

**ARAŞTIRMA****TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ 2000-2004 DURUM DEĞERLENDİRMESİ**

Zeliha A. ÖCEK\*, Ata SOYER\*\*

**ÖZET****Amaç**

Bu çalışmada 1) Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin 2004 yılı itibariyle tanımlanması ve iller arasındaki eşitsizliklerin ortaya konması 2) Bu hizmetlerin gelişmişlik düzeyi ile bazı sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi 3) 2000-2004 yıllarında yaşanan değişimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem**

Bu ekolojik araştırmada Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın il düzeyindeki verilerinden yararlanılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti verileri "kaynak (altyapı ve insan gücü) dağılımı" ve "hizmet kapsayıcılığı (koruyucu ve tedavi edici)" başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

Üç bölüm olan araştırmanın birinci bölümünde, 2004 yılına ait birinci basamak sağlık hizmeti verilerini % 20'lik dilimlere ayıran kesme noktaları belirlenmiş, böylece illerin en kötünden en iyiye sıralandığı beş grup elde edilmiş ve Türkiye haritasına aktarılmıştır. İkinci bölümde, aynı verilerden yararlanarak temel bileşenler analizi uygulanmış ve her bir ilin birinci basamak gelişmişlik düzeyi belirlenmiştir. Bu düzey ile sosyoekonomik değişkenler arasında korelasyon analizi uygulanmıştır. Üçüncü bölümde kaynak dağılımı değişkenlerinin alınmadığı, sadece kapsayıcılık değişkenlerinin kullanıldığı iki ayrı analiz uygulanmış ve illerin 2000 ve 2004 yıllarına ait kapsayıcılık düzeyini gösteren iki puan hesaplanmıştır. 2004'ten 2000 yılı puanları çıkartılmıştır.

**Bulgular**

Şırnak, Ağrı, Van, Hakkari ve Bingöl birinci basamak gelişmişlik düzeyi en düşük olan ilk beş ildir. En yüksek

puanı Denizli, Muğla, Aydın, Burdur ve Antalya almıştır. Gelişmişlik düzeyi ile okur yazar kadın yüzdesi ( $r=0.84$ ) ve 100 kişi başına düşen konut sayısı ( $r=0.70$ ) arasında güçlü bir korelasyon vardır. 2000-2004 arasında 37 ilde hizmet kapsayıcılığı gerilemiştir.

**Sonuç**

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri bakımından iller arasında önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. Bunun en temel nedeni sosyalleştirmeye eşitlikçi özünü ortaya çıkartabilmesi için gereken desteğin verilmemiş olmasıdır.

Anahtar kelimeler: birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık ocağı, sosyalleştirme, sağlıkta eşitsizlikler

**GİRİŞ VE AMAÇ**

Eşitsiz ve yoksulluk, sağlık sistemlerinin en temel sorunları arasındadır. 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 (Starfield, 2003, Shi, 1999, Macinko, 2003). Bu çalışmanın da yola çıkış noktasını Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin ne derece yaygın ve eşitlikçi olduğu sorusu oluşturmuştur. Bu sorunun yanıtlanması ile, aile hekimliği sisteminde kendini bulan sağlık reformu tercihi karşısında, tüm çökertme girişimlerine karşın, eşitlikçi bir tercih olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini ve kamusal birinci basamak sağlık hizmetlerini savunmaya yönelik katkı sağlanması hedeflenmiştir.

\*Yrd. Doç., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

\*\*Halk Sağlığı Uzmanı, Diyarbakır

### 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 ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Ama, bir ortak özellikten söz edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin 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 ya da bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında birinci basamağın altyapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinin sunumundan sorumlu olan sağlık çalışanlarının özellikleri yer almaktadır. 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, Macinko, 2003).

### 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 Yılığ'ından (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 (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003). Bu araştırmadan illerin sosyoekonomik gelişmişlik

düzeyini yansıtan bazı değişkenler elde edilmiştir. Tablo 1'de araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenler sunulmuştur.

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

Tablo 1'de yer alan 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.

#### 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).

##### 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. Sadece modelin açıklayıcılığını %50 düzeyinde azaltması nedeniyle sağlık ocağı başına düşen nüfus değişkeni 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 analizin sonuçları bu makale 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

Tablo 1. Araştırma kapsamında değerlendirilen değişkenler

<b>A. İllerin birinci basamak sağlık hizmetlerini yansıtan değişkenler (Sağlık Bakanlığı, 2005)</b>	
<b>A. I. Kaynak dağılımı</b>	
A.I.a. Altyapı	
A.I.a.1. Faal sağlık ocağı yüzdesi	
A.I.a.2. Sağlık ocağı hekimi başına düşen nüfus	
<b>A.I.b. İnsangücü</b>	
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	
<b>A.II. Hizmet kapsayıcılığı</b>	
<b>A.II.a. Koruyucu hizmetler</b>	
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 aşıları çocuk yüzdesi	
A.II.a.6. Kızamık aşıları çocuk yüzdesi	
A.II.a.7. DBT3 aşıları çocuk yüzdesi	
A.II.a.8. OPV3 aşıları çocuk yüzdesi	
A.II.a.9. Hepatit 3 aşıları çocuk yüzdesi	
A.II.a.10. Tetanoz2 aşıları gebe yüzdesi	
<b>A.II.b. Tedavi edici hizmetler</b>	
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	
<b>B. İllerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyini yansıtan değişkenler (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003)</b>	
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	

