

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: SORULAR VE YANITLAR

Zafer ÖZTEK*

Öz: Temel sağlık hizmetleri (TSH) sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüş, hizmetlerin planlanması için bir anahtar, sağlık hizmetlerinin ilk basamağı ve minimum sağlık hizmet paketi olarak tanımlanan bir kavramdır. Alma-Ata'da 1978 yılında toplanan TSH Konferansı'nda kabul edilen bildiri bütün ülkeler ve ilgili kurumlar tarafından kabul edilmiş bir uluslararası sözleşme niteliğindedir. Bu bildiriye yer alan ilkeler geçerliliğini korumaktadır. Ancak, TSH Konferansı'ndan sonraki yıllarda meydana gelen siyasal, sosyal, ekonomik, teknolojik ve bilimsel değişiklikler, birçok sağlık sorununun öneminin azalmasına, buna karşılık yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu nedenle adı geçen konferanstan 40 yıl sonra 2018 yılında Astana'da düzenlenen ikinci TSH Konferansı'nda Alma-Ata Bildirisi'ndeki ilkeler temel alınmakla birlikte bazı güncellemeler yapılmıştır. Türkiye'de, TSH ilkelerinin hemen hepsi, söz konusu Bildiri'den 17 yıl önce kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da yer alıyordu. Dolayısıyla ülkemizde TSH uygulamalarının çok önceleri başladığını kabul etmek gerekir. Ancak, bu uygulamalar ne yazık ki 1990'lı yıllardan başlayarak aksamaya başladı. Özellikle "sağlıkta dönüşüm" programı ve 2004 yılında kabul edilen "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" sonrasında bu ilkelerin çoğunda ve TSH uygulamalarında geriye gidış gözlemlendi. Bu yasayla hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kuruluşları şirketler ve sözleşmeli personel tarafından yürütülür hale geldi; sevk sistemi yok oldu; hastanelere başvurular özendirilmeye başlandı; performans sistemi olarak tanımlanan bir ücret politikasıyla sağlık hizmetlerinin ucuz ve verimli olması gerektiği ilkesi göz ardı edildi ve sağlık hizmetleri üstesinden gelinemeyecek boyutlarda pahalı duruma geldi. Dünya Sağlık Örgütü temel sağlık hizmetleri anlayışının sürdürülmesi, güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması konusundaki çabalarını sürdürmektedir. Bunun zor olacağı açıktır. Çünkü insanoğlu hala savaşlarla, salgınlarla, gıda yetersizliğiyle, eşitsizlikle, çevre kirlenmesiyle, kontrolsüz sanayi atıklarıyla, küresel iklim değişikliğiyle ve bütün bu durumları görmezden gelen, insanı unutup parayı, tababeti değil ticareti öncelikleyen yöneticilerle boğuşuyor. Biz hekimlere düşen görev ve mesleğimizin yüklediği sorumluluk, bütün bu olumsuzluklara karşın temel sağlık hizmetlerinin ilkelerine sarılmak olmalıdır. Bizim mesleğimiz umut, iyimserlik ve çaba gerektiren kutsal bir meslektir.

Anahtar sözcükler: temel sağlık hizmetleri; Alma-Ata Bildirisi; Astana Bildirisi; birinci basamak

Primary Health Care: Questions and Answers

Abstract: Primary health care (PHC) is a concept that concerns the general health services, a key to planning services, the first step of health care and a minimum health care package. Since the declaration formulated at the PHC Conference held in 1978 in Alma-Ata was signed and declared by all countries and relevant institutions it is therefore an international agreement. The principles in the Declaration are still valid. However, the political, social, economic, technological and scientific changes that took place in the years after the PHC Conference led to a decrease in the importance of many health problems and the emergence of new problems. For this reason, at the second PHC Conference held in Astana in 2018, 40 years after the aforementioned conference, some updates were made, although the principles in the Alma-Ata Declaration were based. In Turkey, almost all of the principles said in the PHC Declaration appeared in the Law for Socialized Health Services (No: 224) 17 years before the Alma-Ata meeting. Therefore, it should be admitted that PHC applications started long ago in our country. However, these practices unfortunately started to stall starting from the 1990s. Especially after the "health transformation" program and the "Pilot Law on Family Medicine" adopted in 2004, a regression was observed in most of these principles and in PHC practices. With this law, both primary and secondary health care facilities were run by private sector and contracted personnel; the patient referral system disappeared; applications to hospitals were encouraged; with a wage policy defined as the "performance system", the principle that health services should be cheap and efficient was ignored, and health services became too expensive to overcome. The World Health Organization continues its efforts to maintain, strengthen and spread the understanding of primary health care. It is clear that this will be difficult. Because human beings are still struggling with wars, epidemics, lack of food, inequality, environmental pollution, uncontrolled industrial wastes, global climate change and managers who ignore all these situations, forget about people and prioritize money, not medicine, but trade. Our task as physicians and the responsibility imposed by our profession should be to cling to the principles of primary health care despite all these negativities. Our profession is a sacred profession that requires hope, optimism and effort.

Key words: primary health care; Alma-Ata Declaration; Astana Declaration; primary care

Neden temel sağlık hizmetleri (TSH)?

Aslında "temel sağlık hizmetleri" (primary health care) terimi 1950'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Afrika'da yaptığı toplantılarda dile getirilmişti. Ama bir kavram olarak tanımlanması ve benimsenmesi 1970'li yılların sonunda oldu.

DSÖ 1970'li yılların ortalarında yaptığı değerlendirmelerle dünyada sağlık düzeyinin özlenenin çok altında olduğunu, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunduğunu, hatta bazı ülkelerin kendi bölgeleri arasında dahi eşitsizlikler olduğunu ortaya koydu. O dönemde

*Prof. Dr., Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0001-9025-2129)

Geliş Tarihi / Received : 27.10.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 09.11.2020

birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişme gerek nicelik gerekse nitelik olarak toplumun gelişmişliğine uymamaktaydı. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumlar ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden memnun değildi.

