

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN 20. YILINDA BİRİNCİ BASAMAKTA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Meltem ÇİÇEKLİOĞLU*, İrem ŞEVİK**

Öz: Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 20. yılında birinci basamakta sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği bu yazıda, öncelikle uluslararası kuruluşların halk sağlığı işlevleri vurgusuyla genişlettiklerini iddia ettikleri birinci basamak sağlık hizmetlerindeki koruyucu hizmetlerin dönüşümü tanımlanmıştır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde (BBSH) sunulan koruyucu hizmetler, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve üreme sağlığı başlıkları altında değerlendirilmiştir. COVID-19 pandemisi örneği üzerinden bulaşıcı hastalıkların erken tespiti, izlenmesi, kaynağın belirlenmesi ve sürveyansı gibi topluma yönelik koruyucu hizmetlerde BBSH'nin yetersiz kaldığı saptanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik hem bireysel hem de toplumsal koruyucu hizmetlerin etkisizliği ortadadır ve yeni bir yapı olarak sunulan sağlıklı yaşam merkezleri ile entegrasyon planının neoliberal politikalar sonucunda tüketime dayalı, piyasa odaklı bir programa dönüşmesi muhtemeldir. Üreme sağlığı hizmetlerine yönelik koruyucu hizmetler niceliksel olarak artırılmış olsa da hizmetlerin kalitesinin artmadığı ve performansa dayalı ödeme kapsamında olmayan hizmetlerdeki aksamların sağlık sonuçlarını kötüleştirdiği ve eşitsizlikleri artırdığı tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak sağlık hizmeti, Sağlıkta Dönüşüm Programı, koruyucu sağlık hizmetleri

Preventive Health Services in Primary Care in the 20th Year of the Health Transformation Program

Abstract: In this article, which evaluates preventive health services provided in primary healthcare in the 20th year of the Health Transformation Program, the change of preventive services in primary health care which international organizations argue has expanded with the emphasis on public health functions is first defined. Primary healthcare preventive services are assessed in terms of communicable diseases, non-communicable diseases, and reproductive health. By using the COVID-19 pandemic as an example, it has been found that primary healthcare services fall short in providing community oriented preventive services such infectious disease surveillance, early detection, monitoring, and source identification. Both individual and community preventive services for non-communicable diseases are obviously ineffective, and the integration plan with healthy life centers, which is promoted as a new structure, is likely to turn into a consumption-based, market-oriented program as a result of neoliberal policies. Although preventative services for reproductive health care were quantitatively increased, it was found that the quality of services did not improve, and that interruptions in services not covered by performance-based payment worsened health outcomes and widened inequalities.

Key words: Primary health care, Health Transformation Program, preventive health services

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) en önemli başarılarından birisi BBSH'de aile hekimliği sistemine geçilmesidir. SDP'nin hazırlığı 2003 yılı Temmuz ayında Dünya Bankası'nın (DB) desteğiyle Japonya ile hibe anlaşması yapılarak maddi destek sağlanması ile başlamıştır (Eke ve Ünal, 2019). Türkiye Modeli olarak sunulan aile hekimliği sistemi aslında son 30 yıldır DB tarafından şekillendirilen, ortak reçetesi hizmet satın alan ve sunanların birbirinden ayrıldığı, pazar mekanizmalarına dayalı sözleşmelerin oluşturulduğu, tüketici seçimine dayalı, müşteri odaklı hizmete dayalı, sağlık emek gücü açısından ise kuralsızlaşma ve güvencesizleşmenin hakim olduğu bir sistemdir (Öcek, 2017). Sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sürecine birinci basamaktaki başkalaşımın 15 yıllık serüveni ayrıntılı olarak

(Öcek 2017), tarafından başka bir makalede açıklanmıştır. Bu yazıda SDP'nin 20. yılında aile hekimlerinin üreme sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ve COVID-19 süreci açısından bulaşıcı hastalıklara yönelik sunduğu koruyucu sağlık hizmetleri değerlendirilecektir. Değerlendirmeye geçmeden önce 2018'den bu yana özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve DB'nin temel sağlık hizmeti (TSH) ve BBSH kapsamı ve organizasyonu ile yeniden ürettiği kavram setlerini içeren politika belgeleri hakkında bilgi verilecektir.

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Kavramlar

BBSH, 1978 yılında Alma-Ata'da belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinin toplumlar arasında eşit şekilde dağıtılmasını mümkün kılan, sosyal bir sağlık modelinden türetilmiş bir halk sağlığı stratejisidir (Rechel, 2011).

*Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No:0000-0002-7059-7573)

**Arş. Gör. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No:0000-0001-6536-1665)

Geliş Tarihi / Received : 04.01.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 13.02.2023

Her ne kadar kavramın başlangıcı ya da uluslararası ölçekte kabulü Alma-Ata deklarasyonuna dayansa da kökenini Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde hem coğrafi hem nüfus tabanlı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre olduğu, kişiye ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerine bütüncül yaklaşan, geniş bir sağlık ekibi ile sürekliliği olan bir birinci basamak sağlık hizmetleri modeli olarak Semeshko tarafından 20. yy başlarında yaşama geçirilmiştir (Zencir, 2019). Alma-Ata'da tanımlanan BBSH felsefesi, sağlık hizmeti alanının ötesine geçerek sağlık ile sosyal politikalar arasında sektörler arası bağlantının kurulmasını gerektirir. Ancak, 1980'lerde başlayan neoliberal sağlık reformu rüzgarlarının etkisiyle, BBSH piyasa açısından gereksiz bir unsur olarak tanımlanan toplumsal sağlık hizmetlerinden arındırılarak pazar haline getirilmiştir (Rechel, 2011). Ülkemizde de Aile Hekimliği Modelinde yaşandığı gibi pek çok ülkede de BBSH'nin organizasyonu ve sağlık ekibi birey olarak hastaya odaklanmış, insanların içinde yaşadığı toplumla birlikte değerlendirmeyi engelleyecek şekilde yapılandırılmıştır. Bu şekilde sınırlandırılmış BBSH yaklaşımı sağlık eşitsizliklerini artırmakta ya da en iyi olasılıkla sürdürmektedir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Starfield, ilk başvuru yeri olan, kapsayıcı sağlık hizmetini sürekli sunan ve başka kurumlar tarafından sağlanan hizmetlerle entegrasyonunu sağlayan birinci basamağı, sağlık sistemin en önemli parçası olarak tanımlamış, bu özelliklerin yerine getirilmesinin temel koşulunun ise toplum yönelimli olması ile sağlanabileceğini vurgulamıştır (Starfield, 1998). BBSH'nin sağlıktaki eşitsizlikleri önleme konusundaki başarısı büyük oranda birinci basamak ekibinin hizmet sunduğu toplumun özelliklerini tanıması ve topluma yönelik koruyucu hizmetlere ağırlık vermesi ile ilişkilidir (Starfield, 1998). Toplum Yönelimli BBSH, bir toplumda hem BBSH hem de toplum sağlığı programları yoluyla sağlık sorunlarının belirlenmesi ve ele alınmasına yönelik sistematik çabalar şeklinde ilk defa 1984 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü tarafından tanımlanmıştır (IOM, 1984). Bu tanımdan 10 yıl sonra aynı enstitü BBSH'yi, "kişisel sağlık ihtiyaçlarının büyük bir çoğunluğunu karşılayan, hastalarla aile ve toplum bağlamında çalışan klinisyenler tarafından sunulan, entegre, erişilebilir sağlık hizmetleridir" (IOM, 1994) şeklinde tanımlayarak bireysel ihtiyaçlara ağırlık vermiş, hizmet sunumunu da "klinisyenler" düzeyine çekerek toplum bağlamında tanımını kullansa da tedavi edici hizmet odaklı bir

tanımlamaya geri dönmüştür. Tanımlardaki bu dönüşüm aslında uluslararası sağlık politikalarındaki dönüşümle paraleldir ve özellikle BBSH'deki neoliberal dönüşümün tanımlara yansımalarıdır.

