çalışmak zorunda olması mı? Yoksa düzenli vergisini verdiği devletin yaşam ve sağlıklı olma hakkını sağlamamasından mı?

Bu soruları yanıtlamak için öncelikle sağlık kavramını ve toplumdaki kişilerin sağlıklı ya da hasta olmalarını belirleyen koşulları tanımlamalıyız. Sağlıklı olmak tek tek bireylerin, ya da ailelerin kazanabilecekleri bir durum değildir. Kişilerin barındıkları ev, çalıştıkları iş, okudukları ortam, içtikleri su, soludukları hava sağlıklarını olumlu ya da olumsuz etkiler (Eskiocak, 2010). Çalışma ve yaşam koşulları sağlığı doğrudan etkiler, bu yüzden, sağlığı geliştirme ve korunma çevreye ve kişiye yönelik olarak birbirinden ayrılmadan sunulmalıdır (Hamzaoğlu, 2007). Sağlık hizmetleri yurttaşları yaşadıkları ve alıştıkları yer merkez olmak üzere buldukları çevre ile birlikte değerlendirebilecek birinci basamak sağlık hizmeti ile verilmelidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti nedir?

Birinci basamak Sağlık Hizmeti, Temel Sağlık Hizmeti'nin uygulandığı basamaktır. Toplumdaki bireylerle işbirliği halinde ve onların katılımlarını sağlayarak, onlardan sorumlu kılınmış olan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından verilen, gereksinim duydukları entegre ve ulaşılabilir hizmet sunumu olarak tanımlanmaktadır (Eser, 2009) Böyle bir sağlık modelinin işleyebilmesi için tüm yerleşim birimlerindeki tüm ev halkının coğrafya olarak tanımlanmış bir birincil hizmete kayıtlı olması gerekir. "Sağlık ekibince bireysel olarak tanınan evde ve birimde koruyucu ve destekleyici anlamda izlenen kişiler, gerek duyulduğunda bu birimce evde ya da birimde sağaltılır. Tanı ve sağaltımda yetersizlik ortaya çıkarsa önceden belirlenmiş bir üst birime, orası gerek duyarsa bir üste, planlı olarak sevk edilirler. Bu model bireylerin ve toplumların sağlığını hem en üst düzeyde tutar, hem de yalın ve ucuz bir yaşam düzeni oluşmasına katkıda bulunur. Bireylerin sağlıklı beslenmesini, sigara içmemesini, egzersiz yapmasını, şişmanlamamasını sağlar, uzun ve iyi bir yaşam sürdürülmesini, üstelik ucuz olarak, olanaklı kılar. Hastane acil servisleri ve cankurtaranları bu işleyişe eklenirse beklenmeyen ivedi durumlarda yaşam kurtarılmış olur. Türkiye'de Sağlık Ocakları ile yürütülen Sosyalleştirme bu amaçla oluşturulmuştur" (Aksakoğlu, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetinin etkin olarak sunulması için öncelikle ülkenin sağlık politikasının birinci basamak sağlık hizmetini destekleyen Temel Sağlık Hizmeti anlayışıyla şekillendirilmiş olması gereklidir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti için ülkenin sağlık politikalarının ve sağlık sisteminin temel özellikleri şunlar olmalıdır; Kaynaklar piyasa koşullarına göre değil, ihtiyaca göre dağıtılmalıdır, finansman devlet tarafından sağlanan progresif vergilerden sağlan-

malıdır, sağlık hizmet sunumunda katılım payı hiç ya da çok az olmalı ve geniş bir yelpazede kapsayıcı sağlık hizmeti sunulmalıdır (Starfield, 2005, Mackenbach, 2003). Bu özellikleri taşıyan sağlık sistemlerinde örgütlenmiş birinci basamak sağlık hizmetinin olduğu ülkelerde halkın sağlık sisteminden memnuniyeti yüksektir, hizmet tüm aile üyelerini kapsar, daha iyi sağlık hizmeti daha ucuza elde edilir (Starfield, 2002; van Doorslaer, 2004; Schoen, 2005).

Birinci basamak sağlık hizmetinin uygulama açısından temel özellikleri; kişilerin bir problemi olduğunda ilk başvuru yeri olması, sadece hasta olduğunda değil sürekli bakımın sağlanması, sağlık hizmetinin yaş, cins, organ sistem farkı gözetmeksizin geniş bir yelpazede sunulması, kişilerin az görülen bir sorun nedeniyle ikinci basamak sağlık kurumlarına gitmeleri gerekiyorsa bunun koordinasyonunun yapılmasıdır (Starfield, 1998). Bu özellikleri taşıyan birinci basamak sağlık hizmetinin, daha iyi bir sağlık düzey sağladığı ve maliyetleri düşürdüğünü gösteren, farklı çalışmalardan elde edilmiş, ulusal, bölgesel, yerel ve bireysel düzeyde sağlam kanıtlar vardır (Starfield, 2005). Toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile, yaygın ve eşitlikçi biçimde sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eşitsizlerinin azaltılmasında çok etkili olduğu gösterilmiştir (Öcek, 2007).