Bu sorunları çözmek amacıyla DSÖ bir dizi kararlar aldı. Bunlardan ilki 1977 yılında 30. Genel Kurulu'nda "2000 yılında herkese sağlık" hedefini kabul etmesidir. Bu hedefin temelini 2000 yılına kadar herkesin, sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği sağlık düzeyine erişmesini sağlamak oluşturmaktadır. Bir yıl sonra, 1978 yılında Kazakistan'ın o zamanki başkenti Alma-Ata'da (*Almaty - Elmalı*), hemen bütün ülkelerin ve ilgili uluslararası kuruluşların katılımı ile Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı toplandı. Bu konferans dünyada sağlık hizmetlerini geliştirme ve sağlık düzeyini iyileştirme ile ilgili politikaların belirlendiği bir toplantı oldu ve "2000 yılında herkese sağlık" hedefine varmak için izlenecek ilkeler belirlenip toplantı sonunda bir bildiri ile (*TSH Bildirisi ya da Alma-Ata Bildirisi olarak bilinir*) açıklandı. Çağımızdaki sağlık hizmetleri anlayışı bu toplantıda tartışıldı ve şekillendirildi. Bu konferanstan sonra 32. DSÖ Genel Kurulu'nda ise "2000 yılında herkese sağlık" hedefi için stratejiler belirlendi.

Konferans, konu ile ilgili bütün tarafların katıldığı ve sonunda yayınlanan bildiri ile alınan kararların açıklandığı en geniş katılımlı toplantı demektir. Konferanstan daha büyük bir toplantı yoktur. Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'na da Birleşmiş Milletler'e üye olan bütün ülkeler ve sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşların tümü katılmıştır. Dolayısıyla, TSH Konferansı sonunda yayımlanan bildiri bütün ülkelerin fikir birliği içinde aldıkları kararları ve ilkeleri kapsayan bir tür uluslararası sözleşme niteliğinde kabul edilmelidir. Bu bildiriye kabul etmekle, her ülke bildiride yer alan ilkeleri benimseydiğini ve uygulayacağını beyan etmekte ve diğer ülkeleri de bu kararları uygulamaya davet etmektedir. Türkiye de bu bildiriye kabul etmekle, TSH ilkelerini benimsediğini ve uygulayacağını açıklamış olmaktadır.

TSH terimi doğru mu?

Türkçeye "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak çevrilen terimin İngilizce karşılığı "**Primary Health Care**"dir. Bu terim, başka yazarlar tarafından Türkçeye daha başka biçimlerde çevrilmişti (*Temel sağlık bakımı, Primer sağlık bakımı, Birincil sağlık bakımı, Birincil sağlık hizmetleri gibi*).

İngilizcede bir de "**Basic Health Services**" terimi vardır ki, işte bu terimin Türkçe karşılığı "Temel Sağlık Hizmetleri" olmak gerekir. Bu terim kişilere bazı koruyucu ve iyileştirici hizmetleri götüren resmî sağlık kuruluşları ağını ifade eder. Burada genellikle, halkın katılımı, uygun teknoloji kullanımını, sektörler arası işbirliği gibi ilkelere önem verilmemiştir. Hizmetler merkezde planlanır ve hükümetlerin atadığı personel tarafından yürütülür.

Geçmişte ülkemizde uzunca bir süre hangi terimin kullanılması gerektiği tartışıldı. Artık o tartışmalar geride kaldı; "temel sağlık hizmetleri" terimi yerleşti ve kabul gördü.

TSH ne demek?

Alma-Ata Konferansı sonunda yayınlanan TSH Bildirisi'nde verilen TSH tanımı şu şekildedir;

"Temel sağlık hizmetleri (TSH) (Primary Health Care), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımı ile ülke ve toplumlarca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirininin birinci halkasını oluşturur."

Bu tanım içinde geçen "esas sağlık hizmeti", "sağlık hizmetlerinin çekirdeği", "halk tarafından kabul edilebilir", "insanların yakınına götürülmüş hizmetler", "kalkınmanın bir parçası", "hizmetin birinci halkası", "ilk başvuru yeri" gibi terimlerden TSH kavramının karmaşık ve çok yönlü olduğu anlaşılmaktadır.

Gerçekten de öyledir. TSH'nin bütün yönlerini değil de yalnızca birer yönünü bilen iki kişi tartışsa, birbirlerini TSH'yi bilmemekle suçlayabilir. Aslında her ikisi de TSH'nin ne olduğunu tam olarak bilmemektedir. Çünkü yukarıdaki tanımı daha iyi yorumlayabilmek için TSH'nin dört yönünü bilmek gerekir; bu tanımların her birini bilmeden TSH tam olarak anlaşılamaz.

1. TSH, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür: Temel sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin geneli ile ilgili bir görüş (*felsefe*) oluşudur. Bu yönü ile TSH, "halk sağlığı" anlayışıyla örtüşmektedir. Bu görüşün temelini şu dört nokta oluşturur:

1.a. Sosyal eşitlik: Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır; toplumdaki herkese sosyal adalet anlayışıyla hakkaniyet ölçülerinde (*equity*) götürülmelidir.

1.b. Öz sorumluluk: Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden (ve çocuklarından) sorumlu olmalıdır.

1.c. Sağlık hizmetlerinin boyutu: Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve sektörler arasında işbirliği ve eşgüdüm (*koordinasyon*) gereklidir.

1.d. Uluslararası dayanışma: Sağlık bir insanlık sorunudur; gelişmiş güçlü ülkelerin, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemeleri gereklidir.

2. TSH, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır: Bir ülkede TSH kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde ve hizmetlerin sunumunda bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir. Bu ilkeler kısaca şunlardır:

2.a. Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese, onların kabul edebilecekleri biçimde entegre olarak

verilmelidir. Koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır.

2.b. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katılmalıdır.

2.c. Halkın ilk başvuruları için hizmet birimleri kurulmalıdır.

2.d. Kademeli hasta sevki sistemi işletilmelidir.

