



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ
UYGULAMASI HAKKINDA PAYDAŞ GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Beyza YAPICI

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI
HAKKINDA PAYDAŞ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beyza YAPICI

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2023

KABUL VE ONAY

Beyza YAPICI tarafından hazırlanan ‘‘Türkiye’de Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri Uygulaması Hakkında Paydaş Görüşlerinin Değerlendirilmesi’’ başlıklı bu çalışma, 08.06.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Başkan)

Prof. Dr. Oğuz IŞIK (Danışman)

Doç. Dr. Seda AYDAN (Üye)

Doç. Dr. Mevlüt KARADAĞ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Aysun KANDEMİR TÜRE (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

16.06.2023

Beyza YAPICI

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.*

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Oğuz IŞIK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arş. Gör. Beyza YAPICI

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanmasında, araőtırılmasında, yűrűtűlmesinde ve oluőumunda ilgi ve desteęini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrűbelerinden yararlandıęım, yűnlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalıőmamı bilimsel temeller ıőıęında őekillendiren ve deęerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan danıőmanım ve sayın hocam Prof. Dr. Oęuz IŐIK' a sonsuz teőekkűrlerimi sunarım.

Yine çalıőmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen, çalıőma sűresince tűm zorlukları benimle gűęűsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan çok deęerli aileme ve arkadaőlarıma teőekkűrű bir borç bilirim.

ÖZET

YAPICI, Beyza. *Türkiye’de Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri Uygulaması Hakkında Paydaş Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023.

Türkiye’de her dönemde sağlık hizmetleri alanında birtakım düzenlemeler ve yenilikler yapılmıştır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen kapsamlı bir uygulama planı gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda planlanan bileşenler arasında yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sisteminin oluşturulması yer almakta olup; bu planın güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili kademeli sevk zinciri ve idari mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturularak gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Ancak planlanan uygulamalardan aile hekimliği sistemine geçilmesine rağmen, etkili kademeli sevk zinciri uygulamasına geçilememiştir. Bu çalışma ile sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilememesinin farklı yönleri ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen çalışma kapsamında zorunlu sevk zinciri uygulaması konusunda etkili olabileceği ya da etkilenebileceği düşünülen tüm paydaşların (aile hekimleri, politik aktörler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları yöneticileri, tüketiciler) görüşleri değerlendirilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaliteye, maliyete ve memnuniyete etkileri ve uygulamaya geçirilip geçirilemeyeceği değerlendirilmiştir. Araştırmada veriler; politikayı etkileyen aktörlerin, hastane yöneticilerinin, aile hekimlerinin ve tüketicilerin görüşlerini ortaya koymak amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak paydaşlar ile yüz yüze ya da zoom üzerinden yapılan görüşmeler sonucu elde edilmiştir. Analizlerin sonucunda, paydaşların görüşleri ortak bir yaklaşımla değerlendirildiğinde paydaşların büyük çoğunluğu; sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görmekte ancak mevcut yapı içerisinde uygulanamayacağını ifade etmektedir. Paydaşlar uygulamaya geçilebilmesi için öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesi, aile hekimlerinin uzmanlık seviyelerinin geliştirilmesi, toplum bilincinin artırılması, eğitimlerle sistemin desteklenmesi ve herkesin katılımının sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini artıracığını, sistemdeki gereksiz işlemleri ve kaynak kullanımını engelleyerek maliyetleri düşüreceğini, gereksiz hasta yükünü engelleyerek hizmet sunucularının memnuniyetini artıracığını, diğer yandan ise hastaların alışık

olmadığı, kısıtlayıcı bir uygulama olarak görüldüğünden hasta memnuniyetini azaltacağını belirtmişlerdir. Bu çalışma sevk zinciri uygulaması hakkında paydaş görüşlerini yansıtmakta ve sevk zinciri uygulamasına geçilebilmesi için yapılması gerektiği düşünülen düzenlemeleri ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Sistemi, Sağlık Hizmetleri, Sevk, Sevk Zinciri, Paydaş Görüşleri

ABSTRACT

YAPICI, Beyza. *Evaluation of Stakeholder Views on the Implementation of the Chain of Referral in the Health System in Turkey*, Master Thesis, Ankara, 2023.

In every period, some regulations and innovations have been made in the field of health services in Turkey. In 2003, a comprehensive implementation plan called the Health Transformation Program (SDP) was carried out. In this context, the planned components include the creation of a widespread, easy-to-access and friendly health service system; this plan is planned to be realized by establishing health enterprises with strengthened primary health care services and family medicine, effective gradual referral chain and administrative financial autonomy. However, despite the transition from the planned practices to the family medicine system, an effective gradual referral chain application could not be implemented. With this study, it is aimed to evaluate the different aspects of the failure to implement the referral chain application. Within the scope of the study, which was carried out using the qualitative research method, the opinions of all stakeholders (family physicians, political actors, managers of secondary and tertiary health institutions, consumers) who are thought to be effective or affected by the compulsory referral chain application were evaluated. As a result of the interviews, the effects of the referral chain application on quality, cost and satisfaction in health services and whether it can be put into practice were evaluated. Data in the research; In order to reveal the views of policy-influencing actors, hospital administrators, family physicians and consumers, a semi-structured interview form was used and obtained as a result of face-to-face or zoom interviews with stakeholders. As a result of the analyses, when the views of the stakeholders are evaluated with a common approach, the majority of the stakeholders; sees the application of the referral chain as necessary, but states that it cannot be applied within the existing structure. Stakeholders stated that in order to be implemented, first of all, primary health care institutions should be developed, the level of expertise of family physicians should be developed, public awareness should be increased, the system should be supported with trainings and everyone's participation should be ensured. In addition, they stated that the referral chain application would increase the quality of care in health services, reduce costs by preventing unnecessary processes and resource use in the system, increase the satisfaction of service providers by

preventing unnecessary patient load, and on the other hand, it would reduce patient satisfaction as it is seen as a restrictive practice that patients are not used to. This study reflects the views of stakeholders about the referral chain implementation and reveals the arrangements that are thought to be made in order to switch to the referral chain implementation.