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 1'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. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Durumu (2004)

###### 1. A. Kaynak Dağılımı

###### Altyapı

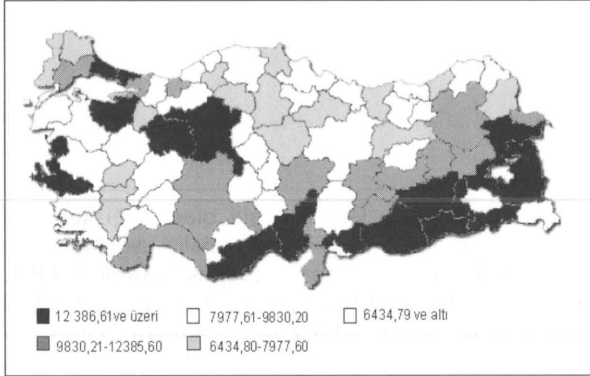
Sağlık ocağı başına düşen nüfusun en yoğun olduğu gruba ağırlıklı olarak İstanbul, Ankara, İzmir gibi Türkiye'nin sosyoekonomik olarak gelişmiş illeri ve Şanlıurfa, Diyarbakır, Van gibi Doğu ve Güneydoğu'nun görece büyük illeri oluşturmaktadır. Sağlık ocağı başına düşen nüfusun 5000'den az olduğu grupta coğrafi olarak görece küçük illerin ağırlıklı olduğu görülmektedir (Harita 1). 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 (Sağlık Bakanlığı, 2005).

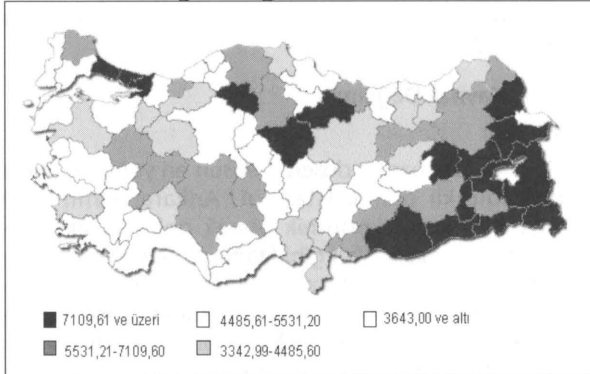
### İnsangücü

Hekim başına düşen nüfus açısından en avantajlı grupta 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 2). Ebe başına düşen nüfus açısından en dezavantajlı grupta İstanbul'un yanı sıra Ankara'ya da rastlanmaktadır (Harita 3). 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. Birkaç il dışında, Doğu ve Güneydoğu illerinin büyük bölümü ebesizdir. Sağlık ocaklarında hekim doluluk yüzdesi en yüksek olan grupta İzmir, Ankara, Bursa, Antalya, Eskişehir ve Adana gibi sosyoekonomik açıdan gelişmiş iller yer almaktadır. Kütahya hariç tüm Ege bölgesi illeri il genelinde sağlık ocağı ebe doluluk yüzdesinin en yüksek olduğu gruptadır. Türkiye'deki illerin tamamına yakın bir bölümünde sağlık evi ebe doluluk yüzdesinin % 50'nin altındadır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