Sağlık Ocakları

Ülkemizde sağlık ocaklarımızla vücut bulan birinci basamak sağlık hizmeti 1961'de Nuret Fişek tarafında hazırlanan 224 sayılı sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesi yasası ile kurumsallaşmıştır. Sağlık hizmetini devletin ödevi olarak gören anayasa maddesine dayalı olarak şekillenen bu yasanın temel özellikleri Fişek tarafından şöyle sıralanmaktadır;

- Sağlık hizmeti herkese eşit düzeyde sağlanır,
- Sağlık hizmeti halka ücretsiz sunulur,
- Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri uç birimde bütünleştirilmektedir,
- Sağlık hizmeti ekip aracılığıyla sunulmaktadır,
- Sağlık hizmetini yürütenlerin tümüne sürekli eğitim sağlanmaktadır,
- Sağlık hizmetine ilişkin düzenli kayıt ve istatistikler sunulmaktadır,
- Halkın sağlık hizmetine katkısı ve -bir ölçüde- denetimi sağlanmaktadır,
- Tüm sağlık hizmetleri tek elde toplanmaktadır (Aksakoğlu, 2008).

Özellikle 1980'den sonra benimsenen neoliberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuştur. Yasanın

içindeki temel ve ekonomik, yatırım gerektirmeyen sevk sistemi ve sürekli eğitim gibi maddeleri uygulanmamıştır (Belek, 2003). Uygulanması sırasında sürekli eleştirilen, desteklenmeyerek ve uygulanmayarak çöktürülmeye çalışılan yasa, Türkiye'nin sağlık alanındaki temel gereksinimlerini karşılamak açısından oldukça iyi tasarlanmış bir yasadır (Pala, 2007). Sosyalleştirme, tüm bu olumsuzluklar ve engellemelere karşın herkesi kapsayan bir politika üstlenmiş; öncelikle en olumsuz koşullarda yaşayan, hizmete gereksinmesi en fazla olduğu halde farkında olmayan, başvurmak istediğinde ulaşamayan ya da ulaştığında ödeyemediği için bakılamayan, aslında çoğunluk olan kesime yönelmiştir (Aksakoğlu, 2007). Sağlık ocaklarının hizmetlerini değerlendirmek için yürütülen alan araştırmalarında, özellikle eğitimsizlerin, yoksul, çalışmayan ve sosyal güvencesi olmayanların sağlık ocaklarını tedavi hizmeti, acil bakım ve koruyucu hizmetler için daha fazla kullandıkları ortaya konmuştur (Soyer, 1998; Çiçeklioğlu, 1999; Hassoy, 2005).

Aile Hekimliği Sistemine Doğru

1990'ların başında sağlık sisteminin neoliberal tarzda yeniden yapılanması süreci ile beraber "sağlıkta reform" kavramından bahsedilmeye başlanmıştır. Reformun birinci basamak sağlık hizmetinin örgütlenmesi konusundaki önerisi ise Aile Hekimliği sistemidir. Bu dönemde sağlık ocakları çalışan personelin özverileri ile yürütülen kurumlar haline gelmiştir. 2000-2004 yılları arasında illerin birinci basamak sağlık hizmeti kapsayıcılığının gerilediği belirlenmiştir (Öcek, 2006). Bu da Türkiye'de birinci basamağa yapılan yatırımların, alt yapı ve donanım desteğinin kesildiğini net biçimde göstermektedir (Öcek, 2006). Yine bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, son 1999 ile 2004 arasında %5'den %2,6'ya düşmüştür (Soyer 2006). Politik tercihler nedeniyle sosyalleştirmenin desteklenmemesi, eşitlikçi özünü ortaya çıkarmasını engellemiştir. Eşitsizliklerin ve sistemdeki aksaklıkların faturası sosyalleştirmenin ilkelere çıkarılmış ve Türkiye'deki eşitsizlikleri çok daha dramatik şekilde artıracak olan piyasa yönelimli yeni bir sistem için zemin hazırlanmıştır (Öcek, 2006). 2002 seçimleri öncesi Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP)'nin sunduğu acil eylem planı ve hükümet programları, Genel Sağlık Sigortası, hastanelerin özzerleştirilmesi ve Aile hekimliği sistemine dayalı birinci basamak sistemini önermiştir (Kılıç,). Bu program çerçevesinde 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetme-