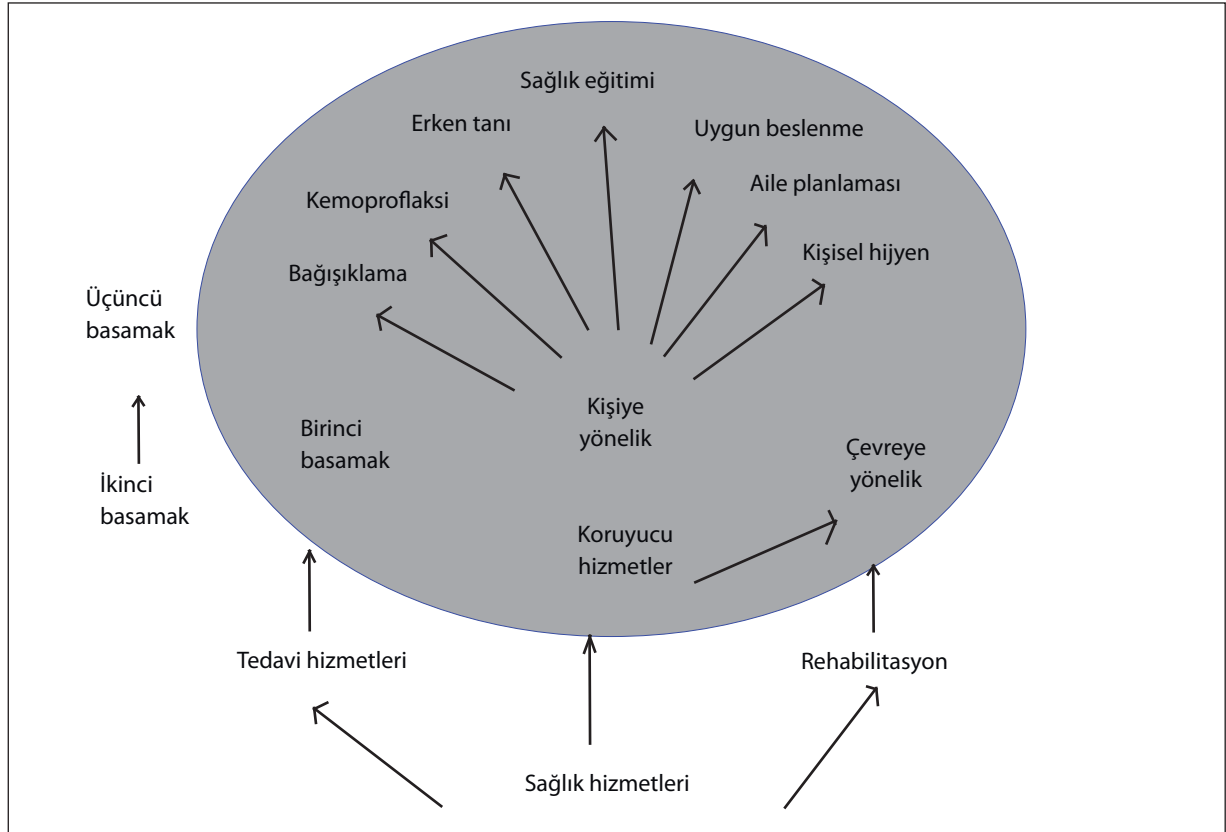
2.e. Sağlık yönünden tehlike (*risk*) altındakileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.

2.f. Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.

2.g. Hizmetler sürekli olmalıdır (7 gün 24 saat).

2.h. Sağlık hizmetleri "ekip anlayışı" içinde verilmeli, hekim dışı personel kullanımına önem ve gerekirse öncelik verilmelidir.

2.i. Personel zorunlu değil, özendirilerek çalıştırılmalıdır.



Temel Sağlık Hizmetleri alanı (koyu renkli bölge)

2.i. Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullarına uygun olmalı, hizmetlerin her kademesinde, o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.

2.j. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sektörler arası işbirliğini sağlayıcı mekanizmalar oluşturulmalıdır.

2.k. Sağlıkla ilgili alınacak bütün kararlar kanıta dayanmalıdır ve bu nedenle hizmet araştırmalarına önem verilmelidir.

2.l. Sağlık hizmetlerinin sürekli olarak ve aksatılmadan sürdürülebilmesi için gereken tıbbi ve diğer malzemenin sağlanması konusunda işleyen bir lojistik sistem kurulmalıdır.

2.m. Gereksiz ve çok sayıda ilaç kullanımını (*polifarmasi*) önleyici mekanizmalar oluşturulmalıdır.

2.n. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkabilecek aksaklıkların giderilmesi için (*işleri yoluna koyabilmek için*) hizmet içi ve sürekli eğitimleri de içeren bir denetim sistemi kurulmalıdır.

3. TSH, sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır: TSH'nin en yaygın olarak bilinen yönü ve tanımı budur. Bu tanım koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan (*ambulator*) tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Bu, halkın ilk başvuru basamağıdır. Tanısı ve tedavisi bu basamakta yapılamayan hastalar ikinci basamağa (*hastanelere*) sevk edilir. Buna göre, kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezleri temel sağlık hizmetlerine örnektir.

4. TSH, bir etkinlikler grubudur: Alma-Ata Bildirgesi'nde "en az bakım" (*minimal care*) kavramından söz edilmektedir. Buna göre, her ülke aşığıda belirtilen sekiz etkinliği yapmak zorundadır. Bu işlerden vazgeçilemez.

4.a. Halkın sağlık eğitimi

4.b. Beslenme durumunun geliştirilmesi

4.c. Temiz su sağlanması ve sanitasyon

4.d. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması

4.e. Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama

4.f. Endemik hastalıkların kontrolü

4.g. Sık görülen hastalıkların uygun tedavisi

4.h. Temel ilaçların sağlanması

Bir ülkede sağlık hizmetleri içinde yukarıda sıralanan etkinliklerin yer almış olması, o ülkede TSH

kavramına uyulduğundan söz etmeye yetmez. Önemli olan, bu hizmetlerle birlikte TSH'nin diğer ilkelerine de uymaktır.

