

ARAŞTIRMA

BİRİNCİ BASAMAKTA DÖNER SERMAYE UYGULAMASININ SAMSUN MERKEZ İLÇE SAĞLIK OCAKLARININ HİZMET SUNUMUNA ETKİLERİ

Sevgi CANBAZ*, Cihad DÜNDAR**, Yıldız PEKŞEN**

Özet

Döner sermaye uygulaması ile devlet, sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunu üzerinden atmaya ve sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına terk etmeye çalışmaktadır. Bu çalışmanın amacı, döner sermaye ve performans uygulamasının, Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarında sunulan hizmetlere olan etkisini saptamaktır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada, 2001–2005 yılları arasında Samsun merkez ilçe’de hizmet veren sağlık ocaklarında düzenlenmiş istatistik formları kullanılarak poliklinik, aşılama, ana çocuk sağlığı ve gıda kontrol çalışmalarına ait veriler değerlendirilmiştir.

Döner sermaye uygulamasından sonra muayene edilen hasta sayısının %116.7, sevk oranının %21.7, laboratuvar tetkik sayısının %1172.9, gebe izlemi sayısının %31.3, bebek izlemi sayısının %42.9, çocuk izlemi sayısının %80.0 arttığı saptanmıştır. Aile planlaması hizmet göstergelerinde değişiklik izlenmezken, bebeklik dönemi aşılama oranlarının %66.5’e gerilediği, gıda numunesi alma oranlarının yarı yarıya azaldığı görülmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesi, sağlıkta eşitsizlik, talepte erteleme, çalışma barışının bozulması, rekabetin ön plana çıkması, koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesi, tedavi edici hekimlik hizmetlerinin öncelenmesi ve hizmet sunumundaki bütüncül anlayışın terk edilmesi gibi

istenmeyen sonuçları da beraberinde getirmektedir. Sağlık Bakanlığı’na düşen görev, sonuçlarını birey ve kamu yararı yönünden detaylarıyla değerlendirmedeği hizmet modeli arayışları yerine, çağdaş hekimlik anlayışına en uygun yönetim modeli olan 224 sayılı yasaya işlerlik kazandırmak olmalıdır.

Giriş

Ülkemizde toplumun ve bireylerin sağlığı, Anayasa’nın sosyal devlet anlayışı ile hak olarak güvence altına alınmış, bu hakkın kullanım biçimi 224 sayılı yasa’yla “eşit ve ücretsiz” olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ise, bu hakkı sağlamakla görevlendirilmiştir (**Resmi Gazete, 1961**). 1961 Anayasası ile kabul edilen ve 1 Ocak 1984 yılında tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa’ya göre; dar bölgede, çok amaçlı ve geniş kapsamlı bir hizmet olan sağlık hizmetlerinin temel birimi sağlık ocağıdır. Sağlık ocaklarında belli bir nüfusa ekip anlayışı içerisinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte sunulmaktadır (**Öztek, 2004**).

Günümüzdeki döner sermaye uygulamasını tanımlayan ilk yasa 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”dur. 27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile döner sermayeli kuruluşlara ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. 27.06.1989 tarihinde 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişikliklerle, dışardan personel çalıştırılmasına ve kendi

*Yrd. Doç. Dr. Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

personeline ek ödeme yapma olanağı sağlanmıştır. 23.01.2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı yasa ile, birinci basamak sağlık kurumlarında da döner sermaye uygulaması başlatılmıştır (Nesanır, 2005; Kılıç, 2002). Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görevli personele performans dayalı döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair 12311 sayılı yönerge 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur (Resmi Gazete, 2001). Böylece Sağlık Bakanlığı finansmanı ve harcamaları için yeni bir kaynak yaratmaya çalışmıştır. Ancak yaratılan kaynak yeni gibi görülmekle birlikte, bu gelirlerin %80.0'inden fazlası sosyal güvenlik kuruluşlarından gelmektedir (Pala, 2005).