lik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu yönergeler doğrultusunda Aile Hekimliği sisteminin örgütlenme çerçevesi şu şekilde tanımlanmıştır: Her birey istediği Aile Hekimine kaydolacaktır, bu hekimin aile ya da coğrafyayla bağlantısı yoktur. Aile hekimi sözleşmeli olarak çalışmakta, kendisine kayıtlı kişi sayısına bağlı olarak ücretlendirilmektedir. Kurulacak Toplum Sağlığı Merkezleri okul sağlığı ve benzeri -belirsiz- uygulamalarla ilgilenecektir (Aksakoğlu, 2007).

Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Pilot uygulama ile amacını “Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması” olarak belirleyen Bakanlığın, Düzce gibi 224 sayılı yasanın gereklerine uygun olarak sağlık ocaklarının Türkiye’nin pek çok iline göre, görece daha nitelikli hizmet sunan bir bölgede başlatılması oldukça düşündürücüdür (Pala, 2005). Aile hekimliği uygulamasının genişletildiği dönemde bu yaklaşım daha da belirginleşerek, İzmir, Edirne, Denizli, Eskişehir gibi birinci basamak uygulamaları açısından, ülke çapında en olumlu iller seçilmiştir. Halen 52 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizin Aile Hekimliği Uygulamasına geçmesi planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Sağlık Ocaklarından, Aile Hekimliği Sistemine... neler değişti?

Aile hekimliğine geçiş sürecinde aile hekimliği uygulamasında yer alan hekimlerin büyük çoğunluğunun birinci basamakta çalışma deneyimleri bulunmaktadır. Manisa’ da bu oran %50 olarak saptanmıştır. Benzeri durum Aile sağlığı elemanları içinde geçerlidir (Eser, 2009). Bundan daha vahim olanı Aile Hekimliğine geçiş sürecinde Eskişehir ve Samsun illerinde görev yapan birinci basamak hekim sayılarında çok büyük değişiklik olmazken, Aile Hekimleri yanında çalışan aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilen ebe/hemşire sayılarında ciddi azalmalar olmuştur (Yılmaz, 2007; Çakır, 2007).

Sağlık ocağı hizmeti sadece hasta olduğunda kullanılan bir sağlık hizmeti değildir. Nüfus tabanlı örgütlenmiştir. Sağlık ocaklarının işlevleri bütünseldir; kendisine başvursun ya da vurmasın herkesin özellikleri kayıt altındadır. Sağlığın korunması, risk altında olanların sağlıklarının geliştirilmesini sağlar, hastaları tedavi eder. Bu tür sağlık hizmetine bütüncül hizmet denir ve toplumun içinde, bireyler gereksinimlerini belirtmeden yerinde saptayıp giderme temeline dayanır (Aksakoğlu, 2008). Aile hekimliği sisteminde kişilerin istedikleri aile hekimini seç-

me hakları ve zaman içinde bu hekimden memnun kalmadıklarında aile hekimlerini değiştirme hakkı tanınmıştır. Aile hekimliği sisteminde hizmet götürülen, toplumsal yaşamda bir karşılığı olan belli bir nüfus yoktur (Belek, 2003). Birinci basamak kurumlarının coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet vermesi, bu kişilere ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması, sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösteren verilerin elde edilebilmesi açısından çok önemlidir. Coğrafik olarak tanımlanmış bölgeler temelinde örgütlenmeyen birinci basamak uygulamalarında, birinci basamak ekibinin toplumu tanıması mümkün değildir (Öcek, Soyer, 2007). Türkiye’de yapılan değerlendirmeler de Aile hekimlerinin kendilerine bağlı nüfusun sağlık düzeyini ve ara göstergeler olan risk grupları izlemlerini ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri faaliyetlerini “nüfus bazında” izleyemediklerini göstermektedir. Kişisel olarak izleyebilmek mümkünse de bu yalnızca kayıt altındaki bireylere ait bilgilerle sınırlı kalınmasına yol açmaktadır (Eser, 2009).

