



SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE “AİLE HEKİMLİĞİ”NİN YERİ

YRD. DOÇ. DR. ÇAĞLAR BİLGİN*

Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerinin bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci

*Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı.

basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

Türkiye’de Aile Hekimliği

Çağdaş aile hekimliği ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunmak temel hedef olmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek, ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Aile hekimliğinin multidisipliner bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünülürse bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Birey merkezli olmasının yanında bütünlüştürücülük, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimliği uygulamasının önemli bir yapı taşıdır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili olarak karşılanabilecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesini, Alma Ata Kongresi’nde de alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda “Herkes için Sağlık” anlayışını hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir.

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca çalıştırılan personele yapılacak ödemeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Hâlen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

“30.12.2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete’de Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında yönetmelik yayımlanmıştır.” Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı KHK” ile Aile Hekimliği Kanunu olarak isminde ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır.

Türkiye’de dillendirilen aile hekimliği kavramı paramparça durumdadır. Çünkü kutsal aile sözünden çıkartılarak aldatıldığı nokta şudur: Aile hekiminin aileyi ziyaret edip orada yaşama koşullarını değerlendirebilmesi için zaman gereklidir fakat bu pratikte mümkün görülmemektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde göze çarpan yanlışlıklar şunlardır:

- Aile hekimliği bütüncül yaklaşan bir tıp disiplini değil,
- Bireye yönelik hizmet var,
- Hastalıklara odaklı, koruyucu hekimlikle çok fazla ilgisi yok,
- Hasta-hekim yakınlaşması ve iş birliği yok ve hekimi hastaya bağımlı hâle getiriyor,
- Sevk zinciri yok,
- Gece-gündüz hekime ulaşma olanağı uygulamada yok (hekime ulaşmada her zaman ulaşılabilirlik vurgulanıyor ancak uygulamada yok),
- Ancak periyodik muayene sonucu korunabilen hastalıklardan korunabilecek,
- Hekim seçme özgürlüğünden bahsediliyor ama bu etik değerlere zarar vermektedir ve bu sistem bir süre sonra hasta seçmeye gitmektedir,

Aile hekiminin aileyi ziyaret edip orada yaşama koşullarını değerlendirebilmesi için zaman gereklidir fakat bu pratikte mümkün görülmemektedir.

Tıp fakültesi
6.sınıf intern
doktorluk
aile hekimliği
staj yılı
olarak adlan-
dırılmaktadır.
Bu durum
pratisyen
hekim ile aile
hekimini aynı
kategoride
değerlendir-
mek anlamına
gelmektedir.

-Muayenehane hekimliği söz konusu. Muayene hekimliği, hekimin yalnızlaşmasını, rekabeti getiriyor ve hekimin işletmecilik becerisini ön plana çıkartıyor,

-Tıp Fakültesinden mezun olan pratisyenler hemen aile hekimi olarak görevlendirilmektedir. Tıp fakültesi 6.sınıf intern doktorluk aile hekimliği staj yılı olarak adlandırılmaktadır. Bu durum pratisyen hekim ile aile hekimini aynı kategoride değerlendirmek anlamına gelmektedir.

Dünya'da Aile Hekimliği

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. Ancak aile hekimliğinin, İngiltere'de, ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında oldu. 1966 yılında American Medical Association

(Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan "aile hekimliği" tanınmıştır. 1969'da "Amerikan Aile Hekimliği Board"u (ABFP) oluştu ve aile hekimliği uzmanlığı doğmuş oldu. 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım stratejiler ve hedefler gösterilmiş olmasıdır.