Türk Dil Kurumuna göre döner sermaye, kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak şartı ile bir kuruluşa veya bu kuruluşla ilgili işletmelere verilmesi, mütedavil sermaye olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2005). Döner sermaye kapitalist ekonomilere özgü bir tanımlama olup, son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nca sağlıkta özelleştirmede bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kılıç, 2002). Bu şekilde 4618 sayılı yasa'da yapılan değişiklikle, döner sermaye uygulaması ile devlet sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunu tamamen üzerinden atmaya ve sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına terk etmeye çalışmaktadır (TTB Halk Sağlığı Kolu, 2002). Bu amaca uygun olarak birinci basamakta uygulamaya geçmeyi planladığı Aile Hekimliği modeline hazırlık olmak üzere Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2001 yılında yayınladığı genelge ile tüm illerde "Bölge Tabanlı Hizmet Uygulaması"na geçilmesi emredilmiştir. Bölge tabanlı bölünme; nüfusu 10 000'i aşan sağlık ocağında en az iki bölge, 15 000'i aşan yerde en az üç bölge, 20 000'i aşan yerde en az dört bölge ve 30 000'i aşan yerde en az beş bölge olacak şekilde planlanmasını ve her bölge ekibine en az bir oda ayrılarak 1 hekim, 1 hemşire ve 2 ebeden oluşan ekibin sürekli bu odada çalışmasını, poliklinik ve diğer hizmetlerin burada verilmesini öngörmektedir (Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd., 2001). 2004 yılında çıkartılan "Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" ile de sağlık personeline ödenecek döner sermaye payı performans dayalı hale getirilerek piyasa ekonomisine dönüş zincirine bir halka daha eklenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Bu çalışmanın amacı döner sermaye ve performans uygulamasının, Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarında sunulan hizmetlere olan etkisini saptamaktır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın veri tabanını 1 Ocak 2001–31 Aralık 2005 tarihleri arasında Samsun merkez ilçede hizmet veren sağlık ocaklarına ait bazı aylık ve yıllık istatistik formları oluşturmuştur. Samsun Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem ve İstatistik Şube Müdürlüğü'nce yıllara göre derlenmiş Yıl Ortası Nüfus Tespitleri (Form

002-003/B), Birinci Basamak Sağlık Kurumu Aylık Çalışma Bildirileri İl Toplamı (Form 024), Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form 013) ve Aile planlaması Çalışmaları (Form 102/A) formlarından, ilgili yıllara ait merkez ilçe nüfusu, yıllık doğum sayısı, sağlık ocağı ve çalışan personel sayısı, yıllık muayene ve sevk sayıları, laboratuvar çalışmaları, yapılan izlemler, bebeklik ve gebelik dönemi aşılama hizmetleri, 15–49 yaş arası kadınlara sunulan aile planlaması hizmetleri ve gıda kontrol çalışmalarına ait veriler değerlendirme parametresi olarak kullanılmıştır.

Bulgular

Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre, Samsun Merkez ilçe nüfusu son beş yılda %3.2 artış göstermiş; buna karşılık yeni açılan hizmet binaları ile sağlık ocağı başına düşen nüfus 24 961 kişiden, 23 315 kişiye düşmüştür. Aynı dönemde hekim sayısı %14.0, ebe sayısı %3.4 artmış, hemşire sayısı %14.6, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni sayısı %18.5 azalmıştır. Personel başına düşen nüfus sayılarına bakıldığında, ebe başına düşen nüfus değişmezken, hekim başına düşen nüfusta azalma, hemşire başına düşen nüfusta artma olduğu görülmektedir.

2001–2005 yılları arasında Samsun İl Merkezi'nde hizmet veren sağlık ocaklarının personel ve hizmet sunumuna ilişkin özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Personel sayılarındaki değişimin sağlık hizmetlerine yansımalarına bakıldığında;

- Muayene edilen hasta sayısı %116.7,
- Sevk oranı %21.7,
- Toplam laboratuvar tetkik sayısı %1172.9,
- Ortalama gebe izlemi sayısı %31.3,
- Ortalama bebek izlemi sayısı %42.9,
- Ortalama çocuk izlemi sayısı %80.0 artmıştır.

