

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI ERKEN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan TÜZÜN*

1. 21. Yüzyıl Kapitalizminde Halk Sağlığı Mümkün mü?: “Bırakınız yapsınlar, bırakınız gitsinler, bırakınız geçsinler, bırakınız ölsünler”

Küreselleşen sermaye, dünyayı kendi suretinde yeniden biçimlendirirken, küreselleşmenin farklı fiillerinden birisi olarak gündeme gelen sağlık reformları aracılığıyla da, sağlığın kendi yeni biçimlerini almasını sağlamaya çalışmaktadır. “Küreselleşme”, hem sağlığın belirleyicilerini doğrudan etkileyerek, yani sağlıklı beslenme, sağlıklı barınma, sağlıklı çevrede yaşama, sağlıklı çevrede çalışma vb gibi etmenler üzerinde bozucu etkiler yaparak; hem sağlık hizmetleri kullanımını etkileyerek, yani sağlık sisteminin yapısal özelliklerinde bozucu etkiler yaparak, aslında liberal paradigmanın eski sözünü yeniden seslendirmektedir: “*Laissez faire, laissez aller, laissez passer*”

Sağlık reformlarının “*Laissez faire*” yaklaşımı, sağlık sisteminin yapısal özelliklerine ilişkin olarak, sağlık hizmeti finansman ve sunumunun birbirinden ayrılmasını, finansmanın genel sigortalar üzerinden sağlanmasını, bu genel sigortanın belirli bir hizmet kapsamını içermesini, hizmet kapsamı dışındaki sağlık ihtiyaçları için tamamlayıcı özel sigortaların etkinleştirilmesini, zamanla genel sigortanın da kişinin sağlık risklerini veri alan özel sigorta mantığına sahip bir işleyişe evrilmesini öngörmektedir. Böylece sermaye sahipleri vergileriyle devlet üzerinden halkın sağlık hizmetlerini finanse etmeyi “bırakmış” olabilecekler. “*Laissez faire*” yaklaşımı, sağlık hizmet sunumu için ise sağlık hizmeti sunumunun özelleştirilmesini, hiç değilse özertleştirilmesini/işletmeleştirilmesini, hizmet sunucu kuruluşların birbirleriyle rekabet halinde olmalarını ve finansman kurumlarıyla sözleşmeler yapmalarını, sağlık çalışanlarının esnek istidam yöntemleriyle çalıştırmalarını, sonuç olarak sağlık hizmetlerinin piyasaya “bırakılmasını” öngörmektedir.

* Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

1980'lerden sonra yaşanan ekonomik krizlerde Dünya Bankası ve IMF kaynaklı yapısal uyum politikalarıyla, gelişmekte olan ülkelere sosyal harcamaların kesilmesi, devletin küçülmesi, özelleştirme, liberalleşme gibi hep aynı ilaçları içeren reçeteler dayatılmıştır. Bu süreç içerisinde Dünya Sağlık Örgütü'nün etkinliği ve mali gücü azalmış, ortaya çıkan politika boşluğu Dünya Bankası (DB) tarafından doldurulmuş, Dünya Sağlık Örgütü de sağlığın tümüyle piyasaya terk eden Dünya Bankası çizgisine teslim olmuştur (1). Dünya Bankası kapitalizmin küresel ölçekli regülatörü olmak işlevini (IMF, Dünya Ticaret Örgütü vb diğer kuruluşlarla birlikte) sürdürürken, "vazife icabı" ülkelere sağlık sistemlerini nasıl finanse etmeleri ve sağlık hizmetlerini nasıl sunmaları gerektiği konusunda da rota belirlemektedir. Rotanın halkların sağlığı için işaret ettiği yönün varacağı yer, liberal paradigmanın çıkış sloganını tamamlamaktadır: Ülkeler insanlarını ölmeye "bırakabilirler."

Bu yazıda Türkiye'nin geçirmekte olduğu sağlık reformu sürecinde geldiği aşama, özellikle reformun birinci basamak sağlık hizmetlerinin işletmeleştirilmesi ayağını oluşturan aile hekimliğine geçiş bakımından, geçişin sağlık göstergelerinde ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının işleyişinde yol açtı ilk değişiklikler gözden geçirilerek değerlendirilmeye çalışılacaktır.

2. Sağlıkta Dönüşüm Programı: "Bankacılar Ne İstiyorlar?"

Sağlıkta dönüşüm "Türkiye için, 80'li yıllarda IMF ve Dünya Bankası'nın ekonomiye müdahalesinin bileşeni olarak başlatılan, sağlık sektörünün piyasanın ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmesini amaçlayan, seksenli yıllardan itibaren kurulan bütün hükümetlerin hem parti hem de hükümet programlarında yer alan ve günümüze kadar da reform adı altında sürdürülen dönüştürme sürecinin bugün geldiği aşama" olarak tanımlanmaktadır (2). Söz konusu aşama AKP hükümeti ile birlikte yeni bir düzlem kazanmış; bu düzlemin zeminini ise tanımda da ismi geçen Dünya Bankası inşa etmiştir.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlamadan önce hazırlanmış olan "Dünya Bankası Değerlendirme Belgesi" neyin neye, kimlerin aracılığıyla dönüştürülmek istendiğinin anlaşılması bakımından anlamlıdır (3). Belgede Banka'nın bu yeni ortaklığın zamanlaması ve çapını mevcut hükümetin sağlık politikaları nedeniyle son derece şanslı bulunduğu belirtilmektedir. Sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumların yeniden örgütlenmesine yönelik yeni yasa tasarılarının hükümetçe hazırlanmış olması Banka tarafından olumlu değerlendirilmektedir. Dünya Bankası, Türkiye'de "temelli bir alt üst oluşa ihtiyaç bulunduğunu ve sistemin dönüştürülmesi gerektiğini" düşünmektedir. Banka

programın “teknik açıdan anlamlı olmakla birlikte, yine de son derece hırslı olduğunu” düşünmektedir.

Dünya Bankası finansmanı 49,4 milyon avroluk evre 1 ve 114 milyon avroluk evre 2 olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Sağlıkta dönüşüm sürecinde yapılması istenenler değerlendirme belgesinde şöyle sıralanmaktadır (3):

- *Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması*
- *Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için model haline getirilmesi*
- *Kamu hastaneleri için tam mali ve idari özerklik sağlanması*
- *Genel sağlık sigortasının (GSS) tam anlamıyla işlevsel olması.*
- *Sağlık ve sosyal güvenlik için bilgisayarlı bir enformasyon sistemi kurulması.*

Dünya Bankası'nın Sağlık Bakanlığı ile birlikte hazırladığı **“Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümünün Uygulanabilmesi İçin Stratejik Tercihler”** adlı bir başka belgede daha açık sözlü davranılmaktadır (4). Söz konusu belgede *“sağlık sektörüne ilgi duyan başlıca aktörler arasındaki asıl kırılmanın merkezinde ideolojinin olduğu”* belirtilmekte ve bu aktörler iki tarafa ayrılmaktadır. *“Bir tarafta Devlet-merkezli ideolojik duruşa sahip ve bu yüzden Devleti halk için gerekli olan sağlık hizmetlerini finanse etmek, yönetmek ve sunmakla sorumlu başoyuncu olarak gören aktörler durmaktadır.”* *“Diğer tarafta ise pazar-merkezli ideolojik bir duruşa sahip ve böylece pazarı ve bireyleri nüfusun sağlık hizmetlerini finanse etme, yönetme ve sağlamadan sorumlu olan baş aktör olduğunu düşünen aktörler yer almaktadır.”* **“Devletçi koalisyon”** olarak adlandırılan grupta sıralananlar arasında *“Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı'nda yer alan bazı bürokratlar, TTB, SES (KESK) ve TÜRK-İŞ”* sıralanmaktadır. **“Pazar taraftarı koalisyon”** olarak sıralananlar ise: *“Hazine, DPT, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı'nda yer alan bazı bürokratlar, özel sağlık tedarikçileri, ilaç firmaları, özel sağlık sigortası şirketleri”* ve *“kendi mensupları için yeni sistem içerisinde ilgili bir rol bulunduğu takdirde daha ılımlı girişimlere katılacak olan Aile Hekimleri Birliği”*dir (4).

Dünya Bankası doğru bir tespitte bulunmaktadır: Sağlıkta dönüşüm ideolojiktir ve tartışmanın bir tarafında emek örgütleri diğer tarafında sermaye örgütleri bulunmaktadır. Ve “kamucular” ile “pazarcılar” arasındaki mücadele halen sürmektedir.

3. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İşletmeleştirilmesi

Bir tıp disiplini olarak “aile hekimliği” tıpta aşırı uzmanlaşmanın sağlık hizmet sunumunda meydana getirdiği değişimlerin bir sonucu olarak gündeme gelmiştir. Aynı anda birden çok sistemi ilgilendiren yakınmaları/hastalıkları olan bireylerin tedavi ve rehabilitasyonlarının ayrı uzmanlık dalları tarafından ayrı ayrı yapılması yerine birinci basamakta farklı sistemlerin yakınmalarını ve hastalıklarını aynı anda değerlendiren bir uzman hekim tarafından yapılmasını öngören aile hekimliği disiplini bu ihtiyaca yanıt olarak gelişmiştir.