Keywords: Health System, Health Services, Referral, Referral Chain, Stakeholder Views

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİM SÜRECİ	5
1.1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI.....	5
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	8
1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	9
1.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	11
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	12
1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİM SÜRECİ	13
2.BÖLÜM: SEVK SİSTEMİ.....	23
2.1. SEVK SİSTEMİ KAVRAMI	23

2.2. SEVK SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ.....	25
2.2.1. Sağlık Sistemine İlişkin Özellikler.....	27
2.2.1.1. Hizmet Sunan Kurumlar (Kamu ve Özel) ve Bakım Kalitesi	27
2.2.1.2. Performans Beklentileri ve Organizasyonların Katılımı	28
2.2.2. Sevki Başlatan Sağlık Kurumu	29
2.2.3. Sevkin Uygulanabilirliği	29
2.2.4. Sevk Edilen Sağlık Kurumu.....	30
2.2.5. Denetim ve Kapasite Geliştirme	31
2.3. SEVK SİSTEMİ AKIŞI.....	32
2.4. SEVK SİSTEMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	35
2.5. FARKLI ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SEVK SİSTEMİ....	40
2.5.1. İngiltere	41
2.5.2. Almanya	43
2.5.3. Hollanda	44
2.5.4. İsveç	45
2.5.5. Danimarka	46
2.5.6. Finlandiya.....	48
2.5.7. İrlanda.....	49
2.5.8. İspanya	50
2.5.9. İtalya.....	51
2.5.10.Fransa	52
2.5.11. Küba	53
2.6. TÜRKİYE’DE SEVK SİSTEMİ VE YAPISI	55
2.6.1. Sevk Sistemine İlişkin Plan ve Düzenlemeler.....	57
2.6.1.1. Sevk Sisteminin Kalkınma Planlarındaki Yeri.....	57

2.6.1.2.	Sevk Zincirinin Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlarındaki Yeri	59
2.6.1.3.	Sevk Zinciri Uygulamasına İlişkin Kanuni Düzenlemeler.....	61
3.	BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	64
3.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	64
3.2.	EVREN VE ÖRNEKLEM	66
3.3.	VERİ TOPLAMA ARACI VE VERİLERİN TOPLANMASI.....	67
3.4.	VERİLERİN ANALİZİ.....	69
3.5.	GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK	70
3.6.	KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR	72
4.	BÖLÜM: BULGULAR	73
4.1.	TANIMLAYICI BULGULAR.....	73
4.2.	ANALİZ BULGULARI.....	75
4.2.1.	Temalar ve Kategorilere İlişkin Bulgular.....	75
4.2.2.	İçerik Analizine İlişkin Bulgular.....	78
4.2.2.1.	Tema 1: Gereklilik.....	79
4.2.2.2.	Tema 2: Uygulanabilirlik	84
4.2.2.3.	Tema 3: Kalite	89
4.2.2.4.	Tema 4: Maliyet	93
4.2.2.5.	Tema 5: Memnuniyet	98
4.2.3.	Paydaşların İkili Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular.....	105
4.2.3.1.	Politik Aktörler ve Hastane Yöneticileri	105
4.2.3.2.	Politik Aktörler ve Aile Hekimleri.....	106
4.2.3.3.	Politik Aktörler ve Tüketiciler.....	108
4.2.3.4.	Hastane Yöneticileri ve Aile Hekimleri	109
4.2.3.5.	Hastane Yöneticileri ve Tüketiciler.....	110

4.2.3.6. Aile Hekimleri ve Tüketiciler.....	111
5.BÖLÜM: TARTIŞMA.....	113
5.1. GEREKLİLİK.....	114
5.2. UYGULANABİLİRLİK.....	115
5.3. KALİTE	119
5.4. MALİYET.....	120
5.5. MEMNUNİYET	121
6.BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	124
6.1. SONUÇLAR.....	125
6.2. ÖNERİLER	128
KAYNAKÇA	130
EK 1: KATILIMCILARA İLİŞKİN BİLGİLER	146
EK 2: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU	147
EK 3: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	148
EK 4: ETİK KURUL İZİN FORMU	149
EK 5: ORJİNALLİK RAPORU	150

KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AR-GE	: Araştırma Geliştirme
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BBSH	: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
MHRS	: Merkezi Hasta Randevu Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SKS	: Sağlık Kalite Sistemi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi

TTB : Türk Tabipleri Birliği

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

WONKA : World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Yapılan Düzenlemeler.....	21
Tablo 2. Sevk Sisteminin Bileşenleri.....	26
Tablo 3. Çalışma Kapsamında Görüşülen Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	74
Tablo 4. Tema ve Kategorilere Göre Katılımcı Cevaplarının Frekansları ve Yüzdeleri	79
Tablo 5. Gereklilik Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar	80
Tablo 6. Uygulanabilirlik Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar.....	85
Tablo 7. Kalite Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar.....	90
Tablo 8. Maliyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar.....	94
Tablo 9. Memnuniyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar.....	98
Tablo 10. Memnuniyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar (Devam)	99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sevk Sistemi Akışı.....	33
Şekil 2. Katılımcı Kayıtlarına İlişkin Kelime Bulutu.....	75
Şekil 3. Oluşturulan Temalara İlişkin Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli.....	76
Şekil 4. Katılımcı Kayıtlarına İlişkin Kod Bulutu	77
Şekil 5. Kod Birlikte Oluşum Modeli	104
Şekil 6. Politik Aktör ve Hastane Yöneticileri Görüşlerinin Karşılaştırılması	105
Şekil 7. Politik Aktör ve Aile Hekimleri Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	107
Şekil 8. Politik Aktör ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	108
Şekil 9. Hastane Yöneticisi ve Aile Hekimi Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	109
Şekil 10. Hastane Yöneticisi ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması	110
Şekil 11. Aile Hekimi ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	112