TSH başarılı oldu mu?

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi'nde yer alan ilkeler uygulanabildi mi? TSH ile amaçlanan hedeflere erişilebildi mi? TSH anlayışı geleneksel sağlık hizmetlerinin önüne geçebildi mi?

Ne yazık ki bu soruların hepsine gönül rahatlığı ile evet yanıtı verilemez. Bu soruların yanıtları Alma-Ata Bildirgesi'nden 30 yıl sonra, 2008 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda yer almaktadır.

Bu rapora göre, "herkese sağlık" anlayışı, ülkelerin sağlık sistemlerini beklendiği kadar yönlendiremedi. Bunun nedenlerinden birisi 1978 yılının koşulları dikkate alınarak hazırlanan TSH yaklaşımının, gelişen ve değişen beklentileri karşılayamamasıdır. Ayrıca, Bildiride önemle vurgulanan "toplumun sağlık hizmetlerine katılımı" ve "sektörler arası koordinasyon" konuları da uygulanması ve gerçekleştirilmesi güç konulardır. Bu nedenlerle bazı ülkelerde, TSH Bildirisi'nden önceki geleneksel sağlık hizmetleri devam etmiştir.

2008 Dünya Sağlık Raporu'na göre, 2008 yılı itibarıyla ülkelerdeki sağlık hizmetlerinde beş temel ortak sorun vardır:

I. Tersine hizmet (*inverse care*): Sağlık hizmetlerine en az ihtiyacı olanlar, tam tersine hizmetlerden en çok yararlanan kesimdir. Hizmetlere en fazla ihtiyacı olanlar ise en az yararlanmaktadır.

II. Fakirleştirilen hizmet (*impoverishing care*): Sosyal güvenceleri sınırlı olan ve sağlık hizmetlerini büyük oranda cepten ödemek durumunda kalan bireyler aşırı maliyetler karşısında fakirleşmişlerdir.

III. Parçalı hizmet (*fragmented and fragmenting care*): Tıpta aşırı derecede branşlaşma ve parçalanma olmuştur; bir tek hastalığın kontrolüne yönelik dar bakışlı programlar yürütülmektedir. Böylece, bireylere ve ailelere bütüncül (*holistik*) yaklaşma ve sağlık hizmetlerinin sürekli olması ilkeleri göz ardı edilmiştir.

IV. Güvensiz hizmet (*unsafe care*): Sağlık sistemlerindeki yanlış uygulamalar sonucunda artan hastane enfeksiyonları ve tıbbi uygulama hataları nedeni ile çok sayıda önlenebilir yan etkiler, hastalıklar ve ölümler ortaya çıkmaktadır.

V. Yanlış yönlü hizmet (misdirected care): Tedavi edici hizmetlere aşırı kaynak ayrılması nedeniyle koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler ihmal edilmektedir. Bunun yanı sıra, sektörler arası işbirliğinde sağlık sektörü yetersiz kalmaktadır.

TSH Konferansı'ndan sonraki 30 yıl içinde meydana gelen siyasal, sosyal, ekonomik, teknolojik ve bilimsel değişiklikler, birçok sağlık sorununun öneminin azalmasına, buna karşılık yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. İnsanlar artık 30 yıl öncekinden daha uzun yaşamakta, bebekler daha az ölmektedir. Sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artmaktadır; toplumun sağlık anlayışında büyük değişimler olmuştur; kişiler sağlık konularındaki bilgilere artık daha kolay erişebilmektedir. Buna karşılık sağlık hizmetleri değişen beklentileri karşılama ve yeni sorunlarla baş edebilme konusunda yetersiz kalmıştır. 2008 DSÖ Sağlık Raporu'nda toplum sağlığını tehdit eden ve hükümetler tarafından göz ardı edilmemesi gereken durumlar şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Son 30 yılda sağlıkta eşitsizlikler daha da artmıştır; dünyanın önemli bir kısmında sağlık hizmetleri çok iyi düzeyde verilirken, birçok ülkede gerileme söz konusudur.

2. Sağlık sorunları zaman içinde değişmiştir; nüfusun yaşlanması, sağlıksız kentleşme ve küreselleşme nedenleriyle kronik hastalıkların yükü artmış, bazı bulaşıcı hastalıkların dünya genelinde yayılımı

gündeme gelmiştir. Nüfus artışı, çalışma koşullarının değişmesi, gelir artışı, iklim değişikliği, gıda güvenliğindeki değişimler ve sosyal gerginlikler toplumun sağlığını tehdit eden faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

3. Sağlık hizmetlerindeki hızlı değişmeye karşın ekonomik ve politik krizler sonucu sağlık hizmetlerinde finansman, insan gücü ve diğer alt yapı sorunları artmıştır.

Özetle, TSH Konferansı'ndan bu yana ülkelerin hemen hepsinde sağlık düzeyinde önemli gelişmeler sağlanmıştır; birçok hastalık kontrol altına alınmış, yaşam süresi uzamış, yaşam kalitesi yükselmiştir. Ama gelişmiş ülkelerde bile sağlık hizmetlerinde arzu edilen düzeye erişildiği ve insanların durumdan memnun olduğu söylenemez. Sağlıkla ilgili yeni tehditler ortaya çıkmıştır. Bütün bunlar, sağlık alanında değişen koşullara uygun yeni yaklaşımlara ve reformlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. 2008 Dünya Sağlık Raporu'na göre, sağlık hizmetlerinde yapılması gereken reformlar yeni sağlık tehditlerine karşı etkili ve hakça olmalı, toplumların artan beklentilerini karşılayabilmelidir. Raporla söz konusu reformlar dört başlıkta özetlemektedir.