Aslında “Aile hekimliği” bir sağlık sistemi biçiminin adı değil tıbbın kendi tarihsel gelişim sürecinin belli bir evresinde ortaya çıkan bir tıp disiplini dir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alan uzmanlaşmış hekimi ifade etmek amacıyla kullanılmakta ve farklı ülkelerde farklı isimler (aile hekimliği, genel pratisyenlik, vb. gibi) alabilmektedir. Farklı ülkelerde o ülkenin sağlık sistemini tanımlayan esas sıfatlar olarak sıralanabilecek farklı sağlık finansmanı modelleri, hekim istihdam etme modelleri, hekim ücretlendirme modelleri, farklı geri ödeme modelleri ile birlikte yer alabilmektedir. Söz gelimi İngiltere’de genel pratisyenlik adı altında, sağlığı genel vergilerle oluşturulan bütçeden finanse eden, hekimleri kişi sayısı üzerinden ücretlendiren bir uygulama söz konusu iken, Almanya’da sağlığı sosyal sigorta üzerinden finanse eden, hekimleri verdikleri hizmet başına ücretlendiren bir uygulama söz konusudur.

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden birisi olarak gündeme gelen aile hekimliği modeline geçiş, sağlık çalışanlarının özlük hakları, istihdam biçimleri, ücretlendirme yöntemleri, çalışma koşullarıyla ilgili köklü değişiklikler öngörerek, kamuya ait sağlık ocaklarını birer küçük sağlık işletmesi olan aile sağlığı merkezleri ile ikame etmeyi amaçlamaktadır. Söz konusu olan bir uzmanlık dalının görev alanının tanımlanmasının çok ötesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin işletmeleştirilmesidir.

4. Aile Hekimliği Modeline Geçiş: “Pre-pilot”, “Pilot” Derken “Post-pilot” Uygulama

Türkiye’de birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçişte izlenen yol pilot uygulama yönteminin ilkeleri ve gereklilikleri ile örtüşmemektedir. Pilot uygulama için belirlenen illerin hangi ölçütlere göre saptandığı belli değildir. Birinci basamak sağlık hizmetleri görece olarak diğer illere göre daha iyi durumda olan iller ya da nüfus ve coğrafya koşulları özellikleri nedeni ile uygulama açısından daha elverişli koşullara sahip olan iller tercih edilerek il seçiminde baştan taraf tu-

tulmuştur. Pilot uygulamada seçilen illerin Türkiye genelinin özelliklerini yansıtan bir örneğe karşılık gelmesi ihtiyacı gözetilmemiştir. Pilot uygulamada öngörülen değişikliklerin test edileceği ve başarılı olunması durumunda uygulamanın genele yayılacağı, başarısız olunması durumunda uygulamadan vazgeçileceği ya da uygulama değişiklikleri yapılacağı bir çerçeve bulunmamaktadır. Uygulama sonuçları her ne olursa olsun uygulamanın devam ettirileceği baştan belli olan süreci içeren bu yöntem reformun birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek amacını daha baştan şüpheli hale getirmektedir.

Tablo 1’de ilk kez 2005’de Düzce uygulamasıyla başlayan aile hekimliğine geçiş sürecinin kapsadığı iller görülmektedir (5).

Tablo 1 2005-2009 Yılları Arasında Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Başlatıldığı İllerde Aile Hekimi, Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi Sayılarının Dağılımı

Başlangıç Tarihi	İller (Aile Hekimi Sayısı)	ASM Sayısı	TSM Sayısı
2005	Düzce (98)	31	8
2006	Eskişehir (211), Bolu (73), Edirne (111), Adıyaman (164), Denizli (261), Gümüşhane (40)	309	69
2007	Elazığ (167), Isparta (117), Samsun (348), İzmir (1.094), Sinop (55), Bartın (57), Amasya (93)	609	102
2008	Bayburt (24), Çorum (168), Manisa (378), Osmaniye (134), Karaman (72), Karabük (62), Adana (589), Burdur (71), Kırıkkale (84), Yalova (50), Çankırı (46),Tunceli (25), Kastamonu (102), Bilecik (54), Erzurum (230), Kırşehir (62), Kayseri (353)	815	191
2009	Trabzon (212), Rize (93)	91	30
Toplam		1.855	400

2008 yılı içinde aile hekimliği pilot uygulamasının başlaması öngörülen 35 ilden ancak dokuzunda (Kırşehir, Bilecik, Rize, Çankırı, Trabzon, Tunceli, Kastamonu, Kayseri, Kırıkkale) uygulama başlatılabilmmiştir. Geri kalan 26 il için 2009 yılına ait yeni bir takvim öngörülmüştür (Tablo 2) (5). 2009 yılının ilk yarısının sonlanmasına doğru 2009 yılında uygulamanın başlaması öngörülen tarihlerde geçiş başlatılmamıştır.

Tablo 2: 2009 Yılı İçinde Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatılması Planlanan İllerde Aile Hekimi Sayıları ve Öngörülen Başlangıç Tarihleri

01.02.2009	Sakarya (236), Niğde (95), Çanakkale (132), Mersin (441)
01.03.2009	Nevşehir (85), Iğdır (49), Erzincan (63), Kırklareli (97), Konya (590), Artvin (51)
01.04.2009	Malatya (210)
01.05.2009	Kütahya (162), Afyon (193) ,Van (275), Zonguldak (175), Tekirdağ (212), Aksaray (112), Tokat (189), Siirt (77), Ardahan (35)
01.06.2009	Uşak (96), Bingöl (68), Batman (137)
01.07.2009	Bursa (743), Kars (97)
01.10.2009	Balıkesir (335)
2009 sonrası	Ağrı, Ankara, Bitlis, Giresun, Hakkari, Hatay, İstanbul, Kahramanmaraş, Mardin, Muş, Ordu, Sivas, Şırnak, Yozgat, Antalya, Aydın, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Kocaeli, Muğla, Şanlıurfa.

Belli sayıdaki ilde pilot uygulama bittikten sonra pilot uygulamanın sonuçları dikkate alınarak tüm ülkeye uygulamanın genellenmesi yerine pilot uygulama kapsamındaki illerin sayısının her yıl arttırılarak ülkenin bir kısmının pilot uygulama kapsamında olduğu garip bir sonuç ortaya çıkmış; bu durum geçiş esnasında tüm ülkeyi ikiye bölen ikili bir sağlık sistemi yapısı ortaya koymuştur. Aile hekimliğine geçilen illerde sistemin temelini oluşturması gereken sevk sistemi uygulanmadığı için hizmet sunumuyla ilgili olarak; GSS ile ilgili yasa tüm maddeleri ile yürürlüğe girmediği için sağlık finansmanı ile ilgili olarak geçilmesi öngörülen yeni model eksik olarak yaşama geçirilebilmektedir. Bu durum sistemin bütün bileşenleri ile uygulamaya girmesi durumunda yol açacağı olası durumları görebilmeyi engellemektedir.

Pilot uygulamanın en çok kaç ili içereceği, ne zaman sonlanacağı açıklanmamış olmakla birlikte, halen aile hekimliğine geçen il sayısından daha fazla sayıda ili içeren bir pilot uygulama düşünülmemeyeceğinden; Türkiye'nin şu an fiili olarak bir kısım illerinin pilot uygulama kapsamında aile hekimliğine geçtiği, bir kısım illerinin öngörülen tarih geçmesine karşın henüz aile hekimliğine geçemediği, bir kısım iller için geçiş tarihinin henüz belli olmadığı adı konmamış bir "post-pilot" dönemi yaşamaktadır.

5. Aile Hekimliği Modelinin Getireceklerinden Vatandaş Habersiz, Hekim Umutsuz

Aile hekimliğine geçiş öncesi birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda yapılan bir araştırmada (Elazığ, n= 466) katılımcıların %58'inin aile hekimliğini hiç duymadığı, %53'ünün birinci basamak sağlık hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulmasını istediği, %68'inin sunulan hizmetlerden para alınmasını istediği bulunmuştur (6).

Aile hekimliği uygulaması başlamadan önce yapılan niteliksel bir araştırma ile, aile hekimliğine geçiş öncesi ve sonrasındaki illerde yapılan niceliksel araştırmalar, sağlık çalışanlarının konuyu bakışına dair önemli sonuçlar sergilemektedir.