GİRİŞ

Sağlık sistemleri, komplike sosyal yapılar olarak ifade edilebilir. Kişi ve toplum sağlığı çok farklı etkenlere maruz kaldığından, sağlık sisteminde kesin bir çerçeve belirlemek çok güçtür. Bu nedenle sağlık sistemi dar ve geniş anlamda değerlendirmek uygun bir yaklaşımdır. Dar anlamda sağlık sistemi hastane, aile sağlık merkezi gibi doğrudan hizmet sunan kurumlar kapsamına girmektedir. Geniş anlamda ele alındığında ise sağlık sistemi, hizmet sunan kurumların yanında, sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli insan kaynağını, hizmet sunumunda kullanılan tıbbi teknoloji ve tıbbi malzemeleri üreten, dağıtan işletmeleri, hizmetlerin finansmanını sağlayan sigorta kuruluşlarını ve sağlık sistemini düzenleyen diğer kurum ve kuruluşları kapsamaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2018, s. 74).

Sunulan hizmete göre sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç boyutta incelenebilir. Birinci basamak olarak nitelendirilen sağlık hizmetleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır ve hizmete ulaşımında sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeridir. Bu hizmetler çoğunlukla pratisyen hekim ve sağlık çalışanları aracılığı ile sunulur. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise, alanında uzman doktorlardan ve sağlık çalışanlarından oluşan bir kadro ile sunulur ve farklı büyüklüklerdeki hastanelerde tedavi amaçlı verilen hizmetleri kapsar. Burada hedef, ihtiyaç dâhilinde olan tedavi hizmetinin verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık sorunu giderilemeyen hastaların ihtiyacı ikinci basamak sağlık kurumlarında giderilmektedir. Son basamak olan üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise öncelikli hedef tedavinin sağlanmasıdır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında hizmet, büyük ölçekli hastaneler ya da eğitim araştırma hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında verilen hizmet, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen, nitelikli bilgi ve donanımlı tıbbi kaynağın gerektiği, ağır vakaların çözümüne yönelik uygulamaları kapsamaktadır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2017, s. 194).

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmetlerin basamaklandırılması sağlık ihtiyacına göre düzenlenmiş ve bu bağlamda da buna uygun başvuru sisteminin işlemesi istenmiştir. Bu noktada birinci basamak, sağlık hizmetlerine giriş noktası olmaktadır. Yani, birinci basamak tıbbi bakımın temel disiplini ve Avrupa'daki birçok sağlık sisteminin ana taşıdır. Bu bağlamda da aile hekimliği ve pratisyen hekimlik kavramları ortaya çıkmıştır. Avrupa vatandaşlarının büyük çoğunluğunun bir aile hekimi vardır ve onunla düzenli olarak iletişim halindedir. Aile hekiminin kapı tutucu olarak hareket ettiği sağlık sistemlerinde, tüm hasta şikâyetlerinin %80'i kesinlikle birinci basamakta çözülebilmektedir (Hummerts-Pradier, ve diğerleri, 2009, s. 244). Dolayısıyla aile hekimlerinin bu kapı tutucu rolü sevk zinciri kavramını ve önemini ortaya koymaktadır.

Çoğu devlet, sağlık hizmetlerinde etkili bir hizmet sunumunun sağlanması için politikalarında revizyonlara gitmekte ve birtakım değişiklikleri yürürlüğe koymaktadır. Bu politikalar çoğunlukla, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi uygulamaları, ar-ge çalışmaları, mali yapı, organizasyon ve örgütlenme konularında yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde her bir basamakta performansı ve kaliteyi artırmak, doğru ve iyi sağlık hizmeti sunmak ve gereksiz harcamaları azaltmak için uygulanan sevk zinciri de yapılan bu düzenlemeler içerisinde (Bulut & Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 166).

Sevk, birinci basamak hekimin bir hastanın bakımını bir veya daha fazla uzman arasında paylaşma kararı, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda bir işbölümü yaratması olarak tanımlanabilir (Grembowski, Cook, Patrick, & Roussel, 1998, s. 5). Sağlık Bakanlığı sevk uygulamasını; acil vakalar haricinde hastanın öncelikli başvuru noktası olarak birinci basamağa müracaat etmesi, eğer bu basamakta sağlık ihtiyacı karşılanamazsa bir sonraki basamağa yönlendirilmeleri olarak tanımlamıştır. Bu sayede hastaların ilk olarak birinci basamağa gitmeleri ve sadece ihtiyacı olanların ikinci veya üçüncü basamağa başvurmaları sağlanacaktır. Bunun sonucunda bireyler zamansal fayda sağlayacak, ikametgâhlarına en yakın konumda bulunan birinci basamak kuruluşlarında hizmet alacak ve böylece hastanelerin fazla olan hasta yükü ortadan kalkarak, sonuçta

hizmet kalitesi artacak ve maliyetler azaltılmış olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu sistem, esas olarak, tedavinin bir aile hekimi tarafından sağlanan bakımın sürekliliği fikrine dayanmaktadır. Bu sayede tedavinin en düşük etkili bakım seviyesinde gerçekleşmesi sağlanmaktadır (Pedersen, Andersen, & Søndergaard, 2012, s. 35).

