

**BİRİNCİ BASAMAK
SAĞLIK HİZMETLERİ
BİRİKİMİMİZ:
2000-2004 TÜRKİYE FOTOĞRAFI**



BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİKİMİMİZ: 2000-2004 TÜRKİYE FOTOĞRAFI

Zeliha Öcek

Ata Soyer



*Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:
2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*

*Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

ISBN 978-975-6984-98-7

*TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr • <http://www.ttb.org.tr>*

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	5
ÖNSÖZ.....	7
GİRİŞ.....	9
■ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ.....	11
■ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISAL ÖZELLİKLERİ.....	12
■ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULAMA ÖZELLİKLERİ.....	17
■ TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	23
TÜRKİYE'DEKİ İLLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	26
AMAÇ.....	26
YÖNTEM.....	26
BULGULAR.....	30
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	48
■ KAYNAKLAR.....	53

Sevgili Naci Uğur'un anısına ve
Sevgili Can'a...

ÖNSÖZ

Günümüzde, sosyal politikanın en çok tartıştığı konuların başında belki de sağlık reformları geliyor. 1990'lı yıllarla birlikte dünyanın bir çok ülkesinde uygulamaya konan sağlık reformları temel olarak sağlık hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayırırken, finansmanı toplanan primlerle oluşturulan bir kamu sigorta kurumuna (SGK) hizmet sunumunu ise özel haline gelmiş kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumlarına bırakıyor. Kamuyu sağlık hizmeti sunumundan uzaklaştıran, Sağlık Bakanlığı'nı politika yapan, yön veren bir kuruma dönüştüren sağlık reformları, bu haliyle bakıldığında sağlık talebini kışkırtıyor, bu kışkırtılmış talebi ilaca, özel sağlık kurumlarına, teknolojiye yönlendiriyor. Sağlık reformları birinci basamakta ise kamunun geçmişte her ülkenin özgün koşullarında oluşturduğu bütünlüklü sağlık hizmeti sunumu sağlayan ve temel olarak koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen yapıları (Sağlık Ocakları) yok ederek yerine özel muayenehane demek olan aile hekimliği bürolarını koyuyor. Amaç tedavi edici hizmetlere yönlendirme iken temel argümanlar olarak ise verimlilik, etkinlik, doktor seçebilme özgürlüğü gibi kavramlar kullanılıyor.

Ülkemizde uzun süredir uygulamada olan sağlık reformlarının AKP Hükümeti döneminde büründüğü kılıf ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı" oldu. AKP, son beş yılda sağlık reformlarını bütünüyle tamamlayamadı ancak önemli mesafeler katetti. Yillardır ötelenen, hor görülen birinci basamakta çalışan hekimlerin sorunlarını geçici çözümlerle de olsa rahatlatarak, bazen de zor kullanarak aile hekimliğini yaygınlaştırma yoluna girdi. Aile hekimliği pilot uygulamanın ilk başladığı Düzce, Edirne, Eskişehir, Denizli, Isparta, İzmir illerinin birinci basamakta sorunsuz, örnek gösterilen iller olduğu göz önüne getirilecek olursa uygulamanın varolan bir sağlık sorununa çözüm amacıyla değil doğrudan ideolojik amaçlarla gündeme getirildiği anlaşılmaktadır. Sağlık reformları birinci basamakta varolan sorunları çözmeye değil mevcut olanakların üzerine basarak başka bir anlayışı kurmaya yöneldi.

Birinci basamak sağlık kurumlarında ülkemizin birikimini ortaya koyan, son beş yilda görülen değişiklikler işığında sağlıkta dnşmmn birinci basamağa etkilerini gözler önüne seren Zeliha Öcek ve Ata Soyer'e bilimsel titizlikleri ve toplumcu hekimliğe katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

ÖNSÖZ

Bir ülkede Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ne kadar iyi organize edilir ve sağlam temellere oturtulursa o ülke halkı için sağlık sorunları o ölçüde çözümlenmiş demektir. Tüm Dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Tüm Dünya için örnek oluşturabilecekken değerli hocamız Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in mimarı olduğu 224 sayılı kanun ve onun gerektirdikleri bu güne kadar farklı nedenlerle başarıyla uygulanamamıştır. Tüm başarısız etme çabasına rağmen ülkemizde ; 45 yıllık birikimiyle bir Cumhuriyet değeri olan ve halkımızca benimsenmiş altıbinin üzerinde sağlık ocağı ile birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Pratisyen Hekimler ise yıllardır birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hekim insan gücünü oluşturmaktadırlar.

Son yıllarda tüm Dünyada ve ülkemizde de yaşatılmaya başlandığı üzere “sağlık” ticari bir sektör haline getirilmektedir. Devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve sağlığı piyasa koşulları içine bırakması, paran kadar sağlık anlayışının ülkeye hakim olması ve gelir dağılımı oranlarındaki uçurumun her geçen gün artması sağlıkta eşitsizlikleri her geçen gün arttırmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısında en önemli unsurlar ayrılan finansman miktarı, alt yapı ve insan gücünün dağılımıdır. Hiç kuşkusuz birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulamadaki çağdaş gerekliliklerini de eksiksiz yerine getirebilmek gerekir. Bu nedenle doğru hizmet modeli; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir arada kapsamalı, bir yaşam boyu sürekli erişilebilmeli, diğer basamaklarla eşgüdüm içinde çalışılmalı, ekip hizmeti temeline dayanmalı ve mutlaka toplumca benimsenmelidir.

Yukarıda bahsettiğimiz ana unsurlarıyla Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun ne durumda olduğu, illere ve coğrafi bölgelere göre farklılıkların olup olmadığı, gelişmişlik düzeyinin sağlık hizmet göstergelerine etkisinin ne olduğu gibi soruların cevaplanması

için yapılan oldukça geniş kapsamlı araştırmaya destek olmaktan ve bu verileri sizlerle paylaşmaktan Pratisyen Hekimlik Derneği olarak mutluluk duyduk. Ülke bilimsel ortamına kaynak oluşturma çabasından dolayı değerli araştırmacılar Dr. Zeliha ÖCEK ve Dr. Ata SOYER'I kutlar tüm meslektaşlarımıza ve değerli halkımıza saygılar sunarız.

Pratisyen Hekimlik Derneği
Yönetim Kurulu

GİRİŞ

Günümüzde sağlık sistemleri açısından en temel sorun, eşitsizlik ve yoksulluktur. En alttakilerin sağlık hizmetlerine ulaşması konusunda, gerek dünya düzeyinde ülkeler arasında, gerekse ülkeler içinde ciddi eşitsizlikler söz konusudur. Bu eşitsizlikler, toplumsal eşitsizliklerin bir yansımasıdır. Bunların giderilmesi de, ancak toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi ile mümkündür. Bununla birlikte, 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 (**Strafiled, 2003, 2005, Macinko, 2003**). Bu çalışmada da yola çıkış noktamızı Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin ne derecede yaygın ve eşitlikçi olduğu sorusu oluşturdu. Çalışmayı ülkemizdeki eşitlikçi bir tercih olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yerine, aile hekimliği sisteminde kendini bulan sağlık reformu tercihi karşısında, tüm çökertme girişimlerine karşın kamu sağlık hizmetlerini ve özellikle de kamusal birinci basamak sağlık hizmetlerini savunma ruh haliyle yaptık. Ülkemizde sağlık ocaklarında, pratisyen hekimlerle, ebelerle ve birinci basamak sağlık kurumlarının diğer ekip üyeleri ile vücut bulan eşitlikçi tercihin mevcut durumunu incelemeyi, bu durumun iller düzeyindeki fotoğrafını çekmeyi, bu fotoğrafın sağlıkla ilgili ve sağlık dışı etken ile ilişkisini belirlemeyi ve bu sonuçları tartışmayı amaçladık.

Bu çalışmada neler olduğunu özetledik. Neler olmadığına gelince, birinci basamak kavramı üzerine teorik bir çalışma değil. Dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin örnekler içerse de, böyle bir çerçevesi yok. Seçtiğimiz örnekler, daha çok OECD ülkelerinde. Bunun iki nedeni var. Birincisi, bu ülkeler ile ilgili daha çok bilgi var. İkincisi, bu ülkelerin sağlık sistemlerinde genel olarak ve birinci basamak konusunda daha sistematik bir yaklaşım var. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimini de içermiyor. Bu sınırlılıkları bilerek okumanız için, not düştük.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok kökten bir değiştirme süreci yürütölmekte ve birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemi kurulacağı gerekçesi ile kamusal hizmet sunumu, ekip çalışması, coğrafi bölgeleri temel alan örgütlenme ilkesi vb sosyalleştirme yasasında tanımlanan birinci basamak sağlık sistemine ait tüm unsurlar kaldırılmaktadır. Amaç ve yapılmakta olanlar arasında ciddi bir çelişki vardır. Getirilmek istenilen yeni model, çok uzun yıllara dayalı bilimsel birikimin bize tanımladığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin en temel özelliklerini dışlamaktadır. Ortaya çıkan bu çelişkinin nedeni aslında birinci basamakla hatta halkın sağlığı ile pek ilgili olmayan sağlık reformları için gerekçe aranmasıdır. Kavramların kötüye kullanıldığı, sağlık sistemine ve sağlık hakkına yönelik darbelerin üzerinin genel geçer ifadelerle süslenerek örtüldüğü bu ortamda, eşitlikçi ve etkin bir birinci basamağın özelliklerinin neler olduğu tekrar netleştirilmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

Nedir birinci basamak sağlık hizmetleri? En yalın olarak, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ölkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Ama, bir ortak özellikten söz edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, ölkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır (**Starfield, 1998, Boerma, 2003**).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır. Birinci başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleri yada bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiğı yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar: ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik

ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar (**Starfield, 1998, 2003**).

Tablo 1. Birinci basamak hizmetlerinin özellikleri

Yapısal Özellikler
1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı
2. Finansman
3. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı
Uygulama Özellikleri
1. İlk başvuru
2. Kapsayıcılık
3. Süreklilik
4. Eşgüdüm

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISAL ÖZELLİKLERİ

Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı

Sağlık sistemleri kaynak dağılımının düzenlenmesi açısından iki ayrılır. İlk grupta, birinci basamak alt yapısının, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda eşit ve coğrafik olarak dengeli dağılımını amaçlayan örgütlenme politikalarının bulunduğu sağlık sistemleri yer alır. Bu sistemlerde eşit kaynak dağılımına yönelik politikalar sağlık eşitliklerini geliştirirken, coğrafik olarak tanımlanmış nüfus temelinde örgütlenme birinci basamak ekibinin toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını, toplumun sorunlarının çözümlenmesine dolayısıyla da topluma daha fazla katılmasını sağlar (**Starfield, 1998**). Finlandiya, İsveç, İspanya sağlık sistemleri eşit kaynak dağılımına yönelik politikaların uygulandığı başlıca örnekler arasındadır (**Macinko, 2003**).

Eşit kaynak dağılımına yönelik bir politikanın bulunmaması, bu kaynakların gereksinimi en az olan bölgelere ve genellikle şehirlere aktarılmasına neden olur, çünkü bu bölgelerin ödeme gücü daha yüksektir. Bu durum toplumun bir bölümünün kaynaklara ulaşamamasına diğer bölümünün ise kaynakları gereğinden fazla kullanmasına ve sonuç olarak da sağlık eşitsizliklerine neden olur. Coğrafi olarak tanımlanmış belli bir nüfusa hizmet vermeyen hekimler toplumun gereksinimleri ve sorunları hakkında bilgi edinemezler ve topluma yabancı bir hekim tipi ortaya çıkar (**Starfield, 1998**). Kaynakların politikalar aracılığıyla düzenlenmediği sistemler grubunda ABD, Fransa, Almanya ve Belçika gibi kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkeler yer alır (**Macinko, 2003**).

Finansman

Güçlü bir birinci basamak finansman açısından iki özellik gerektirmektedir: vergi ile finansman ve cepten ödeme olmaması (**Macinko, 2003**). Buna karşın bugün sağlık reformu adı altında pek çok ülkede sigorta+cepten ödeme uygulaması getirilmektedir. Çünkü bu kombinasyon sağlık harcamalarının tüm yükünü vatandaşlara aktarabilmek ve işverenleri de bu yükten kurtarabilmek için en uygun seçenektir. Bu bakımdan cepten ödeme paylaşımcı finansman ve yardımlaşma ilkelerine tamamen aykırıdır ve sosyal riskin bireyselleştirilmesi olarak görülmelidir (**Deppe, 2005**).