Aile hekimliği uygulaması başlamadan önce odak grup görüşmeleri ile yapılan "**Hekim Beklentileri Çalışması**" (Aydın, Manisa, Düzce, Edirne, Çankırı) hekimlerin istihdam ve ücretlendirme biçimiyle ilgili tavırlarını net olarak ortaya koymaktadır (7). Çalışma sonuçları arasında şu bulgular yer almaktadır:

- *Hekimlerin ortak tercihi, şartları iyi ama iş güvencesi olmayan sözleşmeli bir sistem değil, şartları biraz daha iyileştirilmiş bir kamu sistemidir.*
- *Hekimler objektif olmayan, keyfi ve siyasi nedenlerle görevlerine son verilebileceğini düşündüklerinden sözleşmeli çalışmak konusundaki isteksizdir.*
- *Hekimler genel olarak iş garantisinin kendilerini rehavete ittiğine inanmamakta ve iş garantisi olmamasının iş verimini yükseltmeyeceğini, aksine, işsizlik kaygısının iş verimini düşüreceğini düşünmektedir. Bazı sözleşmeli hekimler, hata yapma ve işlerini kaybetme korkusu yüzünden tıbbi girişimlerin bazılarında vazgeçtiklerini belirtmiştir.*
- *Hekimler sağlık hizmetleri yönetiminin yerelleşmesi ile birlikte siyasi baskıların artacağından endişe etmektedir.*
- *Hekimlerin yarısı GSS'ye olumsuz bakmaktadır.*

Sağlık ocakları çalışanlarında yapılan (Bursa, n=549) bir araştırmada aile hekimliğini olumlu bulanların oranı hekimlerde %17,6, hemşirelerde %14,0, ebelerde %15,6, sağlık memurlarında %23,5'tir. Hekimlerin %21'i hemşirelerin %55,4'ü ebelerin %60,0'ı sağlık memurlarının %41,2'si ise konu hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Aile hekimliğinin temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı artıracığını düşünen sağlık çalışanlarının oranı %24,1'dir (8).

Sivas il merkezindeki 19 sağlık ocağında çalışan 224 kişi ile yapılan bir çalışmaya göre çalışanların %40,1'i aile hekimliği modelinin mimarı olarak Dünya

Bankası ya da IMF'yi görmektedir. Sağlık çalışanlarının %29,5'i aile hekimliği modelinin etkinliği artıracığını düşünmekte, %14,7'si özlük haklarında iyileşme sağlayacağını düşünmektedir. Çalışanların %73,2'sinin aile hekimliği modeli hakkında kaygıları (işsizlik korkusu, çalışanların arasında rekabetin gelişmesi, etik değerlerin yitimi, gelecek kaygısı gibi) bulunmaktadır. Araştırmaya göre hekimlerin de yardımcı sağlık çalışanlarının da yaklaşık %15'i aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı olarak çalışmayı düşündüklerini belirtmişlerdir (9).

Eskişehir il merkezinde bulunan 4 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 31 Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) görev yapmakta olan toplam 147 hekim üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu, TSM hekimlerinde iş doyumunun aile hekimlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar Eskişehir'de hekimlerin iş doyumlarının artırılması ile ilgili olarak politikalar üretilmesi ve uygulanmasını önermektedirler (10).

Yapılan araştırmalar reform öncesi sağlık çalışanlarının yeterli bilgilendirilmediklerini, aile hekimliğinin olumlu sonuçlar doğuracağını düşünmediklerini ve mesleki gelecek kaygısı duyduklarını göstermektedir. Reform sonrası ilde yapılan çalışmada mesleki doyumunun düşük bulunması ise çalışanların kaygılarında haklı olduklarını açığa çıkarmaktadır. Çalışmalar sağlıktaki dönüşüm programının bileşenlerinin hekimler ve yardımcı sağlık çalışanları ile birlikte değil onlara karşı iletildiğini ortaya koymaktadır.

6. Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatıldığı Bazı İllerde Sağlık Göstergelerinin Değişimi

Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumundaki uygulama değişikliklerinin sağlık ölçütlerine etkisini değerlendirebilmek için daha uzun zaman periyotlarına ihtiyaç olmakla birlikte, bazı veriler reformun etkileri hakkında ilk gözlemlerin yapılmasına olanak sağlayabilir. Hastalık ve ölümlerle ilgili göstergelerdeki değişimin ortaya çıkması daha uzun zaman gerektirebilir. Diğer yandan riskli grup izlemeleri, üreme sağlığı hizmetleriyle ilgili ölçütlerdeki değişimler reformun erken sonuçları hakkında açıklayıcı olabilir.

6.1 Düzce

Aile hekimliği pilot uygulamasının başlatıldığı ilk il olan Düzce'de 16 Eylül 2005'te geçiş süreci başlatılmıştır. Düzce ilinin 2006 yılına dair bazı verileri geçişin ilk yılında sağlık hizmetleri kullanımını nasıl değiştirdiğini belirtmesi bakımından ilginç sonuçlar sergilemektedir. Sağlık ocağı kişi başı poliklinik sayısı Türkiye genelinde 2006'da 2005'e göre %20 artışla 1,5'ten 1,8'e çıkmışken, aynı

yıllar için Düzce’de %85 artışla 2,0’dan 3,7’ye çıkmıştır. Buna karşın aynı yıllar için sevk hızında ülke genelinde %37 azalma görülürken (10,2’den 6,4’e düşerek) Düzce’de %330 artış (5,9’dan 19,5’e çıkarak) meydana gelmiştir (11).

Tabloda Düzce’de bazı sağlık ölçütlerinin yıllara göre değişimi görülmektedir (12):

Tablo 3: Düzce’de Bazı Sağlık Ölçütlerinin Yıllara Göre Değişimi

	2003	2004	2005	2006	2007	Değişim 2003-2005	Değişim 2005-2007
Bebek ölüm hızı (binde)	17,2	16,3	10,8	9,7	8,3	-6,4	-2,5
5 yaş altı ölüm hızı (binde)	21,2	18,7	13,2	10,8	11,2	-8	-2
Düşük hızı (binde)	44,3	46,2	52,5	65,5	47	8,2	-5,5
Gebe başına düşen izlem sayısı	2,5	2,9	2,7	3,4	3,7	0,2	1
Loğusa başına düşen izlem sayısı	1,3	1,7	1,8	1,9	1,9	0,5	0,1
Bebek başına düşen izlem sayısı	6,3	7,5	7,7	9,2	10,2	1,4	2,5
Çocuk başına düşen izlem sayısı	1,5	1,8	2,2	2,1	1,9	0,7	-0,3
15-49 yaş kadın izlem sayısı	1,7	1,7	1,6	1,3	1,5	-0,1	-0,1
Kişi başı ortalama muayene sayısı	1,4	1,7	2,2	3,5	3,6	0,8	1,4
Birinci basamakta laboratuvar tetkiki isteme oranı (yüzde)	11,4	12,4	19,3	12,6	9,0	7,9	-10,3
Aile planlaması yöntemi kullanımı (yüzde)	56,2	56,1	56,6	55,6	54,5	0,4	-2,0
Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı (yüzde)	33,9	36,3	36,8	36,6	35,8	2,9	-1,0

Tabloda özellikle aile hekimliği uygulamasının başlamasından önceki 2 yıl ile sonraki 2 yıl için verilerin değişimine dikkat edildiğinde reform sonrasında

olumlu sonuçları olarak değerlendirilebilecek farklı bir değişimin gözlenmediği dikkati çekmektedir. Mortalite ölçütlerinde reform öncesi dönemin altında kalan oranlarda iyileşmeler devam etmektedir. Loğusa başına izlem sayısında, önceki 2 yıllık dönemin altında kalan oranlarda iyileşmeler olmuştur. 15-49 yaş kadınlar da izlem sayısı ortalamasında öncesi dönemle aynı kötüleşme gözlenmektedir. Çocuk başına izlem sayısında, birinci basamakta laboratuvar tetkiki isteme oranında, aile planlaması yöntemi kullanma ve etkin aile planlaması yöntemi kullanma oranlarında ise önceki dönemin aksine kötüleşme gözlenmektedir. Gebe başına izlem sayısında önceki dönemin üzerinde bir iyileşme eğilimi gözlenmesine karşın, 2007 yılı itibarıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede öngörülen 6 değerinin altındadır. Bebek başına düşen izlem sayısında ve kişi başı muayene sayısında önceki dönemin üzerinde bir iyileşme kaydedilmiştir.

Uygulamanın başladığı 2005 yılından önceki iki yılın ve sonraki iki yılın aşı oranlarının yer aldığı tabloya bakılığında uygulamanın sonuçları bakımından bir önceki tablo ile benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır.