Sağlık ocağını diğer hizmet birimlerinden ayıran temel nitelik hizmetin evde yürütülmesidir. Ebe tüm hizmetini, evde sürdürür. Kişiler bilgisizlik, dil bilmeme, koca ya da kayıvalide baskısı, evde bırakamayacakları çocuk ya da hasta bulunması nedenleriyle sağlık ocağı binasına başvuramayabilir. Bu kişiler toplumun en bilinçsiz ve en fazla risk altında olan kesimidir. Başta bu kesim olmak üzere, tüm toplumun sağlık düzeyi ve sorunlarını yerinde saptamak ve kişilerin sahip oldukları olanaklar çerçevesinde çözüm üretmek sağlık ocaklarının en önemli görevleridir. Bu görevlerin yerine getirilmesinde en etkin olan sağlık personeli ebelerdir (Aksakoğlu, 2008).

Aile hekimliği sisteminde aile hekimi yanında çalışan sağlık personelinin adı “Aile sağlığı elemanı”dır. Her Aile Hekimi yanında bir sağlık elemanı çalıştıracak, bu eleman sağaltım uygulamalarında ve kayıt tutmada hekime yardımcı olacaktır. Bu kişiler aynı zamanda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini vermekle de görevlidirler. Aile hekimliği sistemi koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi ve toplumla ilişki anlamında önemli bir yeri olan ebenin sağlık ocağı sisteminde yerine getirdiği tüm fonksiyonları ortadan kalkmıştır. Oysa güncel çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerde, toplumun içinde çalışan sağlık çalışanlarının (bizdeki sağlık ocağı ebesi gibi) bulunduğu birinci basamak sağlık kurumlarında, farklı ve geniş yelpazede verilen hizmetlerin sunumunda sağlık merkezleri ile toplum arasındaki bağı oluşturmada çok önemli fonksiyonları olduğunu vurgulanmaktadır (Brown, 2007).

Sağlık ocağı sisteminde ana çocuk sağlığı hizmetleri kentlerde bile ebeler tarafından gezici olarak verilmekteydi. Bu tercih toplumumuzun koruyucu hizmetlere yönelik talebinin bulunmamasından kaynaklanmaktadır (Belek, 2003). Aile

Hekimliği sisteminde ise bireye yönelik koruyucu hizmetler hekim tarafından ve başvuran temelinde verilmektedir. Bu da özellikle yoksullar, eğitimsizler gibi sosyal olarak dezavantajlı ve daha çok koruyucu hizmete ihtiyacı olan kişilerin bu hizmetten yararlanamamasını doğuracaktır. Bolu ve Edirne’de ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin aile hekimliği pilot uygulamaya geçiş öncesi ve sonrasının LOT Kalite yöntemiyle değerlendirildiği çalışmalarda, özellikle yoksul ve sosyal güvenesi olmayan grupların bu hizmetlerinden yararlanmalarında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (Alkoy, 2008; Eskiocak, 2008). Kişiye özgü sağlık hizmeti verme ve hastaları sürekli izleme iddiasında olan aile hekimliğinin uygulandığı İzmir’in Ödemiş ilçesinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından son bir yılda yaşlılara yönelik olarak uygulanması gereken koruyucu hizmet kalemlerinin yarısından fazlasını alan yaşlı oranı %16 olarak bulunmuştur (Çelebioğlu, 2010).

Sosyalleştirmeye ayaktan tanı tedavi uygulamaları konusunda, toplumun sağlık gereksinimleri açısından esnek olmaması, bölgenin demografik özelliklerine göre (yaş, eğitim, kadınların çalışması vb.) sağlık sorunlarına cevap verebilirlikten uzak olması eleştirisine AH pilot uygulamasında da bir yanıt verilebilmiş değildir (Eser, 2009). İzmir’in Ödemiş ilçesinde gerçekleştirilen alan araştırmasında yaşlılarda yıllık ayaktan sağlık hizmet başvuru ortalaması kişi başına 12.24 olarak hesaplanırken, yaşlıların %28,4’ünün herhangi bir yakınması olduğu halde sağlık hizmetine başvurmadığı yani karşılanmayan gereksinimleri olduğu bulunmuştur. Karşılanmayan gereksinim, daha kötü koşullardaki evlerde yaşayanlarda üç kat fazla iken, algılanan sağlık düzeyi daha kötü olanlarda 4,7 kat daha fazladır (Çelebioğlu, 2010). Özetlersek sağlıkta dönüşüm programı ve bunun bileşeni olan Aile Hekimliği sistemi, sağlık hizmeti kullanımını artırmasına rağmen, toplum sağlığını geliştirmek anlamında en önemli hedeflerden biri olan dezavantajlı gruplara sağlık hizmetini ulaştıramamıştır.