A) Herkesi kapsayan, hakça ve sosyal adaleti gözetilen sağlık güvencesi (*universal coverage reforms*)

B) Yeni ihtiyaçları ve beklentileri karşılayan hizmet sunum reformları (*service delivery reforms*)

2008 Dünya Sağlık Raporu'na göre 1978 Yılı'nın yaklaşımları ve hedefleri ile 30 yıl sonra saptanan aksaklıklara ve halkın beklentilerine göre değişen yaklaşımlar ve hedefler

Erken dönem TSH yaklaşımı (Alma – Ata Bildirisi'ne göre anlayış)	Yeni TSH hedefleri (Alma –Ata'dan 30 yıl sonraki beklentiler)
Belirli hastalıklar, özellikle bulaşıcı hastalıklara öncelik	Toplumun ihtiyacı olan hastalıklara topyekûn eğilme
Ana ve çocuklara öncelik	Toplumdaki herkese sağlık hizmeti
Hastanelerin bir anti tezi olarak TSH	Bütüncül sağlık hizmetleri içinde koordinatör olarak TSH
TSH ucuzdur, yalnızca biraz yatırım gerekir	TSH ucuz değildir, belli bir yatırım gerekir, ama diğer seçeneklere kıyasla daha verimlidir
Tanımlanmış bir hizmet paketine yoğunlaşma (minimal bakım)	Mevcut sağlık sistemini iyileştirerek geniş kapsamlı hizmet
Hijyen, sağlıklı su, sanitasyon ve kırsal bölgede sağlık eğitimine önem verme	Çevrenin kötü etkilerinin azaltılması ve sağlıklı yaşam tarzının güçlendirilmesi
İkili destek ve teknik yardımlar	Çok taraflı küresel dayanışma
Basit teknoloji kullanımı, gönüllü ve profesyonel olmayan personel kullanımı	Uygun teknoloji ve ilaç kullanabilen sağlık ekibi
Sağlık merkezi düzeyinde komiteler yolu ile halkın katılımı	Toplumun politika belirlenmesine örgütlü biçimde katılımı
Kamu tarafından finanse edilen, yukarıdan aşağıya doğru örgütlenmiş hizmet	Küresel anlayışla çoğulcu yaklaşım
Kitlik ve küçülme ortamının yönetimi	Evrensel kapsayıcılık için kaynakların büyütülmesi

C) Bütün sektörlerin sağlıkla ilgili sorumluluklarını dikkate alan ve sektörler arası işbirliğini sağlayıcı kamu düzeni reformları (*public policy reforms*)

D) Katı merkezîyetçi yönetim yerine katılımcı, tartışmaya dayalı liderlik reformları (*leadership reforms*)

Kutu: 2008 Dünya Sağlık Raporu'na Göre, 1978 Yılı'nın Yaklaşımları ve Hedefleri İle 30 Yıl Sonra Sap-tanan Aksaklıklara ve Halkın Beklentilerine Göre Değişen Yaklaşımlar ve Hedefler

Neden Astana Konferansı toplandı?

Birinci TSH Konferansı'ndan 30 yıl sonraki değerlendirmeler, 1978 yılında kabul edilen ilkelerin gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gerektiğini açıkça ortaya koymuştu. Aradan geçen sürede bu ihtiyaç daha da belirgin hale geldi ve başta DSÖ ve UNICEF olmak üzere, birinci konferansı düzenleyen kurumlar 40 yıl sonra, yine Kazakistan'da, ama bu kez ülkenin yeni başkenti olan Astana'da ikinci TSH konferansını düzenlemeye karar verdiler. Bu kez, birincisinden farklı olarak bir taslak bildiri hazırlayıp açıkladılar. Gelen eleştiri ve görüşlere göre son şeklini alan bildiri 25-26 Ekim 2018 tarihlerinde toplanan konferans sonrasında yayımlandı.

Alma-Ata ve Astana bildirimleri arasında ne fark var?

2018 Bildirisi, 1978 Bildirisi'ni dışlamamakta, hatta o Bildiriyi genel olarak benimseyip günümüz koşullarına uyarlamaya çalışmaktadır. Her iki bildirinin genel yaklaşımı aynıdır. 1978 Bildirisi'nde önemle vurgulanan sosyal gruplar arasındaki eşitsizliğin giderilmesi, hizmetlerin herkesi kapsamı ve insan merkezli olması gerektiği, insanın çevresi ile bir bütün olarak ele alınmasının zorunlu olduğu, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin önemi, hizmetlerin sürekli olması, toplumun sağlık hizmetlerine katılımı, sektörler arası işbirliği, sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların toplumun genel kalkınmasına da katkı sağlayacağı ve üretkenliği arttıracığı, yoksulluğun azaltılmasının sağlığa olumlu yansıyacağı, belenme sorunlarının giderilmesinin önemi, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin önüne geçilmesi gerektiği, sağlık hizmetlerinde ekip anlayışı, hizmetlerde bütüncül (*holistik*) yaklaşım, hekimdişi personelin önemi, hükümetlerin kararlı tutum almaları gerektiği, uluslararası dayanışma ihtiyacı gibi ilkeler aynen ve daha güçlü biçimde ifade edilmiştir.

2018 Bildirisi'nde, Alma-Ata Bildirisi'ndeki ilkelerin iyi biçimde uygulandığı ülkelerde sağlık düzeyinin, o ülkelerin ekonomik durumlarına kıyasla

beklenmeyecek düzeyde iyileştiği ifade edilmektedir. Yani, bu Bildiriye göre TSH yaklaşımı doğrudur, ancak, uygulanmasında bazı sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunların giderilmesi, ayrıca yeni ortaya çıkan durumlar dikkate alınarak güncellenmesi ve TSH uygulamalarının 21 inci yüzyıla uygun hale gelmesi gerekir. Bu görüşten hareketle 2018 Bildirisi'nde özellikle vurgulanan bazı yeni yaklaşımlar söz konusudur.