Tablo 4: Düzce’de Aşılama Oranlarının Yıllara Göre Değişimi (13,14)

	2003	2004	2006	2007
DBT3/ (DaBT-Hib-İPA)	81	91	97	99
Kızamık / (KKK)	91	85	73	96
BCG	81	84	100	105
Hepatit B 3	89	87	97	118

6.2. Bolu

16.10.2006’dan bu yana pilot uygulamanın sürdürüldüğü illerden birisi olan Bolu’da Mart 2008’de lot kalite tekniği kullanılarak iki yaşın altında çocuğu olan anneleri kapsayan araştırmalar yapılmıştır (15,16). Araştırma sonuçlarına göre görüşülen annelerden 0-11 aylık bebeği olanların %23’ü son gebeliğinde doğum öncesi bakım, %4’ü doğum sonrası bakım aldığı, %8’i bebeğinin ve %10’u son altı ayda kendisinin evde ebe ya da hemşirelerce ziyaret edildiğini belirtmiştir. Evde yaşlı ya da engelli bulunan ailelerin %29’unda yaşlı kişinin, %27’sinde engelli kişinin evde sağlık personeline ziyaret edildiği bulunmuştur. Görüşülen kadınların %89’u kendisi talep etmeden sunulan bir sağlık hizmeti ile karşılaşmadığını; %45,4’ü gereksinimi olduğunda aile hekimine ulaşabildiğini; %68,7’si cepten sağlık harcaması yaptığını belirtmiştir. Gezici hizmet sunulması gereken bölgede yaşayanların %71’ine son bir ayda aile hekimi ya da aile sağ-

lığı elemanı gelmemiştir. Alan araştırmasının sonuçları, aile hekimliği modelinin koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin performansını gözler önüne sermektedir.

ASM'ler için kişi başı ortalama muayene sayısı 2,6 iken ildeki 2008 yılı kişi başı poliklinik sayısı ortalamasının 6,8 olarak belirtildiği dikkate alındığında tüm muayenelerin %38,9'unun birinci basamakta yapıldığı anlaşılmaktadır. Uygulamanın 2. yılında ikinci basamak sağlık kuruluşlarının ağırlığını sürdürdüğü, aile hekimliğinin vatandaşların sağlık hizmetlerine erişirken tercih ettikleri hizmet basamağında bir değişikliğe yol açmadığı gözlenmektedir.

Tablo 5'te Bolu'da bazı sağlık ölçütlerinin yıllara göre değişimi gözlenmektedir (17):

Tablo 5: Bolu'da Bazı Sağlık Ölçütlerinin Yıllara Göre Değişimi

	2005	2006	2007	2008
Bebek Ölüm Hızı (binde)	15,9	8,9	13,7	13,0
Erken Neonatal Ölüm Hızı (binde)	8,9	3,6	9,7	6,0
Geç Neonatal Ölüm Hızı (binde)	2,1	2,0	2,5	1,5
Post Neonatal Ölüm Hızı (binde)	4,9	3,0	1,6	5,4
Düşük Hızı (binde)	53,6	52,1	58,4	77,5
(DBT)-DaBT-İPA-Hib3 (yüzde)	87,1	76,3	99	91,6
(Kızamık) - KKK (yüzde)	82,8	60,7	91	87,3
BCG (yüzde)	85,1	88,7	90	91,5
Gebe Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	3,0	2,9	3,0	2,7
Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	1,6	1,4	1,4	2,1
Bebek Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	8,1	7,7	8,2	8,7
Çocuk Başına Düşen Ortalama İzlem Sayısı	1,4	1,0	1,0	0,9
15-49 Yaş Kadın Başına Düşen İzlem Sayısı	1,9	1,7	1,6	1,4
Aile planlaması yöntemi kullanımı (yüzde)	87,4	89,8	89,8	76,9
Etkin Aile planlaması Yöntem kullanımı (yüzde)	64,3	66,2	66,3	58,9
Etkisiz Aile planlaması Yöntem kullanımı (yüzde)	23,1	23,6	23,5	18,0

2006 sonunda aile hekimliğine geçen ilde bebek ölüm hızının 2006'da azalan değerinin 2007'de yeniden arttığı, 2008'de de varlığını sürdürdüğü dikkati çekmektedir. Neonatal dönem ölümler ağırlıklı olarak doğumsal anomalilerden kaynaklanmasına karşın post neonatal ölümlerin daha çok önlenebilir nedenlerden kaynaklanıyor oluşu post neonatal ölüm hızında 2008 yılında yaşanan artışa dikkatlerin yönelmesine sebep olmaktadır. Diğer yandan düşük hızının 2006'dan başlayan bir artışa geçtiği görülmektedir. Aşılama oranlarında 2008

yılına gelindiğinde 2007 yılında sağlanan iyileşmenin gerisine düşülmesi, bu sonucun gerisinde yatan nedenleri merak ettirmektedir. Bebek başına düşen izlem sayısında reform öncesi dönemin değerlerinin idame ettirilmesine karşın, çocuk izlemleri için reform öncesi ortalamaların altına düşülmesi ilginçtir. Benzer şekilde 15-49 yaş kadın izlem sayısında reform sonrası 2. yıl değeri reform öncesi 2. yıl değerinin altındadır. İlde etkin yöntem kullanımı oranının yüksek olması sevindirici olmakla birlikte aile hekimliğine geçiş sonrası verilerin kötüye gidişe işaret ettiği gözlenmektedir. Sonuç olarak aile hekimliği uygulaması sonrası 2. yılda bazı parametrelerde uygulama öncesi değerlerin idame ettirildiği bazı değerlerde de kötüye gidişin işaretlerinin görülmeye başladığı dikkatleri çekmektedir.

6.3. Adıyaman

Adıyaman 2 no'lu TSM bölgesinde 1 Ocak-31 Aralık 2007 yılında doğmuş ve araştırmanın yapıldığı tarihte yaşayan bebeklerin anneleri (n=2211) yapılan bir alan çalışmasında aile hekiminin ev ziyareti yaptığını belirtenlerin oranı %6,7, aile sağlığı elemanının ev ziyareti yaptığını belirtenlerin oranı %32,1'dir (18). Araştırma kapsamındaki kadınların aile hekimlerine gitme nedenlerinin dağılımına bakıldığında en son sırada %48,1 ile gebelik kontrolleri ile %21,3 ile aile planlaması hizmetlerinin yer aldığı görülmektedir. Son gebelikte doğum öncesi bakımı hiç almayanların oranı %1,7'de kalmaktadır. Doğum öncesi bakımın alındığı sağlık personelinin dağılımına bakıldığında %44,9'unun aile hekimi- aile sağlığı elemanı veya kadın doğum uzmanından, %27,6'sının aile sağlığı elemanı veya kadın doğum uzmanından, %17,1'inin yalnızca kadın doğum uzmanından hizmet aldığı görülmektedir ki bu da reform sonrası temel sağlık hizmetleri kapsamında birinci basamakta gerçekleştirilmesi gereken gebe takiplerinin uzman hekim ağırlıklı olarak yürütüldüğünü göstermektedir. Kadınların %83,3'ü için hiç loğusa izleminin yapılmamış olması koruyucu sağlık hizmetlerinin durumuna ilişkin bir diğer veridir.

25 Aralık 2006'da aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı Adıyaman'da bazı sağlık göstergelerinin yıllara göre değişimi görülmektedir (5).

Tablo 6: Adıyaman’da Bazı Sağlık Ölçütlerinin Yıllara Göre Değişimi

	2006	2007	2008
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	4,2	2,7	4,5
Loğusa Başına Ortalama İzlem Sayısı	1,6	1,3	1,3
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	3,9	6,5	6,6
Çocuk Başına Ortalama İzlem Sayısı	1,4	1,5	1,2
15-49 Yaş Ortalama İzlem Sayısı	0,8	1,1	1,3
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	13,4	14,1	12,6
Neonatal Ölüm Hızı (Binde)	8,3	8,5	9,5
Postneonatal Ölüm Hızı (Binde)	5,2	4,5	3,1
0-4 Yaş Ölüm Hızı (Binde)	2,8	2,5	3,1
Birinci Basamak poliklinik sayısının toplam poliklinik sayısına oranı (yüzde)	35,9	33,3	33,5
Kişi Başına Ortalama Poliklinik Sayısı	4,3	4,9	4,8
Birinci Basamaktan Sevk Oranı (yüzde)	8	4	2
DBT3/ (DaBT-Hib-İPA)	82	86	95
(Kızamık) - KKK (yüzde)	63	81	97
BCG (yüzde)	88	83	97
Hepatit B 3 (yüzde)	82	86	96

Bebek başına ortalama izlem sayısında artış sağlanmasına karşın, geçişin ilk yılında gebe başına ortalama izlem sayısında ciddi bir düşüş yaşandıktan sonra 2008 yılında geçiş öncesi değere yaklaşık bir sayıya ulaşılabilmiştir. 15-49 yaş kadın izleminde kısmi düzelmeye karşın çocuk başına ortalama izlem sayısında düşüş gözlenmektedir. Ortalama izlem sayılarının tümü halen sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönergede belirtilen asgari değerlerin altında seyretmektedir. 2008 yılında özellikle aşılama oranlarındaki artış dikkatleri çekmektedir. Birinci basamakta toplam poliklinik sayısının yaklaşık üçte biri yapılabilmektedir. Bu durum bu ilde de dönüşümün vatandaşların sağlık hizmeti kullanım özelliklerinde değişikliğe neden olmadığını ortaya çıkarmaktadır.

6.4. Denizli

Aralık 2006’da aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı Denizli’de bazı sağlık göstergelerinin değişimi tabloda görülmektedir (19).