224 sayılı yasa çerçevesinde düzenlenen ve sağlık ocaklarında verilen bü-tüncül sağlık hizmeti, kamu finansmanına dayalı, toplum tabanlı olarak sunulan birinci basamak sağlık hizmeti anlayışına dayanır. Bu anlayış içinde sağlık, toplumun tüm yaşama alanlarını kapsar; hizmet toplumun içinde örgütlenir, katılımcı bir anlayışla ve bir ekiple yürütülür; diğer toplumsal yapı, kurum ve kuruluşlarla eklenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde uygulanmaya başlanan Aile hekimliği sistemine geçişte sosyalleştirmenin getirdiği 40 yıllık deneyim ve toplumsal kazanımlar yok sayılmaktadır. Ancak 6,000 civarında sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine sunduğu alt yapı, deneyimli personel ve toplum desteği Aile Hekimliği sistemi yararına feda edilmektedir. Sosyalleştirmenin ilk yıllarından bu yana

devlet tarafından giderek unutulmuş birinci sağlık hizmetlerine, 2005 'ten bu yana gösterilen destek ve teşviklerin arkasındaki politik kararlılığın nedeninin toplumun tüm yaşam alanlarını kapsayan bir sağlık hizmeti sunma olmadığı açıktır.

Kaynaklar

- Alkoy, S. (2008) Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da GBP ve AÇS Hizmetlerinin ve Sağlık Hizmet Kullanma Davranışının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Rapor, Bolu.
- Aksakoğlu, G.(2008). Sağlıkta Sosyalleşirmenin Öyküsü. Memleket Mevzuat, 8: 7-62.
- Aksakoğlu, G. Giray, H. (2007). Kentsel Alanda Sağlıkta Dönüşüm, Memleket Mevzuat, 2 (21-22): 3-12. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kentselalanda-donusum.pdf>.
- Belek, İ., Kılıç, B.(2003). 10 Soruda Aile Hekimliği Doktorluğu, Yanlışlar Değil Doğrular, Yalanlar Değil Gerçekler, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18(6); 414-430
- Brown,H.(2007), Community Workers Key to Improving Africa's Primary Care. Lancet, 370 (9583): 1115-17.
- Çakır, C. (2007), Samsun İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında Toplum Sağlığı Hizmetlerinin Durumu, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 22 (6): 470-1
- 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.
- Çelebioğlu, A. (2010), Ödemiş ilçe Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin "Andersen'in Sağlık Hizmeti Kullanım Davranış Modeli" Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tez,Bornova, İzmir.
- Eser, E., Seveci, S., Yüksel, D., Bilge, B., Çalışkan, O. ve arkadaşları. (2009), Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi, Teknik Rapor, Manisa Tabip Odası
- Eskiocak, M. (2008), Edirne'de Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Değişim, Yayınlanmamış Rapor, Edirne
- Eskiocak, M. (2010), Sağlığa İlişkin Gerçekler, TTB yayını, Ankara.
- Hamzaoğlu, O. (2007). Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 22 (6): 418-431.
- 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): 361-371.
- Kılıç, B. (2003). AKP, Aile Doktorluğu ve Sağlıkta "Dönüş"üm Programı. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18 (2): 120-122.
- Mackenbach JP.(2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. Int J Health Serv 2003; 33: 523-41.
- Pala, K. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örne-

- ği. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 20 (3): 162-171.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye’de Aile Hekimliği. <http://www.ailehekimligi.gov.tr> (erişim tarihi temmuz 2010)
- Schoen, C., Osborn R., Huynh P. T., Doty M., Zabert K., Peugh J., (2005). Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. *Health Aff* 2005; W5: 509-25
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield B, Shi L., (2002). Policy Relevant Determinant Determinants Of Health: An International Perspective. *Health Policy*, 60: 201-18.
- Starfield B, Shi L., Macinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*, 83 (3); 457-502.
- Soyer, A. (1998). Bir Araştırma Nedeni ile “Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı” ve Sağlık Ocakları. *Toplum ve Hekim, TTB Yayını*, 13 (5); 362-3
- Soyer, A. (2006). AKP Hükümeti, Sağlıkta Üç Yılda Ne Yaptı-Yapmadı? *Everensel Gazetesi*, 10.02.2006.
- van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM., (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.*, 13 (7): 629-47.
- Öcek, Z. (2006). Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2000-2004 Durum Değerlendirmesi. *Toplum ve Hekim, TTB Yayını*, 21 (4): 271-9.
- Öcek, Z, Soyer A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, TTB Yayını, Ankara.
- Yılmaz, B. N. (2007). Aile Hekimliği Eskişehir Ayağı ve Düşündürdükleri. *Toplum ve Hekim, TTB yayını*, 22 (6): 460-2.