Cepten ödeme hizmet kullanımı etkiler, fakat bu etki sadece ödeme gücü düşük olanların gerçekten de gerekli hizmetlere erişimi üzerindedir, buna karşın gereksiz veya hastaların özel isteklerinden kaynaklanan hizmetlerin kullanımında bir azalma sağladığı bugüne dek gösterilememiştir. Cepten ödeme uygulamalarının en dramatik etkileri gelişmekte olan ülkelerde yaşanmıştır. Çin'de tüberküloz olgularının sayısında milyonlarca artış olmuş, Gana'da çocuk ölümleri iki katına çıkmış, Filipinler'de çocuklar arasında beslenme yetersizlikleri ve enfeksiyon hastalıkları çok ciddi düzeyde artmıştır. Cepten ödeme endüstrileşmiş ülkeler açısından da önemli bir sorundur, hizmet kullanma oranları zaten düşük olan, hizmetlere erişimlerinin önünde zaten çok sayıda engel bulunan göçmenler, marjinaler, eğitimsizler gibi grupların daha da yoksullaşmasına ve sağlıksızlaşmasına neden olur (**Pannarunothia, 1997, Werner,**

2001, Skarbinski, 2002, Deppe, 2005). Cepten ödeme uygulamasını savunanlar bu durumun ortaya çıkmayacağını, çünkü çok yoksulların ve bazı diğer mağdur grupların muaf tutulduğu iddia etmektedir. Fakat yaşanan deneyimler toplumun sosyal açısından en dezavantajlı kesimini oluşturan bu kişilerin haklarından yararlanma konusunda da sorunlarla karşılaştıklarını ve bu tip uygulamaları onur kırıcı bulduklarını göstermiştir (**Werner, 2001**). Cepten ödemenin eşitlikçi yönü gibi gösterilen muafiyet, aslında herkese ücretsiz sağlık hizmeti yerine çok sınırlı bir gruba verilen ve oldukça sınırlı bir kapsamdaki sağlık yardımından başka bir şey değildir.

Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık Çalışanı

İstihdam tipi

Birinci basamak hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde hizmet, bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan ve yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran hekimler tarafından sunulur. Kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerine özgü olan bu model Ulusal Sağlık Sistemi ülkelerinden İtalya ve İngiltere’de de uygulanır. İkinci modelde ise hizmet, kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sunulur (**Boerma, 2003**).

Birinci Basamak Hekiminin Uzmanlığı ve Eğitimi

İngiltere, İtalya, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan’ın dahil olduğu bir grup ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri sadece genel pratisyenler tarafından sunulur. Bu karşın, Almanya ve ABD gibi kamu veya özel sigorta sistemi uygulanan ülkelerin büyük bölümünde uzmanlar da özel muayenehane açarak birinci basamak hizmeti sunabilirler. Portekiz ve İspanya ise özel bir gruptur. Çünkü bu ülkelerde kamu sağlık merkezlerinde genel pratisyenlerle birlikte uzmanlar da çalışır. Ama bunun nedeni Ulusal Sağlık Sistemine görece kısa bir zaman önce geçmiş olan bu iki ülkenin birinci basamak temeline dayalı bir sistem için yeterli sayıda genel pratisyene sahip olmamaları ve bu açıklarını dahiliyeciler ve pediatristler ile kapatmalarındır (**Boerma, 2003, Macinko, 2003**).

Birinci basamak hekiminin eğitimi birinci basamağın başarısını

belirler. Çünkü birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanmalı ve birinci basamakta gerçekleşmelidir. Ağırlıklı olarak üçüncü basamak hastanelerinde gerçekleşen mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde ise öğrenciler genellikle toplumda çok az rastlanan ve çok farklılaşmış bir aşamada olan hastalıklarla karşılaşır ve üçüncü basamak hastanelerinden çıkıp toplumda çalışmaya başladıklarında ciddi bir hastalıkla karşılaşma olasılığını abartma eğiliminde olurlar (**Starfield, 1998**). Bu eğilimin, kişileri sosyal ve fiziksel çevreleriyle birlikte değerlendirebilme becerisinin eksikliği ve pahalı teknolojilere yapılan ekonomik teşviklerin, ilaç şirketlerinin promosyon çalışmalarının ve rekabete dayalı sistemin etkisi ile birleşmesi, hastalara çok sayıda gereksiz tanı testlerinin ve tedavilerin uygulanmasına neden olur. Bu nedenle birinci basamak dışındaki herhangi bir uzmanlık eğitiminden ya da aslında birinci basamağı amaçlanmasına rağmen, birinci basamağa özel olarak tasarlanmamış olan ve sadece sağlık sisteminin diğer aşamalarında yapılan rotasyonlardan oluşan bir süreçten geçmiş hekimlerin birinci basamakta çalışması uygun değildir (**Starfield, 1998**).

Uzman hekimlerin birinci basamak hekimlerinden daha yüksek gelire sahip olması sağlık sisteminin tıp öğrenimi görenleri uzmanlığa teşvik etmesi dolayısıyla da birinci basamağı zayıflatması anlamına gelir. Güçlü bir birinci basamak, gelir düzeyi ve toplumdaki statüsü en az diğer uzman hekimler kadar yüksek olan bir hekim tipini gerektirir. Ulusal Sağlık Sisteminin uygulandığı ülkelerde birinci basamağın başarısında birinci basamak hekimlerinin statüsü ve gelir düzeyinin önemli rolü vardır (**Starfield, 1998**).

Hekim merkezli hizmet / Çok disiplinli ekip tarafından sunulan hizmet

Kamu sağlık merkezlerinde hekim çok disiplinli birinci basamak ekibinin pek çok üyesinden sadece biridir. Bu ekipte, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı, psikolog,

diş hekimi, eczacı ve fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanları da yer alır. Birinci basamak ekibine farklı sağlık profesyonellerinin katılımı, sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak kullanımını, bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, sorunların kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalmasını, bakımın kesintisizliğini, entegre hizmet sunumunu, hizmet tekrarlarının önlenmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlar. Ekip çalışması hekimlerin aşırı iş yükünü önleyerek hasta bakımına daha fazla zaman ayırmalarına olanak verirken, hekim dışı sağlık çalışanları ile daha rahat iletişim kurabilen hastaların sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabilmelerini sağlar. Bunlara ek olarak, ekip içinde çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının meslek memnuniyetleri daha yüksek, işe yabancılaşma düzeyleri ise çok daha düşüktür **(BMA Health Policy and Economic Research Unit, 1999)**.

Avrupa'da bugün çok disiplinli ekip çalışmasına büyük bir yönelim yaşanmakta, İspanya, Birleşik Krallık, Finlandiya, İspanya ve Portekiz'de ekip çalışması ulusal politikalar aracılığıyla teşvik edilmektedir. Fakat bu noktada ekip çalışmasının ne olduğunun daha doğrusu ne olmadığına açılmasında yarar vardır. Sağlık çalışanlarının birlikte çalışmaları ekip çalışması yaptıkları anlamına gelmez. Ekip çalışması, ortak amaçları, herkesin kendi rolünü ve ekipteki diğer kişilerin rol ve becerilerini anlamasını ve değer vermesini gerektirir. Ekip çalışmasının gerçekleşmesi için birinci basamak çalışanlarının meslek eğitimi de ekip çalışması ilkelerine göre düzenlenmelidir. Ayrıca ekip üyelerinin istihdam tipleri farklı olduğunda, örneğin bazıları sözleşmeli bazıları kadrolu veya bazıları ayrı bir kuruma, örneğin taşeron şirkete bağlı ise ekip çalışması zor olabilir **(BMA Health Policy and Economic Research Unit, 1999)**.

Özel hekim muayenehanelerinde ise hizmet hekim merkezlidir, diğer sağlık çalışanları sadece yardımcı personel niteliğindedir. Hekim ile diğer çalışanlar arasında istihdam tipi ve gelir düzeyi bakımından önemli farklar bulunmaktadır. Bugün giderek daha fazla sayıda özel hekim bir araya gelerek oluşturdukları özel kliniklerde işi ve olanakları paylaşmakta ve bu uygulama grup pratiği olarak adlandırılmaktadır. Grup pratiği hekimlere önemli düzeyde esneklik sağlamakta ve tek

çatı altında hastaların gereksinimleri için gerekli olanakların sayısını yükseltmektedir. Bununla birlikte grup pratiği çok disiplinli ekip çalışması ile karıştırılmamalı ve hizmet çerçevesinde bir farklılık yaratmadığı unutulmamalıdır (**Boerma, 2003**).

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULAMA ÖZELLİKLERİ

İlk Başvuru

İlk başvuru özelliği birinci basamağın bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her bir yeni bakım gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları aşama olmasını tanımlar (**Starfield, 1998**). Sağlık sistemleri birinci basamak yönelimli olan ülkelerin önemli bir bölümünde uzmanlık hizmetlerine ancak bir birinci basamak hekiminin sevki ile ulaşılabilir. Genel pratisyenlerin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak adlandırılır (**Starfield, 1998**). Kapı tutuculuk temel olarak iki farklı şekilde uygulanır. Birinci model kamu sağlık merkezlerinde çalışan genel pratisyenlerin coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa, ikinci model ise özel olarak çalışan hekimlerin kendilerine belli bir dönem için kayıtlı olan hastalardan oluşan bir hasta listesine hizmet vermesidir (**Boerma, 2003**). Hastaların ilk başvuru aşamasında bir uzmana gitmesinin engellenmediği, uzmanlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulamaya ise “açık sistem” adı verilmektedir (**Guy, 2001**). Ancak, bu uygulamanın getirdiği adının çağrıştırdığı gibi özgürlük değil, sağlık sisteminde tam bir karmaşadır. Açık sistemlerde sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak yerine, ayaktan ve yataklı bakım olarak sınıflandırılması daha uygundur ve ayaktan bakım hem birinci basamakla ilgili tüm hizmetleri hem de muayenehane tabanlı uzmanlık hizmetlerini ve ayaktan yapılan hastane tedavilerini kapsar (**Guy, 2001**).

Burada özellikle belirtmekte özellikle yarar gördüğümüz bir konu kullanılan kavramların belli bir bakış açısını içermesi ve bu nedenle bu kavramların kullanımında dikkatli olmak gerektiğidir. “Açık”

kavramı olumlu çağrışımlar içermesine karşın, herkesin dilediği her yere gidebildiği, kuralsız bir sistemi tanımlamaktadır. “Kapalı” kavramı ise, sanki bireylerin sağlık haklarını kısıtlayan olumsuz bir uygulamayı çağrıştırmaya karşın, sistematik ve rasyonel bir örgütlenme yerine kullanılmaktadır. Yine, aynı şekilde kapı tutuculuk, bir engelleme işlevinin öne çıkarılması çağrışımını yapsa da, gerekli olmayanın süzülmesi anlamında bir sistemin anahtar kavramı olarak kullanılmaktadır. Burada, bu kavramları kullanmamız, genel literatür bilgisine sadık kalmaya çalışma tutumumuzla ilgilidir. Yoksa, bir benimseme sözkonusu değildir.

Kapı tutuculuk, hizmetlerin eşgüdüm içinde sunulması sağlamak, gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmak, hizmetlerin toplumun bir bölümü tarafından aşırı düzeyde kullanılmasını önleyerek eşitsizlikleri önlemek gibi çok sayıda avantajı beraberinde getirmektedir. Bugün özellikle Doğu Avrupa olmak üzere tüm Avrupa’da özel çalışan genel pratisyenlerin listelerindeki hastaların sevklerini kontrol ettikleri bir kapı tutuculuk uygulaması eğilimi görülmektedir (**European Observatory on Health Systems and Policies, 2007**). Fakat, sağlıkta özelleştirme sürecinin bir parçası olan bu tip bir kapı tutuculuk hekimin sadece listesinde yer alan hastalara karşı sorumluluğunu güçlendirmekte, hekimleri bireylere, ailelere ve topluma birinci basamak düzeyinde ve sürekli hizmet sunmaktan uzaklaştırmaktadır. Listelerine daha fazla hasta kaydetmek için birbirleriyle rekabet halinde olan genel pratisyenler hasta taleplerinin baskısı altında kalmakta, hasta memnuniyetine dayalı sağlık sistemlerinde kapı tutucu rollerini gerçekleştirememektedir. Kapı tutuculuk ancak birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince güçlü ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan ülkelerde uygulanabilir. İsveç örneği çok çarpıcıdır. Kapı tutuculuk zorunlu değildir, ama hastalar ilk başvuruda birinci basamak hekimlerine gitmeyi ve bu hekimler tarafından sevk edilmeyi tercih etmektedir. Bu tercihin nedeni birinci basamakta hizmet kapsamının geniş olmasına ve genel pratisyenlerin toplumdaki statüsüne bağlanabilir (**Boerma, 2003**). Bu iki koşul sağlanmadığı takdirde hastalar acil servislere gitmeyi yada para ödeyerek uzmana doğrudan ulaşmayı tercih etmektedir (**European Observatory on Health Systems and Policies,**

2007, Boerma, 2003). Toplum tabanlı örgütlenmeyen, geniş bir hizmet kapsamına sahip olmayan, pazar ekonomisine dayalı birinci basamak sağlık sistemlerinde ve genel pratisyenlerin öneminin toplum tarafından yeterince anlaşılmadığı ülkelerde kapı tutuculuk uygulaması hasta-hekim ilişkisinin bozulmasına, hekimlerin tüketici baskılarının altında ezilmesine neden olacak ve sağlıkta eşitsizlikleri arttıracaktır.

Kapsayıcılık

Hizmet kapsamı ile ilgili temel ilke, birinci basamağın hangi tipte olursa olsun toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Bu nedenle kapsayıcılık değerlendirilirken personelin eğitiminin, sayısının, kurumun olanaklarının, donanımının ve destek hizmetlerinin bu sorunları tanımlayabilme ve müdahale edebilme açısından yeterliliği sorgulanır. Bağışıklama, sağlık eğitimi ve tarama gibi etkinliklerin uygulanma düzeyi de kapsayıcılığı yansıtır. Kapsayıcılığın değerlendirmesinde kullanılan bir diğer ölçüt olan sevk oranının yüksek olması ise kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir (**Starfield, 1998**).