Tablo 7: Denizli’de Bazı Sağlık Ölçütlerinin Yıllara Göre Değişimi

	2006	2007
Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı	7,0	5,7
Loğusa Başına Ortalama İzlem Sayısı	3,0	2,6
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	9,7	8,6
Çocuk Başına Ortalama İzlem Sayısı	1,9	1,3
Aile planlaması yöntemi kullanımı (yüzde)	43,8	43,7
Etkin Aile planlaması Yöntem kullanımı (yüzde)	16,7	16,6
Etkisiz Aile planlaması Yöntem kullanımı (yüzde)	39,6	39,7
DBT3/ (DaBT-Hib-İPA) (yüzde)	98,3	98,5
Kızamık/(KKK) (yüzde)	73,9	95,0
BCG (yüzde)	101,7	97,2
Hepatit B 3 (yüzde)	99,3	110,9
Birinci Basamak poliklinik sayısının toplam poliklinik sayısına oranı (yüzde)	38,1	45,2
Birinci basamaktan sevk oranı (yüzde)	5,8	1,9
Birinci basamakta laboratuvar tetkiki isteme oranı (yüzde)	14,3	8,7

Ortalama izlem sayılarının tümünde 2007 yılında düşüş gözlenmektedir. Aile planlaması çalışmalarında ancak bir önceki yılın değerlerinin idame ettirilebildiği anlaşılmaktadır. Birinci Basamak poliklinik sayısının toplam poliklinik sayısına oranı artış, sevk oranı azalma eğilimindedir. Laboratuvar kullanma oranında gözlenen nerdeyse yarı yarıya azalma dikkati çekmektedir. Denizli’de aile hekimliği uygulamasının ilk yılında sağlık göstergelerinde geriye gidişe neden olduğu anlaşılmaktadır.

7. Hekim Örgütlerinin Pilot Uygulama Sonuçlarını Değerlendirmesi

TTB Halk Sağlığı Kolu’nun koordinatörlüğünde Mart 2006’da gerçekleştirilen Düzce gezisi sonrası hazırlanan raporda (**Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu**) yer alan görüşler geçişin hemen sonrasına dair ilk gözlemleri ve olası sonuçları yansıtmaları bakımından belge niteliği taşımaktadır. Raporla uygulamanın pilot özelliği taşımadığı, aile hekimlerinin sunduğu koruyucu hizmetlerin önceliğini yitirdiği, saha hizmetlerinin nüfus kaydetmek için yapılan ziyaretlere indirgenmesi, saha hizmetinin verilmemesinin özellikle sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çeken grupların koruyucu sağlık hizmeti alamaması anlamına geldiği belirtilmektedir. Hizmetin bölge tabanlı olmaktan çıkarılması sonucu bulaşıcı hastalık salgınlarının tanımlanmasında ve müdahale edilmesinde

yaşanabilecek aksaklıkların önemli toplumsal zararlara neden olabileceği vurgulanmaktadır. ASM'lere yapılan poliklinik başvurularındaki artışa karşın, yataklı tedavi kurumlarına yapılan poliklinik başvurularında belirgin bir azalma gözlenmemesi nedeniyle birinci basamağa yönelmeden söz edilemeyeceğinden bahsedilmektedir. Görüşülen aile hekimlerinin ilaç tüketiminde %40-50 civarında artış meydana geldiğini belirttiği aktarılmaktadır. ASM çalışanlarıyla TSM çalışanları arasındaki ücret farklılıklarının bir yandan çalışma barışını bozduğu diğer yandan TSM'lerin kendilerinden beklenen işlevlerini yerine getirmesinde kısıtlayıcı bir unsur olarak belirebileceğine dikkat çekilmektedir. Bu erken gözlem sonuçları daha sonra aile hekimliğine geçilen diğer illerde de benzer sonuçların tekrarlanması bakımından dikkat çekicidir. Nitekim 2008 yılı içinde aile hekimliği uygulamasına geçen Manisa'da geçişten bir yıl sonra hazırlanan rapor Düzce raporunun öngörülerini doğrular niteliktedir (20).

Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu'nca hazırlanan **"Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirilmesi"** çalışmasında aile hekimliği uygulamasının fotoğrafı netlikle yansıtılmaktadır. Değerlendirmede vurgulanan noktalar arasında şunlar yer almaktadır (21):

- *Bebek ve anne ölümlüğünde önceki yıllarda mevcut olan seyir değişmesizin sürmektedir, ancak risk gruplarının ortalama izlem sayılarında bozulma görülmektedir.*
- *Özellikle doğurgan çağ kadın izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin de aralarında yer aldığı üreme sağlığı hizmetlerinde büyük sorunlar yaşanmaktadır.*
- *Bölge sağlık yönetimi anlayışı terk edildiği için ilçeler düzeyinde bile sağlık göstergeleri izlenemez dolayısıyla planlama ve müdahale yapılamaz duruma gelmiştir.*
- *Sevk sistemi uygulaması başladıktan sonra poliklinik sayısında meydana gelecek artışlar dikkate alındığı takdirde, aile sağlığı birimine kayıtlı nüfus sayısının mevcut ortalamalarda kalması durumunda hizmet verilemez duruma gelinecektir.*
- *Aile hekimleri ile TSM'ler arasında uygun bir bilgi paylaşımı sistemi yoktur.*
- *TSM'ler öngörülen denetleyici ve yönlendirici işlevlerini yerine getirebilmelerine olanak sağlayacak personel ve donanıma sahip değiller.*
- *Aynı binada bağımsız olarak hizmet sunan aile hekimliği birimleri yönetsel ve teknolojik işbirliğinden yoksundur.*

- *Ekip hizmeti anlayışı yitirilmiştir.*
- *Sağlık dışındaki diğer sektörlerle olan işbirliği tamamen kopmuştur.*
- *Aile hekimi seçimi sürecinde yalnızca meslekte geçen sürenin dikkate alınarak hiçbir niteliksel değerlendirmenin yapılmamış olması sonucu olarak mevcut aile hekimlerinin yarısının sağlık ocağı deneyimi yoktur.*
- *Aile sağlığı elemanları kendilerini kamu sağlık sistemine karşı sorumlu olarak görmekten çok çalıştıkları aile hekiminin özel elemanı olarak görmektedirler.*
- *İl genelinde %10 un üzerinde olduğu belirtilen kapsam dışı popülasyonun sağlık eşitsizliklerini derinleştirmektedir.*

Manisa Tabip Odası raporunda sağlık göstergeleri ile ilgili olarak diğer illerde rastlanılan sonuçlarla örtüşen tespitlerde bulunulmakta, bunun yanı sıra uygulamanın yol açtığı aksaklıklar dile getirilmektedir. Söylenenlere ilave olarak şu tespit sözün bittiği yeri işaretlemektedir:

“Özellikle Bakanlık Merkez teşkilatı tarafından koordine edilen ondan fazla kadın ve çocuk sağlığı programları durma noktasına gelmiştir. ASM’de bu programlara kimse sahip çıkmamaktadır.... Bunun temel nedenlerinden birisi Aile Hekimlerinin bir KAMU HEKİMİ olarak kabul edilmesindeki belirsizliktir.”

Aile hekimliğine geçiş sonrası ilk gözlemlerin yer aldığı bir diğer çalışma olan ve Adana Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonunca hazırlanan **“Adana Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının 6. Ay Değerlendirme Raporu”**na göre aile hekimlerinin %44,6’sı aile hekimliği öncesine göre gelecek kaygıların arttığını söylemektedirler. Aile hekimlerinin %13,5’i yapmayı düşündüğü birinci basamak hekimliğini aile hekimliği uygulamasıyla örtüştüğünü söylemektedir, %68,5’i bu uygulamayla gelecekte çevre ve toplum sağlığı konusunda bir geriye gidiş olacağını düşünmektedir. Raporda acillerde ve yoğun bakımlarda çalışan pratisyen hekim sayısının yetersiz olduğu, nüfus değişimlerinin başlaması ile birlikte etik değerlerin suistimal edilmeye başlayabileceği öngörüsünün gerçekleşmeye başladığı belirtilmektedir (22).

8. Sağlık Bakanlığının Pilot Uygulama Sonuçlarını Değerlendirmesi

Aile hekimliği uygulama sonuçlarını izleme ve değerlendirmek amacıyla; Sağlık Bakanlığı tarafından “Aile Hekimliği Pilot Uygulamaları Finansal İzleme - Değerlendirme ve Maliyet Analizi Çalışması”, “Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyeti Çalışması”, “Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması Etki Değerlendirme Çalışması” başlıkları altında çalışmalar yürütülmektedir.

“Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyeti Çalışması”na göre aile hekimliği uygulaması sonrasında hastalarda doktor bilgilendirmesinden memnun olanlarda (önce: %79,7, sonra: %88,0), sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikten memnun olanlarda (önce: %79,0, sonra: %83,8), hastaların sağlık kuruluşunun fiziki koşullarından memnun olanlarda (önce: %67,4, sonra: %76,8), doktor davranışından ve hizmetinden memnun olanlarda (önce: %84,8, sonra: %91,0), aynı doktora ulaşılabilirlikten memnun olanlarda (önce: %73,7, sonra: %84,4), sağlık bilgi ve kayıtlarının takip edilmesinden memnun olanlarda (önce: %75,3, sonra: %83,9) artış saptandığı ifade edilmektedir. Tüm karşılaştırmalar için aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir ($p<0,001$) (5).