Özellikle poliklinik ve laboratuvar hizmetlerinin performans uygulamasının başlamasından sonraki artış dikkat çekici boyuttadır.

2001–2005 yılları arasında Samsun İl Merkezi'nde hizmet veren sağlık ocaklarında gebelik dönemi tetanoz aşılama oranlarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 3'te sunulduğu gibi, gebelik dönemi tetanoz aşılama oranlarına benzer şekilde bebek aşılama oranlarının da hızla düşmeye devam ettiği görülmektedir. Sağlık Müdürlüğü tarafından, Hepatit B aşısının hedef nüfustan daha fazla yapılmasının nedeni, "önceki dönemlerde doğumda yapılan Hepatit B aşısının 2004 yılında 2. aya kaydırılması nedeniyle yaşanan duplikasyonlar" olarak ifade edilmiştir.

Samsun İl Merkezi'nde hizmet veren sağlık ocaklarının bildirimlerine göre 2001–2005 yılları arasında 15–49 yaş kadınların %54'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi,

Tablo 1. Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarına ait bazı verilerin yıllara göre dağılımı

	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
Toplam nüfus	474267	478933	481094	482814	489623
Yıllık doğum sayısı	5708	5580	5075	5182	5005
Sağlık ocağı sayısı	19	20	20	21	21
Hekim	150	169	173	163	171
Hekim başına düşen nüfus	3161	2834	2780	2962	2863
Hemşire	80	82	69	67	68
Hemşire başına düşen nüfus	5928	5841	6972	7206	7200
Ebe	236	243	245	237	244
Ebe başına düşen nüfus	2010	1971	1964	2037	2007
Sağ.Mem.+Çevre Sağ.Tekn.	65	56	58	52	53
Muayene edilen hasta	505 030	446 604	582 893	714 965	1 094 23
Sevk	71 765	80 445	112 449	81 525	90 255
Laboratuvar çalışmaları					
İdrar	3734	4780	7772	12356	26607
Kan	14 964	20 182	41 458	84 909	205 447
Dışkı	73	204	69	311	249
Seroloji	95	1 014	3 349	333	412
Ortalama gebe izlemi	8,3	9,6	9,1	10,1	10,9
Ortalama bebek izlemi	6,3	6,6	7,0	8,0	9,0
Ortalama çocuk izlemi	1,0	1,1	1,2	1,6	1,8

Tablo 2. Gebelik döneminde uygulanan tetanoz aşı sayılarının yıllara göre dağılımı

	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
TT1	4 300	3 893	3 925	3 737	3 706
TT2	3 671	3 458	3 403	3 571	3 425
TT3	883	931	932	705	636
TT4	308	289	375	398	371
TT5	143	168	172	185	222

%32'si ise etkin yöntemlerden birini kullanmaktadır. 2005 yılına gelindiğinde, 2001 yılında kullanıcı başına dağıtılan oral kontraseptif sayısı 1,65'ten 1,07'ye düşerken, kondom sayısı 11,5'ten 11,8'e yükselmiş; RIA kullanan sayısı ise %57.7 azalmıştır (Tablo 4).

Tablo 5'te sunulduğu gibi gayrisıhhi müessese denetimleri sonucu alınan örnek sayılarının yıllara dağılımına bakıldığında, kimyasal örneklerde %61.1, fiziksel örneklerde %17.3, bakteriyolojik örneklerde %51.5 azalma olduğu göze çarpmaktadır.