Geçmişte Alma-Ata Konferansı ile Temel Sağlık Hizmeti ve geniş kapsamlı birinci sağlık hizmeti kavramlarının temelini oluşturan Dünya Sağlık Örgütü, artık “herkes için kapsamlı hizmet” ilkesinden pahalı olduğu gerekçesi ile vazgeçmiştir. Örgüt, artık hükümetlerin halklarının sağlığını korumayı ve sadece en sık görülen sağlık sorunlarını tedavi etmeyi amaçlayan maliyet etkin hizmetler sunmak zorunda olduklarını ve böylece sağlık istatistiklerini geliştirebileceklerini ve ekonomik gelişime yardımcı olacaklarını, olası tüm tedavilerin sunulmasının ise hedeflenmemesi gerektiğini, özet bir ifade ile “herkes için eşit kapsayıcılık, fakat her şeyi kapsamama” yaklaşımını savunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, hükümetler bağışıklama, güvenli annelik, tütün kontrolü gibi öncelikler belirleyerek kaynaklarını bu alanlara ayırabilirler. Temel Sağlık Hizmetinin politik olarak sterilize edilmiş bu yaklaşımına Seçici Temel Sağlık Hizmeti adı verilmiştir. Temel sağlık hizmetleri (tsh) geniş bir tanıma dayanırken, seçici temel sağlık hizmetleri (stsh) kavramı, sağlık sorunlarına -çocuk sağlığı vurgusu ile- daha teknik

ve sınırlı yaklaşımlar önerir; tsh, eşitlik vurgusunu öne çıkarırken, stsh sağlığı, hastalığın yokluğu olarak algılar; tsh, sağlığa çok yönlü yaklaşımı savunurken, stsh, hastalıkların ve önemli sağlık sorunlarının yönetimi, tedavisi ve önlenmesi ile ilgilenir; tsh, toplum katılımından söz ederken tam katılımı kastederken, stsh'da toplum katılımı bir rıza gösterme anlamındadır. Bu çerçevede, stsh, işi “bağışıklama, ek besin desteği, anne sütü-emzirme, sıtma ilaçları dağıtmaya” indirgemıştır (**Baegelhole, 1999**).

Başlangıçta kapsamlı hizmetin ateşli bir savunucu olan UNICEF de şimdi artık Seçici TSH'ni daha “gerçekçi” bulmaktadır. “Çocuk Sağkalım Devrimi – Child Survival Revolution (bazılarına göre bir karşı devrim) adını verdiği yaklaşımla UNICEF büyümenin izlenmesine yönelik odağını oral rehidratasyon tedavisi, emzirme ve bağışıklama ile sınırlamıştır. Çok geniş oranda kabul gören bir sağlık göstergesinin, yani çocuk ölümlülüğü kavramının geliştirilmesini amaçlanmış, yetersiz sağlığın altında yatan ekonomik ve sosyal eşitsizliklerle ilgili süslü ifadelerden bolca yararlanmış. Çocuk Sağkalım Kampanyası çok hızlı bir şekilde yüksek düzeyde destek bulmuş, pek çok sağlık örgütü, hükümetler ve hatta Dünya Bankası bile güvenli ve politik olarak yararlı buldukları bu vagona hemen atlamıştır. Fakat teknolojik çözümler ve dar kapsamlı stratejiler ancak bir yere kadar ilerleyebilmiştir. Seçilmiş bazı teknik müdahaleler aracılığıyla çocuk mortalitesinin azaltılması, çocukların sağlığının veya yaşam kalitesinin geliştirilmesi ile birlikte seyretmemiştir. Yoksul ülkelerde 1980'lerde çocuk ölümleri azalırken, yetersiz beslenme ve hastalık oranları artmış, 1980'lerin sonlarında ve 1990'ların başlarında ise çocuk ölümlerindeki azalma yavaşlamış veya geri dönmüştür. Özellikle de Sahra Altı ülkelerde çocuk ölümleri tekrar artmıştır. Kampanyanın iki lokomotifinin aynı düzeyde kalmasını sağlamak bile çok zor olmuştur. Bağışıklama oranları azalmaya, polio olguları artmaya başlamıştır. Oral rehidratasyon tedavisi programının çok büyük bir başarı öyküsü olarak gösterilen Mısır'da başlangıçta annelere ücretsiz olarak verilen tuzlar, daha sonra ticarileştirilmiştir. (**Werner, 1995**).

DSÖ ve UNICEF'in “herkes için kapsamlı hizmet” ilkesinden çark edışı sağlıktaki neoliberal politikaların güçlenmesiyle paralel seyretmiştir. Bu süreçte pek çok ülkeye sağlık reformu adı altında

vergi tabanlı finansmandan sigorta modeline geçiş ve bu modelle birlikte hizmet paketi uygulaması dayatılmıştır. Sigorta sistemi uygulanan ülkelerde de yakın geçmişe kadar yardımlaşmacı bir biçimde finanse edilen toplumsal risklerin aslında bireysel riskler olduğu konusunda halkın beyni yıkanmaya başlamıştır. Bu mantığa göre herkes, sağlığına önem vermeyen, zararlı olduğu çok iyi bilindiği halde riskli davranışları uygulayan kişilerin sağlık maliyetlerine katkıda bulunmak zorunda değildir. Sağlıkla ilgili bilgilere erişmek bugün artık çok kolaylaştığı için kişilerin kendi risk düzeylerine uygun güvence düzeyini belirlemeleri mümkündür ve herkes kendi güvence düzeyini seçme özgürlüğüne sahip olmalıdır. Bu seçme özgürlüğünün sağlanması için de sosyal sigorta kapsamında çok sınırlı bir hizmet paketinin –zaten artan sağlık maliyetleri nedeniyle aksi mümkün değildir - yer alması, geriye kalan hizmetler için özel sigorta yaptırılması çok uygun bir stratejidir. Sonuç oldukça net olarak kendisini göstermektedir. Eğitimsiz, yoksul, sağlıksız kişiler için son derecede sınırlı düzeyde hizmetler ya da tamamen sosyal güvencesizlik, eğitilmiş, zengin ve sağlıklı kişiler için ödeme güçleri oranında hizmet (**Deppe, 2005**). Yani artık hizmet kapsamı ile ilgili tartışmalarda eşitlik gibi “modası geçmiş” bir kavramdan değil, “özgürlük” gibi “çağdaş” ilkelere bahsedilmektedir!

Süreklilik

Süreklilik, hasta ve birinci basamak kurumu arasındaki herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, uzun erimli ilişkidir. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığını ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun gereksinimlerini bilme ve gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır (**Starfield, 1998**).

Birinci basamak kurumlarının coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet vermesi, bu kişilere ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması sürekliliğin sağlanmasında anahtar rol oynar. Bu kayıtlar hem genel pratisyenlerin halk sağlığı görevlerini yerine getirmeleri hem de sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösteren verilerin elde edilebilmesi açısından çok önemlidir (**Starfield, 1998**). Coğrafik

olarak tanımlanmış bölgeler temelinde örgütlenmeyen birinci basamak, hekimlerinin sadece kendilerine kayıtlı olan hastalara hizmet verdikleri uygulama liste sistemi olarak adlandırılmaktadır (**Starfield, 1998**). Liste sistemi, birinci basamak ekibinin toplumu tanımasına olanak sağlamamaktadır. Üstelik tüketici ilişkileri mantığı ile işleyen bu sistemde hastalar bir hekimin listesinden çıkıp diğerine geçebilir ve bir sonraki dönem tekrar hekim değiştirebilir (**Boerma, 2003, Carlsen, 2005**). Bu durumda hekimler hastalarını tanımak için çaba gösterebilirler bile hasta listelerindeki değişkenlik nedeniyle sürekliliği sağlamaya yönelik çabalarının bir sonuca ulaşması güçtür.

Eşgüdüm

Birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşulun varlığı zorunludur. Birinci koşul kapı tutuculuk uygulamasıdır. Diğer koşullar ise birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır (**Starfield, 1998**). OECD ülkelerindeki sağlık hizmetlerini değerlendiren bir araştırmada, diğer birinci basamak özellikleri açısından oldukça başarılı olan ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Bu nedenle eşgüdümü görece daha zor ulaşılır bir özellik olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır (**Macinko, 2003**).

TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım, bilindiği gibi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Yasa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu: Basamaklandırılmış sağlık sistemini benimsemişti. Hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekimdi. Sunulan hizmet, tümelci yaklaşıma göre belirlenmişti, yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet birlikte verilecekti. Ve hizmet, bir kamu sağlık kurumunda, *ekip olarak, ücretsiz verilecekti*. 1963’de başlayan uygulama aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaştırılırken, 1978 Alma-Ata, birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının daha kapsamlı tartışmaları ülkemize taşıdı. Bunun tersine, 1980’le başlayan süreç, kamu sağlık hizmetlerinin genel olarak çökertilmesi anlamında yaşanırken, birinci basamak sağlık hizmetleri de, bundan nasibini aldı.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının yeniden gündem olması, 1990 sonrası “Sağlık Reformu” tartışmaları ile başladı. Ama, farklı bir tercihle. Sağlık Reformu, sağlık ocakları ile entegre, çok sektörlü, toplumcu, sistematik, standart bir hizmete uyarlanmış, kapsamlı, eşitsizliği azaltma amaçlı bir birinci basamak yerine, aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışını tercih etmiştir. Sağlıkta Dönüşüm de, bu bağlamda yeni bir şey değil, 1990’lardaki Sağlık Reformu sürecinin benzeridir.

Nedir, iki tercih arasındaki fark ve aile hekimliği tercihinin birinci basamak sağlık hizmetleri açısından anlamı nedir? Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak değil, bir örgütlenme modeli olarak nitelendirilmelidir. Burada önemli olan isim değil, işlev ve sistemdir. Birinci basamakta aile hekimliği sistemi ile işlevleri sınırlandırılarak, polikliniğe hapsedilmiş bir hekim tipi öngörülmektedir. Sosyalleştirmenin tanımladığı pratisyen hekim ile “reform” ya da “dönüşüm”ün tarif ettiği aile hekimi arasındaki fark, teknik ya da bilimsel değil, her şeyden önce politiktir ve bir tercihi yansıtmaktadır.

Bu noktada, başa dönersek Türkiye’de iki tercihin aynı anda uygulamada olduğunu, değerlendirmeyi de ikili yapmak gerektiğini söyleyebiliriz. 1961 tercihi, birinci basamağın yapısal özellikleri açısından, örneğin alt yapı ve insan gücü dağılımı yönünden eşitliği hedeflemiştir. Finansman açısından en eşitlikçi finansman yöntemi olan vergi temellidir. Fakat birinci basamakta döner sermaye uygulamasıyla birlikte ücretsiz hizmet ilkesi çiğnenmiş ve yoksul, güvencesiz kişiler sağlık ocaklarında para ödemek zorunda bırakılmıştır. Aslında bu uygulama, sağlık ocakları sisteminden “reform” un gerektirdiği yeni sisteme geçişin bir gereği olarak gündeme sokulmuştur. Hizmet sunan sağlık personeli olarak, daha kapsamlı bir hizmeti görev edinmiş pratisyen hekimi öne çıkarır. Bu noktada, pratisyen hekimin eğitim eksiklerini gidermeyi amaçlayan Genel Pratisyenlik Enstitüsü yönelimi, bu tercihi güçlendirici bir etmendir. Uygulama ilkeleri açısından değerlendirildiğinde, 1961 tercihi, ilk başvuru zorunluluğu temellidir. Ortaya çıkan sıkıntılar, yasadan değil, uygulamadaki gevşeklikten kaynaklanmıştır. Hizmet çerçevesi açısından, 1961 tercihi daha geniş kapsamlıdır. Sadece tedavi hizmetlerini değil, koruyucu hizmetleri, -üstelik çevreye ve bireye yönelik ayrımı yapmadan- sektörler arası koordinasyonu, yönetsel hizmetleri kapsamaktadır. 1961 tercihinin en temel özelliklerinden birisi de, sürekliliktir. Yani, bir hekime, daha doğrusu bir sağlık kurumuna bağlı, coğrafi bir bölge temelli bir nüfus söz konusudur ve bu ilişki hastalık olsun olmasın süreklidir. Eşgüdüm, yani uygulama ilkelerinin dördüncüsü de, 1961 tercihinin içerisinde mevcuttur. Sağlık ocaklarından ikinci basamak sağlık kurumlarına giden ve orada bakım gören hastaların nasıl bir süreç yaşayacağı yasal olarak tarif edilmiştir. Uygulamada bu ilkeye uyulmaması, piyasa yönelimli tercihlerin, sağlık sistemindeki tahribatının sonucudur.

Gelelim, aile hekimliği tercihinin. Yapısal özellikler açısından bakıldığında, insan gücü dağılımının teorik olarak öngörüldüğü görülebilir. Üç bin kişiye bir aile hekimi öngörüsü ve gönüllü çıkmazsa, görevlendirme yaklaşımı, eşitlik ilkesi ile ilişkilidir. Alt yapı açısından ise eşitlik, teorik olarak da sözkonusu değildir. Finansman ilkesi açısından aile hekimliği tercihi, daha az eşitlikçi sigorta modeline oturmakta, ayrıca kullanıcı katkılarının bir finansman biçimi olduğu Genel Sağlık Sigortası modeli ile birlikte değerlendirilmektedir.