Çalışma “hasta memnuniyeti” parametresi temel alınarak gerçekleştirildiği için sağlık kuruluşuna başvuranlar üzerinden bir değerlendirme yapmanın yeterli görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin “müşteri memnuniyetini” kriter alan bir “toplam kalite” anlayışıyla değerlendirilmesi, hele söz konusu olan birinci basamak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda doğru sonuçlar vermeyecektir. Gerçek sonuçları görebilmek için sadece hastalara yönelik değil toplum temelli sağlık hizmeti kullanım özellikleri araştırmaları yapılmalıdır. Mevcut veriler üzerinden bir değerlendirme yapmak gerekirse sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikten memnuniyete yaklaşık %5’lik ve aynı doktora ulaşılabilirlikten memnun olanların oranında saptanan yaklaşık %10’luk artış bu alanlarda iyileşme gerçekleştirme amacıyla yola çıkan makro ölçekli reformun mikro sonuçları olarak da okunabilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008’de yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu”nda koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan bütçedeki artış, birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşu sayısındaki artış (çoğunluğunu aile hekimliğine geçememiş illerdeki sağlık ocaklarının oluşturduğu), birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekim hizmet oda sayısındaki artış, birinci basamakta yapılan muayene sayısında artış vurgulanmakta; sağlık ocaklarının alt yapısı ve insan kaynaklarının güçlendirilerek sevk oranının %90 azaltıldığı belirtilmektedir (23). 2002-2007 yılları için aşılama oranlarında ve üreme sağlığı hizmeti alan kişi sayısındaki artıştan bahsedilmektedir. Aslında tüm bu gelişmeler sağlık ocakları sayesinde koruyucu sağlık hizmetleri düzeyinde artış sağlanabildiğinin kanıtları olarak da okunabilir. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği” başlıklı bölümde aile hekimliği uygulaması erken dönem sonuçlarının oldukça başarılı olduğu vurgulanmaktadır. Aynı başlıklı bölümde bu sonuca varabilmemizi sağlayan verilere çok sınırlı yer verilmiştir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olan illerde birinci basamakta yapılan muayene sayısının toplam muaye-

ne sayısına oranının %40'tan %51'e çıkması ve Düzce ili aile hekimliği araştırmasında yararlandığı hizmetten memnun kalanların oranının %77,5 olması.

9. Aile Hekimliği Uygulaması Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Ne Getiriyor Ne Götürüyor?

9.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumu Yöntemi Olarak

Uygulamada kendisine 1000 ile 4000 kişi bağlı olan aile hekiminin, aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülen yerleri kiralayarak, aile sağlığı elemanı ile birlikte hizmet vermesi öngörülmektedir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı sözleşmeli olarak çalışacaktır. Ücretlendirme yapılırken sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, gezici sağlık hizmetleri giderleri, tetkik ve sarf malzemeleri giderleri de hesaplanarak eklenmekte; aşı, gebe ve çocuk-bebek takibi ile değerlendirilen başarı oranı ve sevk oranı ile de aile hekiminden yapılacak kesintiler belirlenmektedir.

Aile hekimliği ile birlikte sağlık hizmetleri "ekip hizmeti" olmaktan çıkarılmaktadır. Sağlık ocağında bir ekibin parçası olan hekimlerle ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant vb gibi farklı iş tanımları olan yardımcı sağlık çalışanları, bir hekim ve bir yardımcı sağlık personelinden oluşan ve birbirleriyle rekabet halindeki küçük sağlık işletmelerinin elemanları olacaklardır. Aile hekimliği pilot uygulaması hakkındaki kanuna göre "Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır." TTB Halk Sağlığı Kolu'nun raporunda da belirtildiği üzere aile sağlığı elemanı için belirtilen iş tanımı, farklı eğitim programları ile yetiştirilen hemşire, ebe ve sağlık memurlarına aynı işi yükleyerek farklılıkları yok saymakta, aynı işi yapması söz konusu çalışanların eğitimlerinde bulunmayan işleri nasıl yapacağı ve bu çalışanları yetiştiren okulların ne olacağı soruları akla gelmektedir. Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitim ve mesleki özellikleri yok sayılmakta, sağlık ocakları işletmeleştirilince, sağlık çalışanları da işletmenin elemanlarına (!) dönüşmektedir.

Aile hekimliği uygulaması sağlık insan gücü planlamasına dayalı bir uygulama değildir. Uygulama ülkenin sağlık sorunlarını merkeze alan bir iş yükü analizi sonra ortaya çıkarılmış sağlık insan gücü ihtiyacı saptanmaksızın yürütülmektedir. Daha önce hiç sağlık ocağı deneyimi olmayan hekimlerin aile hekimi olarak çalıştırılması, aile hekimlerinin poliklinik yükü ve yardımcı sağlık çalışanı yetersizliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine vakit ayıracakları zamanı bile bulamamaları, aile hekimliğine geçilen illerin yoğun bakım birimlerinde ve acil servislerinde açığa çıkan akut hekim ihtiyacının yol açtığı hizmet aksaklıkları vb gibi hemen ortaya çıkan olumsuz sonuçların yanı sıra zaman içinde ortaya çık-

ması muhtemel başka olumsuz sonuçları da sağlık insan gücü planlaması temelinden yoksun olduğu için bünyesinde barındırmaktadır.

Reform birinci basamakta çalışan hekimlerin mesleki gelişimini sağlamaktan uzaktır. Bir haftalık bir eğitim sonrası pratisyen hekimlere aile hekimliği yapabilmelerini sağlayacak sertifika verilmektedir. İkinci aşama eğitimin bir yıl süreli olması, uzaktan eğitim yapılması, bu eğitimi tamamlayamayanların aile hekimliği yapamaması öngörülmektedir. İkinci aşama eğitimlerin 2013 yılına kadar tamamlanması düşünülmektedir. Önce eğitim verilip daha sonra bu eğitimin sonucu olarak uygulamaya geçilmesi yerine, arabaların ve atların sırası değiştirilerek, önce uygulamaya geçilmekte arkasından eğitimin yapılması planlanmaktadır. Bu durum reformun birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik amacını bir kez daha şüphe içerisinde bırakmaktadır.

Aile hekimliğiyle sağlık hizmetleri "bölge tabanlı" olmaktan çıkarılmaktadır. "Hekim seçme özgürlüğü" ile kişilerin istedikleri aile hekimlerine kaydolabilecekleri nedeniyle aynı aile bireyleri bile farklı aile hekimlerine bağlı olabileceklerdir. Sağlık hizmetlerinin bölge tabanlı olmaktan çıkarılmasıyla üzerinde konuşulabilecek herhangi bir zemin kalmayacaktır. Her sağlık ölçütü paydasında belli bir bölge nüfusunu içerdiği için hiçbir sağlık ölçütü hesaplanamayacak, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sorunlara müdahale edilmesinde araç olarak kullanılacak verilerin bulunmaması nedeniyle karmaşa yaşanabilecektir. Sağlık kendi belirleyicileriyle olan ilişkisinden koparılacaktır.

Aile hekimliğiyle "Entegre hizmet" yapısı bozulmaktadır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde "dar bölgede çok yönlü hizmet" ilkesiyle sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici hizmetler bir arada verilmektedir. Aile hekimliğiyle koruyucu sağlık hizmetleri ASM'ler ile TSM'ler arasında parçalanmakta, ASM'ler gittikçe koruyucu sağlık hizmetlerine yabancılaşmış tedavi birimleri olmaya evrilmektedir.

Sağlık ocağı işleyişi içinde oluşan deneyim ve iş bölümü olanaklarının ortadan kaldırılması hizmet aksaklıklarının nedeni olarak belirlemektedir. Sözelimi Manisa Tabip Odası'nın raporunda da belirtildiği üzere RİA sertifikası olan bir ebeğin sağlık ocağı işleyişinde sağlık ocağına bağlı tüm bireylere hizmet verebilirken şimdi (daha önce tüm sağlık ocağının kullanımına açık olan muayene masası şimdi ancak bir aile hekimine ait olabileceği için) kendi aile hekimine bağlı kişilere bile hizmet veremez hale gelmiştir (18). Sağlık ocağı işleyişi içinde yıllar içinde oluşmuş olan "ası odası", "aile planlaması odası" gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonlarını üreten çalışma birimleri aile hekimliği ile birlikte "mekan-malzeme-insan gücü- deneyim-koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin farkındalığı" gibi tüm bileşenleri ile birlikte ortadan kaldırılmaktadır.