Bildiride, yaşam sürelerinin uzamasına, tıptaki gelişmelere, küreselleşme olgusuna, artan göç hareketlerine, özel sektörün güçlenmesine, maliyetlerin artmasına, tıptaki hızlı gelişmelere, tıbbi uygulamaların giderek daha karmaşık hale gelmesine, sosyal ve ekonomik gelişmelere paralel olarak, toplumdaki sağlık sorunlarının farklılaştığı, ana ve çocuk sağlığı sorunlarının devam etmekte birlikte azaldığı, bulaşıcı hastalıkların büyük ölçüde kontrol altına alındığı, buna karşılık ruh sağlığı sorunlarının, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlı bakımının ön plana çıktığı vurgulanıp, yeni stratejilerin ve planların gereği belirtilmektedir. Başka bir deyişle, yeni Bildiri, 1978 Alma-Ata Bildirisi'nde yer alan ilkelerin rehber alınarak günümüzdeki sağlık sorunlarının çözülmesini amaçlayan yaklaşımlar önermektedir. Bunu yaparken, "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı – 2030" hedefini işaret ederek, seçilecek stratejilerin ve yapılacak planların bu doğrultuda olmasını bütün üye ülkelere önermektedir.

2018 Bildirisi'nin belki de en dikkate değer noktası, Bildirinin kabulünden hemen sonra bir "hareket" başlatılmasına ilişkin husustur. Bildiriyi imzalayan ülkelerin, başta DSÖ ve UNICEF olmak üzere, BM Şemsiyesi altındaki kuruluşların, sivil toplum kuruluşlarının ve toplumların bir seferberlik anlayışı içinde çaba göstererek "herkese sağlık" ve "evrensel sağlık kapsayıcılığı" hedefine ulaşılacağı vurgulanmaktadır.

Astana Bildirisi beklentileri karşıladı mı?

Bildiri ile ilgili eleştiriye açık bazı hususların (yazarın görüşleri) olduğu söylenebilir: (1) Taslakta "geleneksel ve tamamlayıcı tıp" uygulamalarını resmileştiren ve bütün ülkelere öneren bir yaklaşım sezilmektedir. Bu konudaki tartışmalar devam ederken, bu kavramın uluslararası bir bildiride yer alması ve DSÖ tarafından onaylandığı izlenimi verilmesi eleştiriye açıktır. (2) Taslakta "akılcı ilaç kullanımı" vurgulanmaktadır. Bu terim, aşı ve serumla korunmayı dışlayan bir sınırlama gibi algılanmamalıdır. Bildiride aşı uygulamalarına ve tıbbi

araç gerecin akılcı kullanımına da yer verilmesi iyi olurdu. (3) Taslakta, ruhsatsız kişilerin (*informal carers; co-producers*) yetkilendirilmesi istenmektedir. Bu konu da tartışmaya açıktır. (4) 1978 Alma-Ata Bildirisi'nde uygulamaya dönük daha net ifade ve öneriler varken, 2018 Bildirisi'nde daha esnek ve ülkelerin kendi kararlarını kendi koşullarına göre vermeleri gerektiği şeklinde bir yaklaşım sergilenmektedir. Örneğin, Alma-Ata Bildirisi'nde "minimal bakım" adı altında listelenen 8 konunun bütün ülkelerde vazgeçilemeyecek işler olduğu bağlayıcı biçimde yer almışken, 2018 Bildirisi'nde bu hususlara yeterince değinilmemiştir.

Nitekim Astana Bildirisi henüz taslak olarak açıklandıktan sonra, bu bildiri hakkında tepki gösteren ve Bildiri'nin yeniden düzenlenmesi gerektiğini savunan bir grup sivil toplum kuruluşu ve konuyla ilgili yetkili kişiler bir "alternatif bildiri" yayımladılar.

Türkiye'de TSH ne zaman başladı?

Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin hem kavram hem de uygulama olarak 1978 yılında toplanan TSH Konferansı'ndan yıllar önce başladığı açıktır. Çünkü söz konusu Bildiri'den 17 yıl önce, 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", TSH Bildirisi'nde önerilen hemen bütün ilkeleri kapsamaktaydı. Kanun, sağlığın bir insan hakkı olduğunu; hizmetlerin herkese eşit ve sürekli olarak verilmesini; sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olduğunu ve ücretsiz ya da toplumun karşılayabileceği ücret karşılığında olmasını; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulmasını; kademeli sevk sistemini; sağlık ocağı sağlık kurulları aracılığı ile toplumun sağlık hizmetlerine katılımını; hizmetlerin nüfusa göre örgütlenmesini ve bir ekip hizmetini öngörüyordu. Bu ilkelerin tümü TSH Bildirisi'nde de vardır ve Bildiri'nin iskeletini oluşturmaktadır. Başka bir deyişle, mimarı zamanın Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek olan 224 sayılı Yasa yukarıda açıklanan TSH'nin dört farklı tanımındaki bütün ilkeleri kapsıyordu. Hatta Alma-Ata Konferansı'nı düzenleyen ve TSH Bildirisi'nin mimarı olan DSÖ Genel Direktörü Dr. Halfdan Mahler 224 sayılı Yasa'nın başarıyla uygulandığı Ankara-Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ni ziyaret etmiş ve TSH uygulamalarına tanıklık etmişti.

Türkiye TSH'nin neresinde?

Birinci TSH Konferansı'na Türkiye adına o zamanki Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Mete Tan katılmıştı. Türkiye, Bildiri'nin yayımlandığı tarihten

sonra TSH konusuna eğildi ve bu konuda bazı girişimlerde bulundu. 1980'li yıllarda birçok ülkede DSÖ tarafından yönlendirilen TSH projesi ülkemizde de yürütüldü; TSH ilkeleri ile son derece benzerlik gösteren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un bütün ülkeye yayılması 1983 yılı sonunda tamamlandı; daha önce Bakanlık bünyesindeki Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün adı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirildi; birinci basamak sağlık kuruluşlarının iyileştirilmesi için altyapı çalışmaları yapıldı; bu basamakta çalışan personelin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimleri için programlar yürütüldü; tıp fakültelerinde birer "halk sağlığı" anabilim dalları kuruldu ve eğitim programları içinde TSH ilkelerine uygun konuların yer alması büyük ölçüde sağlandı. Buna karşılık, sektörler arası koordinasyon konusunda yapılan "beş bakandan oluşan komisyon" önerisi, öneri olmaktan öteye geçemedi; toplumun katılımı için bir model olarak düşünülen "sağlık ocağı sağlık kurulları" tam anlamıyla uygulamaya konulamadı.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin belirlediği hedefler doğrultusunda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2001 yılında ülke hedeflerini belirleyerek yayımladı. Bu hedeflerin güncelliğini yitirdiği bir gerçektir, ama ülkemizdeki öncelikli sağlık sorunları ile hedefler hakkında bilgi vermeleri açısından önemlidir. Toplam 10 adet olan hedefler aşağıda listelenmiştir:

Hedef 1: 2020 yılına kadar uygulanacak kademeli programlar sonucunda toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolünü, eliminasyonunu ya da eradikasyonunu sağlamak.