DSÖ, 2008 tarihli "Temel Sağlık Hizmetleri; şimdi her zamankinden daha fazla" raporunda TSH'nin önemini vurgulayarak topluma yönelik kavramını kullanmadan halk sağlığı uygulamalarının BBSH ile bütünleştirilmesini önermiştir (WHO, 2008). ABD Tıp Enstitüsü 2012'de yayımladığı raporda birinci basamak ve halk sağlığının entegrasyonu, toplum sağlığını iyileştirmenin bir yolu olarak büyük umut vaat etmektedir diyerek 1974'te tanımladığı toplum yönelimli birinci basamak kavramını kullanmadan, 1994'te vurguladığı birey ve klinisyen odaklı birinci basamak tanımından vazgeçerek halk sağlığı ve birinci basamak entegrasyonunun gerçekleşebilmesinin koşullarını tanımlamıştır (IOM, 2012). "Alma-Ata'dan Astanaya: Temel Sağlık Hizmetleri" başlıklı raporda da, bireysel ve halk sağlığı müdahalelerinin koordinasyonunu, yenilikçi birinci basamak sağlık hizmeti modellerinin bir özelliği olarak tanımlanmıştır (WHO, 2018a). DSÖ, 2018'de yayımladığı başka bir raporda da "entegrasyon yoluyla halk sağlığı ve birinci basamak arasındaki boşluğu kapatma" çağrısında bulunmuştur (WHO, 2018b). Bu raporların giriş bölümlerinde şimdiye kadar yürütülen ve desteklenen BBSH'nin, toplumdaki BOH yükü ve sağlık eşitsizlikleri ile baş etmedeki başarısızlıkları açıkça itiraf edilmektedir. Halk sağlığı ile entegre edilecek birinci basamağın sağlığın sosyal belirleyicilerine dayalı eşitsizliklere müdahale ederek, BOH ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesinde oldukça önemli etki sağlayacağı sıklıkla vurgulanmıştır (WHO, 2008; IOM, 2012; WHO, 2018a; WHO, 2018b).

Pandemi sürecinde BBSH'nin klinik ve halk sağlığına yönelik işlevleri çok açık bir şekilde iç içe geçmiştir. Buna rağmen, özellikle 1980'li yıllardan bu yana oluşan ayrışma, COVID-19 pandemi süreçlerinde daha da görünür hale gelmiştir. Birinci basamağın bir çok ülkede salgınla mücadelede sınırlı kaldığı, hastalık sürveysi, testler ve temaslı takibi gibi birinci basamağın halk sağlığına yönelik olan işlevlerinde de yetersizliği DSÖ, DB ve ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü raporlarında sıkça vurgulanarak, yeni tanımlar ve stratejiler önerilmiştir. ABD Ulusal Tıp Enstitüsü'nün de içinde olduğu bir grup tarafından hazırlanan "Yüksek kaliteli birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanması: Sağlık hizmetlerinin temelini yeniden inşa etmek" isimli raporda; yüksek kaliteli BBSH, bütüncül, entegre ve eri-

şilebilir sağlık hizmetlerinin, bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık ve esenlik ihtiyaçlarını, hastalar, aileler ve toplumla sürdürülebilir ilişkiler yoluyla multiprofesyonel ekipler aracılığıyla eşitlikçi bir şekilde sunulması olarak tanımlamıştır (**National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021**). OECD ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Potansiyelini Gerçekleştirmek" isimli raporunda BBSH'lerde çoğunlukla akut sorunların çözümüne dayalı tek hekim sorumluluğundaki modelden, bakımın entegrasyonuna dayalı, farklı disiplinlerden ekipler tarafından sunulan, hastaların risk faktörleri ve hastalıklarını yönetme süreçlerine daha fazla katıldıkları dijital teknoloji ile desteklenen bir modele doğru değişmesi gerektiğini belirtmektedir (**OECD, 2020**). DB de 2022'de yayımladığı "Konuşarak Yürümek: COVID-19 Sonrası Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Hayal Edilmesi" raporunda, 2018 Astana Bildirgesi ile uyumlu olarak evrensel sağlık kapsamının ve sağlıkla ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin temel direği olarak tanımladığı BBSH'ye ilişkin politika önerilerinde bulunmuştur. Önerilen dört temel yapısal değişim; işlevsiz kapı tutuculuktan herkes için kaliteli ve kapsamlı hizmete, parçalı yapıdan insan merkezli entegrasyona, eşitsizliklerden adalet ve hesap verebilirliğe, kırılardan dayanıklılığa olarak tanımlanmıştır (**Barış ve ark, 2022**).

Tanımlar önemlidir çünkü, neye öncelik ve değer verildiğine işaret ederler, hizmetlerin nasıl organize edilmesi gerektiğine ilişkin normları şekillendirirler (**Hanson, 2022**). Ancak tanımların BBSH sunumunun yeniden düzenlenmesi açısından nereye doğru evrileceğini anlamak için bu tanımları kavramsallaştırmanın kim(ler) olduğu, ait olduğu bütünün tarihsel, toplumsal bağlamı ve onları belirleyen egemen üretim tarzı ilişkisi eleştirel olarak analiz edilmelidir (**Özkan, 2019**). Bu çerçevede neoliberal sağlık reformlarının sağlık alanındaki sermaye birikimi için uygun koşulları yarattığı ve bu politikaların kavramsal çerçevesi ile uygulama süreçlerinde DB'nin öncülük ettiği, DSÖ'nün de sürece aktif destek verdiği akıldan çıkarılmamalıdır (**Hamzaoğlu, 2013**). Neoliberal yaklaşımda sağlık hizmet üretimi açısından BBSH'nin de tıp endüstrisi içinde diğer basamaklarda hizmet üreten sağlık kurumları, laboratuvarlar, dijital teknolojiler ve tıbbi destek sağlayan sektörlerle birlikte, bir yapı içinde olduğu unutulmamalıdır. DSÖ'nün birinci basamağa yönelik son dönem metinlerini değerlendiren Zencir, bu metinlerde birinci basamağın, sağlık hizmeti üretiminin sürekliliğini (devridaimini), yani

tanı-tedavi ve bakım sürecinin devamlılığını sağlama işlevi gördüğünü belirterek, fabrikaya dönüşen sağlık hizmet üretimi içinde sağlıklı olma-hasta olma ayrımı olmadan yürütülen hizmetlerle (sağlık pazarı için hasta bulma, hizmet talebi yaratma vb.) yaşamsal fonksiyon üstlendiğinin altını çizmektedir (**Zencir, 2020**). Tanımlar çoğunlukla BBSH için önerilen hedefler ve örgütlenme yapıları hakkında bilgi vermektedir. Bununla birlikte, unutmamalıdır ki sağlık sistemlerinin istenilen hedeflere ulaşması ancak, doğru finansman düzenlemelerinin oluşturulması ile mümkündür (**Hanson, 2022**). Yukarıda adı geçen politika belgelerinden özellikle DB kaynaklı olan metinde, dönüştürülecek BBSH için finansman kaynağının DSÖ metinlerinde de geçen evrensel sağlık kapsamı çerçevesi olduğu açıkça ifade edilmiştir. Evrensel sağlık kapsamı, sağlık hizmetlerinin sigorta yoluyla finanse edildiği bir modeldir. Astana Bildirgesi'ni Alma-Ata Bildirgesi ile karşılaştırdığı yazısında Pala, bu modelin kamucu bir sağlık sisteminden oldukça uzakta bir finansman modeli olduğunu ayrıntılarıyla açıklamıştır (**Pala, 2020**). Benzer şekilde Lancet'in Küresel Sağlık Komisyonu raporunda da kamu finansmanının kullanılmasının birinci basamağın güçlendirilmesi için birinci öncelikte olduğu belirtilse de özel sektörün katılımının artırılması ve prime dayalı ödeme sistemleri de öneriler arasında sıralanmıştır (**Hanson, 2022**). BBSH'nin toplum temelli bir yaklaşımla, halk sağlığı hizmetleriyle entegre bir şekilde ve çok disiplinli bir yaklaşımla sunulması için örgütlenme ve hizmet sunumu yapısının değişmesi kadar finansman sisteminin kamucu bir anlayışa evrilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı da sadece teknik bir konu değildir, doğası gereği siyasi seçimleri içerir (**Hanson, 2022**).

2. Pandemi Döneminde Birinci Basamağın Salgın Yönetimi İşlevleri

Bulaşıcı hastalıkların erken tespiti, hasta ve temaslıların izlenmesi, halkın bilgilendirilmesi gibi hizmetler toplum temelli sağlık ekiplerinin içinde bulunduğu birinci basamak (BB) sağlık kurumlarının görevlerindedir. SARS, Kuş Gribi, Domuz Gribi, MERS, Ebola ve Zika gibi salgınlarda farklı ülkelerin BB deneyimlerini değerlendiren bir araştırmada pandemi dönemlerinde BBSH'lerin, hastalığın erken tanısı ve bildirimini içeren sürveyans faaliyetleri, temaslı takibi ve ev izolasyonundaki kişilerin izlenmesi, antiviral ilaçların reçetelenmesi, dağıtılması ve toplum bağışıklama hizmetleri açısından merkezi bir rolü üstlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır (**Patel ve ark., 2008**). An-

çak, COVID-19 pandemisi sürecinde gerçekleştirilen Evrensel Sağlık Kapsamı ve Temel Sağlık Hizmetleri Küresel Forumu toplantısında birinci basamak sağlık hizmetlerinin birçok ülkede hastalar için ilk temas noktası olarak işlev görmeye devam etmekle birlikte, SARS ve MERS salgınlarından dersler çıkarmış olan Tayvan, Singapur, Hong Kong ve Güney Kore dışında, neredeyse diğer tüm ülkelerin hazırlıksız yakalandığı saptaması yapılmış ve özellikle topluma yönelik yürütülen halk sağlığı işlevlerini içeren hizmetlerde sorunlar yaşandığı bildirilmiştir (**Rawaf ve ark., 2020**). Pandemi sürecinde yazılan pek çok raporda da bu sorunların en temel nedeninin topluma ve bireye sunulan hizmetlerin parçalanmış olması ve pek çok ülkede BBSH'nin bireye ve tedaviye odaklandığı saptaması yapılmıştır (**OECD, 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021; Barış ve ark. 2022**). Aslında bu saptama yukarıda belirttiğimiz uluslararası örgütlerin birinci basamak tanımlarındaki değişimi de bir bakıma açıklamaktadır.