Tartışma

2001 yılında başlatılan birinci basamak sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması, 2004 yılının ocak ayında performans ile pekiştirilmiştir. Bu değişiklik, hizmet talebinde kısıtlama ve teknoloji odaklı tıbbi hizmet anlayışında güçlenme yaratırken; "Daha fazla kişi muayene edilecek", "Daha fazla ilaç yazılacak/tüketilecek", "Daha fazla tetkik yapılacak", "Sağlık ocaklarına gereksinimin ne olduğuna dikkat edilmeksizin teknoloji sokulacak" ve "Sağlık çalışanları arasında yaratılan rekabet zemini çalışma barışını bozacaktır" savlarını da beraberinde getirmiştir (Pala, 2005). Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarının, özellikle de nüfus ve personel artışıyla bağdaşmayan poliklinik ve laboratuvar bakı sayılarındaki artış bu savı destekler niteliktedir. Poliklinik sayıları son beş yılda iki katına, laboratuvar bakı sayıları da on katına yükselmiştir. İzmir Narlıdere bölgesinde 18 sağlık ocağını kapsayan bir çalışmada da 2001 yılının ilk 5 ayı ile 2002 yılının ilk 5 ayı karşılaştırılmış ve poliklinik sayılarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı, laboratuvar

Tablo 3. Bebek aşılama oranlarının yıllara göre dağılımı

Aşı	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
BCG	78,1	69,1	75,8	68,5	66,9
DBT1	79,7	69,3	73,1	67,7	64,3
DBT2	79,6	68,4	69,7	69,7	63,2
DBT3	78,9	68,5	69,6	70,5	66,5
Kızamık	78,1	71,1	75,4	65,5	64,7
Hepatit1	72,6	65,8	78,8	107,5	91,8
Hepatit2	72,5	67,5	76,8	79,0	64,9
Hepatit3	70,0	67,2	75,0	75,7	67,7

Tablo 4. Aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş evli kadın sayısı ve dağıtılan bazı malzemenin yıllara göre dağılımı

	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
Yöntem					
Tümü	% 54	% 58	% 54	% 54	% 54
Etkin	% 32	% 33	% 31	% 31	% 32
Oral Kontraseptif					
Kullanan	6 341	7 382	9 065	3 917	7 884
Dağıtılan	10 432	8 424	10 175	4 309	8 443
Kondom					
Kullanan	10 210	9 702	12 826	13 972	16 267
Dağıtılan	117 726	119 911	153 629	168 900	192 538
RIA					
Kullanan	336	133	157	175	142
Dağıtılan	336	133	157	175	142

Tablo 5. Gıda kontrol çalışmalarının yıllara göre dağılımı

Alınan Örnek Sayısı	Yıllar				
	2001	2002	2003	2004	2005
Kimyasal	409	321	321	220	159
Fiziksel	9 079	8 232	8 544	8 106	7 511
Bakteriyolojik	2 072	2 163	2 299	1 973	1 004

sayısının ise anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır (Keskinöğlü, 2002).

Birinci basamak sağlık hizmet sunumu içerisinde yer alan tedavi edici hekimlik hizmetlerinde görülen bu dramatik yükseliş, gebe, bebek ve çocuk izlemi sayılarındaki artış gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinde de görülmektedir ve iyi bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ancak gebelik dönemi tetanoz aşılı ve genel bağışıklama programında yer alan aşılardan uygulanma oranlarına bakıldığında durum tersine dönmekte ve her iki grubun aşılanma oranları hızla düşmeye devam etmektedir. Yani izlem sayılarındaki artışın personelin performans hanesine sağladığı katkı, ne yazık ki aile planlaması ya da bağışıklama programlarına yansımamış, aksine sağlık göstergelerini daha da olumsuz hale getirmiştir.