Hizmet sunacak sağlık personeli ise, sadece tedavi hizmetleri konusunda eğitilmiş olan ve topluma karşı bir sorumluluk taşımayan aile hekimidir. Ebeler, hemşireler ve sağlık memurları, yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanarak kimliksizleştirilmiş ve ekip anlayışı tamamen ortadan kaldırılmıştır. Uygulama ilkeleri açısından aile hekimliği tercihi, ilk başvuruyu teorik olarak en başa koymuştur. Ancak, AKP Hükümetinin uygulamaları, özellikle de katkı payının yaygın bir uygulama olarak gündeme sokulması, ilk başvuru ilkesinin sahiplenilmesi yönünden kuşku yaratıcıdır. Fakat birinci basamağın ilkbaşvuru kurumu olarak kullanılmasını sağlayan sevk sisteminin uygulanması çok ciddi sorunları beraberinde getirecektir. Pazar ekonomisine ve tüketici memnuniyetine dayalı birinci basamak sağlık sistemlerinde ve genel pratisyenlerin statüsünün hak edilen düzeyin çok altında olduğu ülkelerde sevk sistemi çok sayıda sorunu beraberinde getirir. Ülkemizde de bu sorunların faturasını yine genel pratisyenler ödeyecek, hastaları ile karşı karşıya getirilecek, tüketici baskılarının altında ezilecektir. Sevkin pilot illerde uygulanmamasının amacı da bu sorunların balayı döneminde ortaya çıkmasını önlemektir. Aile hekimliği tercihi, teorik olarak bile kapsayıcılık ilkesini reddetmiştir. Koruyucu hekimlik hizmetleri, “bireysel” olanla sınırlandırılmış, birinci basamağın birçok hizmeti kapsam dışına çıkarılmıştır. Toplumsal hizmetler bireysel hizmetlerden kopartılmış ve bu hizmetlerin gerektirdiği örgütlenme modelinden, alt yapı, personel olanaklarından ve yetkiden son derece uzak olan toplum sağlığı merkezlerinin üzerine atılmıştır. Ayrıca, sunulacak hizmetin kapsamı, hizmeti alacak kişinin sosyal güvencesine oldukça bağımlıdır. Yani, hizmet alamama seçeneği dahi vardır. Süreklilik ilkesi, aile hekimliği açısından “sözde”dir. Bir kere, coğrafi bir temel yoktur. Belirli bir nüfus tarif edilse bile, bu nüfusun hizmetten yararlanması, sadece belirli bir süre için geçerlidir. Üstelik, rekabet mantığı, bir çok ülkede süre kısıtlanmalarının gevşetilmesini getirdiğinden, bu sınırlı süreye dahi uyulması konusunda kuşkular vardır. Son ilke eşgüdüm konusunda, teorik olarak bir sahiplenme söz konusudur. Ancak, aile hekimlerinin sevk edeceği sağlık kurumlarının birbirleri ile rekabetinin, bu eşgüdüm ilişkisini, başka bir yöne hızla evriltmesi mümkündür.

TÜRKİYE’DEKİ İLLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

AMAÇ

Bu araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümün amacı Türkiye’nin farklı illerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunu 2004 yılı itibarıyla tanımlamak ve iller arasındaki birinci basamak sağlık hizmetleri bakımından yaşanan eşitsizlikleri ortaya koymaktır. İkinci bölümde sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklere yol açan toplumsal eşitsizliklerin aydınlatılması hedeflenmiş, bu amaçla illerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi ile bazı sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Üçüncü bölüm Türkiye’de 2000-2004 yılları arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Araştırma Tasarımı ve Değişkenler

Ekolojik özellikteki bu çalışmada iki temel veri kaynağından yararlanılmıştır. İlk veri kaynağı olan, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2004 Yılı Çalışma Yıllığı’ndan (**Sağlık Bakanlığı, 2005**) Türkiye’deki tüm illere ait birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili veriler elde edilmiştir. Yıllıkta yer alan veriler bu çalışmada “kaynak (altyapı ve insangücü) dağılımı” ve “hizmet kapsayıcılığı (koruyucu ve tedavi edici)” başlıkları altında sınıflandırılmıştır. İkinci veri kaynağı Devlet Planlama Teşkilatı İllerin ve Bölgelerin

Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmasıdır (**Dinçer, 2003**). Bu araştırmadan illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini yansıtan bazı değişkenler elde edilmiştir. Tablo 2’de araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenler sunulmuştur.

I. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu (2004)

Elde edilen veriler SPSS’de oluşturulan bir veri tabanında birleştirilmiştir. Her bir değişken için farklı illere ait 2004 yılı verilerini % 20’lik dilimlere ayıran kesme noktaları belirlenmiş, böylece illeri en kötüden en iyiye doğru sıralayan beş grup elde edilmiş ve bu % 20’lik dilimlerde yer alan illerin listesi oluşturulmuştur. İller ve coğrafik bölgeler arasındaki farkların görsel olarak değerlendirilebilmesi amacıyla bu veriler Türkiye haritasına aktarılmıştır. Sadece iki değişkene, faal sağlık ocağı yüzdesi ve poliklinik başına düşen laboratuvar sayısı, ait veriler % 25’lik dilimlerden oluşan dört gruba ayrılmıştır.

II. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmişlik Düzeyi ile Bazı Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki İlişki

Temel Bileşenler Analizi

Türkiye’deki her bir il için bir birinci basamak gelişmişlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla temel bileşenler analizi uygulanmıştır. Temel bileşenler analizi çok sayıdaki değişkenden oluşan bir veri setinin özetlenmesi ve verilerin kapsadığı ortak ve temel anlamın tanımlanabilmesi için uygulanır. Analiz, birbirleriyle korelasyon gösteren çok sayıdaki değişkeni, temel bileşenler olarak adlandırılan daha az sayıdaki ve birbirlerinden bağımsız değişkenlere dönüştüren matematiksel bir işlemdir. Orijinal verilerle doğrusal bir kombinasyon içinde olan bu yeni değişkenler veri setindeki değişkenliği açıklama düzeylerine göre sıralanırlar, yani ilk temel bileşen orijinal verilerdeki varyasyonu en iyi şekilde açıklar. Bu nedenle analizin uygulanabilmesi için ilk birkaç temel bileşenin verilerdeki varyasyonun büyük bölümünü açıklaması gereklidir (**Everitt, 2001**).

Tablo 2: Araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenler

A. İllerin birinci basamak sağlık hizmetlerini yansıtan değişkenler (Sağlık Bakanlığı, 2005)

A. I. Kaynak dağılımı

A.I.a. Altyapı

- A.I.a.1. Sağlık ocağı başına düşen nüfus
- A.I.a.2. Faal sağlık ocağı yüzdesi

A.I.b. İnsangücü

- A.I.b.1. Sağlık ocağı hekimi başına düşen nüfus
- A.I.b.2. Sağlık ocağı ve sağlık evi ebesi başına düşen nüfus
- A.I.b.3. Hekimi olan sağlık ocağı yüzdesi
- A.I.b.4. Ebesi olan sağlık ocağı yüzdesi
- A.I.b.5. Kentte hekim doluluk yüzdesi
- A.I.b.6. Sağlık evi ebe doluluk yüzdesi

A.II. Hizmet kapsayıcılığı

A.II.a. Koruyucu hizmetler

- A.II.a.1. Bebek başına düşen izlem sayısı
- A.II.a.2. Çocuk başına düşen izlem sayısı
- A.II.a.3. Gebe başına düşen izlem sayısı
- A.II.a.4. Loğusa başına düşen izlem sayısı
- A.II.a.5. BCG aşılı çocuk yüzdesi
- A.II.a.6. Kızamık aşılı çocuk yüzdesi
- A.II.a.7. DBT3 aşılı çocuk yüzdesi
- A.II.a.8. OPV3 aşılı çocuk yüzdesi
- A.II.a.9. Hepatit 3 aşılı çocuk yüzdesi
- A.II.a.10. Tetanoz2 aşılı gebe yüzdesi

A.II.b. Tedavi edici hizmetler

- A.II.b.1. Sağlık ocaklarında kişi başına poliklinik sayısı
- A.II.b.2. Sağlık ocaklarında poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı
- A.II.b.3. Sağlık ocaklarında sevk hızı

A.II.c. Sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumlar

B. İllerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini yansıtan değişkenler (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003)

- B.1. Okur yazar kadın yüzdesi
- B.2. Üniversite bitirenlerin 22+ yaş nüfusa oranı
- B.3. Ücretli çalışan kadınların toplam istihdama oranı

- B.4. Sanayide istihdam edilen nüfusun toplam nüfusa oranı
- B.5. İşsizlik
- B.6. Kişi başına gayrisafi yurt içi hasıla
- B.7. Kişi başına banka mevduatı (dolar)
- B.8. 10 000 kişi başına özel otomobil sayısı
- B.9. 100 kişi başına konut sayısı
- B.10. Fert başına elektrik tüketimi
- B.11. Yeterli içme suyu götürülen nüfus oranı

Temel Bileşenler Analizine Alınan Değişkenler

Temel bileşenler analizinin birbirleriyle korelasyon gösteren değişkenleri özetlemeye yönelik bir yöntem olması dikkate alınarak, bazı değişkenler çok benzer özellikleri yansıtıyor olsalar da tablo 1’de yer alan tüm değişkenler analize dahil edilmiştir. Modelin açıklayıcılığını % 50 düzeyinde azaltması nedeniyle sağlık ocağı başına düşen nüfus ve birinci basamak sağlık hizmeti dışındaki etmenlerden de ciddi oranda etkilenmesi nedeniyle sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğum yüzdesi analiz dışında bırakılmıştır.

Özel hekimler tarafından yapılan bağışıklama hizmetlerini de yansıtması nedeniyle BCG, kızamık, DBT3, polio3, hepatit3 aşılı çocuk yüzdeleri ve tetanoz2 aşılı gebe yüzdelerini veri setinden çıkartarak ikinci bir temel bileşenler analizi uygulanmıştır. Fakat bu analiz sonuçları bu kitapçının kapsamının dışında tutulmuştur.

Temel Bileşen Değerlerinin Hesaplanması

Analiz sonucunda elde edilen ilk temel bileşenin toplam değişkenliğin % 45.45’ini tek başına açıklayabildiği belirlenmiş ve bu ilk temel bileşen veri setindeki tüm değişkenleri temsil eden ve özetleyen bileşen olarak belirlenmiştir. İlk temel bileşende, değişkenlerin ağırlıkları vektörünün devriği alınarak, standartlaştırılmış veri matrisiyle çarpılmış ve temel bileşen değerleri bulunmuştur.

Birinci Basamak Gelişmişlik Düzeyi Sıralaması

Temel bileşen değerleri, iller için 2004 yılı birinci basamak gelişmişlik düzeyi olarak kabul edilmiş ve iller küçükten büyüğe doğru birinci basamak gelişmişlik düzeylerine göre sıralanmıştır.

Korelasyon Analizi

2004 yılı birinci basamak gelişmişlik düzeyleri ile tablo 2'de yer alan (B1-B8) ve illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini yansıtan değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

III. 2000-2004 Yılları Arasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Gerçekleşen Değişim

Kaynak dağılımını yansıtan değişkenlerin dahil edilmediği, sadece hizmet kapsayıcılığı (koruyucu ve tedavi edici hizmetler) ile ilgili olan değişkenlerin kullanıldığı iki ayrı temel bileşenler analizi uygulanmış ve illerin 2000 ve 2004 yıllarına ait (**Sağlık Bakanlığı, 2001, 2005**) birinci basamak sağlık hizmeti kapsayıcılık düzeyini gösteren iki puan daha elde edilmiştir. 2004 yılı puanlarından 2000 yılı puanları çıkartılmış ve iller en düşük puan farkından en yüksek farka doğru sıralanmıştır.