Pandemi sürecine müdahale açısından ülkemiz için de durum aslında çok farklı olmamıştır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin kendi ülkelerinin ulusal yanıtlarına ilişkin bakış açıları içeren ve Nisan-Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen 37 ülkenin değerlendirildiği bir çalışmada Türkiye, diğer ülkelere göre daha yüksek COVID-19 ilişkili ölümün yaşandığı ve birinci basamakta pandemi stratejisinin olduğuna ya da uygulandığına inanan katılımcı sayısının düşük olduğu grupta yer almıştır (**Goodyear-Smith ve ark., 2021**). TTB Halk Sağlığı Kolu ikinci ay raporunda da ülkemizde ilk vaka bildirildiğinde bile Sağlık Bakanlığı tarafından aile sağlığı merkezlerinde pandemide nasıl hizmet verileceğine dair bir planlama yapılmadığı vurgulanmıştır. Yine aynı raporda, tedavi kurumlarında COVID-19 hastalarının tedavi algoritmaları ve sağlık çalışanlarının görev tanımları ile çalışma şartları Sağlık Bakanlığınca detaylı olarak tanımlanmış olmasına rağmen, aile sağlığı merkezlerinin salgının kontrolüne yönelik olarak yapmaları gerekenlerle ilgili benzer şekilde detaylı rehberler bulunmadığı belirtilmiştir (**TTB, 2020a**). Özellikle, ülkemizdeki mevzuat açısından değerlendirildiğinde salgın kontrolü ve topluma yönelik hizmetler açısından bu durum çok da sürpriz değildir. Çünkü 2015 yılında çıkartılan Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, TSM'nin sunacağı hizmetlerden biri olarak sayılmış, TSM ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde 2018 yılında yapılan değişiklik ile

toplum sağlığı merkezi açılmayan yerlerde bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü faaliyetleri diğer çevre sağlığı hizmetleri ile birlikte İlçe Sağlığı Müdürlüğü (İSM) tarafından sürdürülür şeklinde güncellenmiştir (**Resmi Gazete, 2018**).

Pandemi döneminde filyasyon ve temaslı takibi İSM ve TSM tarafından organize edilmiştir. Filyasyon ekipleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan COVID-19 rehberi doğrultusunda vakaları evde ziyaret etmiş, vakalara tedavilerini başlatmış ve semptomu olan temaslı kişilerden sürüntü örneği almıştır. Tespit edilen vaka ve temaslılar Halk Sağlığı Yönetim Sistemi üzerinden aile hekimlerinin bilgi yönetim sistemlerine otomatik olarak kaydedilmiş ve aile hekimleri hasta ve temaslıları COVID-19 semptomları açısından telefon ile sorgulayarak izlemişlerdir. Aile hekimlerinin bu aşamadaki rolleri bile, ancak salgının ilerleyen dönemlerinde tanımlanabilmiştir (**TTB, 2021**). Böylece, aile hekimleri sadece kendilerine bildirilen sayıda kişiye telefon aramaları ile kısıtlı bir filyasyon hizmeti yürütmüş, kendi hizmet verdikleri genel olgulardan haberdar olmadan hizmetin bütününden uzak, toplum tabanlı olmayan bir filyasyon hizmetinin sadece bir parçasını yapar hale gelmişlerdir. Bu dönemde, aile hekimlerine hasta ve temaslı takibine ek olarak, rapor düzenleme, ilaç ihtiyacı olanlara ilaç düzenleme, testi negatif olan kişileri 14 gün boyunca arama gibi işler de verilmiştir. Ulaşılamayan hastalara ev ziyareti yapma İSM ekipleri sorumluluğunda yürütülmeye çalışılmıştır. TTB'nin altıncı ay raporunda aile hekimlerinin filyasyon ekiplerinin kendilerine ulaşmadığı, ilaç getirilmediği, karantinalarının kaldırılmadığı, istirahat raporu alamadığı, kontrol testi yaptıramadığı, temaslı yakınlarına test yapılmadığı gibi pek çok şikayetle arandığı ancak İSM'ler ile bir türlü sağlanamayan koordinasyon ve iletişim eksikliği nedeniyle sonuç almanın çok güç olduğu, Pratisyen Hekimlik Komisyonu tarafından belirtilmiştir (**TTB, 2020b**). Bu koordinasyon eksikliği ve iletişimsizlik SDP sürecinde Aile Hekimliği Modeli'ne geçiş ile başlayan ve ancak 2015'te mevzuatta açık olarak tanımlanan, topluma ve bireye yönelik birinci basamak hizmetlerinin ayrıştırılmasının bir sonucudur. Bu sonuçla ilgili öngörüler hem halk sağlığı hem de TTB tarafından sıklıkla belirtile de en net şekilde SDP'nin bulaşıcı hastalıkların kontrolüne etkisini değerlendirdiği, 2015 yılında yazdığı makalede Eskiocak tarafından "Kızamık hastalığı gibi çok deneyimli olunan bir sorunun yönetiminde yaşanan güçlükler yetmezlikler (2012-2014 kızamık salgını) hatırlata-

rak), Pandemi influenza, MersCov, Ebola gibi yeni/ yeniden ortaya çıkan sorunların yönetiminde yaşanacak sorunların habercisidir” vurgusuyla ifade edilmiştir (Eskiocak, 2015).

COVID-19 pandemi süreci, var olan BBSH sisteminin bulaşıcı hastalıkların erken tesbiti, izlenmesi, kaynağın belirlenmesi ve sürveyansın yapılması açısından tüm eksikliklerini çok net bir şekilde açığa çıkarmıştır.

3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları Önleme ve İzlem

Ülkemizde BOH’un toplam hastalık yükü içindeki payı 2002 yılında %69 iken 2017 yılında %82,4’e çıkmıştır. Hastalık yükü içerisinde önemli paya sahip olan diyabet, inme ve kronik obstrüktif kalp hastalığına bağlı engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) kaybı, 2002 yılından 2017 yılına kadar sırasıyla %43, %49, %57,35 ve %41,82 oranında artış göstermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). BOH’a bağlı morbidite ve mortalitenin önlenmesi için risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması, hastaların izlenmesi BBSH’nin en önemli görevleri arasındadır. Bu hizmetler açısından BBSH’yi sağlık sisteminin diğer basamaklarından farklı kılan en önemli özellikleri kapsayıcılık ve sürekli hizmettir. Bireye yönelik tüm koruyucu hizmetleri verme ve hastaları sürekli izleme iddiasında olan aile hekimliği sisteminde iş yükü nedeniyle hasta eğitimi ve düzenli izlem için zaman kalmadığı, kronik hastalara verilen hizmetin çoğunlukla ilaç reçetelemekle sınırlı kaldığı görülmektedir (Öcek ve ark., 2013).