Bağışıklama sürekli ölçüldüğünde bir sağlık müdahalesinin etkisinin ölçümünün yanı sıra, sağlık sisteminin performansını değerlendirmede de güçlü bir araç olarak kullanılabilen, hizmetlerdeki ilerlemenin / gerilemelerin zaman içindeki seyrini gösteren, nispeten basit ve ucuz, geçerli ve doğruluğu kanıtlanabilir bilgi sağlayan hassas bir göstergedir (Üner, 2005). Bir büyükşehir il merkezinde bile bebek aşı oranlarının %66'larda kalması, koruyucu hekimlik hizmetlerinin öncelenmediği bir sağlık sisteminin ulaşabileceği

performansı çok açık bir şekilde ifade etmektedir. Ayrıca, aşıya devamsızlıkların giderek artmasının ve duyarlı havuzun %33'lere ulaşarak her an bir salgına neden olabilecek boyuta gelmiş olmasının, çok yakında tedavi edici hekimlik hizmetlerinde yeni performans puan artışını da beraberinde getireceğini düşündürmektedir.

Sosyalleştirme yasının ve anayasanın yurttaşlarımıza sağladığı en temel haklardan birisi "sağlık hizmetlerinin hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese ücretsiz ve eşit olarak verileceği" ilkesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri dışındaki tüm sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında paralı hale getirilmesi 224 sayılı yasaya ve anayasaya aykırıdır, ancak sağlık ocaklarında 2001 yılından beri aile planlaması hizmetlerinden bağış adı altında para alınmaktadır (Kılıç, 2002). 2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre ülkemizde herhangi bir yöntem kullanan doğurgan çağ evli kadın oranı %71.0, etkin yöntem kullanma oranı %42.5'tir (TNSA, 2003). Bu oranlar Samsun il merkezinde sırasıyla %54 ve %32'dir. Sağlık ocaklarının bildirimlerine göre 2001-2005 yılları arasında 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma oranlarında bir değişiklik olmamış, en azından geleneksel yöntemlerden, etkin yöntemlere geçiş bile sağlanamamıştır. Bu fiili durum özellikle de RIA kullanan sayısında görüldüğü gibi, koruyucu sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğinin nasıl kısıtlandığını açıkça göstermektedir.

Çevre sağlığına yönelik koruyucu hizmetler de performans uygulamasından payını almış ve gayrisihhi müessese denetimleri sonucu alınan örnek sayıları, performans uygulamasından sonra daha da belirgin olmak üzere, son beş yılda yarı yarıya azalmıştır.

Devletin performans dayalı döner sermaye uygulamasına geçme gerekçeleri, personel motivasyonunu ve verimliliğini arttırmak, sağlık hizmeti kullanımından memnuniyeti arttırmak ve üretilen hizmete paralel ek ücret ödenmesidir (Kılıç, 2002). Ancak bu uygulama ekip çalışmasını ortadan kaldıran, koruyucu hizmetlerin geri plana atılmasına neden olan, yol açtığı etik dışı sonuçlara ve uygulamalara hekimlerin büyük çoğunluğunun olumlu bakmadığı, kamu sosyal güvenlik sistemlerine mali yük bindiren bir sistemdir. Diğer yandan bütçeden alınan bu sermaye ile, bir kamu kuruluşu ayrı bir ekonomik yapı altında para kazanmakta, yani bir ölçüde özelleştirilmektedir (Nesanir, 2005). Kişiyne yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada vereceği iddia edilmesine karşın bu tanımlamayla sağlık ocağındaki toplumsal bakış açısını göz ardı eden yeni yapılar oluşturulmuştur. Bu bölünmüş ve yapay yapının sağlık ocağı bütünündeki aşı oranlarının, bulaşıcı hastalıkların değerlendirmesini nasıl yapacağını ve tüm bunların su ve gıda kontrolleriyle olan bağlantısını nasıl kurabileceğini görmezden gelmiştir. Bir kaç yıldır İzmir'de Bornova'da yapılan bölge tabanlı uygulamanın başarısızlığı göz ardı edilmiş, kişisel sağlık fişlerinin dahi kullanılmadığı, bir kaç büyük binada sadece poliklinik uygulamalarına yoğunlaşıldığı dikkate alınmamıştır (TTB, 2003).