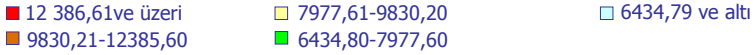
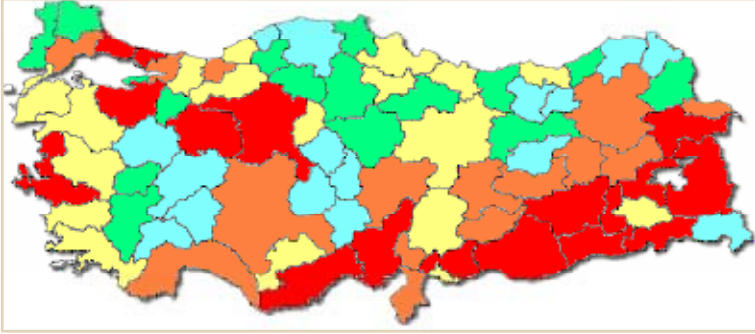
BULGULAR

I. TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU

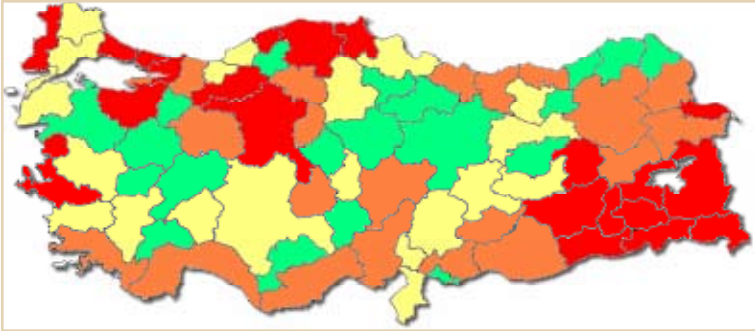
1. A. Alt Yapı ve İnsangücü Olanaklarının Dağılımı

Alt Yapı Dağılımı

Sağlık ocağı başına düşen nüfusun en yoğun olduğu grubu ağırlıklı olarak İstanbul, Ankara, İzmir gibi Türkiye'nin sosyoekonomik olarak gelişmiş illeri ve Şanlıurfa, Diyarbakır, Van gibi Doğu ve Güneydoğu'nun görece büyük illeri oluşturmaktadır. Sağlık ocağı başına düşen nüfusun 5000'den az olduğu grupta coğrafi olarak görece küçük illerin ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Harita 1: Sağlık ocağı başına düşen nüfusa göre illerin dağılımı

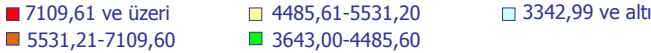
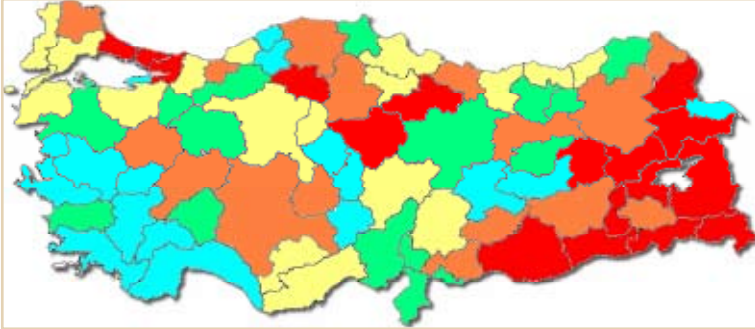
Faal sağlık ocağı oranının en düşük olduğu iller iki gruba ayrılabilir. İlk grupta İstanbul, Ankara gibi gelişmiş iller, ikinci grupta ise Şırnak, Bingöl gibi Doğu ve Güneydoğu'nun küçük illeri yer almaktadır.

Harita 2: Faal sağlık ocağı yüzdesine göre illerin dağılımı

İnsan Gücü Dağılımı

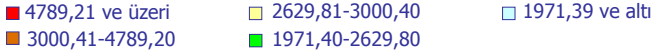
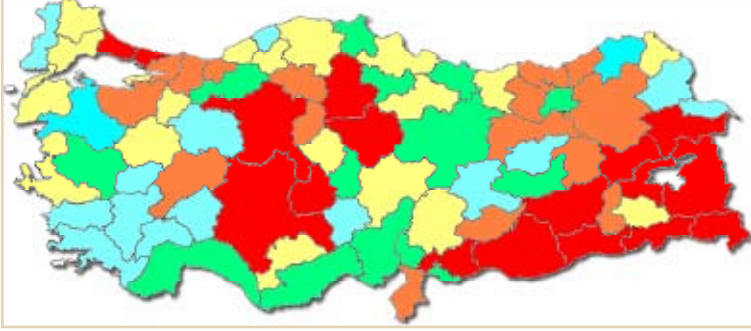
Hekim başına düşen nüfus açısından en avantajlı grupta ise ağırlıklı olarak Batı'nın zengin şehirleri yer almaktadır. 12100 kişiye bir sağlık ocağı hekimi düşen İstanbul'un Doğu ve Güneydoğu illeri ile bu kriter açısından en olumsuz aynı grupta yer alması dikkat çekicidir.

Harita 3: Sağlık ocağı hekimi başına düşen nüfusa göre illerin dağılımı



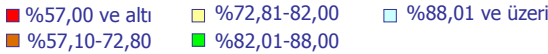
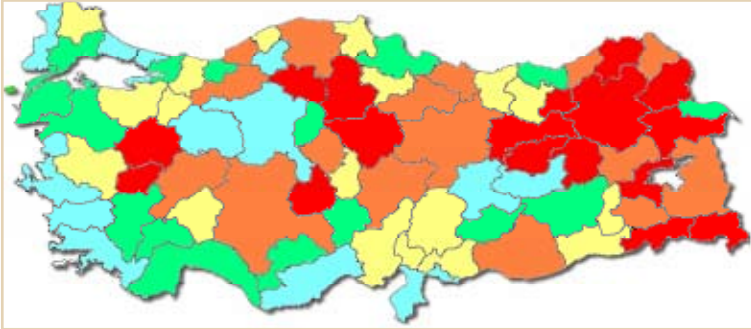
Ebe başına düşen nüfus açısından en dezavantajlı grupta İstanbul'un yanı sıra Ankara'ya da rastlanmaktadır. Hekim başına düşen nüfus açısından çok net biçimde gözlenen Doğu-Batı farkı ebe başına düşen nüfusta aynı netlikte gözlenmemektedir.

Harita 4: Sağlık ocağı ve sağlık evi ebesi başına düşen nüfusa göre illerin dağılımı



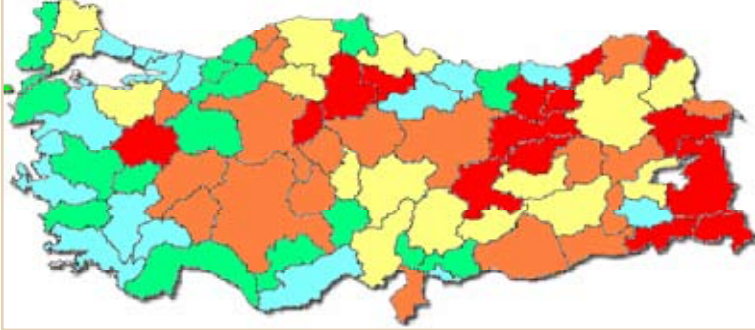
Sosyoekonomik açıdan gelişmiş olan illerde sağlık ocaklarının büyük bölümünün en az bir hekimi vardır. Hekimsiz sağlık ocağı yüzdesi yüksek olan iller arasında Doğu ve Güneydoğu illerinin yanı sıra, Uşak, Kütahya gibi Batı'da yer alan iller de bulunmaktadır.

Harita 5: Hekimi olan sağlık ocağı yüzdesine göre illerin dağılımı



Birkaç il dışında, Doğu ve Güneydoğu illerinin büyük bölümünde köy sağlık evlerinde ebe bulunmamaktadır.

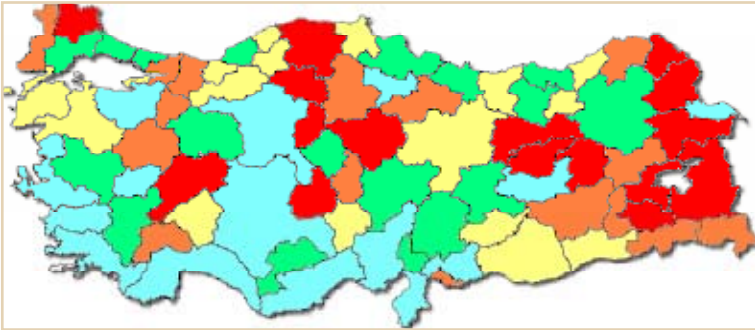
Harita 6: Ebesi olan köy sağlık evi yüzdesine göre illerin dağılımı



■ %13,40 ve altı ■ %23,01-30,20 ■ %44,61 ve üzeri
■ %13,41-23,00 ■ %30,21-44,60

Sağlık ocaklarında hekim doluluk yüzdesi en yüksek olan grupta İzmir, Ankara, Bursa, Antalya, Eskişehir ve Adana gibi sosyoekonomik açıdan gelişmiş iller yer almaktadır.

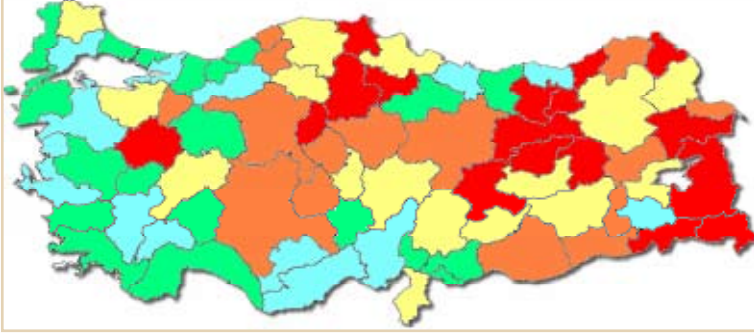
Harita 7: Kentte sağlık ocaklarında hekim doluluk yüzdesine göre illerin dağılımı



■ %25,40 ve altı ■ %33,81-41,20 ■ %51,01 ve üzeri
■ %25,41-33,80 ■ %41,21-51,00

Türkiye'deki illerin tamamına yakın bir bölümünde sağlık evi ebe doluluk yüzdesi 50'nin altındadır (Harita 8).

Harita 8: Köyde sağlık evlerinde ebe doluluk yüzdesine göre illerin dağılımı



■ %13,00 ve altı ■ %25,81-30,00 ■ %39,21 ve üzeri
 ■ %20,41-25,80 ■ %30,01-39,20

1. B. Kapsayıcılık

Koruyucu Hizmetler

Sağlık Ocaklarında Yapılan İzlemler

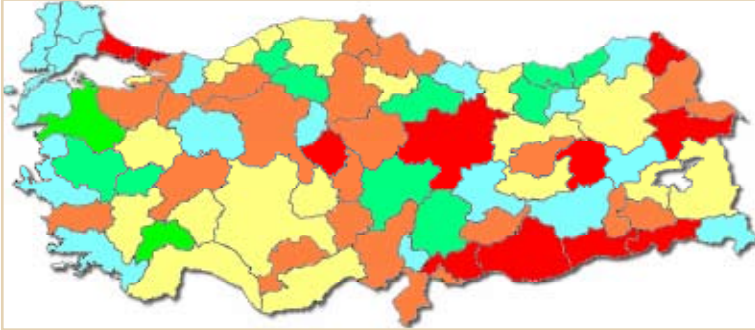
İstanbul ve Aksaray hariç, bebek izlemi açısından en başarısız illerin tümü Doğu ve Güneydoğu'dadır. En başarılı iller ise Türkiye'nin batısında yer alan ve /veya ekonomik açıdan gelişmiş olan illerdir. Sivas ve Kırşehir hariç, çocuk izlem sayısı en düşük olan illerin tümü bebek izleminde de en başarısız olan iller grubundadır. Buna karşın çocuk izleminde en yüksek skora sahip olan gruba Hakkari, Muş gibi illerin eklenmesi dikkat çekicidir.

Harita 9: Sağlık ocaklarında yapılan ortalama bebek izlemi sayılarına göre illerin dağılımı



■ 3,11 ve altı ■ 4,21-5,40 ■ 6,71 ve üzeri
■ 3,12-4,20 ■ 5,41-6,70

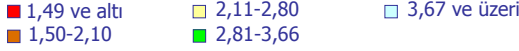
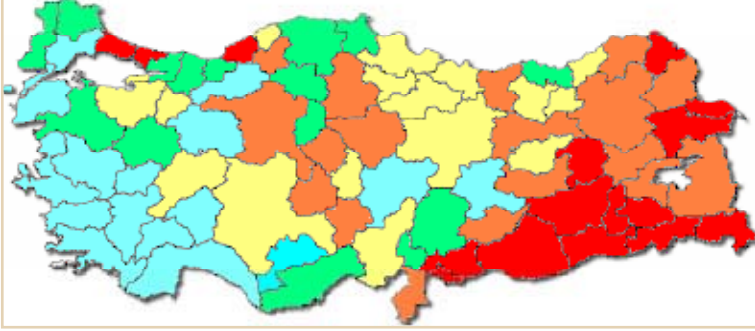
Harita 10: Sağlık ocaklarında yapılan ortalama bebek izlemi sayılarına göre illerin dağılımı



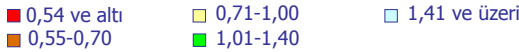
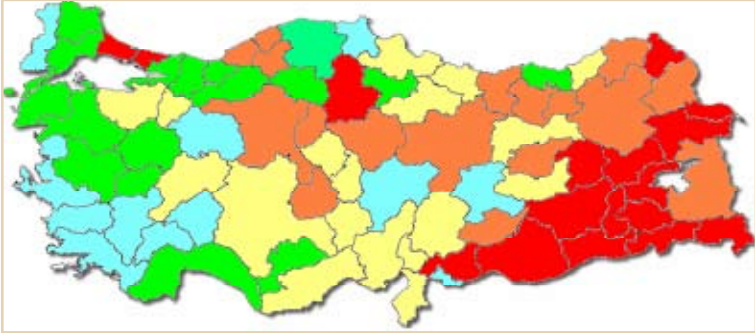
■ 1,00 ve altı ■ 1,31-1,60 ■ 1,91 ve üzeri
■ 1,01-1,30 ■ 1,61-1,90

Gebe ve loğusa izlemi açısından coğrafik ve ekonomik duruma göre net bir şekilde ayrılan iki grup vardır. En düşük değerlere sahip illerin tümü Doğu ve Güneydoğu'dadır. Bunun aksine, en yüksek skorların tümü Batı'da yer alan ve / veya ekonomik olarak görece avantajlı illerdir. Orta Anadolu illerinin ise bu iki grup arasında geçiş oluşturduğu görülmektedir.