OECD’nin Türkiye sağlık sisteminin kalitesini değerlendirdiği 2014 yılındaki raporunda da SDP’nin birinci basamakta BOH’a yönelik güçlendirilmeye gereksinimi olduğu vurgusu yapılarak, bu hedefe ulaşmak için sevk sisteminin oluşturulması, bilgi sistemlerinin kapsamının genişletilmesi ve performans ölçümlerinin geliştirilmesi önerileri sıralanmıştır (OECD, 2014). Aile Hekimliği Modelinde zorunlu sevk sistemi kısa bir süreliğine Denizli, Isparta, Gümüşhane ve Bayburt’ta uygulamaya başlamış, ancak yaşanan sorunlar nedeniyle süresiz olarak ertelenmiştir. Espinosa-González ve Normand’ın Türkiye’de aile hekimleriyle gerçekleştirdiği kalitatif çalışmada, sevk zorunluluğunun kaldırılmasında hastanede çalışan sağlık emekçileri ve halkın hoşnutsuzluğu nedeniyle siyasi otoritenin oy kaybetme korkusunun temel etken olduğu saptanmıştır (Espinosa-González ve Normand, 2019). Sevk zincirinin işletilmemesi birinci basamakta izlemi yapılarak müdahale edilebilecek pek çok kronik hastanın ikinci basamak hastanelere

başvurusuna neden olmaktadır. Ülkemizde, sisteme kayıtlı yurttaşlar arasında aile hekimine gitmeyen nüfusun oranı %22,4 iken kişi başı başvuru 3,3 olarak gerçekleşmiştir, tüm sağlık kurumu başvurularının ancak %34’ü aile hekimlerine yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

BBSH özellikle kronik hastalıklar açısından sadece hastane başvurularını değil hastaneye yatma ihtiyacını önleyebildiği gibi, erken müdahalenin komplikasyon riskini azaltabildiği veya daha ciddi bir hastalığın gelişmesini önleyebildiği saptanmıştır. Diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliğine yönelik tedavilerin çoğunun birinci basamakta veya toplum bakımı düzeyinde ayakta tedavi ile sağlanabileceğine dair pek çok kanıt bulunmaktadır. Bu hastalıklar, “ayakta bakıma duyarlı hastalıklar” olarak adlandırılırken, bu nedenlere bağlı hastaneye yatışlar ise “önlenbilir hastaneye yatışlar” olarak tanımlanmaktadır. Beş kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon hastalıkları, kalp yetmezliği, KOAH ve astım) için önlenbilir hastane yatış gün sayısının, toplam hastane yatış günleri içindeki payı 30 OECD ülkesinde ortalama %5,8 iken, ülkemizde %11,8’dir ve Türkiye tüm ülkeler içinde maalesef ilk sırada yer almaktadır (OECD, 2020).

Aile Hekimliği Modelinin BOH konusundaki eksiklikleri, Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilerek 2019-2023 stratejik planında BBSH’yi güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak hedefi kapsamında; BOH yükündeki artış nedeniyle kişi başı birinci basamak kullanım oranlarının artırılması, önümüzdeki dönemin stratejik öncelikleri olarak belirlenmiştir. Yine aynı hedefe yönelik olarak kronik hastalıklarla ilgili tarama, teşhis, eğitim ve yönetim süreçlerinde aile hekimlerinin merkezi bir rol oynadığı; bu çerçevede aile hekimlerine uzun dönemli performans hedefleri tanımlanması, ödemelerin bununla uyumlu şekilde gerçekleşmesi ve kronik hastalıklara yönelik bütünlük sağlığı hizmet sunumunda diyetisyen, psikolog gibi uzmanların bulunduğu çok disiplinli takımların sayısının artırılması gerekliliği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Stratejik planda tanımlanan bütünlük sağlığı hizmet sunumu ile kastedilen çok disiplinli takımlar Sağlıklı Hayat Merkezleridir (SHM). Kullanımına çok da alışık olmadığımız “bütünlük hizmet” tanımı stratejik plan dışında Japonya hibe programı desteğiyle, DB tarafından, 2019 yılında yayımlanan “Bütünlük Sağlığı Modeli Yoluyla Türkiye’de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması” isimli raporda da geçmektedir.

Bu raporda aile hekimleri ile SHM arasındaki entegrasyona yönelik ülke analizi ve uygulama önerileri yer almaktadır (**Safir S. ve ark., 2019**).

BBSH açısından yeni bir uygulama olan SHM; sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapıdır (**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web sayfası**). SHM'lerin aktif hale gelmesi 2017 yılı sonlarında başlamıştır. Stratejik plan hedefi kapsamında 2018 itibarıyla 192 olan SHM sayısının 2023'te 275'e çıkarılması hedeflenmektedir (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022**). Aile hekimleri ile SHM'ler tarafından bütünlük hizmet olarak tanımlanan BOH izlenmesine yönelik hizmetler için (beslenme danışmanlığı, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite danışmanlığı, ruh sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde kullanımı danışmanlığı vb.) ayrıntılı algoritmalar oluşturulmuştur. Ancak, bu algoritmalarda, kişiler ya direk SHM'ye başvuracak ya da aile hekimleri tarafından sözlü olarak yönlendirilecektir. Başka bir ifadeyle, aynen kanser taramalarında olduğu gibi, toplumdan uzak ve başvuruya dayalı bir hizmet planlaması anlayışı devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı, 2015 yılında toplum temelli kanser tarama programlarını başlatarak aile hekimlerini de sisteme dahil etmiş ve o tarihten itibaren kanser taraması yapılan kişi sayısı artmıştır. Ancak bu uygulama da fırsatçı tarama olduğu için hedef grubun takibi yapılmamakta ve taranmayanlara ait bilgi bulunmamaktadır (**TTB, 2019**). TTB Aile Hekimliği Kolu tarafından yapılan anket çalışmasında, haftada 300'ün üzerinde hasta bakan 466 aile hekiminin %58'i bir hafta boyunca 10'un altında hastaya kanser taraması önerdiğini belirtmiştir. Bu da fırsatçı tarama için bile aile hekimlerinin gerek iş yükü gerekse uygulamayla ilgili sorunlar nedeniyle çok da etkin olamadıklarını göstermektedir (**TTB, 2019**). Mersin'de SHM'lerde yürütülen hizmetlerin değerlendirildiği kalitatif bir araştırmada aile hekimlerinden resmi bir sevk mekanizmasının olmadığı, sağlık istatistiklerinin tutulmadığı, sağlık kayıtlarının girilebileceği merkezi bir sistemin olmadığı, her birimde SB tarafından ilgili mevzuatta tanımlanmış tüm birimlerin olmadığı, fiziki altyapı ve kapasiteye ilişkin problemler, coğrafi ulaşılabilirlik ve bilinirlikle ilgili erişim sorunları olduğu belirlenmiştir (**Öztürk ve Söyler, 2021**).

DB'nin ülkemiz için hazırladığı BBSH'nin bütünlük sağlık modeli yoluyla iyileştirilmesi raporunda tüm

BOH'un tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde yaşanan sorunlar için çözüm önerileri sunulmuştur. Aile hekimlerinin sayısal olarak artırılması, performansa dayalı ödeme ile teşvik edilmesi, aile hekimleri ve SHM'ler arasında resmi uygulama anlaşmalarının yapılması, bilişim alt yapılarının yeniden düzenlenerek farklı bilişim sistemlerinin ortaklaştırılması ve sanal bakım hizmetlerinin yasal alt yapısının oluşturulması temel öneriler olarak sıralanmıştır (**Safir S. ve ark., 2019**). Aile hekimleri ile SHM'ler arasındaki entegrasyon iddiasında olan raporda BOH'un izlenmesi açısından, görev, yetki ve sorumlulukları belirlemek için önerilen iki kurum arasında mali olmayan hizmet anlaşmasının yapılmasıdır. Ekip hizmeti, entegrasyon, nüfusa hizmet gibi iddiaların dile getirilmiş olduğu raporda, bu amaçlara ulaşmanın yolu olarak sevk sistemi, bölge yönetimi, toplumdaki risklerin ortak hedefler doğrultusunda değerlendirildiği ortak yapılar değil de hizmet anlaşmasıyla çözüleceğini savunması aslında niyetin ne olduğunu sorgulamamıza neden olmaktadır. Raporda mali olmayan diye özellikle vurgulansa da hizmet alımı anlaşmalarının nereye evrildiği ülkemiz sağlık ortamında, özellikle hastane hizmetleri açısından örneklerini ve tarihi seyirlerini izlediğimiz modellerdir. İşbirliği ya da koordinasyon anlaşmaları, Amerika Birleşik Devletleri kaynaklı yayınlarda da BBSH'de hekimlerle hemşire ya da eczacılar arasında yapılan ve hizmet alımı için yaygın olarak kullanılan bir modeldir (**Ritter ve ark., 2020; Brendan, ve Maryann, 2019**). SHM'den hizmet alımıyla başlayan bu süreç, kolaylıkla özel sektörden de hizmetin alındığı bir modele evrilebilir. DB'nin COVID-19 sonrası "Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Hayal Edilmesi" raporunda da stratejik satın alma politikalarından yararlanılarak, TSH sunumu için özel sektörle iş birliği yapılabileceğinin altını çizilmesi bu görüşü destekler niteliktedir (**Bariş ve ark., 2019**).