Hedef 2: 2020 yılına kadar, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak yaşam kalitesini yükseltmek.

Hedef 3: 2020 yılına kadar, kaza, şiddet ve afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları ve ölümleri önemli ölçüde azaltmak ve bunun sürekliliğini sağlamak.

Hedef 4: 2020 yılına kadar, bütün yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak.

Hedef 5: 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50 azaltmak.

Hedef 6: 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaçlar gibi bağımlılık yapan

maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

Hedef 7: 2020 yılına kadar ergen, yaşlı ve özürllülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

Hedef 8: 2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak.

Hedef 9: 2020 yılına kadar toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama olanağına kavuşturmak.

Hedef 10: Toplumun bütün kesimlerine «ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir» kaliteli sağlık hizmeti sunmak. Hizmet ağını bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak sürekliliğini sağlamak.

Kuramsal olarak öngörülen bu hedefleri (ve bunlara bağlı olarak öngörülen alt hedefleri) gerçekleştirebilmek için uygun programların yapılabildiği ne yazık ki söylenemez. Daha doğrusu, bu hedeflerin ne kadarına ulaşılabildiği hakkında elimizde yeterli kanıt yok. Bunun en temel nedeni, söz konusu hedeflerin çoğunun ölçülebilir olmamasıdır.

Ülkemizde 1963 yılında başlayan ve 1983 yılı sonunda bütün ülkeye yayılan “sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri” modelinin iyi işletildiği takdirde çok başarılı olduğu gerek üniversitelerin eğitim ve araştırma bölgelerindeki değerlendirmelerden, gerekse illerdeki çalışmalardan anlaşılmıştı. Ancak, bu hizmetlerin, ilk uygulandığı andan itibaren birçok sorunla karşı karşıya olduğu da bir gerçektir. Bu sorunlardan önde gelenleri şöyle özetlenebilir:

- Yöneticilerin sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti modelini kavrayamaması,
- Sadece sağlık ocaklarını düzenleyen bir yasa olarak algılanması,
- Uygulamanın Doğu Anadolu’dan başlatılması ve uzun süre bu bölge dışında uygulanmaması,
- Muş ili uygulamalarının değerlendirilmemesi,
- Devlet Planlama Teşkilatı’ndan gerekli yatırım önceliklerinin sağlanamaması,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modeli içinde yer almaması gerektiği halde dikey örgütlenme kuruluşlarının (AÇS –AP merkezi gibi) kaldırılmaması,
- Sağlık ocaklarının teknik altyapısının geliştirilememesi,

- Kent tipi sağlık ocağı modelinin tam olarak geliştirilememesi,

- Sağlık ocağı hekimlerinin niteliklerinin halk tarafından yetersiz gibi algılanması,

- Sevk zincirinin etkili biçimde işletilememesi,

- Hastaların doğrudan hastanelere başvurularını sınırlayıcı önlemlerin olmaması,

- Eğitim bölgelerinin yeterince kurulup desteklenmemesi,

- Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması, politik baskılar,

- Sosyalleştirme terimine duyulan tepki (sosyalizm ile karıştırılması),

- Toplum katılımının sağlanamaması.

Bu sorunların giderilmesi iki yolla olabilirdi: (a) mevcut sistemi rehabilite etmek; (b) yeni bir model oluşturmak. Zamanın hükümeti ikinci yolu seçti. “Sağlık reformu” olarak nitelendirilen bir girişim çerçevesinde 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kabul edildi.

Türkiye’nin bu noktaya gelmesinde, o yıllarda dünya genelinde olan gelişmelerin ve özellikle Dünya Bankası’nın rolü yadsınamaz.

Sağlık sektörü dünyada, enerji (petrol) ve silah sektörünün ardından en çok paranın döndüğü üçüncü büyük sektördür. Bu gerçekten hareketle, Dünya Bankası, 1978 yılında “Sağlık ve Beslenme” (*Health and Nutrition*) adı altında bir birim oluşturdu. Bunu izleyen yıllarda Dünya Bankası bütün ülkelerde sağlık hizmetlerini değerlendirme (*health sector review*) önerisinde bulundu. Birçok ülke, Banka tarafından finanse edilen bu değerlendirme araştırmasını yaptı. Bundan sonraki adımda, araştırma yapılan her ülkede kongreler düzenlenerek ülkedeki sağlık düzeyi ve sorunlar tartışıldı. Ülkelerin hemen hepsinde ciddi sorunlar olduğu saptandı. Bu sorunların çözümü için uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermeyi öneren Dünya Bankası, bu kredinin verilebilmesi için iki koşul öne sürdü:

1. Aile hekimliği sisteminin kurulması

2. Sağlık sigortacılığının başlatılması

Dünya Bankası kredi alacak ülkelerin Sağlık Bakanlıkları bünyesinde bir koordinasyon biriminin oluşturulması koşulunu da ileri sürdü. Bu birimdeki Banka temsilcisi alınan kredinin harcanmasında yetki sahibi olacaktı. Pek çok ülke 1980’li yıllarda bu önerileri kabul etti.