Sevk zinciri uygulaması, sağlık sisteminde ilk müracaat noktası, eşgüdüm, sürdürülebilirlik ve kapsayıcılık hususları nedeniyle ülkelerin sağlık sistemlerinde dikkate değer bir uygulama olarak ele alınmaktadır. Uygulama, hem hastaların takip edilebilirliğini sağladığından hem de hastalar doğru hizmet basamağına gönderildiğinden özellikle birinci basamak hekimlere olumlu katkı sağlamaktadır. Bunun yanında, sevk zinciri uygulaması ile hastalar en doğru hizmete ulaşmakta, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sunulan imkânlar optimal bir şekilde kullanılabilir (Bulut & Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 166).

Uygun bir şekilde oluşturulmuş sevk zinciri, sağlık sistemindeki bütün bileşenler arasında sıkı bir etkileşim sağlar. Böylece kişiler ulaşımı en kolay olan konumda en etkili bakım hizmetini almış olurlar. Ayrıca hastanelerin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkin kullanımına yardımcı olur. Etkili bir sevk sistemi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görülen hastaların büyük bir kısmına, daha düşük maliyetle birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygun bir şekilde bakılabilir. İyi bir sevk sistemi ile hastalar, uygun düzeyde ve gereksiz maliyet oluşturmayan en uygun bakımı alır, hastane olanakları optimum ve maliyet etkin şekilde kullanılır, uzmanlık gerektiren hizmetlere en çok ihtiyaç duyan hastalar bunlara zamanında erişebilir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanır (WHO, 2015).

Sevk zinciri uygulamasının istenilen ve etkili bir biçimde uygulanabilmesi ancak iyi işleyen bir sistemin organize edilmesi ile mümkün olacaktır. Bunun için de sistemde yer alan tüm tarafların birlikte koordine bir şekilde çalışması gerekmektedir. Farklı

lkelerdeki sevk zinciri uygulamaları incelendiğinde çeşitli yapıların olduğu görülmektedir (Bulut & Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 166). Birleşik Krallık ‘ta sistemde yer alan her birey bir aile hekimine de kayıtlıdır. İngiltere’de bu uygulama ile kişilerin sağlık hizmetine erişebilmeleri için öncelikle bir aile hekimine başvurması gerekmektedir. Almanya’da da tıpkı İngiltere’deki gibi bir aile hekimliği sistemi mevcuttur. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından karşılanırken, tedavi hizmetleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. İspanya’da da yürürlükte olan bir aile hekimliği uygulaması ve buna bağlı olarak zorunlu sevk zinciri uygulaması vardır (Başol, 2015, s. 131-134). rnek uygulamalarda görüldüğü gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık vermiş ve bu hizmetleri geliştirmiş olan ülkelerde aile hekimliği uygulaması ve buna bağlı olarak da sevk zinciri uygulamasından söz edilebilmektedir. Yani bu uygulamalarda aile hekimi kapı tutucu görevi görmekte ve sağlık hizmeti almak isteyen bir kimse öncelikle aile hekimine başvurmak durumunda kalmaktadır.

Sevk zincirinin Türkiye’de de yürürlüğe geçirilebilmesi için yıllar boyu birçok çalışma gerçekleştirilmiş ve pek çok politika düzenlemelerine gidilmiştir. Her ne kadar bazı düzenleme girişimlerinde bulunulsa da bir takım sebeplerden dolayı hali hazırda başarı elde edilememiştir (Bulut & Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 166). Tüm bunları göz önüne alarak sevk sisteminin uygulamaya geçirilememesinde pek çok farklı değişkenin etkili olduğu söylenebilir. Bu etkiler farklı aktörlere göre farklı önceliklerde yer alabilir. Bu alışma ile zorunlu sevk zinciri uygulaması ile ilgili değerlendirmeler farklı paydaş görüşleri ele alınarak incelenmiştir. Bu kapsamda çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri kavramı ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim süreci, ikinci bölümde ise sevk sistemi kavramı ülke örnekleri ve yasal düzenlemeleri de içerecek şekilde ele alınmıştır. nc bölümde çalışma kapsamında kullanılan yönteme ilişkin bilgiler sunulmuş, dördüncü bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Beşinci bölümde benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırmalar yapılarak tartışılmış ve son bölümde sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİM SÜRECİ

Bu bölümde sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kavramları ve Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin gelişim süreci hakkında bilgi sunulmuştur.

1.1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Sağlık hizmeti, geçmişten günümüze süregelen insanlık tarihinde önemli bir yer edinmiştir. İnsanlar var olduğundan beri coğrafya, bölge, zaman dilimi fark etmeksizin, temel ihtiyaçların yanında bireyler için vazgeçilmez bir gereksinim olmuştur. Günümüz şartlarında ise sağlık hizmeti, bir ülkenin gelişmişlik seviyesini belirleme hususunda önemli ölçülerden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri neredeyse her ülkede “kamu hizmeti” olarak tanımlanmış ve devlet tarafından topluma sağlanması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir (Karadibak, 2015, s. 79).

İnsan yaşamının vazgeçilmez bir parçası olan sağlık hizmetleri, birey sağlığının korunması ve tedavisi açısından sağlık personeli tarafından verilen hizmetlerdir. Sağlık kavramı bireyin en önemli sorunları arasında olabilmektedir. Toplumun yaşamını devam ettirebilmesi, çalışma hayatına ve eğitim süreçlerine katılabilmesi için sağlıklı olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti bireyin en temel ihtiyaçlarının başında gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini, etkili, kaliteli ve doğru bir biçimde sunmak toplumun devamlılığı için yadsınamaz bir gerçektir. Genel tanımıyla sağlık hizmeti kişilerin ihtiyacı olan; sürdürme, sağlığını muhafaza etme ve iyileştirme üçgeninde sunulabilecek, evrensel standartlara uygun ve teknolojik gelişmelerle güncellenen tesislerde, uzman personellerin bilgi ve tecrübelerinden faydalanmak suretiyle topluma sunulan hizmettir (Ekinci, 2015, s. 6).