Türkiye için hazırlanan DB raporunun önerileri arasında yer alan, sanal bakım hizmeti BOH izlenmesinde hastanın bakım yükünü paylaşabilecek ve böylece hekimle yüz yüze bakım ihtiyacını azaltacak, çok disiplinli ekip tarafından yürütülecek bir hizmet olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan ekiplerden, hastalar bakım hizmeti talep etmesini beklemeden sanal ortamda danışmanlık hizmeti vermeleri, bu sayede hastanın kendi hastalığı sürecinde sorumluluk alması beklenmektedir. İlk bakışta bu uygulama koruyucu hizmetler açısından, ekip yaklaşımına dayalı hastaya danışmanlık hizmetinin verildiği ve böylece

tedavi edici hizmetlerle entegrasyonun sağlandığı bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Ancak, sanal sağlık hizmetinin, bireyselleştirilmiş sağlık anlayışına dayandığı, sağlık sürecine pasif katılımcılar değil, kişiselleştirilmiş ürün ve hizmetler talep eden tüketici davranışını gösteren kişilerin artışına neden olarak pazarı büyütme dayalı neoliberal bir yaklaşım olduğu da gözden kaçırılmamalıdır (**Zencir, 2021**). Ayrıca, dijital sağlık hizmetlerinin uzmanlaşmış emek gücüne gereksinimi azaltarak maliyet etkinlik stratejisi olarak kullanıldığı, emek gücünün inisiyatifini azaltarak mesleki otonomi kaybına neden olacağı ve erişimin güç olduğu gruplara hizmet sunmayı arttıracığı iddia edilse de kentli üst ve orta sınıflara yönelik bir hizmet sunumu olduğu unutulmamalıdır (**Özkan, 2017**).

Görüldüğü gibi Aile Hekimliği Modeli, BOH'un önlenmesi, izlenmesi açısından bir iyileşme sağlayamadığı gibi, gündeme gelen yeni öneriler de koruma ve tedaviyi entegre etme iddiasında olsa da toplumun ihtiyacına cevap vermekten uzak, sağlıkta eşitsizlikleri azaltma hedefinden ziyade sağlıklı olma durumunun da piyasa dinamikleri açısından tanımlandığı bir yaklaşımı içermektedir.

4. Üreme Sağlığına Yönelik Koruyucu Hizmetler

Üreme sağlığı hizmetleri BBSH'nin köklü ve temel bir bileşenidir (**Beaman ve Schillinger, 2019**). Birinci basamakta sunulan nitelikli üreme sağlığı hizmetleri koruyucu ve tedavi edici bakıma erişimi iyileştirme ve sağlık eşitsizliklerini azaltma gücüne sahiptir (**Cappiello ve ark., 2016**). Nitekim, DSÖ de üreme sağlığı hizmetlerinin, yaşam boyu sağlık ve iyilik hali için kritik bir önem taşıdığını kabul ederek, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ve evrensel erişim prensibiyle sunulması gerektiğini belirtir; ancak açıklama şu sloganla devam eder: "Cinsel sağlık ve üreme sağlığı olmadan evrensel sağlık kapsamı olmaz" (**DSÖ web sayfası, 2022**). Bu sloganla uyumlu bir şekilde yayımlanmış olduğu "Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı ile evrensel sağlık kapsamı bağlamında cinsel sağlık ve üreme sağlığına evrensel erişimin sağlanmasına yönelik kritik husus ve eylemler" isimli rehberde, üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sağlık sigorta paketine dahil edilmesi hakkında politikalara yönelik önerilerde bulunur (**WHO, 2022**). Doğum öncesi bakım, sağlık çalışanı yardımıyla doğumlar ve sezaryen doğumlar gibi hizmetler, DSÖ tarafından her ne kadar ücretsiz sağlık bakımı kapsamında verilen hizmetlere örnek olarak sunulmuşsa da DSÖ'ye ait "Ücretsiz Sağlık Bakımı Politika-

ları: Evrensel Sağlık Kapsamı İçin Fırsatlar ve Riskler" isimli politika metninde ücretsiz sağlık bakımı politikalarının evrensel sağlık kapsamı hedeflenen yolda bir ara basamak olduğu açıkça belirtilmekle beraber, çeşitli hizmetlerin ücretsiz sağlık bakımı kapsamında olmasının daha geniş kapsamlı sigorta paketlerini tercih etmeye yönelik caydırıcı bir etkiye sahip olma ihtimali evrensel sağlık kapsamı için bir risk olarak değerlendirilmektedir (**Mathauer ve ark., 2017**). Kadınların %26,3'ünün istihdam edildiği, %37,1'inin kayıt dışı çalıştığı, çalışmayan evli kadınların da sağlık sigortası açısından büyük ölçüde eşlerine bağımlı olduğu ülkemizde, DSÖ'nün teşvik ettiği sigorta odaklı ve birinci basamakta sunulan üreme sağlığı hizmetlerinin daha derin eşitsizliklerle sonuçlanma ihtimali ortadadır (**TÜİK, 2022; Yalçın, 2021**).

SDP, evrensel sağlık kapsamına benzer şekilde, finansmanı sigortaya dayanan bir sağlık sistemi odaklıdır ve esasen büyük ölçüde birinci basamak örgütlenmesini dönüştürmüştür. Sağlıkta dönüşüm politikalarıyla beraber birinci basamakta sunulan üreme sağlığı hizmetlerine küresel neoliberal sağlık politikalarının izleri özellikle, niteliğin önüne geçen nicelik olarak yansımıştır. SDP ile koruyucu ana çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirildiği sıklıkla yinelenmiştir; ancak bu iyileşmenin niteliği ve yıllar içindeki değişimi daha yakından değerlendirilmelidir (**Kaya ve ark., 2019**). Üreme sağlığı hizmet sunumunda, SDP ile etkisini hissettiren küresel neoliberal politikardan ziyade, öncelik hak temelli yaklaşım olmalıdır. Halbuki "hizmetten yararlanan birey hizmetin merkezine yerleştirilmeli ve ilke olarak hizmetler bu bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerine dayandırılmalı" (**Akdağ, 2012**) söylemi, bireyselliği ve talebi ön plana çıkararak hak temelli söylemin karşısında yer almakta, devletlerin üreme sağlığı ve cinsel haklar adına yükümlülüklerini yok saymaktadır.

Üreme sağlığı ve cinsel haklar kapsamında sıralanan haklardan en temeli, yaşam hakkıdır. Önlenebilir nedenli anne ölümlerini önlemek, yaşam hakkı adına bir üreme sağlığı yükümlülüğüdür. Ülkemizdeki anne ölümleri, 2005-2019 yılları arasında %54 azalmış olmakla beraber, 2010 yılından sonra yakalanmış olan ivme sürdürülememiş, ciddi bir düşüş yaşanmamış ve 2019 yılı anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak hesaplanmıştır (**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021**). Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda 2020 yılı için anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak hesaplanmış; ancak COVID-19 kaynaklı anne ölümleri hesaplamaya dahil

edildiğinde ise bu oranın yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu bir not olarak iliştilmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2022**).

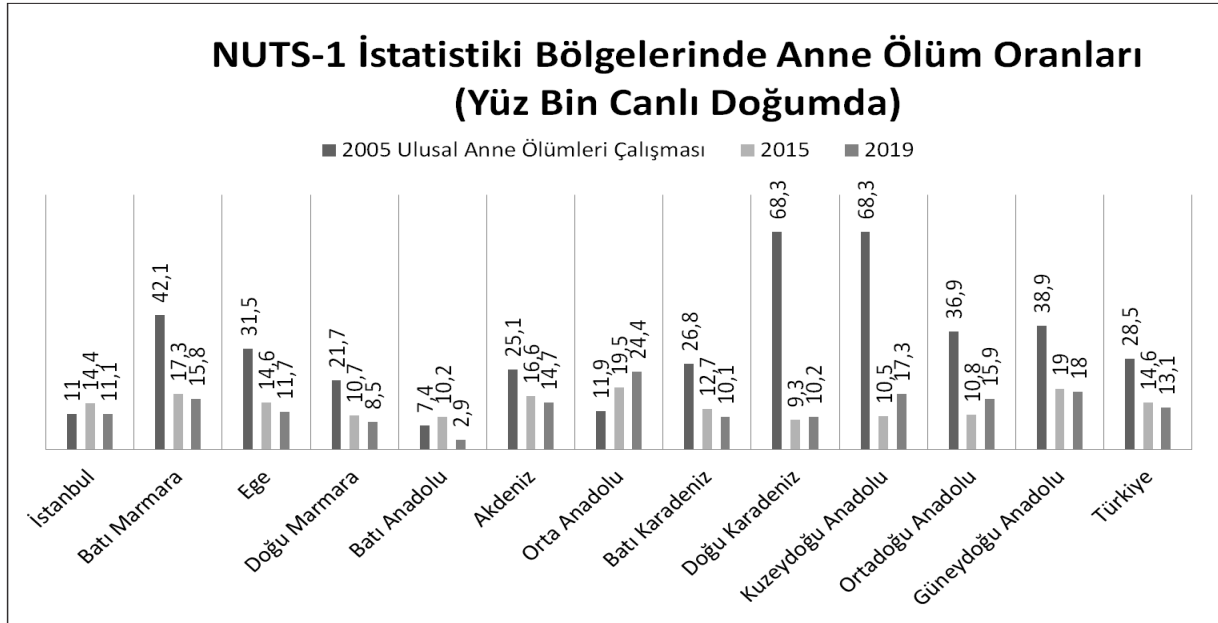
Anne ölümleri açısından bölgeler arası eşitsizlik sürmektedir; yıllar içinde anne ölümlerinin en fazla olduğu bölgenin Kuzeydoğu Anadolu, en düşük olduğu bölgenin ise Batı Anadolu olduğu gerçeği değişmiştir. Ülke genelindeki veri anne ölümlerinde bir azalışa işaret ediyor olsa da anne ölümlerinin yıllar içindeki dağılımı incelendiğinde Orta Anadolu Bölgesi'ndeki anne ölümlerinin 14 yılda, 2,05 katına çıkması, 2015-2019 yılları arasında ise Orta Anadolu, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu bölgelerindeki artışlar dikkat çekmektedir (*Şekil 1*).