Dünya Bankası'nın bu girişimleri 1991 yılında Sovyetler Birliği'nin çökmesi ile hız kazandı. Banka, Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra bağımsız kalan 15 devlete de benzer önerilerde bulundu. Öneriler, bu ülkelerin çoğu tarafından olumlu karşılandı. Böylece, Amerika Kıtası'ndan Asya Kıtası'na kadar birçok ülkede aile hekimliği ve sağlık sigortacılığının temel alındığı bir sağlık hizmetleri modeli dünyada bir salgın biçiminde yayılmaya başladı. Dünya ülkeleri birbirine benzeyen (*standart olmamakla birlikte benzer modeller denilebilir*) bir sağlık sistemine geçtiler. Bu salgın Türkiye'yi de etkiledi. Ülkemiz, 1980'li yılların sonunda Dünya Bankası kredisini aldı, sağlık sektörü değerlendirme araştırmalarını yaptı, bu araştırmaların ele alındığı iki büyük kongre düzenledi ve sonunda 2004 yılında 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edildi.

Söz konusu yasanın uygulamaya başlanmasından sonra TSH konusunda bazı olumsuzluklar yaşandı. Bu yasayla bir kamu hizmeti olan hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kuruluşları şirketler ve sözleşmeli personel tarafından yürütülür hale geldi; aile hekimleri (birinci basamak) ile sağlık müdürlükleri arasındaki hiyerarşik düzen bozuldu; sevk sistemi yok oldu; birinci basamağın kalabalık hastanelerin تنها olması gerekir şeklindeki ilke tersine döndü, hastanelere başvurular özendirilmeye başlandı; performans sistemi adıyla uygulamaya sokulan ve performansı sağlık kuruluşuna gelir getirmek olarak anlayan bir ücret politikası uygulanmaya başlandı; sağlık hizmetlerinin ucuz ve verimli olması gerektiği ilkesi göz ardı edildi ve sağlık hizmetleri üstesinden gelinemeyecek boyutlarda pahalı duruma geldi; TSH Bildirisi'nde yer alan "her ülke ilaç ve tıbbi araç konusunda kendi kendine yeter durumda olmalıdır" ilkesinin tam tersi bir uygulamayla ülkemizdeki aşı üretimlerine son verildi, Türkiye ilaç ve tıbbi araçlar konusunda dışarıya bağlı olmaktan kurtulamadı.

Bundan sonra ne olacak?

Dünya Sağlık Örgütü temel sağlık hizmetleri anlayışının sürdürülmesi, güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması konusundaki çabalarını sürdürmektedir. Bunun zor olacağı açıktır. Çünkü insanoğlu hala savaşlarla, salgınlarla, gıda yetersizliğiyle, eşitliklessnessle, çevre kirlenmesiyle, kontrolsüz sanayi atıklarıyla, küresel iklim değişikliğiyle ve bütün bu durumları görmezden gelen, insanı unutup parayı, tababeti değil ticareti öncelikleyen yöneticilerle boğuşuyor.

Ne yazık ki, Türkiye de bu manzaranın dışında değil. Bize düşen görev ve mesleğimizin yüklediği sorumluluk, bütün bu olumsuzluklara karşın temel sağlık hizmetlerinin ilkelerine sarılmak olmalıdır. Bizim mesleğimiz umut, iyimserlik ve çaba gerektiren kutsal bir meslektir.

Kaynaklar

- Aile Hekimliği Gündemde* (2004) SB Dialog Mayıs; 2:56- 57.
- Aile Hekimliği Ön Araştırma Raporu* (1992), Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, Ankara.
- Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care*, (2018) October 24, Anneleen, People's Health Movement, (<https://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>).
- Avcı, Ş.* (2004) Sözleşmeli Hekimlik Uygulaması, Hekimden Hekime Kış:31-32.
- Belek, İ.* (2004) Sağlıkta Dönüşüm, Hekimden Hekime, Kış 23- 28.
- Benli, D, Özcebe, H.* (1991) Etimesğut Sağlık Bölgesi 1985-1989 Yılları Çalışmalarının değerlendirilmesi, HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayın No:91/53, Ankara.
- Birinci Ulusal Sağlık Kongresi* (1992) 23-27 Mart 1992, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care*, Astana, Kazakhstan, 25-26 2018.
- Düzce Raporu*, (2006)Pratisyen Hekimlik Derneği, Ankara.
- Güvercin, C.H.* (2004) Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 57, Sayı 2, 89-95.
- Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı 1967-1981*, (1981) H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No: 16, Ankara.
- Okyay, P., Dedeoğlu, N., Öztekin, Z. (Ed.)* (2018) Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı, HASUDER Yayını No: 2018-5.
- Özbakır, S.N.* (2019) Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, İzmir Ticaret Odası.
- Öztekin, Z. (Ed.) et al*, (2001) Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Öztekin, Z.* (2019) Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri - Kavramlar, İlkeler, Politikalar, Maltepe Üniversitesi Yayını, İstanbul.
- Öztekin, Z.* (2018) Temel Sağlık Hizmetleri - 1978 / 2018, HASUDER Yayını.
- Öztürk, Y.* (1985) Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayın No:85/28, Ankara.
- Pala, K.* (2004) Özel Sektöre Kaynak Aktarmanın Yeni Adı: Hekim Seçme Özgürlüğü, Hekimden Hekime Kış, 33-34.
- Primary Health Care - Now More Than Ever* (2009) - 2008 World Health Report, World Health Organization, Geneva.
- Primary Health Care* (1978) Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, World Health Organization, Geneva.
- Sağlıkta Dönüşüm* (2003), Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği* (1997) Türk Tabipleri Birliği, Mart.
- The Contribution of Family Doctors (1991) /General Practitioners to Health for All*, World Health Organization Regional Office for Europe, EUR/ICP 348, Copenhagen.
- Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu* (2003) - Ana Rapor, Dünya Bankası Dökümanı Rapor No. 24358-TU, Mart.
- Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Hükümet Politikaları* (2004) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Raporu, Mayıs.
- Yardım, N (Ed) Et al*, (2007) 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.