Sağlık hizmetleri mevzuatta Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun içerisinde tanımlanmıştır. Bu kanun sağlık hizmetlerini “ *İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler*” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 1961).

Ülkelerin refah seviyelerinin artması ve kalkınmaları hususunda sağlık hizmetleri birçok bileşeni bulunan komplike hizmetler zinciri olup (Karadibak, 2015, s. 85); bu hizmetlerin amaçları şu şekilde sıralanabilir (Alu, 2017, s. 33);

- Bireye sağlık okur-yazarlığı, sağlıklı yaşama bilinci ve eylemi aşılama,
- Toplumda bireylerin sağlık ihtiyacını kişisel ya da demografik değişkenlere bağlı kalmadan hakkaniyetli bir şekilde, tam ve etkili olarak karşılamak,
- Kişinin sağlığı üzerinde etkili olan fiziksel, biyolojik ve sosyal çevresini sağlıklı hale getirmek,
- Sağlıkta iyilik haline ulaşabilmek, bunu muhafaza ederek ve geliştirerek toplumda sağlığı yaygınlaştırmaktır.
-

Çok kapsamlı bir uygulama ağından oluşan sağlık hizmetleri, birden fazla sektör, kamu ve özel kuruluşların aracılığı ile bu uygulamaları icra etme görevini üstlenmiştir. Toplumun sağlığa kavuşması kişilerin sağlık problemlerinin, hastalıklarının giderilmesi ve hastalığa sebebiyet verebilecek hususların bertaraf edilmesi halinde gerçekleştirilebilir. Bu bağlamda sınıflandırılmış sağlık hizmetlerinin birbirleri arasındaki etkileşiminin verimliliği toplum sağlığının sağlanabilmesi ile doğru orantılıdır (Karadibak, 2015, s. 85).

Sağlık hizmetleri sağlığı korumak, tedavi etmek ve rehabilite etmek amacıyla verilen hizmetler şeklinde kapsamlı olarak tanımlanabilir. Bu hizmetler ayrı başlıklar altında ele alınmıştır (Akdur vd., 1998, s. 12);

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin sağlığını korumaya yönelik verilen hizmetleri içerir. Kişiyeye yönelik ve çevreye yönelik verilen hizmetler şeklinde ikiye ayrılır. İnsanların sağlığını negatif yönde etkileyecek etkenlerin kaynağında yok edilmesi için var olan uygulamaların bütünüdür. Özetle; bireyleri hastalığa neden olan etmenlerden uzaklaştırmayı amaçlayan, hastalıkların önlenmesi ve var olan sağlık halinin muhafaza edilmesi için verilen hizmetlerin tümüdür. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan sağlık personeli tarafından verilen ve bireylerin sağlık durumlarının olumsuz yönde etkilenmesini engelleme amacıyla yapılan uygulamaları içermektedir (Atasever & Bağcı, 2020, s. 5).

Önleme, olağan klinik düşünce modelini tersine çevirir: genellikle nüfus düzeyinde başlar ve ardından bilgiyi bireye geri çevirir. Koruyucu hekimlik, hastalığın patolojisine odaklanmak yerine riske odaklanır. İyileştirici bakımın amacı genellikle hastaları eski, normal sağlık durumlarına geri döndürmektir. Önlemede amaç, popülasyon çapındaki dağılımı daha sağlıklı bir seviyeye getirerek normu değiştirmektir ve tüm topluma karşı sorumluluk gerektirir. Nüfusu sağlıklı tutmak, bir bireye sağlık hizmeti vermekten daha zordur (Fineberg, 2013, s. 85).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, sağlık ihtiyacı oluştuğunda kişiyeye sunulan hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetleri temel sağlık hizmetlerinden ayıran temel özellik bütünüyle bireye yönelik olarak verilmesidir. Hastalanan kişilerin yeniden sıhhat durumuna erişebilmesi amacıyla yapılan uygulamaları içermektedir. Bu hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerden oluşmaktadır. Sırasıyla birinci basamak, ilk müracaat ve ayaktan sağlık

hizmetlerini; ikinci basamak, hastanın yatırılarak tedavi sürecini ve üçüncü basamak ileri seviyede profesyonel bakımını ve donanımlı sağlık teknolojilerini bulunduran kurumlar tarafından sunulan hizmetleri içerir (Tengilimoğlu vd., 2017, s. 82).

1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak, “tüm ülkelerde resmi sağlık sisteminin ayrılmaz, kalıcı ve yaygın bir parçası” veya “sağlık hizmetleri sisteminin iki hedefinin - sağlığın optimizasyonu ve kaynakların dağıtımında eşitlik - dengelendiği araç” olarak görülmektedir. ”. Sağlığı ve esenliği en ileri seviyeye ulaştırmak için engelleyici, geliştirici ve rehabilite edici hizmetler sunarak toplumdaki en yaygın sorunları ele alır. Birden fazla sağlık sorunu olduğunda bakımı entegre eder, hastalığın var olduğu bağlamla ilgilenir ve insanların sağlık sorunlarına tepkilerini etkiler. Sağlığın teşviki, sürdürülmesi ve iyileştirilmesine yönelik temel ve uzmanlaşmış kaynakların dağıtımını organize eden ve rasyonelleştiren bakımdır (WHO, 2004, s. 16).