Anne ölümlerinin nedenleri, önlenabilir ve önlenemez nedenler olarak gruplandırılıp bölgesel dağılımları incelendiğinde de eşitsizliklerin sürdüğü görülecektir. Önlenabilir nedenlere bağlı anne ölüm oranının en yüksek olduğu bölgeler, Ortadoğu Anadolu, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu'dur (**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021**). İstanbul, anne ölüm oranının en düşük olduğu bölgeler arasında yer almasına rağmen, anne ölümlerinin yarısından fazlasını önlenabilir sebeplere bağlı ölümlerin oluşturması İstanbul'da sağlık hizmeti sunumunda yaşanan eksikliklere işaret etmektedir. Anne ölümlülüğünde azalma ivmesinin sürdürülememesi, bölgelerarası eşitsizliklerin devam etmesi,

anne ölümlerinde önlenabilir sebeplerin hala yüksek oranda yer tutması, anne sağlığına ilişkin nicelik odaklı göstergeler iyileşse de sunulan bakımın niteliğinin yeterli olmadığına işaret etmekte, anne sağlığı ve koruyucu hizmetlerde öne sürülen iyileşmeye şüpheyle yaklaşmayı gerektirmektedir.

Türkiye'de önlenabilir herhangi bir risk kategorisinde bulunan doğumların oranı %35,2'dir ve hiçbir risk kategorisinde bulunmayan doğumların oranından yüksektir (**HÜNEE, 2019**). Birinci basamakta gerçekleştirilen 15-49 yaş kadın izlemleri, anne ölümlerinin sık karşılaşılan risk faktörlerinden 35 yaş üstü gebelikler, iki yıldan az gebelik aralığı ve grandmultipariteye karşı uygulanabilecek yüksek riskli gebelik davranışını azaltıcı koruyucu müdahaleler açısından bir fırsat alanıdır. Ne yazık ki bu izlemler, başvuruya dayalı yürütülmekte ve *Şekil 2*'de de görüldüğü gibi izlenenlerin nüfusa oranı azalmaktadır (**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022**). Ayrıca aynı yıla ait iki farklı izlenenlerin nüfusa oranı verisi arasındaki fark izlemde kayıplar olabileceğini düşündürmektedir. Performans göstergeleri ve artan iş yükü, sunulan hizmetler arasında bir seçime sebep olarak bakımın niteliğinin azalması veya 15-49 yaş kadın izlemleri gibi performans dışı hizmetlerin göz ardı edilmesiyle sonuçlanmaktadır (**Dayı, 2019**).

Birinci basamakta aile planlaması danışmanlığı hizmeti verilmesinin kadınların yöntem kullanma



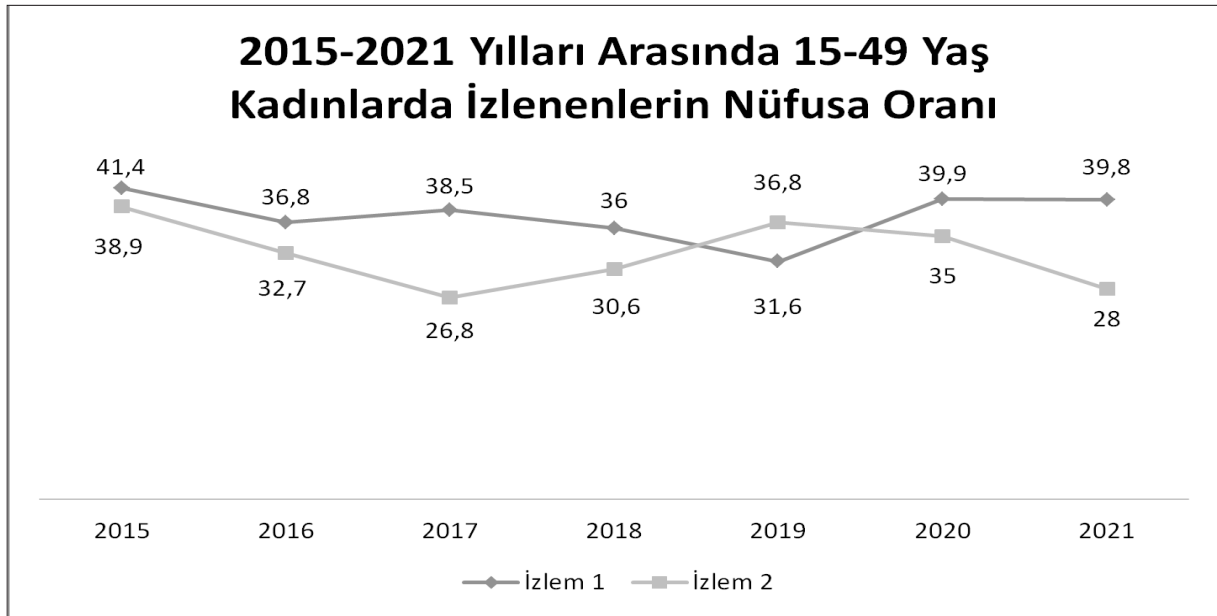
Şekil 1. NUTS-1 İstatistikî bölgelerinde anne ölüm oranları (yüz bin canlı doğumda)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2006.

ihtimalini arttırdığı bilinmektedir ve 15-49 yaş kadın izlenimleri nitelikli gerçekleştirildiği takdirde aile planlaması danışmanlığı hizmetinin daha yaygın ve erişilebilir hale gelmesi için de uygun ortamı sağlayacaktır (Lee ve ark., 2011). TNSA 2018 verilerine göre, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı 2013'e göre %3,5 azalarak %69,8'e düşmüştür. Bu düşüş aslen geleneksel yöntem kullanımındaki düşüğe bağlı olarak gerçekleşmiş, modern yöntem kullanımında artış gerçekleşse de geleneksel yöntem kullanımındaki düşüşü karşılayacak bir artış yaşanmamıştır. Bu nedenle geleneksel yöntem kullanımındaki düşüşün kadınların yöntem kullanmayı bırakması kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Bilgili ve Özyurt, 2020). Kadınların yöntem kullanmayı bırakmaları, "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı 2014-2018" aracılığıyla da açıkça belirtilen pronatalist politikalar nedeniyle aile planlaması hizmetine erişimin çeşitli basamaklarında karşılaşılan engellere bağlıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2015). Birinci basamakta uygun, çeşitli ve yeterli aile planlaması yöntemi sunumunun gerçekleştirilemediği pek çok farklı çalışmada dile getirilmiştir (Dayı, 2019; Topgül ve ark., 2017; Yücel ve ark., 2020; Akın ve Özvarış, 2020). TNSA 2018 verilerine göre, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 2013-2018 yılları arasında %6'dan %12'ye yükselerek 2 katına çıkması, yöntem kullananlar arasında yöntemi kamudan temin edenlerin oranının bu yıllar ara-

sında %4 azalarak, %52'ye gerilemesi ve kamu sektöründe yöntemin en sık temin edildiği yerin birinci basamak değil de devlet hastaneleri olması birinci basamakta sunulan aile planlaması hizmetlerinin yetersiz olduğunu destekler niteliktedir. Kamuda en sık yöntem temin edilen yerin devlet hastaneleri olması, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020'de belirtilen ÇEKÜS birimi sayısındaki azalmayla birlikte değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Birinci basamakta aile planlaması yöntemine erişimin çeşitli şekillerde kısıtlanması, sağlık eşitsizliklerini arttırmakta, bireyin vücudu üzerinde karar verme özgürlüğünü sınırlandırarak bir insan hakkı ihlali sebeptir.