**Harita 1. İllerin sağlık ocağı başına düşen nüfusa göre dağılımı**



**Harita 2. İllerin sağlık ocağı hekimi başına düşen nüfusa göre dağılımı**

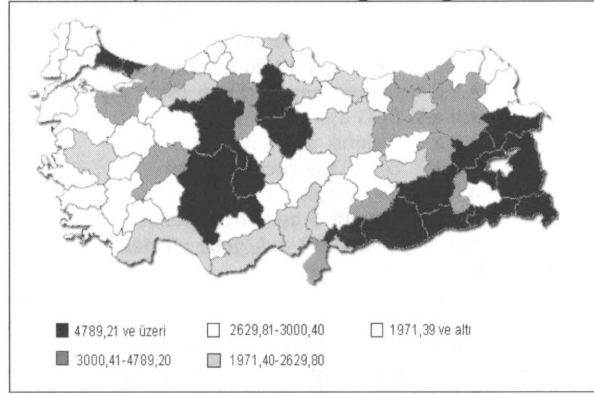


### I.B. Hizmet Kapsayıcılığı

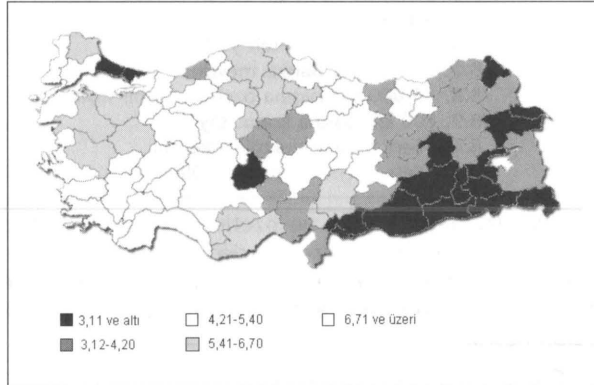
#### Koruyucu Hizmetler

Türkiye'de bebek ve gebe izlemi sayılarının en düşük olduğu illerin hemen tümü Doğu ve Güneydoğu'da yer almaktadır (Harita 4). İstanbul'un bu iller ile benzer verilere sahip olması dikkat çekicidir. Doğu ve Güneydoğu illeri 0 yaş grubu bebek aşılarında da en düşük yüzdelere sahiptir. Marmara bölgesi illerinin ise genel olarak bağışıklama oranının diğer illere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Tetanoz aşılı gebe yüzdesine göre coğrafik

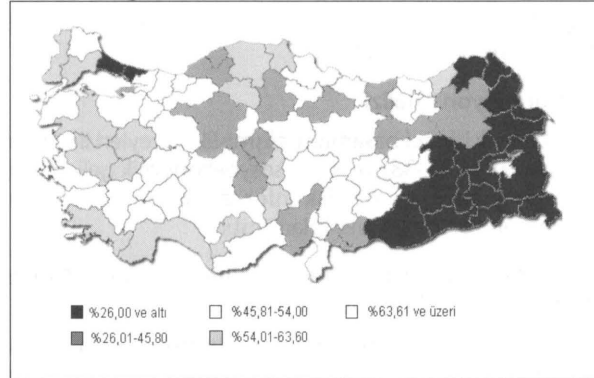
**Harita 3. İllerin sağlık ocağı ve sağlık evi ebesi başına düşen ortalama nüfusa göre dağılımı**



**Harita 4. İllerin sağlık ocaklarında yapılan ortalama bebek izlemi sayılarına göre dağılımı**



**Harita 5. İllerin tetanoz 2 aşılı gebe yüzdesine göre dağılımı**



olarak çok net bir ayırım gözlenmektedir. İstanbul hariç Batı illerinin hemen tümü bağışıklama oranının en yüksek olduğu illerdir. Doğu ve Güneydoğu'da tetanoz aşı yüzdesi birkaç il dışında % 54'ü aşmamaktadır. Orta Anadolu ise bu iki grup arasında bir geçiş oluşturmaktadır (Harita 5) (Sağlık Bakanlığı, 2005).

### 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 yada poliklinik başına düşen laboratuvar hizmeti sayısı 0,1'i aşmamaktadır. Sevk hızı, genel olarak Batı'da düşük iken, Doğu'da yüksektir.

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

Tablo 2'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 3'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 4). 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.

### 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.

### 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

Tablo 2. Değişkenlerin ilk 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 3. 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	İğdir	-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	Balıkesir	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			

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 bağımsızlık oranları için söz konusudur. Araştırmadaki değişkenlerin bir diğer önemli sorunu Sağlık Bakanlığı tarafından toplanan birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin sadece niceliği yansıtması, 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 çıkartılmadığını, 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

Tablo 4. Birinci basamak sağlık hizmetleri gelişmişlik düzeyi ile bazı sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişki

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	0,40 (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)

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 edildiğidir.

Birinci basamak hekimi başına düşen nüfus büyüklüğünün yaşa özel mortalite hızının en önemli göstergesi olduğu pek çok araştırma ile kanıtlanmıştır (Starfield, 2003). Ayrıca, nüfus başına düşen birinci basamak hekimi sayısının yüksek olduğu bölgelerde hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğunu, birinci basamak hekimi sayısının hastane mortalite hızının azaltılmasında hastane doktoru sayısına göre daha önemli bir rol oynadığını gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Parchman, 1994, Rosenblatt, 1998, Fleming, 1995). 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 aşılardaki düşük yüzdeler, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen hedef nüfuslarla ilgili bir sorun olabileceğini düşündürmektedir. İstanbul'da altyapı ve insangücü sorunları kendisini izlem sayılarının, gebe tetanoz aşılının 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 çalışmada 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,

Tablo 5. 2000-2004 yılları arasında illerin 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	Iğdır	-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			

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 depreminde 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 yöneltilmiş, 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 sosyalleştirmenin desteklenmemesi eşitlikçi özünü ortaya çıkarmasını engellemektedir. Eşitsizliklerin ve sistemdeki aksaklıkların faturası sosyalleştirmenin ilkelerine çıkartılmakta ve Türkiye'deki eşitsizlikleri çok daha dramatik bir şekilde arttıracak olan piyasa yönelimli yeni bir sistem için zemin hazırlanmaktadır.

#### Teşekkür

*İstatistik konusundaki katkılarından dolayı İstatistik Uzmanı Kıvanç Yüksel'e teşekkür ederiz.*

#### 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

**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.

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

**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.

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

**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

**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.

**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.

**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 & 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).