Avrupa Birliği, halk sağlığının iyileştirmeyi, hastalıkların önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırlamıştır. Bu programa göre hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğu dikkate alınarak sağlık politikası belirleyicilerinden, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları hedeflenmiştir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık

sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir. Kapsamlı, sürekli, koordine edilen ve kişiye özel bir sağlık hizmeti verilmesinin sağlanmasında özellikle aile hekimleri çok önemli bir konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetinin diğer çalışanları yanında onların rolü, sağlık alanında kaynakların optimal biçimde değerlendirilebilmesi için çok önemli görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu geliştirmeleri durumunda geleceğin sağlık sistemleri içinde rolleri daha da belirgin olacaktır.

İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Aile hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adillığe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine

getirebilmek için aile hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün hâlinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir.

Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmalı ve çalışmalıdır. Aile hekimliği uzmanlık disiplini her tıp fakültesinde öğretilmeli ve aile hekimi/dal uzmanı dengesi kurulmalı, her ülkede aile hekimliği mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi verilmelidir. Avrupa Topluluğu 1 Ocak 1995'te yürürlüğe giren bir kararla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin fakülte sonrası en az 2 yıl eğitim almasını zorunlu kılmış ve 1 Ocak 1996 tarihinde ise eğitim süresi 3 yıla çıkarılmıştır. Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

Amerika'da 30 yıllık gelişimini tamamlayan aile hekimliği, günümüzde faal olarak çalışan aile hekimleri Amerikan sağlık sisteminde çok önemli role sahiptir.

Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları dahiliye uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir ve bir günde diğer uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazla sayıda hasta görmektedirler ve uygulamaları yüksek oranda hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Amerika'da aile hekimliği oldukça yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapmaları için teşvik edilmektedir.

Almanya'da, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1980 yılından itibaren aile hekimliği için uzmanlık eğitimi seçmek isteyen doktorlar için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaya başlanılmıştır. 1994

İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır.

yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hâle getirilmiştir. Aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı % 45-50 dolayındadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir.

İngiltere’de, aile hekimliği uygulamaları 1601 yılında başlamıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütü vardır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin çoğu vergilerle finanse edilmektedir. Ülkedeki 34.000 civarındaki aile hekiminin çoğu 4-5 hekimden oluşan grup muayenehanelerinde hizmet verir. Bir aile hekimine düşen nüfus 3000 civarındadır. Kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk alamayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı % 10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir.

Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır ve mezuniyet öncesi eğitimi verilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979’da zorunlu hâle getirilmiştir ve bir yıllık intern döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır

Kanada’da, birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2. basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluştururlar. Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler ve böylece geriatri, acil tıp veya akademik kariyere girebilirler.

Norveç’te ise, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılında kabul edilmiştir. Süresi beş yıldır. Bunun 1 yılı klinikte 4 yılı da bir aile hekiminin yanında geçirilmektedir. Sürekli eğitim zorunludur.

Sonuç olarak; Türkiye’de dillendirilen aile hekimliği kavramı ile diğer ülkelerdeki kavram aynı mıdır?

Üniversitelerin Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve TAHUD ülkemizdeki aile hekimliği sisteminin diğer ülke örneklerindeki gibi olması için çalışmalar yapmakla birlikte, Hükümet ve Sağlık Bakanlığının söylemi hiç de diğer ülkelerdeki gibi değildir. Aile hekimliği sisteminin uygulandığı birçok ülkede bu sistem, ülke koşulları da gözetilerek bir sağlık sistemi olarak uygulanmaktadır. Birçok ülkede hizmet sunumu bölgenin özelliklerine göre muayenehanede ya da sağlık merkezinde yapılmaktadır. Bizdeki sağlık ocağı sistemi de bir anlamda İngiltere, Kanada, Norveç, İsrail gibi ülkelerdeki sağlık merkezlerinin yerine geçmektedir. Ancak sistemin finansmanında farklılıklar vardır. Bizim diğer ülkelerden en büyük farkımız, diğer ülkeler sağlık ocakları sistemiyle tanışmadan önce, ülkelerinin ekonomik durumlarına en uygun bir finansmanla sağlık ocağı benzeri bir sistem oluşturmaya çalışmışlardır. Oysa biz tam olarak uygulanması halinde şimdikinden daha mükemmel olacak bir sistemi tamamen yıkıp başka ülkelerin vazgeçmeye çalıştıkları tüketici bir sistemi zorla dayatmaya çalışıyoruz. Aile hekimliği sistemini tartışırken ülkelerdeki aile hekimliği modelleri finansman boyutuyla birlikte değerlendirilmelidir.