Birinci basamak, hizmetin sürekliliğinin sağlanması, eşitsizlikleri azaltıcı yapısı, hekimler ve ebeler arasında ekip çalışması gibi özellikleriyle, toplum tabanlı doğum öncesi bakım hizmetinin verilmesi için en uygun yerdir. Gelgelelim ülkemizde doğum öncesi bakıma daha çok hastaneler aracılığıyla ulaşıldığını düşündüren pek çok çalışma vardır (Yücel ve ark., 2015; Durusoy ve ark., 2011; Demir ve Özdemir, 2021). Türkiye'de uzman ya da nitelikli bir kişiden doğum öncesi bakım alma oranı TNSA 2013'e kadar sürekli artış göstermesine rağmen TNSA 2018'de %1'lik bir azalışla %96'ya gerilemiştir. Gebeliğin ilk üç ayında doğum öncesi bakım alma oranı ve dört veya fazla sayıda doğum öncesi bakım alma oranı da 2003-2013 yılları arasında belirgin yükselmiş olsa da 2013-2018 yılları arasında aynı ivmeyi sürdürememiştir (HÜNEE, 2014;



Şekil 2. 2015-2021 yılları arasında 15-49 yaş kadınlarda izlenenlerin nüfusa oranı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022.

HÜNEE, 2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020'de paylaşılan gebe tam izleme oranlarına ilişkin veriler ise 2019-2020 yılları arasında %2,1'lik bir düşüğe işaret etmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2022**). Bu düşüşün en azından bir bölümü pandeminin etkisiyle gerçekleşmiştir; fakat pandeminin doğum öncesi bakıma erişim üzerindeki etkisi ancak 2020 sonrası verilerinin sunumuyla daha açık bir şekilde ortaya konulabilir.

Ülkemizde doğum öncesi bakım alma yüzdeleri yüksek seyretmesine rağmen TNSA verileri alınan bakımın niteliğine yönelik soru işaretleri yaratmaktadır. TNSA 2013'te doğum öncesi bakımın bileşenleri; demir haptı/şurubu takviyesi, gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin bilgi alma, tansiyon ölçümü, idrar tahlili, kan tahlili, kilo ölçümü, ultrason çekimi, karnın dışarıdan elle muayenesinin yapılması ile tetanos aşısı olarak belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım bileşenlerinden en düşük oranda gerçekleştirilenler doğum öncesi gebelik komplikasyonlarıyla ilgili bilgi alma (%67,6) ve karnın dışardan elle muayenesinin yapılması (%72,8) iken en yüksek oranda gerçekleştirilen doğum öncesi bakım bileşeni ise ultrason çekimidir (%98,4) (**HÜNEE, 2014**). TNSA 2018'de doğum öncesinde gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi alma, karnın dışardan elle muayenesinin yapılması ve kilo ölçümü doğum öncesi bakımın bileşenleri olarak değerlendirilmemiş, bu bileşenlere ilişkin veri sunulmamıştır. Doğum öncesi bakımın bileşenlerinin değerlendirilmesi için seçilen ölçütlerde iki TNSA arasındaki bu değişim, hekimin hastayla birebir iletişim ve temasta olduğu ve niteliğe ilişkin durumların ölçüt olarak geri planda kalmasının ve sağlık hizmetinin neoliberal politikalara uygun olarak esasen tetkik ve cihaz kullanımı üzerinden niceliksel olarak değerlendirilmesinin güzel bir örneğidir. TNSA 2018'de TNSA 2013'e göre tetkiklerde artış izlenirken demir haptı veya şurubu kullanımının %4,8 gerileyerek %81,2'ye düştüğü görülmekte ve hem sosyoekonomik hem de bölgelerarası eşitsizlikler devam etmektedir (**HÜNEE, 2018**).

2015-2019 yılları arasında anne ölümlerinin zamana göre dağılımı incelendiğinde ölümlerin %69,2'sinin lohusalık döneminde gerçekleştiği görülmektedir. Bu ölümlerin %14,2'si doğumdan sonraki 48 saat – 1 hafta arasında gerçekleşirken, %32'si doğum sonrasındaki 1 hafta – 42 gün arasında gerçekleşmektedir. Lohusalık döneminde (1 hafta – 42 gün arasında) en çok görülen ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyondur. 2015-2019 yılları arasında ölüm

nedenlerinin dağılımı, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve emboli nedenli ölümlerin artışına işaret etmekte, bu nedenle hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve emboliye yönelik muayenelerin lohusalık izleminde atlanmaması gerekmektedir (**T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021**). Halbuki, Burdur'da 1 Ekim-31 Aralık 2019 tarihleri arasında doğum yapmış 567 kadınla gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçları, Aile Hekimliği Birimlerinde gerçekleşen lohusalık izlemi sırasında sırt, göğüs, baş ağrısı %59,1, çarpıntı/nefes darlığı ise %67,8 oranında sorgulanmamış; lohusalık bakımı alan kadınların %18,3'ünün fizik muayene sırasında tansiyonu ölçülmemiş, %28,7'sinin ise nabızı sayılmamıştır (**Sütlü, 2021**).

Ülkemizde 2015-2019 yılları arasındaki anne ölümlerinin %8,2'si evde gerçekleşmiştir; ancak ölen annelerin sadece %1,2'si evde doğum yapmıştır (**T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021**). Bu veriler arasındaki fark, hastane taburculuğu sonrası takiplerde ve lohusalık izlemlerinde görünür bir soruna işaret etmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün raporunda, bu durum, "ölen annelerin; hekimin ısrarına rağmen sağlık kuruluşlarından erken taburcu olması, evlerindeki lohusalık bakım ve izlemlerinin sağlık kuruluşlarındaki kadar etkin olmaması, lohusalık tehlike işaretleri konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, toplumdaki statüsünün düşüklüğü gibi sosyoekonomik nedenler" ile ilişkilendirilmektedir (**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2015-2019 Türkiye Anne Ölümleri Raporu, 2021**). Bu ifadeler genellikle ölen annenin ölümündeki bireysel sorumluluğuna vurgu yapmakla beraber, ifadelere yer alan "evlerindeki lohusalık bakım ve izlemlerinin sağlık kuruluşlarındaki kadar etkin olmaması" birinci basamağın nitelikli bir lohusa izlemi yapma sorumluluğunu yok saymakta, "gebenin lohusalık tehlike işaretleri hakkında yeterince bilgilendirilmemesi" ise birinci basamakta sunulan gebelik ve lohusalık izlemlerinin niteliği hakkında soru işaretleri yaratmaktadır. Sütlü'nün çalışmasının sonuçlarına göre, lohusaların %2,6'sı aile hekimlerinden doğum sonrası bakım hizmeti almamıştır; %41,7'si ise lohusalık döneminde karşılaşılabilecekleri acil durumlar hakkında bilgilendirilmemiştir (**Sütlü, 2021**).

Üreme sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerde de SDP ile BBSH'de değişen paradigmanın etkileri izlenmekte, pek çok alanda niceliğin öncelendiği görülmektedir. SDP ile koruyucu ve ana çocuk sağlığına

yönelik hizmetlerin iyileştiği iktidar tarafından sıklıkla dile getirilse de verilerin ışığında görülen odur ki niceliğe dayalı göstergelerdeki iyileşme ivmesi azalmakta, BBSH'de bölgeler arası eşitsizlikler sürmekte, niceliksel iyileşme bakımın niteliğinde iyileşme anlamına gelmemektedir. Birinci basamak erişilebilirlik ve süreklilik açısından üreme sağlığı hizmet sunumu için en uygun yer olmasına rağmen yoğun iş yükü altında performans dışı hizmetlerin göz ardı edilmesi, aile planlaması yöntemlerinde olduğu gibi tedarikle ilgili sorunlar, niceliğe dayalı göstergeler sebebiyle niteliğin geri planda kalması ile ikinci ve üçüncü basamağa kayan talep gibi sebeplerle bu köklü ve temel fonksiyonunu tam anlamıyla yerine getirememektedir.

Sonuç

Tüm dünyada BBSH'de değişimin önerildiği dönemde, ülkemiz sağlık ve siyaset ortamı da birinci basamak sağlık sistemi için yeni dönüşüm fırsat ya da tehditlerinin olacağı bir sürece doğru ilerlemektedir. Bu süreçte, özellikle uluslararası literatürde önerilen bireye ve topluma sunulan koruyucu hizmetlerin entegrasyonu uygulamalarını takip etmek oldukça değerlidir. Ancak, ülkemiz için uluslararası topluluğun reçete olarak sunduğu tek tipleştirilmiş, toplumdan uzak ve bireysel olarak sağlığın tüketimine dayalı politikaların yarattığı sonuçlar ortadadır. Bu deneyimden yola çıkarak, tarihsel deneyimlerimizin ışığında, kamusal olarak finanse edilen ve kamu kurumlarında sunulan, sağlık emek gücünün ve toplumun karar mekanizmalarında yer aldığı bir BBSH talebinden vazgeçmememiz gereklidir.