Harita 11: Sağlık ocaklarında yapılan ortalama gebe izlemi sayılarına göre illerin dağılımı



Harita 12: Sağlık ocaklarında yapılan ortalama loğusa izlemi sayılarına göre illerin dağılımı

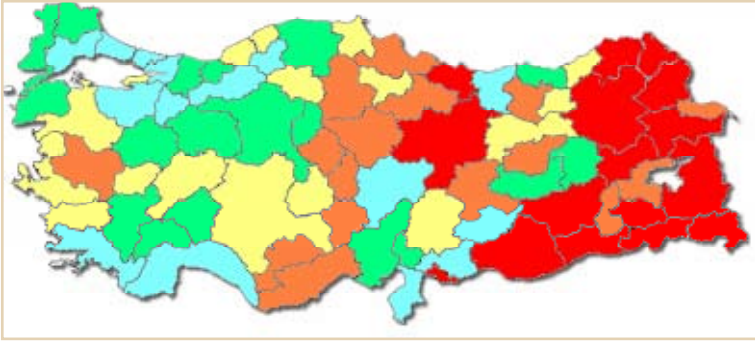


Bağışıklama

Erzurum'un kızamık ve polio aşıları, Bingöl'ün BCG aşısı açısından aldığı görece yüksek skorlar dışında, Doğu ve Güneydoğu illeri çok tutarlı bir şekilde 0 yaş grubu bebek aşısı yüzdelerinde en olumsuz durumda olan illerdir. Bağışıklama oranları açısından Ege bölgesi Orta Anadolu ile benzer bir tablo göstermektedir. Marmara bölgesi illerinin ise genel olarak bağışıklama oranı yüksek gruplarda yer aldığı görülmektedir.

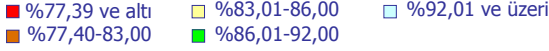
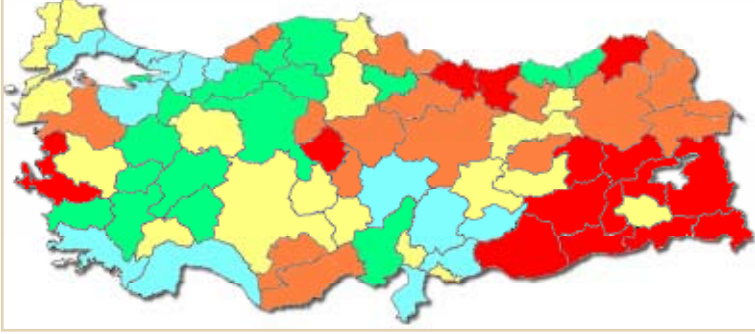
Tetanoz aşılı gebe yüzdesine göre coğrafik olarak çok net bir ayrım gözlenmektedir. İstanbul hariç Batı illerinin hemen tümünde görece olumlu bir tablo vardır. Doğu ve Güneydoğu'da tetanoz aşılı yüzdesi birkaç il dışında % 54'ü aşamamaktadır. Orta Anadolu ise bu iki grup arasında bir geçiş oluşturmaktadır.

Harita 13: "0" yaş grubunda BCG aşılı çocuk yüzdesine göre illerin dağılımı

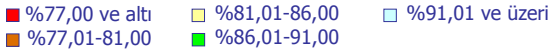
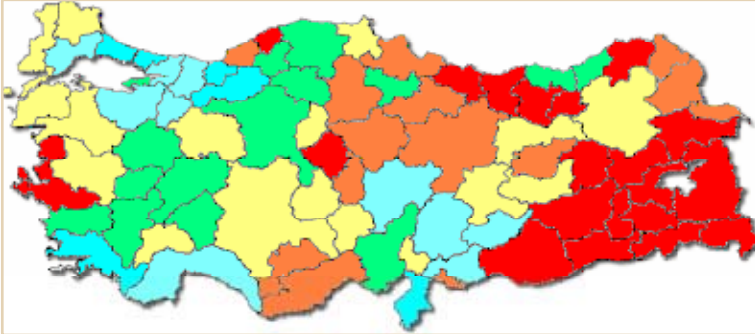


■ %67,39 ve altı ■ %75,81-79,20 ■ %84,01 ve üzeri
■ %67,40-75,80 ■ %79,21-84,00

Harita 14: “0” yaş grubunda DBT3 aşılı çocuk yüzdesine göre illerin dağılımı



Harita 15: “0” yaş grubunda OPV3 aşılı çocuk yüzdesine göre illerin dağılımı

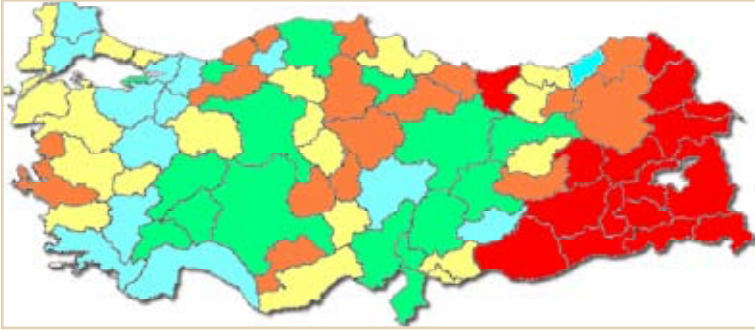


Harita 16: “0” yaş grubunda kızamık aşılı çocuk yüzdesine göre illerin dağılımı

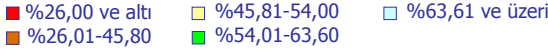


■ %74,39 ve altı ■ %77,01-81,00 ■ %85,61 ve üzeri
■ %74,00-77,00 ■ %81,01-85,60

Harita 17: “0” yaş grubunda HBV3 aşılı çocuk yüzdesine göre dağılımı

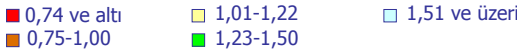
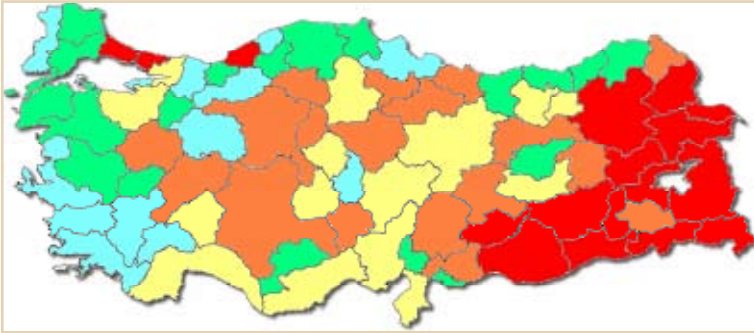


■ %69,20 ve altı ■ %77,81-82,00 ■ %87,01 ve üzeri
■ %69,21-77,80 ■ %82,01-87,00

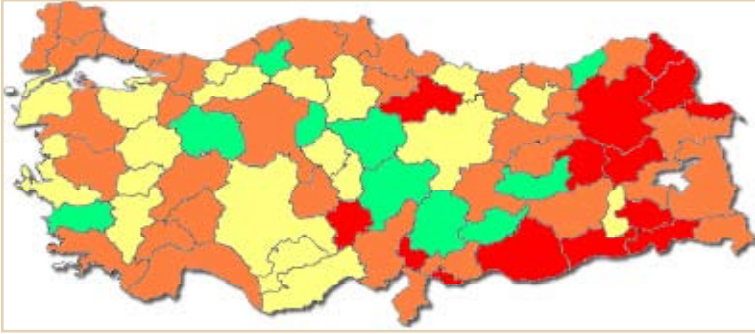
Harita 18: Tetanoz aşılı gebe yüzdesine göre illerin dağılımı

Tedavi Edici Hizmetler

İstanbul ve Doğu ve Güneydoğu'da yer alan tüm illerde kişi başına düşen ortalama poliklinik sayısı 0.74 ve altındadır. Türkiye'deki illerin büyük bölümünde sağlık ocaklarında laboratuvar hizmeti verilmemektedir ya da poliklinik başına laboratuvar hizmeti sayısı 0.1'i aşmamaktadır. Sevk hızı, genel olarak Batı'da düşük iken, Doğu'da yüksektir.

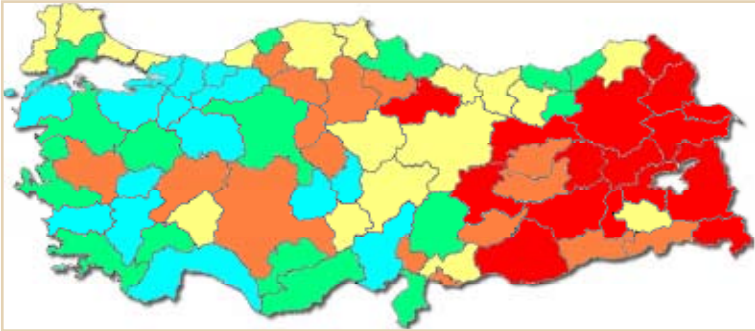
Harita 19: Kişi başına düşen poliklinik sayısına göre illerin dağılımı

Harita 20: Poliklinik başına düşen laboratuvar sayısına göre illerin dağılımı



■ 0,00 □ 0,20
■ 0,10 ■ 0,30 ve üzeri

Harita 21: Sevk yüzdesine göre illerin dağılımı

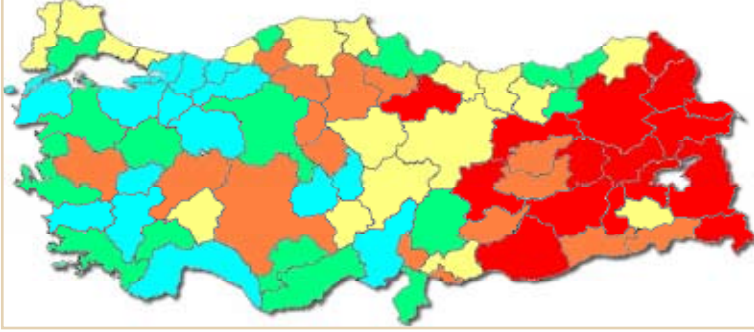


■ %20,85 ve üzeri □ %14,45-%16,76 □ %11,84 ve altı
■ %16,77-%20,84 ■ 11,85-14,44

Doğumlar

Bitlis, Muş, Şırnak ve Hakkari’de doğumların % 30’undan büyük bir bölümü sağlık personeli olmaksızın gerçekleşmektedir. Tablonun en sorunlu olduğu bu illerin yanı sıra tüm Güneydoğu ve Doğu illeri sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumlar açısından çok önemli bir dezavantaj yaşamaktadır.

Harita 22: Sağlık personeli ile gerçekleşen doğum yüzdesine göre illerin dağılımı



■ %20,85 ve üzeri □ %14,45-%16,76 □ %11,84 ve altı
 ■ %16,77-%20,84 ■ 11,85-14,44

II. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞMİŞLİK DÜZEYİ İLE BAZI SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 3’de değişkenlerin ilk temel bileşendeki ağırlıkları sunulmuştur. Bu tabloya göre birinci basamak gelişmişlik düzeyi ağırlıklı olarak hepatit3 aşılı çocuk yüzdesi, tetanoz aşılı gebe yüzdesi, bebek, gebe ve loğusa izlem sayıları tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4’de illerin ilk temel bileşen aracılığıyla elde edilen birinci basamak gelişmişlik düzeyi ve bu düzeye göre sıralaması sunulmuştur. En düşük puanı alan ilk 15 ilin İstanbul hariç tümü Doğu ve Güneydoğu’da yer almaktadır. En yüksek puanı alan ilk 15 il de ağırlıklı olarak Batı bölgelerinde yer almaktadır. Bağışıklama değişkenlerinin dahil edilmediği ikinci veri seti üzerinde

gerçekleştirilen temel bileşenler analizinde ise İstanbul en düşük puanı alan beşinci il olmuştur.

İllerin birinci basamak sağlık hizmeti düzeyleri ile araştırma kapsamında değerlendirilen tüm sosyoekonomik özellikleri arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (Tablo 5). Birinci basamak gelişmişlik düzeyi ile arasındaki korelasyon en güçlü olan değişken okuryazar kadın yüzdesidir. Korelasyon katsayısı en yüksek olan ikinci ve üçüncü değişkenler ise 100 kişi başına düşen konut ve 10 000 kişi başına düşen otomobil sayısıdır. Birinci basamak gelişmişlik puanı ile işsizlik yüzdesi arasındaki korelasyon katsayısının negatif değer alması, işsizlik yüzdesi azaldıkça birinci basamak puanının arttığını göstermektedir.