Birincil sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin, sağlığın geliştirilmesinden hastalıkların önlenmesine, tedaviye, rehabilitasyona, palyatif bakıma ve daha fazlasına kadar bir kişinin sağlık ihtiyaçlarını desteklemesini sağlar. Bu strateji aynı zamanda sağlık hizmetlerinin insanların ihtiyaçlarına odaklanan ve tercihlerine saygı duyan bir şekilde sunulmasını sağlar (WHO, 2022).

Birinci basamak, sağlık hizmetleri sistemine erişim için önemli bir noktadır (Green, Fryer Jr, & Yawn, 2001, s. 2023). Birinci basamak aynı zamanda çok çeşitli hastalara ve karmaşık hastalıklara yönelik bakım sağlar (Starfield, Lemke, Bernhardt, Forrest, & Weiner, 2003, s. 9).

Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin yeni nesil hali, aile hekimliği uygulamasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu kapsamda aile hekimliği disiplininin özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz (Europe W.O.N.K.A., 2002, s. 5):

- Normalde sağlık sistemi içindeki ilk tıbbi temas noktasıdır, kullanıcılarına açık ve sınırsız erişim sağlar, ilgili kişinin yaşı, cinsiyeti veya diğer herhangi bir özelliği ne olursa olsun tüm sağlık problemlerinin giderilmesini sağlar.
- Bakımının organizasyonunu sağlayarak, birinci basamaktaki diğer kurumlar ile beraber gerekli durumlarda hasta için koruyucu bir rol model üstlenmiştir. Ayrıca kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar.
- Bireye, ailesine ve içinde bulunduğu topluluğa yönelik, kişi odaklı bir tutum gözetir.
- Hekim - hasta ilişkisini optimal düzeye taşıyan ve sağlıklı iletişim kurulmasını sağlayan benzersiz bir uygulama sürecidir.
- Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen uzunlamasına bakım sürekliliğinin sağlanmasıdan sorumludur.
- Toplumdaki hastalık prevalansı ve insidansına göre belirlenen belirli bir karar verme sürecine sahiptir.
- Bireysel hastaların akut ve kronik sağlık problemlerinin bir arada çözüme kavuşturulmasını sağlar.
- Acil müdahale gerektirebilecek, erken teşhis edilmiş ve önlenebilecek sağlık problemlerini yönetir.
- Hem uygun hem de etkili müdahale ile sağlığı ve esenliği destekler.
- Toplum sağlığına yönelik önemli bir sorumluluğu vardır.
- Sağlık problemlerini fiziko-sosyal, psikolojik gibi geniş kapsamlarda inceler.

1.1.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkincil bakım, genellikle belirli uzmanlığa sahip doktorlar tarafından verilen daha uzmanlaşmış bir bakım düzeyidir. Bu uzmanlaşma vücudun belirli bir bölümü veya sistemi üzerine olabileceği gibi belirli bir hastalık, rahatsızlık veya durum için de olabilir.

Örneğin, onkologlar, kanserleri tedavi etme konusunda eğitimli bir uzmanlığa sahipken, kardiyologlar yalnızca kalp rahatsızlıkları ve anormallikleri üzerinde, dermatologlar ise akne, sedef hastalığı ve egzama gibi çeşitli cilt sorunlarının tedavisi üzerine çalışır (Indeed, 2021).

İkincil veya akut bakım hizmetleri, çoğu gelişmiş ülkede ağırlıklı olarak hastane temelli olmuştur, ancak bazı hizmetlerin fiziksel olarak yerleştirilebileceği ve sağlanabileceği yerlerde daha fazla esneklik olduğu için bu durum artık değişmeye başlamıştır. Bununla birlikte, ikincil bakım, bir hastalık veya sağlık sorunu için sağlanan epizodik tedavi olarak tanımlanabilir ve genellikle doğası gereği iyileştirici olarak görülür. İkincil bakım hizmetleri, hasta sevklerinin büyük çoğunluğunu aile hekimlerinden almakla birlikte acil servislerinden kabul edilen hastalar da söz konusudur. Acil servis genellikle hastalar tarafından birincil bakım sağlayıcısı olarak kullanılmaktadır. Ancak ikincil sağlık hizmetleri sunan bir genel hastanenin fiziksel ve organizasyonel ortamında yer aldığından, burada birinci ve ikinci bakımın örtüştüğü görülebilir (Walshe & Smith, 2006, s. 55).

Sağlık sistemi içerisinde önemli bir yere sahip olan hastaneler genel olarak dahiliye, kadın doğum, genel cerrahi ve pediatrinin yanı sıra acil servis, yoğun bakım, ortopedi ve geriatri hizmetleri olmak üzere çok çeşitli uzmanlık alanlarında sağlık hizmeti sunmaktadırlar (Walshe & Smith, 2006, s. 136).

İkinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından verilemeyen daha özel bakıma ihtiyaç duyan hastalar ise bir bölge veya ülkenin daha büyük nüfusuna hizmet veren üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna sevk edilebilir (Walshe & Smith, 2006, s. 55).

1.1.2.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmeti, üçüncü basamak sevk hastanesi gibi ileri tıbbi araştırma ve tedavi için personeli ve tesisleri olan bir tesiste, genellikle birinci veya ikinci basamaktan sevk edilen ve yatarak tedavi edilen hastalar için uzmanlaşmış konsültasyonel sağlık hizmetidir. Bu tür sağlık hizmeti, genellikle yatarak tedavi edilen hastalar ve ileri tıbbi araştırma ve tedavi için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sevkleri için uzmanlaşmış danışmalı sağlık hizmetidir. Üçüncü basamak hizmetlere örnek olarak plastik cerrahi, yanık tıbbi, kalp cerrahisi, kanser yönetimi, beyin cerrahisi, karmaşık tıbbi ve cerrahi müdahaleler vb. verilebilir (Mohinuddin, 2018).