Oysa aile hekimliği uygulaması henüz başlamadan yapılan hekim beklentileri çalışmasında hekimlerin konuya bakışları açıklıkla belirmektedir: *“Hekimlerin büyük çoğunluğu birlikte çalışmanın daha iyi olduğu görüşündedir. Grup çalışmasının; iş ve nöbet paylaşımı, birbirine destek olma, sosyal hayatın devamı, saha çalışmaları, izin dönemlerinin ayarlanması, farklı ilgi alanları olan hekimlerin birbirinden yararlanması, hastanın kurum değiştirmeden hekim değiştirebilme imkanı, yardımcı personel ile donanım ve sarf malzemesinin etkin kullanımı açısından avantajlı olduğu belirtilenler arasındadır.”* (7).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri uygulamasında risk gruplarına yönelik “öncelikli hizmet” işleyişin temel ilkelerinden birisidir. Aile hekimliği tıpta uzmanlaşma sürecine koşut olarak ortaya çıkmış olmakla birlikte, hepsi tedavi edici olan diğer uzmanlık dallarının özeti şeklinde kendini ortaya koyarak koruyucu sağlık hizmetlerine yabancılaşmıştır. Türkiye örneğinde 3. basamak sağlık kuruluşlarında yapılan rotasyonlar toplamı olan aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde çalışan uzmanlık eğitimi almış aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun hastanede çalışmayı tercih ediyor oluşları bu kanıyı desteklemektedir. Aile hekimliğine ilişkin değerlendirmelerde aile hekimliği uygulaması olan ülkelerde aile hekimlerinin bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini çok yetersiz biçimde yerine getirebildiklerinin saptandığı vurgulanmaktadır (24).

Pilot illerde birinci basamakta yapılan poliklinik sayısının toplam poliklinik sayısına oranı aile hekimliğinin vatandaşları birinci basmağa çekemediğini düşündürmektedir. Sevk zorunluluğunun getirildiği koşullarda ise ASM’ler artacak poliklinik yükünü kaldırabilecek durumda değildir.

Sağlıkta dönüşümün getirdiği uygulamalar sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkileyebilir. Özellikle sağlık hizmetinden yararlanmada prim borcunun olmaması koşulunun sağlık hizmetlerine erişimi engelleyici etkisi zamanla daha da belirgin hale gelebilir.

Aile hekimliği uygulaması denetim fonksiyonundan fiilen yoksundur. Aile hekimliği uygulamasının başlatıldığı illerde il sağlık müdürlüğü bünyesinde çalışmakta olan hekimler aile hekimliğine geçtikleri için, TSM’ler işlevlerini yerine getirebilmelerini olanaklı kılacak personel ve donanımdan yoksun oldukları için aile hekimlerinin denetimi boşlukta kalmış gözükmektedir. Verilerde aile hekimlerinin beyanları esas alındığı ve bu verilerin gerçekliği yeterince denetlenmediği için aile hekimliği uygulaması “klavye aşısı, klavye izlemi, mause aşısı, mause izlemi” vb. gibi kendi özgün terminolojisini yaratmıştır.

9.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Parçası Olarak

Sağlık dönüşüm programıyla temelinde sağlık hizmet sunumu ve sağlığın finansmanın birbirinden ayrılması, sağlığın finansmanı tek bir genel sosyal sigorta tarafından sağlanması öngörülmektedir. Bu devletin sağlık için özel bir vergi koymasının anlamına gelmektedir. Türkiye gibi kişi başı gelirin düşük olduğu, yoksulluğun toplumda yaygın olduğu, prim toplama sisteminin yeterli işlemediği ülke koşullarında sağlık sigortası teknik olarak da ciddi uygulama kısıtlılıkları ile karşı karşıyadır. Siyasal olarak da bu tercih, sağlığı genel bütçe üzerinden finanse etmeyecek, sermayedarları vergileriyle çalışanların ve toplumun sağlığını finanse etmek zahmetinden kurtarır, bütçeyi toplumsal kaynakların yeniden dağılımını sağlama fonksiyonundan bağımsız kılar, piyasayı sosyal güvenlik harcamaları gibi bir “kara deliğe” (!) maruz bırakmaz. Sigortanın zaman içinde risk yönetimini içeren yeni kişilerin sağlık risklerine göre farklı fiyatlandırmalar ve farklı hizmet kapsamı içeren bir modele evrilmesinin düşünülmesi sistemin ileride tümüyle özel sigorta mantığı ile kendini kurgulamak niyetinde olduğunu şimdiden haber vermektedir.

Sağlık hizmet sunumunu birinci basamakta aile hekimlerinin ikinci ve üçüncü basamakta özkerleştirilmesi düşünülen kamu hastanelerinin ve özel sektör hastanelerinin yapması öngörülmektedir. Böylece sağlık hizmet sunumu hem 1. basamak hem de 2. ve 3. basamak için işletmeleştirilmiş olacaktır. Piyasa bu noktada her derda deva “rekabet” sihrini sağlık hizmet sunucuları olan aile hekimleri ve özkerleştirilmiş-özelleştirilmiş hastaneler arasına üfleyecektir. Oysa sağlık hizmet ve sunumun birbirinden ayrılmasının sistemi çok parçalı hale getirerek, hem yönetsel hem de tıbbi masrafların artışına neden olduğu bilinmektedir (24).

Dönüşüm sağlık çalışanlarının istihdam biçimini de değiştirerek onları sözleşmeli çalışan haline getirmek suretiyle iş güvencesiz bırakmaktadır. Böylece çalışma ilişkisi daha esnek hale getirilerek serbest piyasanın bir emri daha uygulanmış olmaktadır. Sözleşmeli istihdam edilerek – performans dayalı ücretlendirilerek, birbirleri ile rekabet halinde, bir çalışma ekinin parçası olmaksızın çalışan sağlık çalışanları hem işlerine, hem birbirlerine, hem meslek örgütlerine karşı yabancılaştırılmış olmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması reform önericilerin diliyle “her hekimi kendi işinin patronu” yapacak, hekimler rekabet halindeki işletmenin her türlü işletmecilik işleri ve giderleri ile karşı karşıya kalacaklar, mesleklerini bir “**piyasa aktörü**” olarak sürdüreceklidir. Böylece “**iyi hekimlik**”, mesleki etik değerleri ve tıp bilgileri tarafından değil piyasa tarafından belirlenir hale gelecektir. Artık çok ihtiyaç olmayacağı için beyaz önlükler işletmenin giriş kapısının arkasına asılabilir.

10. Sonuç ve Değerlendirme

10.1. Alarm Zilleri Kimleri Uyarmalı?: Aile Hekimliği Uygulaması Pilot İllerinde Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Kötüleşme

Seçilen iller ve bu illerdeki uygulamalar "pilot uygulama" özelliklerini yansıtmamaktadır. Kendi öngördüğü takvimin gerisinde kalarak ilerleyen, ne zaman sonuçlanacağı belli olmayan geçiş dönemi ülke içinde iki farklı sağlık sistemi yaratmış durumdadır.

Henüz sevk sistemi uygulaması devreye girmemiştir ama vatandaşların herhangi bir zorunluluk olmadığı zaman birinci basamak sağlık hizmetlerini reform öncesi düzeyde kullanmaya devam etmesi reformla getirilen değişikliklerin toplumu birinci basamağa yönlendirmeye yetmediği anlamına gelmektedir.

Reformun getirdiği çalışma ortamının, sağlık çalışanlarının beklentileriyle örtüşmediği, reform sonrası illerde sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyetsizliği ve kaygılarının sürdüğü görülmektedir.

Aile hekimliğine geçilen illerde genel olarak gebe, bebek, çocuk izlemleri, üreme sağlığı hizmetlerinde geçiş öncesi dönemin başarısının ya aynı düzeyde ancak devam ettirilebildiği ya da bunun da altında kaldığı gözlenmektedir. Gerek Sağlık Bakanlığı verileri gerekse alan araştırması sonuçları bu kanıyı destekleyen veriler sunmaktadır. Riskli gruplar için ortalama izlem sayıları gibi ara göstergelerde görülen bozulmalar ileride hastalık ve ölümlle ilgili oranlarda bozulmalar meydana gelebileceği yönünde endişelere kaynaklık etmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki ulusal sağlık programlarının temelsiz kaldığı gözlemleri bu endişeyi daha da artırmaktadır.

2008 yılı TNSA (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması) ön sonuçları Türkiye'de zaman içinde (1993-2008) modern aile planlaması yöntemi kullanma, doğum öncesi bakım alma, aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin çıktıkları olarak değerlendirilebilecek oranlarda iyileşmeye dikkat çekmektedir (25). Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde riskli grup izlemlerinin ve üreme sağlığı hizmetlerinde önceki durumu aşan bir düzelmeye görülmemesi ya da kimi yerlerde bu verilerin daha da kötüye gidişe işaret etmesi, TNSA verilerinde saptanan iyiye gidişin sekteye uğrayabileceği endişesini doğurmaktadır.