Sonuç ve Öneriler

Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarında, poliklinik ve laboratuvar bakı sayılarındaki artışa rağmen; koruyucu hekimlik, aile planlaması ve çevre sağlığı gibi hizmetlerde yetersizlik olduğu saptanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesi; performans uygulamasının yürürlüğe girmesiyle de tedavi edici hekimlik hizmetlerinin öncelenmesi bu tabloyu yaratmıştır. Tüm bu olumsuz sonuçların hem bireysel, hem de toplumsal sağlığı tehdit ettiği sağlık göstergeleriyle de açıkça ortadadır.

Sağlık hizmetleri "planla-uygula-değerlendir-yeniden planla" ilkesi doğrultusunda yönetilmek zorundadır. Sağlık ocağı sorumlu tabibinden başlayarak, bakanlık üst düzey yönetimine kadar her kademedeki bu prensip uygulanmalı; sunulan hizmetin ve sunum yöntemlerinin bireysel ve toplumsal etkinliği, performans uygulamasında olduğu gibi sadece sunulan hizmetlerin sayısal çıktılarıyla değil, bölgesel ve ulusal sağlık göstergeleri ile birlikte değerlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'na düşen görev, sonuçlarını birey ve kamu yararı yönünden detaylarıyla değerlendirmede bir dolu sağlık hizmet modeli uygulamalarına başlamak yerine, çağdaş hekimlik anlayışına en uygun yönetim modeli olan 224 sayılı yasaya işlerlik kazandırmak ve sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerini birbirinden ayırmaksızın sunmak olmalıdır.

KAYNAKLAR

- Keskinoğlu, P, Kılıç, B, Konakçı, SK, Kulaç, E, (2002). Narlidere Araştırma ve Sağlık Bölgesi Sağlık Düzeyi Göstergelerine Sağlık Ocaklarındaki Döner Sermaye Uygulamasının Etkileri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, Cilt:2, s:535.
- Kılıç, B, Aksakoğlu, G (2002). "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulaması Yanlıştır!". Toplum ve Hekim 2002; 17(5): 338-343.
- Nesanir, N, Erem, A, Bilge, B, Karaca, F, Hardal, A (2005). Manisa'da I. ve II. Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. XI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, 2005, Ankara. http://www.11tuek.ato.org.tr/Nasir_Nesanir.ppt
- Öztek, Z (2004), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. İçinde: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayıncılık, Ankara, 2004, 91-111.
- Pala, Sariözen D, Türkan A, Günay N (2005a). "Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner sermaye ve Aile Hekimliği İle İlgili Düşünceleri". Toplum ve Hekim 2005; 20(3):177-185.
- Pala K (2005b), "Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması". Toplum ve Hekim 2005; 20(1):72-74,
- Resmi Gazete (1961) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Kanun No:224, Resmi Gazete No: 10705, 12,01,1961.
- Resmi Gazete (2001) "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No:4618, Resmi Gazete No: 24296, 23/1/2001.
- Resmi Gazete (2006), "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete No: 26166, 12/05/2006.
- Sağlık Bakanlığı (2004), "Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" Yönerge No:12311, 2004.
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2003). "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı", 2003. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkeyi2003/icindekiler-2003.htm>
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2001). Bölge Tabanlı Hizmet Uygulaması Hakkında Genelge. Ankara, 2001. http://www.saglik.gov.tr/codes/mevzuat/mevzuat_goster.asp?mid=78
- TNSA (2003), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, 65.
- TTB (2003), "Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor?". TTB Yayınları. Ankara, 2003.
- Türk Dil Kurumu (2005), Türk Dil Kurumu Genel Türkçe Sözlük. Ankara, 2005, 567.
- Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu (2002). "I. Basamakta Döner Sermaye Uygulaması". Eylül 2002, Ankara.
- Üner, S (2005). "Sağlıkta Dönüşümün Temel Sağlık Hizmetlerine Etkileri". Toplum ve Hekim 2005; 20(1): 75-78.