Genel olarak, dâhili acil servis personeli ve kritik bakım üniteleri ile üçüncü basamak bir bakım tesisi, çok çeşitli tıbbi ve cerrahi hizmetler sunmaktadır (Ball, Douglas , O'Desky, & Albright , 1991, s. 125).

Bir sağlık sistemi genelinde, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine geçildiğinde hasta temaslarının ve epizodların sayısı azalır ve ihtiyaçlar ilk iki sektörde ele alınır – çoğu hasta birinci basamakta görülür, teşhis edilir ve tedavi edilir. Ancak bunun tersine, hastalar sektörler arasında hareket ettikçe maliyetlerde bir artış olur ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin maliyetleri genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden çok daha yüksektir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının kapasitesini geliştirmeye ve aslında hastanın kendi kendine bakım sağlama yeteneğini kolaylaştırmaya çalışarak artan sağlık hizmeti maliyetlerini ele alma yönünde sürekli bir baskı olması şaşırtıcı değildir (Walshe & Smith, 2006, s. 56).

1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon, bireyin yeniden en yüksek düzeyde fonksiyon görebilmesini sağlama sürecidir. Hastalıklar bireylerin fonksiyon görme düzeyinde olumsuz etkilere neden

olabilir. Rehabilitasyon hizmetlerinin amacı bireyin toplumda yeniden yaşaması, çalışması ve öğrenmesi için gerekli olan fiziksel, entelektüel ve duygusal becerileri kazanmasını sağlamaktır. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Gürhan & Üstün, 1994, s. 46):

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2017, s. 83).

Fiziksel ve psikolojik açıdan sağlık problemi yaşayan kimselerin, bu durumları dikkate alınarak bir işte istihdam edilmesi ya da rehabilitasyonlarının sağlanması gibi uygulamalar da sosyal rehabilitasyon olarak ifade edilir (Akdur vd. (WHO, 1998), 1998, s. 13).

1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; bireylerin mevcut sağlık durumlarının geliştirilmesi için verilen hizmetlerin bütünüdür. Sağlık geliştirilmesi, fiziksel ve ruhsal iyilik halini, hayat standardı ve sağlıklı hayat süresinin uzatılmasını hedeflemektedir (Atasever & Bağcı, 2020, s. 7).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlık teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrollerini

artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabasının sürdürülmesi için katılım esastır (WHO, 1998, s. 1).

1.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİM SÜRECİ

İnsanlığın varoluşundan beri sağlık hizmetlerinin de var olduğunu ifade edebiliriz. Fakat geçmişten günümüze süregelen sağlık hizmetleri, tarihin farklı dönemlerinde, hem hizmetin ifade edilişi hem de bu hizmetin sunum şekli açasından farklılıklar göstermiştir. Bu değişiklerde ve ilerlemelerde; pozitif bilimlerdeki, özellikle de tıp alanındaki uzmanlığın artışı ve ilerleme ve toplumların üretim ilişkisinin yanında sosyal ve ekonomik gelişmişlikleri şeklinde iki ana faktör etkili olmuştur (Akdur, 1980, s. 36).

Pozitif bilimlerdeki sürekli ve sistemli gelişmeye ve bilimin mutlak olmasına karşın farklı toplumlardaki farklı sağlık hizmeti sunum biçimi benzer, devamlı ve sistematik ilerlemeler şeklinde olmamıştır. Bu durumun sebebi de toplumların çeşitli üretim faaliyetlerinde bulunmasıdır. Başka bir ifadeyle; her toplumda üretim faaliyetleri aynı zamanda ve paralel olarak gelişmemiştir. Bu yüzden bilimsel anlamda, modern sağlık hizmeti kavramı ve sunum şeklinin prensiplerinin açık ve net hale gelmesine karşın, topluluklarda farklılaşmış şekillerde hizmet sunumu gözlenmektedir. Dolayısıyla hizmet sunum şekli ve anlayışını ortaya koyan ana nedenin, toplumların sosyoekonomik gelişmişlikleri ile doğru orantılı olduğu ifade edilebilir. Dünya genelinde var olan çeşitli sağlık hizmeti kavramı ve sunum şekillerinin bu konu kapsamında ele alınması gerekmektedir. Türkiye'de de sağlık hizmetleri kapsamındaki ilerlemeleri bu süreç içerisinde değerlendirmek doğru olacaktır (Akdur, 1980, s. 36-37).

Türkiye'de, Selçuklu-Osmanlı döneminden itibaren devam eden sağlık hizmetlerinin yapısı, cumhuriyet dönemi ile birlikte iyileştirme çabalarının yanı sıra devlet teşkilatlanması ve hizmet sunumunda yeni düzenlemelerde batıya yönelik yapılar esas

alınmıştır. Bu değişken yapı içerisinde sağlık politikaları da dünya genelindeki yönelimlerden etkilenecek zaman içerisinde yeni düzenlemelere gitmiştir. (Akdağ, 2008, s. 14).

1920-1923 Dönemi; TBMM, sağlık hizmetlerini devletin asli görevleri olarak kabul etmiş ve bu hizmetlerin sunumunda Sağlık Bakanlığı'nı esas merci yapmıştır. Savaştan sonra olan bu dönemin iç koşullarına uygun olarak, sağlık sorunlarını gidermek, sağlık personeli sayı ve niteliğini artırmak, sağlık hizmetlerini merkezden yerele yaymak ve sağlık hizmetlerinin sunumunu genişletmek ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak Bakanlığın başlıca görevleri olarak belirlenmiştir (Tatar vd., 2011, s. 16).