Tablo 3: Değişkenlerin İlk Temel Bileşendeki Ağırlıkları

Değişken	Birinci Temel Bileşendeki Ağırlık
1. Hepatit 3 aşılı çocuk yüzdesi	0,096
2. Tetanoz2 aşılı gebe yüzdesi	0,094
3. Bebek başına düşen izlem sayısı	0,093
4. Gebe başına düşen izlem sayısı	0,093
5. Loğusa başına düşen izlem sayısı	0,090
6. Sağlık ocaklarında kişi başına poliklinik sayısı	0,087
7. DBT3 aşılı çocuk yüzdesi	0,086
8. OPV3 aşılı çocuk yüzdesi	0,085
9. BCG aşılı çocuk yüzdesi	0,078
10. Kızamık aşılı çocuk yüzdesi	0,070
11. Hekimi olan sağlık ocağı yüzdesi	0,064
12. Faal sağlık ocağı yüzdesi	0,055
13. Ebesi olan sağlık ocağı yüzdesi	0,050
14. Sağlık evi ebe doluluk yüzdesi	0,050
15. Çocuk başına düşen izlem sayısı	0,048
16. Kentte hekim doluluk yüzdesi	0,048
17. Sağlık ocaklarında poliklinik başına ortalama laboratuvar sayısı	0,040
18. Sağlık ocağı hekimi başına düşen nüfus	- 0,081
19. Sağlık ocaklarında sevk hızı	- 0,075
20. Sağlık ocağı ve sağlık evi ebesi başına düşen nüfus	- 0,054

Tablo 4. İllerin birinci basamak gelişmişlik düzeyi ve bu düzeye göre sıralaması

Sıra	İl	Puan	Sıra	İl	Puan
1	Şırnak	-3,36348	42	Kilis	0,17559
2	Ağrı	-2,62491	43	Adıyaman	0,21196
3	Van	-2,18044	44	Nevşehir	0,21281
4	Hakkari	-1,85499	45	Çankırı	0,23198
5	Bingöl	-1,75447	46	Amasya	0,30764
6	Şanlıurfa	-1,75010	47	Kütahya	0,36307
7	Bitlis	-1,73293	48	Sinop	0,37584
8	Muş	-1,59780	49	Adana	0,42829
9	Batman	-1,49805	50	Rize	0,49479
10	Diyarbakır	-1,33008	51	Osmaniye	0,52372
11	Mardin	-1,29732	52	Hatay	0,53565
12	Kars	-1,18351	53	Mersin	0,56607
13	Ardahan	-1,10801	54	Karabük	0,60289
14	İstanbul	-0,94295	55	Kırklareli	0,63087
15	Siirt	-0,85699	56	Edirne	0,63927
16	Iğdır	-0,83110	57	Karaman	0,65223
17	Çorum	-0,63001	58	Manisa	0,66009
18	Yozgat	-0,62341	59	Kahramanmaraş	0,69566
19	Artvin	-0,54747	60	Balikesir	0,70067
20	Erzincan	-0,51621	61	Malatya	0,74380
21	Erzurum	-0,49935	62	Bursa	0,75826
22	Kırşehir	-0,44628	63	Trabzon	0,77081
23	Aksaray	-0,44185	64	Çanakkale	0,78502
24	Giresun	-0,42788	65	Bilecik	0,79047
25	Tokat	-0,41861	66	Kocaeli	0,82510
26	Zonguldak	-0,26808	67	Isparta	0,83368
27	Tunceli	-0,20928	68	Yalova	0,87386
28	Bartın	-0,17291	69	Sakarya	0,89762
29	Sivas	-0,11351	70	Uşak	0,91059
30	Gümüşhane	-0,05223	71	Bolu	0,97818
31	Afyon	-0,03581	72	Düzce	0,98037
32	Kırıkkale	-0,03192	73	İzmir	1,04070
33	Ankara	0,00021	74	Kayseri	1,16915
34	Konya	0,02351	75	Tekirdağ	1,18194
35	Niğde	0,03114	76	Eskişehir	1,20185
36	Gaziantep	0,03366	77	Antalya	1,22614
37	Bayburt	0,04616	78	Burdur	1,28386
38	Samsun	0,06490	79	Aydın	1,31656
39	Ordu	0,08655	80	Muğla	1,56116
40	Kastamonu	0,14945	81	Denizli	1,59753
41	Elazığ	0,17071			

Tablo 5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Gelişmişlik Düzeyi ile Bazı Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki İlişki

Sosyoekonomik Değişken	Pearson korelasyon katsayısı (r)
Okur yazar kadın yüzdesi	0,84 (p= 0,000)
Üniversite bitirenlerin 22+ yaş nüfusa oranı	0,43 (p= 0,000)
Ücretli çalışan kadınların toplam istihdama oranı	0,52 (p= 0,000)
Ücretli çalışanların toplam istihdama oranı	0,28 (p= 0,011)
Sanayide istihdam edilen nüfusun toplam nüfusa oranı	0,52 (p= 0,000)
İşsizlik	-0,45 (p= 0,000)
Kişi başına gayrisafi yurt içi hasıla	0,4 (p= 0,001)
Kişi başına banka mevduatı (\$)	0,30 (p= 0,007)
100 kişi başına konut sayısı	0,70 (p= 0,000)
10 000 kişi başına özel otomobil sayısı	0,65 (p= 0,000)
Fert başına elektrik tüketimi	0,44 (p= 0,000)
Yeterli içme suyu olan köy yüzdesi	0,38 (p= 0,001)
Yeterli içme suyu götürülen nüfus oranı	0,39 (p= 0,000)

III. 2000-2004 Yılları Arasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Gerçekleşen Değişim

Türkiye’de 2000 ve 2004 yılları arasında toplam 37 ilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı bakımından bir gerileme yaşanmıştır. Bu gerilemenin en belirgin olduğu ilk beş il sırasıyla Artvin, Kırşehir, Ardahan, Zonguldak ve Kars’tır. Aynı yıllar arasında bir puan artışı gösteren iller arasında ilk sırada Sakarya, Bolu, Adıyaman, Kocaeli, Hakkari, Isparta, Çankırı, Bitlis, Yalova, Antalya yer almaktadır.

Tablo 6. 2000-2004 Yılları Arasında İllerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcılığında Gerçekleşen Değişim

Sıra	İl	Fark (2004-2000)	Sıra	İl	Fark (2004-2000)
1	Artvin	-1,55	42	Siirt	0,10
2	Kırşehir	-1,44	43	Osmaniye	0,11
3	Ardahan	-1,32	44	Rize	0,11
4	Zonguldak	-1,22	45	Muş	0,13
5	Kars	-1,20	46	İstanbul	0,16
6	Karaman	-1,18	47	Edirne	0,19
7	Sivas	-1,14	48	Denizli	0,21
8	Bartın	-1,02	49	Düzce	0,21
9	Niğde	-1,01	50	Karabük	0,22
10	Giresun	-0,99	51	Şanlıurfa	0,26
11	Nevşehir	-0,97	52	Batman	0,33
12	İğdır	-0,88	53	Afyon	0,35
13	Erzincan	-0,80	54	Yozgat	0,36
14	Amasya	-0,78	55	Konya	0,38
15	Şırnak	-0,78	56	Muğla	0,41
16	Kırıkkale	-0,71	57	Kayseri	0,43
17	Van	-0,69	58	Aksaray	0,43
18	Elazığ	-0,68	59	Malatya	0,45
19	Ağrı	-0,67	60	Manisa	0,50
20	Çanakkale	-0,46	61	Bursa	0,52
21	Adana	-0,45	62	Mersin	0,53
22	Hatay	-0,41	63	Tekirdağ	0,54
23	Gümüşhane	-0,36	64	Kütahya	0,54
24	Balıkesir	-0,31	65	Diyarbakır	0,55
25	Tokat	-0,28	66	Eskişehir	0,56
26	Bingöl	-0,27	67	Mardin	0,61
27	Kırklareli	-0,27	68	Aydın	0,65
28	Trabzon	-0,26	69	Gaziantep	0,71
29	Bayburt	-0,25	70	Bilecik	0,77
30	Burdur	-0,23	71	Kilis	0,85
31	Tunceli	-0,20	72	Antalya	0,89
32	Ordu	-0,18	73	Yalova	0,97
33	Samsun	-0,18	74	Bitlis	0,97
34	Sinop	-0,16	75	Çankırı	1,03
35	Erzurum	-0,05	76	Isparta	1,04
36	Kastamonu	-0,03	77	Hakkari	1,04
37	Ankara	-0,02	78	Kocaeli	1,14
38	Kahramanmaraş	0,06	79	Adıyaman	1,25
39	Çorum	0,07	80	Bolu	1,25
40	Uşak	0,09	81	Sakarya	1,30
41	İzmir	0,09			

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir toplumun sağlığını ya da bu toplumda sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmenin ilk aşaması konuyla ilgili tüm değişkenlerin bir araya getirilmesidir. Fakat çok sayıda veriden oluşan bu kalabalık değişken listelerini yorumlamak, bu listeler aracılığıyla var olan durumu özetlemek ve analiz etmek çok güçtür. Farklı kaynaklardan edilen verilerin analiz ve karar verme süreçlerine yol gösteren bilgilere dönüştürebilmesi için, sağlığın veya sağlık hizmetinin birden çok boyutunu entegre eden objektif ve sistematik bir sunum şekli gereklidir. Temel bileşenler analizi bu amaç için çok uygun bir araçtır (**Studnicki, 2001**). Bu çalışmada da temel bileşenler analizi aracılığıyla ülkemizin farklı illerindeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut durumu özetlenmiştir. Bu özet sunum şekli ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin fotoğrafının çekilmesine, bu fotoğrafın sağlıkla ilgili ve sağlık dışı etkenler ile ilişkisinin belirlenmesine ve 2000 ve 2004 yılları arasında illerin birinci basamak hizmetlerinin kapsamı açısından yaşadıkları değişimin ortaya konmasına olanak sağlamıştır. Fakat bu analizlerin sonuçları araştırmanın sınırlı olduğu bazı noktalar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Ekolojik tipte olan bu çalışmada farklı kaynaklardan elde edilen veriler bir araya getirilmiştir ve bu verilerin doğruluk düzeyi hakkındaki belirsizlik çalışmanın en önemli sorunudur. Bu sorun özellikle hedef nüfusların Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiği bağışıklama oranları için söz konusudur. Araştırmadaki değişkenlerin bir diğer önemli sorunu Sağlık Bakanlığı tarafından toplanan birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin sadece niceliği yansıtmaları, nitelik hakkında bilgi vermemeleridir. Örneğin bebek izlem sayısı, bir bebeğin kaç kez izlendiğini göstermekte, ama bu izlemler sırasında ne yapıldığına dair bir bilgi vermemektedir. Son olarak da verilerin sadece il ortalamalarını yansıttığını, bu nedenle illerin kendi içlerindeki eşitsizlikleri ortaya çıkartılamadığını, birinci basamak puanı görece yüksek olan bazı illerin ciddi düzeyde eşitsizlikleri içlerinde barındırıyor olabileceğini vurgulamak gerekmektedir.

Bu çalışmada öncelikle Türkiye'nin farklı illerinin ve coğrafi bölgelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine ait değişkenler

bakımından durumu değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçların, Belek **(Belek, 1998)** tarafından yayınlanmış olan ve Sağlık Bakanlığı'nın 1990-1997 arasındaki verilerini değerlendiren bir araştırmanın bulguları ile karşılaştırılması 1990'lardan bu yana yaşanan süreci netleştirecektir. Belek, 1996 yılına ait ortalamalara dayanarak sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından en iyi durumdaki bölgenin Karadeniz olduğunu bildirmiştir. 2004 verileri Karadeniz'in görece olumlu durumunu koruduğunu göstermektedir **(Sağlık Bakanlığı, 2005)**. 1996 yılında bu kriter açısından en olumsuz durumda olan, fakat en yüksek gelişme hızını gösteren Marmara bölgesi **(Belek, 1998)** İstanbul ve Bursa'da halen devam eden olumsuz tablo hariç, Güneydoğu ve Doğu'dan daha iyi bir duruma gelmiştir **(Sağlık Bakanlığı, 2005)**. Gelişme hızı açısından en kötü durumda olan Doğu ve Güney Doğu Bölgeleri de sağlık ocağı başına düşen nüfusun en yoğun olduğu bölgeler haline gelmiştir **(Sağlık Bakanlığı, 2005)**. Ocak başına düşen nüfus ve faal ocak oranı birlikte değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuç, Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu bölgelerinin yanı sıra, başta İstanbul olmak üzere sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olan, fakat çok derin gelir eşitsizlikleri gösteren illerinde de birinci basamak altyapısının ihmal edilmiştir.

Nüfus başına düşen genel pratisyen sayısı birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı çok önemli bir belirleyicisidir. Bu sayının yüksek olduğu bölgelerde iyi bir birinci basamak hizmeti ile önlenebilir durumlara bağlı hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu, genel pratisyen sayısının hastane mortalite hızının azaltılmasında hastane doktoru sayısına göre daha güçlü bir rol oynadığı ve yaşa özel mortalite hızının tek tutarlı göstergesi olduğu pek çok araştırma ile doğrulanmıştır **(Parchman, 1994, Fleming, 1995, Rosenblatt, 1998, Jarman, 1999, Mansfield, 1999, Gulliford, 2004, Shi, 2003a, 2003b, 2004, 2005)**. Bu nedenle ülkemizdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken en önemli kriterlerden biri bu alanda çalışan hekim sayısıdır. Fakat sosyalleştirmenin en önemli sağlık çalışanı olan ebeler de mutlaka değerlendirme kapsamına alınmalıdır. Alt yapı ile tutarlı şekilde insan gücü açısından da Doğu ve Güneydoğu illeri Türkiye'nin en sıkıntılı bölgeleridir. Bölgedeki ikinci basamak

sağlık hizmetlerinde yaşanan yetersizlikler ve sağlık sorunlarının yoğunluğu birlikte dikkate alındığında, sorunun aslında sayıların gösterdiğinden çok daha büyük boyutlu olduğu ortaya çıkmaktadır. Türkiye’deki illerin hiçbirinde sağlık evi ebe doluluk oranının % 50’i geçmemesi kırsal alandaki birinci basamak hizmetlerinin gözden çıkartıldığını göstermektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2005**).