Kaynakça

Akdağ, R. (2012) *Turkey Health Transformation Program Evaluation Report (2003–2011)*. Ankara: Ministry of Health publications, 43-439. Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>

Akın, A., Özvarış, Ş.B. (2020) *Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 10. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?*, S.Üner, P.Okyay (Ed.), *Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde* (137-150 ss.), Ankara: Hipokrat Yayınevi.

Barış Enis, Rachel Silverman, Huihui Wang, Feng Zhao, and Muhammad Ali Pate. (2022). *Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care after COVID-19*. doi:10.1596/978-1-4648-1768-7. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

Beaman, J., Schillinger, D. (2019) *Responding to Evolving Abortion Regulations — The Critical Role of Primary Care*, N. Eng. J. Med., 30(1):380 Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1903572>.

Brendan M., Maryann A. (2019) *The Economic Burden and Practice Restrictions Associated With Collaborative Practice Agreements: A National Survey of Advanced Practice Registered Nurses* *Journal of Nursing Regulation*, 9(4):22-30.

Bilgili A., N., Özyurt, B. (2020) *Aile Planlaması*, S.Üner, P.Okyay (Ed.), *Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde* (183-192 ss.), Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2

Cappiello, J., Levi, A., Nothnagle, M. (2016) *Core competencies in sexual and reproductive health for the interprofessional primary care team*, *Contraception*, 93(5): 438-445 <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.013>.

Dayi A. (2019) *Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey*, *Health Hum Rights*, 21(2):57-68. PMID: 31885436; PMCID: PMC6927387.

Demir, Ç., Özdemir, R. (2021) *Doğum Öncesi İzlemlerin Niceliksel ve Niteliksel Yeterliliği: Erzincan İlinde Hastane Tabanlı Araştırma*, *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* [Preprint] <https://doi.org/10.17942/sted.963989> Erişim tarihi 31 Ocak 2023

DSÖ Web sayfası (2022) *Universal access to sexual and Reproductive Health: World Health Organization* Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023 <https://www.who.int/news/item/19-07-2022-universal-access-to-sexual-and-reproductive-health>

Durusoy, R., Davas, A., Ergin, I., Hassoy, H., Tamk F.A. (2011) *İzmir'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Etkileyen Etmenler*. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1): 1-15.

Eke, E., Ünal, B. (2019). *Politika Transferi Süreci Açısından Türk Sağlık Sisteminde Aile Hekimliği Modelinin Değerlendirilmesi*. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(25):22-50 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumus/issue/42294/430461> Erişim Tarihi : Aralık 2022

Eskiocak M., (2015) *Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolünde Güncel Durum: Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkilerine Yönelik Bir Değerlendirme*, *Toplum ve Hekim* Cilt:30(2)96-109

Goodyear-Smith F, Kinder K, Eden AR, Strydom S, Bazemore A, Phillips R, Taylor M, George J, Mannie C. (2021) *Primary Care Perspectives on Pandemic Politics*. *Glob Public Health*. 16(8-9):1304-1319.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2014), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*, HÜNE, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018*, HÜNEE, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hanson K, Briki N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D. ve ark. (2022), *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre*, *Lancet Glob Health*, 10; e715-72

Hamzaoğlu, O. (2013) *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri*. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28 (3): 172-180

Institute of Medicine (IOM) (1994), *Defining Primary Care: An Interim Report*. M. Donaldson, editor; , K. Yordy, editor; , and N. Vanselow, editor. , eds. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.

Institute of Medicine (2012). *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. Washington, DC: The National Academies Press

Kalkınma Bakanlığı (2015) *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı*, Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023, https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf

Kaya, Ç., Akman, M., Ünal, P., Çifçili, S., Uzuner, A., Akdeniz, E. (2019) *Comparison of preventive health service provision before and after reorganization of primary care in Turkey: A community-based study*, *Primary Health Care Research & Development*, 20, E119. doi:10.1017/S1463423619000069

Lee J.K., Parisi S.M., Akers A.Y., Borrero S., Schwarz E.B. (2011) *The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use*, *J Gen Intern Med*, 26: 731-736

Mathauer, I., Mathivet, B., Kutzin, J. (2017) *'Free health care' policies: Opportunities and risks for moving towards UHC*. *Health Financing Policy Brief No 2*. WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.2.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. *Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care.* Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.

OECD (2014) *Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.

OECD (2020) *Realising the Potential of Primary Health Care.* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

Öcek, Z., Çiçeklioğlu M, Yücel U., Özdemir R., Türk M., Taner Ş. (2013) *Aile Hekimliği Birinci Basamak Hizmet Sunumu, Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Öneriler, Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi (JEBPIR)*, 7(2):403-418.

Pala K. (2021) *Alma-Ata Bildirgesi ile Astana Bildirgesi'nin Benzerlikleri Ve Farklılıkları*, *Toplum ve Hekim*, 36 (2): 92-96.

Patel M S, Phillips C B, Pearce C, Kljakovic M, Dugdale P, Glasgow N. (2008) *General Practice and Pandemic Influenza: A Framework for Planning and Comparison of Plans in Five Countries*, *Plos One*. Volume 3;5, e2269

Rawaf S, Allen L, Florian L, Stigler F L, Kringos D, Yamamoto H Q, Chris C. (2020) *Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide* *Eur J Gen Pract.* 26(1): 129-133.

Ritter, A.Z.; Bowles, K.H.; O'Sullivan, A.L.; Gilman, D.J; Fairman, J. (2020). *A Nurse Practitioner State-Required Collaborative Practice Agreements: A Cross-Sectional Case Study in Florida* *Nursing Economics*; 38(4): 185-193.

Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N. J., Rechel, B. (2011) *Regulatory Barriers to Equity in a Health System in Transition: A Qualitative Study in Bulgaria*, *BMC Health Services Research*, 11: 219

Resmi Gazete (2018), sayı 30431, tarih 25 Mayıs 2018, <https://www.resmigazete.gov.tr>

Safir S, Shear J, Yener A. L. (2019). *Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye'de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi'nin Kurulması.* World Bank

Sağlık Bakanlığı (2022) *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2020, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.*

Sağlık Bakanlığı (2018) *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2017, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye*

Sağlık Bakanlığı (2019) *Sağlık İstatistik Yılığ 2018, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye*

Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology.* Oxford University Press, Oxford, 1998

Stütli, S. (2022) *Burdur'da Aile Hekimlerinin Sunduğu Doğum Sonu Bakım Hizmetleri ve Etki Eden Faktörler*, *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Preprint]*. <https://doi.org/10.17942/sted.1037970>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2006) *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT, Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık, Ankara.*

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022) *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu, 2021.*

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021) *Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019)*, 1208, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web sayfası. Erişim tarihi: Aralık 2023 <http://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2022) *Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon-2022)* ISBN : 978-975-590-837-3

Yayın No : 1223

Topgüç C., Adalı T., Çavlin A., Dayan C. (2017) *Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu.* Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara.

TTB (2019) Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kanser Taramaları Sempozyumu Nisan 2019, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

TTB (2020a) Covid 19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu, TTB yayını https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=00cdf548-96a3-11ea-baf3-777c09b98775

TTB (2020b) Covid 19 Pandemisi İkinci Ay Değerlendirme Raporu, TTB yayını ISBN 978-605-9665-58-2 https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=42ee49a2-fb2d-11ea-abf2-539a0e741e38

TTB (2021) Covid 19 Pandemisi 18. Ay Değerlendirme raporu, TTB Yayını https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=abcb9dc6-30c9-11ea-ala7-c5959a4589e2

TÜİK (2022) *Tüik Kurumsal, Erişim Tarihi: 31 Ocak 2023* <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635>

WHO (2008) *The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)*

WHO (2018a). *From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim Report from the WHO European Region.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe

WHO (2018b). *Primary Health Care: Closing the gap between public health and primary care through integration. Technical Series on Primary Health Care.* Geneva,

WHO (2022) *Critical considerations and actions for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach.* Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Yalçın, M. (2021) *Covid-19 Pandemisinde Kadınlarda Kayıt Dışı İstihdam Durumu, Asya Studies-Academic Social Studies / Akademik Sosyal Araştırmalar*, 5(18): 359-372.

Yücel, U. Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z., Taner, S. (2015) *Prenatal care utilization level of pregnant women living in three different neighborhoods of İzmir's Bornova District, TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5): 370. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1428673248>.

Yücel, U., Çiçeklioğlu M., Öcek, Z.A., Varol, Z.S. (2020) *Access to primary health care family planning services and contraceptive use in disadvantaged women: a qualitative study, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* 25(5):327-333.

Zencir M., (2019) Birinci Basamak ve Temel Kavramlar, 2. Aile Hekimleri Buluşması Kitabı, Ed: Ulutaş Y., Bozçalı F., Ünal F. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

Zencir M. (2021) *Yeni Değerlenme Alanı Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sermayeleşmesi, Toplum ve Hekim*, 36 (1): 35-46.