TNSA ön sonuçları sağlık eşitsizliklerinin varlığının ve boyutlarını betimlemektedir. Doğum öncesi en az bir kez bakım almış annelerin oranı kırdada %79,4 kentte %93,0'dır. Batıda %94,7 iken doğuda %76,8'dir. Eğitim almamış olanlarda %74,4 iken lise ve üzeri eğitim almış olanlarda %98,4'dür. Tam aşılı çocukların oranı kentte %77,2 iken kırdada %64,2'dir. Batıda %78,7 iken doğuda

%55,2'dir. Eğitim almamışlarda %53,7 iken lise ve üzeri eğitimi olanlarda %79,8'dir. Aile hekimliği ile birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinde meydana gelen aksaklıklar sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilir.

10.2. Katı Olan Her Şeyin Buharlaştığı Eşikte Sağlık Reformları

Dünya Bankası belgelerinde sağlık reformlarının politik uygulamasıyla ilgili olarak "büyük patlama yaklaşımı" ve "aşamalı yaklaşım" olmak üzere iki farklı bakış açısından bahsedilmektedir. "Büyük patlama" ile reform öncesi duruma dönüş zorlaşmakta, reformun yerleşmesi için fırsat yaratılmakta, değişime karşı çıkan grupların etkili bir direnci örgütlemeleri zorlaşmaktadır. Hollanda, İngiltere, Almanya'daki sağlık reformları sürecinin bu görüşleri desteklediği; Kolombiya ve Meksika'daki reformcuların da bu düşünceleri paylaştıkları belirtilmektedir (4).

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Dünya Bankası belgelerinde de belirtilen riskleri bünyesinde barındırmayı sürdürmektedir. Birincisi makroekonomik dengeler kapitalizmin küresel krizi ile birlikte yeni bir kırılma kazanmış olarak dönüşüm süreci üzerindeki belirleyiciliğini korumaktadır. İkincisi reform sürecinin ardındaki siyasal iradeyi ortaya koyan hükümet yorgunluk belirtileri göstermeye başlamıştır. Muhaliflerinin olası siyasal başarıları reformun gidişini şekillendiren etmenlerden birisi olarak belirebilir. Üçüncüsü, Dünya Bankası'nın kamucu muhalefet olarak nitelendirdiği başını TTBB'nin çektiği dönüşüme muhalif meslek ve emek örgütleri direnişlerini sürdürmektedir. Söz konusu direnişler başka muhalefet kanallarıyla birleşerek ortak yollar açma potansiyelini de halen barındırmaktadır. Dördüncüsü reformun sahipleri reform sürecini "büyük patlama" biçiminde ilerletmemişlerdir. Reform başlangıcından bu yana geçen sürede önemli yol almış olmakla birlikte daha önemli tıkanıklık noktalarını henüz aşamamıştır ve ilerleyişini yavaşlayarak sürdürmektedir. Bu gidişat muhalifleri için elverişli bir direniş ortamı olarak da değerlendirilmeye açık bir pozisyon yaratmaktadır. Ve beşincisi halen ülkenin birçok ilindeki birçok sağlık ocağı her sabah kapılarını açarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tarihini sürdürmektedir. Söz konusu beş etmenin ve olası başka etmenlerin bakıyesi ortak bir politik irade etrafında uygun biçimde örgütlendiğinde reformu durdurmanın olanakları yaratılabilir. Türkiye sağlık politikalarının tarihi hala müdahaleye açıktır.

Reform sürecinin sloganlarında olan "hekim seçme özgürlüğü", "özgürlüğü birden fazla seçenek arasında uygun olanı tercih etme" olarak okuyan liberal akıl tutulmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabilir. "Sağlıklı yaşama hakkı" insan özgürleşmesinin en temel koşuludur. Kişilerin sağlıklı yaşaması bunu olanaklı kılacak beslenme, barınma, eğitim, sağlıklı bir çevreye sahip olma, sağlıklı bir

iş çevresi içinde çalışma vb gibi fiziksel etmenler tarafından belirlenir. Bu fiziksel etmenlerin kendileri ise onları belirleyen tarihsel, siyasal, toplumsal, ekonomik vb etmenler tarafından koşullanırlar. Sağlık hizmetleri burada iki ayrı düzeyde bahsedilen belirleyici etmenlerin etkinliklerine ikincil olarak belirerek sağlığı etkiler. Ancak bu üçüncü düzey söz konusu edildiğinde kişinin sağlık hizmetlerine erişimi onun sağlığını belirleyen bir etmen olarak karşımıza çıkabilecektir. Sağlık hizmetlerine erişim de sağlık sisteminin işleyiş mekanizmaları tarafından belirlenir. Üç farklı düzeyde sayılan tüm bu etmenler hekim seçme özgürlüğünü önceleyen etmenler olarak belirir ve sağlığı ortaya çıkarırlar.

“Hekim seçme özgürlüğü” kavramının kendisini önceleyen tüm bu etmenler atlanarak sağlıktaki reform sürecini temellendirmesi, bayraktarlığını yaptığı reformun ideolojik karakterini de açıklıkla yansıtmaktadır. “Bu kadar cehalet ancak tahsille mümkün olur” diyen bilgenin sözü akla getirildiği takdirde neoliberal iktisat okulu ile karşılaşılabilir. Süreç bir kez yanlış akıl üzerinden temellendirilince sürecin sonuçları da söz konusu aklın yanlışlarıyla malul olarak belirmeye mahkumdur. Eğri cetvelden doğru çizgi çıkmaz!

Kaynaklar

1. Ekrem Kutbay Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi Yıl: 3 Sayı: 11-12. Eylül- Aralık 2002.
2. Kocaeli Tabip Odası Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü Temmuz 2004
3. Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Belgesi. Toplum ve Hekim Cilt: 20 Sayı: 6 S: 431-47. Kasım Aralık 2005.
4. Dünya Bankası Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümünün Uygulanabilmesi İçin Stratejik Tercihler Alejandra Gonzalez Rossetti, Taner Ozcan, Gokhan Yıldırım kaya, Esra Tiryakıoğlu, Seda Usubutun.
5. <http://www.adiyaman.saglik.gov.tr/>
6. Erhan Deveci, Yasemin Açık, Aylin Ögetürk, Canan Gülbayrak, A. Tefik Ozan. Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı - Bir Ön Çalışma. Toplum ve Hekim Cilt 20 Sayı. 3 S: 172-176 Mayıs-Haziran 2005.
7. Osman Hayran Hekim Beklentileri Çalışması
8. Kayihan Pala, Dilnaz Sarısözen, Alparslan Türkkın, Nazmi Günay. Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği İle İlgili Düşünceleri Toplum ve Hekim Cilt: 20 Sayı: 3 S. 177- 185 Mayıs- Haziran 2005.
9. Naim Nur, Sefa Levent Özşahin, Selma Çetinkaya, Haldun Sümer. Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli TAF Prev Med Bull 2009; 8 (1):13-16
10. Mustafa Tözün, Abdullah Çulhacı, Alaettin Ünsal. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir) TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(5)

11. Onur Hamzaoğlu, Türkiye'nin Sağlığını Okumak. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Cilt: 16. Sayı: 11 s: VI
12. <http://www.duzcesaglik.gov.tr/>
13. Bahattin İlter. Başlangıcından Günümüze Düzce'de Aile Hekimliği Uygulamasına Kısa Bir Bakış. <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=737>
14. Kayıhan Pala, Cavit Işık Yavuz. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması zerine Bir Değerlendirme: Düzce rneği. Toplum Ve Hekim Cilt: 20 Sayı: 3 Mayıs- Haziran 2005.
15. S. Alkoy, A. Kıyan, A. atıker, İ. zkan, S. Albayrak, M Eskiocak. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkin-ci Yılında Bolu'da Toplum-a Dayalı Hizmetlerin Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi Cumhuriyetten Bugüne ve Geleceğe Sağlık. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi S. 312 21-25 Ekim 2008 Ankara
16. S. Alkoy, A. Kıyan, A. atıker, İ. zkan, S. Albayrak, M Eskiocak. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkin-ci Yılında Bolu'da Toplumun Sağlık Hizmetleri Kullanma/- Hizmetlerden Yararlanma Davranışların Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi Cumhuriyetten Bugüne ve Geleceğe Sağlık. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim 2008 Ankara
17. www.bolusaglik.gov.tr
18. Binali atak. 2 No'lu TSM Bölgesinde 2007 Yılında Doğum Yapan Kadınlara Verilen Doğum ncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi , www.adiyaman.saglik.gov.tr
19. www.denizli.saglik.gov.tr
20. TTB-Halk Sağlığı Kolu Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu Mayıs 2006 Türk Tabipleri Birliği Yayınları
21. Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu Manisa İlinde Bir Yıllık Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının Değerlendirilmesi Mart 2009 Manisa
22. Adana Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu "Adana Aile Hekimliği (Ah) Pilot Uygulamasının 6. Ay Değerlendirme Raporu"
23. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu
24. İlker Belek, Bülent Kılınç. 10 Soruda Aile Hekimliği-Doktorluğu Yanlışlar Değil Doğur-lar, Yalanlar Değil Gerçekler Toplum Ve Hekim, Cilt 18 Sayı: 6 S: 414-430 Ka-sım Aralık 2003
25. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 n Rapor