Oysa biz tam olarak uygulanması halinde şimdikinden daha mükemmel olacak bir sistemi tamamen yıkıp başka ülkelerin vazgeçmeye çalıştıkları tüketici bir sistemi zorla dayatmaya çalışıyoruz.

Sonuç ve Öneriler

1- Sağlık bir bütündür ve sosyal bir durumdur. Aile hekimliği sağlığı bireyselleştirmekte ve halkın sağlığa erişimini tamamen ekonomik duruma endekslemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sosyal sağlık politikaları çerçevesinde sunulmalıdır.

2- Genel olarak bakacak olursak 224 sayılı Kanun bu konunun bütün taraflarınca sağlıkta eşitsizlikleri giderecek şekilde eksiklikleri tamamlanıp yanlışlıkları düzeltilmelidir. Çünkü bugünkü uygulanan hâliyle 224 sayılı Kanun sağlıkta erişimi tam olarak sağlayamamaktadır.

3- Sağlık ocağı modelinde her hekim için koruyucu ve/veya tedavi hizmetleri için ebeler gibi bölge verilmelidir.

4- Sağlık ocağı bölgelerinin sınırları siyasal değil coğrafik yapılanmaya göre belirlenmelidir.

Küreselleşme süreci (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu...) her ne ad altında sağlıkta özelleştirmeyi dayatsa da sağlık hizmetleri daima kamu hizmetleri

Sağlık ocağı bölgelerinin sınırları siyasal değil coğrafi yapılanmaya göre belirlenmelidir.

olarak, koruyucu hizmetlerin öncelikli olduğu entegre, genel bütçeden finanse edilen, herkese eşit, nitelikli, ücretsiz erişilebilir olarak sürdürülmelidir. Çünkü temel sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerine erişim en temel insan hakkıdır.

Kaynaklar

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2001.

ÖZTEK Z. Temel Sağlık Hizmetleri. 2. basım, Hacettepe Halk sağlığı Vakfı Yayın no 92/2, Ankara 1992: 7.
DOĞAN BG, MÜFTÜ G, BERTAN M. İnsan Hakları, Kadın Hakları ve Çocuk Hakları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Güler Ç, Akın L. Ankara 2006: 1207.

Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Margaret Whitehead. TTB Yayını. Sayfa: 21.

HAYRAN O. Küreselleşme ve Sağlık. Yeni Türkiye Dergisi 2001;40: 1111.

Dünya Çalışma Raporu 2000. Değişen Dünyamızda Gelir ve Sosyal Güvenlik. Uluslararası Çalışma Ofisi. Cenevre 2000.

Güneydoğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma Planı T.C. Başbakanlık GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Cilt 1. 2002:5.

HAYRAN O, NUHOĞLU A, İNAN A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler. Toplum ve Hekim 1988;46: 17-21.

ŞERİFHAN M, PINAR M, İNCİ A, YILDIRIM Ö, YÜCETAŞ A, ESER E. Muradiye sağlık ocağı bölgesi gebe ve 0-24 Aylık Bebek-Çocuk Annelerinin Sağlık Hizmetleri

TTB 2010-2011-2012 Aile Hekimliği Sorun Öneri Bildirgeleri

Aile Hekimliği Derneği, Aile hekimliği Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği 2012

Türk Sağlık Sen Aile Hekimliği ve Sorunları kitapçığı 2010

Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Yönerge ve Mevzuatlar KHK ler 2004-2012

Sağlık-Sen Aile Hekimliği Çalışmaları.