Doğu ve Güneydoğu’nun altyapı ve insangücü açısından yaşadığı ciddi sorunlar koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunumunu olanaksız hale getirmiştir. Riskli grup izlemleri ve aşıları yapılamamakta, poliklinik ve laboratuvar hizmetleri verilememektedir. Doğu ve Güneydoğu kadar olumsuz olmamakla birlikte, İç Anadolu’da hizmet kapsamı bakımından ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Batı illerinde hizmet kapsamı açısından görece olumlu bir tablo vardır (**Sağlık Bakanlığı, 2005**). Diğer kriterler açısından çok başarılı bir tablo gösteren İzmir’de çocukluk çağı aşılarındaki düşük yüzdeler, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen hedef nüfuslarla ilgili bir sorun olabileceğini düşündürmektedir. İstanbul’da altyapı ve insangücü sorunları kendisini izlem sayılarının, gebe tetanoz aşılarının ve tedavi edici hizmetlerin yetersizliğinde göstermektedir. Diğer tüm kriterler açısından olumsuz bir durum söz konusu iken, İstanbul’da çocukluk çağı bağışıklama yüzdelerinin görece yüksek değerler alması, bu hizmetlerin birinci basamak dışındaki kurumlar tarafından gerçekleştiriliyor olduğunu düşündürmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2005**). Sonuç olarak, Belek’in (**Belek, 1998**) 1998’de yaptığı tespit değişmemiştir ve başta Doğu, Güney Doğu ve İstanbul olmak üzere ülkemizde Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmeti üretiminde yapması gerekenleri yapmamaktadır.

Temel bileşenler analiz sonucunda belirlenen illerin birinci basamak sağlık hizmeti gelişmişlik düzeyleri ülkemizdeki Doğu ve Batı arasındaki eşitsizlikleri ve İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak sağlık hizmetlerinden çekilmiş olduğunu özet bir şekilde yansıtmıştır. Birinci basamak gelişmişlik düzeyi ile bazı sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde illerin durumu daha net olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yazıda sunulan çalışmaya oldukça benzer bir yöntemle yapılan ve illerin bazı sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendiren bir araştırmada da ölümlülük, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmetleri

ve çevre olanakları gibi bağımlı değişkenler üzerinde en önemli belirleyicinin kadın okur yazarlığı olduğu bildirilmiştir (Ay, 2004). Birinci basamak gelişmişlik düzeyi ile 100 kişi başına düşen konut sayısı arasında bulunan güçlü korelasyon da doğurganlıkla ilişkisi nedeniyle dolaylı olarak kadın eğitime bağlanabilir. On bin kişi başına düşen özel otomobil sayısı illerin mülkiyet düzeyinin de birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. İstihdam göstergeleri bu ilişkiyi desteklemektedir. Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmeti, illerin eğitim, refah, sanayileşme ve alt yapı düzeyleri ile ilişkilidir. Yani, sosyalleştirme sosyoekonomik açıdan gelişmiş olan illerde daha fazla gelişme ve yaygınlaşma olanağı bulmuştur. Sosyalleştirmenin başarılı olduğu illerde bu başarı Sağlık Bakanlığı'nın desteğinden çok, illerin potansiyeli ile ilişkilidir. Birinci basamağın Bakanlık tarafından desteklenmediği ve sosyoekonomik açıdan sorunlu illerin de durumu ortadır. İstanbul açısından ise birinci basamağın durumu bu hizmetlerin özel sektöre bırakıldığını düşündürmektedir.

2000 ve 2004 yılları arasında illerin hizmet kapsayıcılığı puanında gerçekleşen değişim, Türkiye'de birinci basamağa yapılan yatırımların, alt yapı ve donanım desteğinin kesildiğini çok net biçimde göstermektedir. İllerin yarısından fazlasında birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri gerilemiş ya da sadece çok önemsiz bir düzeyde gelişme göstermiştir. En fazla gelişme gösteren illerin önemli bir bölümü Marmara depreminden etkilemiş olan illerdir. Bu bölgede yaşanan çöküşün ardından yapılan her türlü müdahalenin çok önemli bir değişim sağlayacağı açıktır. Adıyaman, Hakkari ve Bitlis'te görülen puan artışı ne yazık ki gerçek bir gelişmeyi göstermemektedir. 2000-2004 yılları arasında bu illerde riskli grup izlemi ve tedavi edici hizmetler açısından bir gelişme olmamış, sadece bu dönemde gerçekleşen aşı kampanyaları sırasında 2000 yılında çok düşük olan bağışıklama oranları hızlı bir artış göstermiştir ve bu artışı sürekliliği olan bir gelişme olarak tanımlamak doğru değildir. Hatta Hakkari'deki hekim sayısının giderek azalması bu gelişmenin tersine dönebileceğine de işaret etmektedir. Isparta, Çankırı ve Kilis 2000 yılında oldukça düşük olan puanlarını yükselterek, bir gelişme sağlamıştır. Üzerinde en çok durulması gereken gelişmeyi 2000 yılında da görece iyi bir durumda olan Antalya göstermiştir. Zaten

iyi düzeyde olan bağışıklama hizmetleri ve tedavi edici hizmetler bir miktar gelişmiş, izlem sayıları iki katına çıkmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2001, 2005**). Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin eğitim ve refah düzeyi daha yüksek olan illerde daha fazla gelişebilme olanağı bulabildiği şeklindeki yorumu desteklemektedir.

Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamını değerlendirirken döner sermayenin ve performansa dayalı ödemenin etkisini dikkate almak gereklidir. 2000 ve 2002 yılları arasında sabit seyreden sağlık ocağı hekimi başına düşen poliklinik sayısı ve poliklinik başına düşen laboratuvar sayısı sağlık ocaklarına yazar kasanın girmesiyle birlikte hızla artmaya başlamıştır. 2002'de 3734 olan poliklinik sayısı, 2004'de 5545'e, 2005'de 7509'a çıkmıştır. Laboratuvar sayısı ise 2002'de 0.79 iken, 2004'de 1.05, 2005'de 1.46 olmuştur (**Sağlık Bakanlığı, 2001, 2005**). Bu süreçte hekimler koruyucu hizmetlerden uzaklaşıp poliklinikle sınırlı kalmaya, ebeler ise alandan uzaklaşıp hekimin poliklinik hizmetlerindeki yardımcısı olmaya yöneltmiş, hatta yazarkasa başlarında görevlendirilmiştir. Fakat sağlık ocaklarının döner sermaye ile tanıştıkları 2002-2003 arası dönemde koruyucu hizmetlerde önemli düzeyde aksamıştır. Sonradan bir miktar gelişme olduysa da bu gelişme her zaman poliklinik sayısındaki artışın gerisinde kalmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2001, 2005**). Döner sermayenin ve performansa dayalı ödemenin etkisi bu araştırma kapsamındaki hizmet kapsayıcılığına yönelik değişkenlerin geçerliliği açısından önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, son beş yılda % 5'den % 2.6'ya düşmüştür. Başka bir deyişle, 1999'da 5 dolar olan, kişi başına koruyucu sağlık harcaması, 2004'te 4.8 dolara gerilemiştir (**Soyer, 2006**). Bunun anlamı, dün belediyelere "ihale" edilen kolera skandalının, bugün yaşanan "kuş gribi trajedisi"nin, yarın başka görüntülerle, kaçınılmaz olarak yaşanabileceği gerçeğidir.

Sonuç olarak, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok derin eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bu eşitsizlikler illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ile bağlantılıdır. Bir diğer ifade ile toplumsal eşitsizlikler birinci basamak sağlık hizmetlerinde de eşitsizliklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Politik tercihler nedeniyle sosyalleşirmenin desteklenmemesi eşitlikçi özünü ortaya

çıkarmasını engellemektedir. Eşitsizliklerin ve sistemdeki aksaklıkların faturası sosyalleşirmenin ilkelerine çıkartılmakta ve Türkiye'deki eşitsizlikleri çok daha dramatik bir şekilde arttıracak olan piyasa yönelimli yeni bir sistem için zemin hazırlanmaktadır.

KAYNAKLAR

Ay, S., Eser, E., Özcan, C. (2004). Türkiye’de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı ölçütler ile sosyoekonomik ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki: bir ekolojik çalışma. *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 19 (2): 83-91

Baegelhole R. ve Bonita R. (1999). *Public Health of the Cross-roads*, Cambridge.

Belek, İ., Belek, H. (1998). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri finansman, kurumlar, insangücü ve hizmet açısından genel bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13 (5): 322-7.

BMA Health Policy and Economic Research Unit. (1999). Teamwork in primary care. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Teamwork+in+primary+care>. Ulaşım Tarihi: 05.06.2007.

Boerma, W. (2003). Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL.

Carlsen, B., Norheim, O.F. (2005). “Saying no is no easy matter” A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5: 70.

Deppe, H.U. (2005). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystem. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 3. aktualisierte Auflage. Verlag für akademische Schriften. Frankfurt.

Dinçer, B., Özaslan, M., Kavasoglu, T. (2003). Devlet Planlama Teşkilatı İllerin ve Bölgelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü. Yayın No: DPT 2671.

Everitt, B., Dunn, G. (2001). Principal Component Analysis. In: *Applied Multivariate Data Analysis*. London: Arnold Press, 2001.

European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care Systems in Transition (HiT). HiT country profiles. http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1 Ulaşım Tarihi: 01.02.2007

Fleming, S.T. (1995). Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. *Medical Care Research and Review*, 52 (1): p88, 21p.

Gulliford, M.C., Jack, R.H., Adams, G., Ukoumunne, O.C. (2004). Availability and structure of primary medical services and population health

and health care indicators in England. BMC Health Services Research, 4: 12.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TNSA. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>. Ulaşım Tarihi: 01.02.2007

Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A. Hurwitz, B, Iezzoni, LI. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. British Medical Journal, 318: 1515-20.

Macinko, J., Starfield B., Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research 38: 3.

Mansfield C.J., Wilson, E. J. Kobrisnski E.J, Mitchell. (1999). Premature mortality in the United States: The roles of geographic area, socioeconomic status, household type, and availability of medical care. American Journal of Public Health, 98: 893-8.

Pannarunothai, S., Mills, A. (1997). The poor pay more: health-related inequality in Thailand. Soc Sci Med 44 (12): 1781-90.

Parchman, M., Culler, S. (1994). Primary care physicians and avoidable hospitalization. J Fam Practice, 39: 123-8.

Rosenblatt, R., Hart, L., Baldwin, L., Chan, I., Schneeweiss, R. (1998). The generalist role of speciality physicians: is there a hidden system of primary care? JAMA, 279: 1364-70.

Sağlık Bakanlığı. (2005). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2004 Yılı Çalışma Yıllığı. <http://www.saglikgov.tr/istatistikler/temel2004/index.htm> Ulaşım Tarihi: 01.03.2006

Sağlık Bakanlığı. (2001). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2000 Yılı Çalışma Yıllığı. <http://www.saglikgov.tr/istatistikler/temel2000/index.htm> Ulaşım Tarihi: 01.03.2006

Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B.P., Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Practice, 48 (4): 275-84.

Shi, L., Starfield, B. (2000). Primary care, income inequality, and self-related health in the US: mixed-level analyses. Int J Health Services, 30: 541-557.

Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Wulu, J., Regan, J., Politzer,

R. (2003). The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16: 412-22.

Shi, L., Macinko, J., Starfiled, B., Xu, J., Politzer, R. (2003). Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States. A longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke*, 34: 1958-64.

Shi, L., Macinko, J., Starfiled, B., Xu J., Regan, J., Politzer, R., Wulu, J. (2004). Primary care, infant mortality, and low birth weight in the States of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58: 374-80.

Shi, L., Macinko, J., Starfiled, B., Politzer, R., Wulu, J. Xu J. (2005). Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in U.S. Counties: A comparison of urban and rural areas, *Public Health* 199: 699-710.

Skarbinski, J., Walker, H.K., Baker, L.C., Kobaladze, A., Kirtava, Z., Raffin, T.A. (2002). The burden of out-of-pocket payments for health care in Tbilisi, Republic of Georgia. *Jama* 27; 287(8): 1043-9.

Soyer, A. (2006). AKP Hükümeti, sağlıkta üç yılda ne yaptı/yapmadı? *Evrensel Gazetesi*, 10.02.2006.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.

Starfield, B. (2003). Primary care, equity and health in an international context. A work-in-progress seminar on health and healthcare in changing environments: the Malaysian experience. Ulaşım Tarihi: 12.01.2005, <http://www.pcdom.org.my/phc>

Studnicki, J., Luther S.L., Kromrey J., Myers, B. (2001). A minimum data set and empirical model for population health status assessment. *American J Preventive Medicine*, 20 (1): 40-49 (10).

Werner, D. (1995). Who killed primary healthcare? *The New Internationalist*, http://www.healthrights.org/articles/who_killed.htm. Ulaşım Tarihi: 05.05.2004

Werner, D. (2001). Insuring the necessary resources for the human right to health: national and international measures. Global Assembly on "Advancing the Human Right to Health" Iowa City, Iowa, April 20-22, 2001 <http://www.healthrights.org/articles/iowa.htm>. Ulaşım Tarihi: 05.05.2004