Bu dönemde sağlık sisteminin organize edilmesi ile ilgili kapsamlı çalışmalar yürütülemedi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ana amaç olmuş ve çoğunlukla savaş sonrası problemler giderilmeye çalışılmıştır (Akdağ, 2007, s. 13). Burada önemli olan, henüz cumhuriyetin daha başlarında, Sağlık Bakanlığının öncelikli olarak kurulan bakanlıklardan biri olmasıdır. Hükümet, savaş zamanlarında olsa bile sağlık hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak için gerekli çalışmaları yürütmüştür (Akdağ, 2012, s. 45).

1923-1946 Döneminde; Türkiye için var olan halk sağlığı sisteminin esasları ortaya çıkmıştır. Bu tarihlerde sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanması, organizasyonu ve yürütülmesinden yükümlü Sağlık Bakanlığının rollerini ve görevlerini formüle eden çeşitli yasalar çıkarılmıştır. Önleyici halk sağlığı programları ve dönemin bulaşıcı hastalıklarını kontrol etmeye yönelik programlara odaklanılmıştır. Dikey organizasyon modeli benimsenmiştir. İlçe seviyesinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuş, Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas gibi birçok ilde genel hastaneler açılmıştır (OECD, 2008, s. 41).

Bu dönemde sağlık yapılanması; merkezinde bakan ve bakanlık, vilayetlerde valiye bağlı ve valiyi sağlıkla ilgili konularda yönlendiren sağlık müdürü ile ilçelerde kaymakam ve hükümet tabibinden oluşmaktadırdır. Cumhuriyet'in ilk zamanlarında nüfusun yüzde doksandan fazlası taşra bölgelerde olduğundan bu bölgelerde sağlığın yönetilmesinden sorumlu hükümet tabipleri önemli rol almaktadır. Hükümet tabiplerinin; koruyucu hekimlik, iyileştirici hekimlik, adli hekimlik ve sağlık yöneticiliği başta olmak üzere birden fazla sorumluluğu bulunmaktadır (Metintaş & Elçioğlu, 2007, s. 166).

Bu dönemde uygulamaya koyulan sağlık politikalarında dört ilkenin öneminden bahsedilebilir (Akdağ, 2008, s. 13-14):

1. Sağlık hizmetlerinde planlama ve organizasyonu sağlayarak tek bir merkezden yönetilmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması.
3. Sağlık personeli gereksinimini karşlamak için tıp fakültelerinin niteliğini iyileştirerek talep oluşturmak ve mezun olan hekimlere zorunlu hizmet şartı
4. Bulaşıcı hastalıklarla savaşmak için programların oluşturulması.

1946-1960 döneminde Türk halkına entegre sağlık hizmeti vermesi gereken sağlık ocakları kurulmuş ve tüm sağlık kuruluşlarının bir çatı altında toplanması ve birleştirilmesi için diğer bakanlıklara bağlı tüm sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Tatar vd., 2011, s. 17). Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), zel sektör personeliyle mavi yakalı kamu sektörü çalışanlarına sağlık sigortası sağlamak amacıyla 1946'da kurulmuştur (OECD, 2008, s. 40).

Bu dönem, yataklı hasta bakımına verilen önemin arttığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin azaldığı dönemdir. Sağlık sistemi organizasyonunda köklü değişiklikler olmuştur. lke, genel hastanelerden psikiyatri hastanelerine ve sanatoryumlara, bulaşıcı

hastalık hastanelerinden gündüz bakımevlerine kadar değişen 21 farklı sağlık tesisi ile 7 bölgeye ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde merkezileştirilmesi, Türk sağlık sisteminde dönüşüm hareketi başlatmıştır. Her 40 köye 10 yatak kapasiteli bir sağlık ocağı inşa edilmiş, sağlık görevlileri, hemşireler ve ebeler köy enstitülerinde ve okullarda eğitim görmüştür. Her 10 köye bir sağlık memuru ve bir ebe atanmıştır (Tatar vd., 2011, s. 17).

1960-1980 Dönemi; 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'un çıkarılmasıyla başlamıştır. 1960'ların başında, Türkiye nüfusunun çoğu, temel sağlık hizmetlerine ulaşması güç kırsal bölgelerde yaşamaktaydı. Kırsal kesimde sıtma, trahom, frengi ve tüberküloz dışında yukarıda belirtilen dikey kuruluşlar aracılığıyla verilen hizmet yoktu. Nüfusta sağlık statüsünün düşük olması, sağlık çalışanları arasında dengesiz coğrafi dağılımlar ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik, bu dönem içerisinde karşı karşıya kalınan ana sorunlar olmuştur (Tatar vd., 2011, s. 18).

Sosyalleştirme programının ana hedefi sağlıkta hizmet sunumunun genel ve devamlı bir şekilde herkese ulaştırılmasını sağlamaktır. 224 sayılı yasa ile birlikte kırsal alanlarda daha nitelikli hizmet sunumu hedeflenmiştir (Yıldız & Aydın, 2019, s. 384).

224 sayılı kanun, her 5000 kişiye bir doktor ve diğer personelden oluşan 'sağlık ocağı' ve 2000 kişiye bir hemşire-ebe olan 'sağlık evi' kurulmasını zorunlu kılıyordu. Ancak uygulama 1963'ten itibaren en yoksul bölgede uygulanmaya başlamasına rağmen ülkeyi kapsamaması 1983 yılını bulmuştur. Sürenin bu kadar uzamasında paydaşların uyum eksikliği, altyapı eksikliği ve politika oluşturma süreciyle ilgili sorunlar başta olmak üzere çeşitli nedenler etkili olmuştur (Tatar vd., 2011, s. 18).

1980-2002 Döneminin başı itibariyle ülkede sosyo-ekonomik hayata yönelik liberal politikalar uygulanmaya başlanmıştır (Tatar vd., 2011, s. 18). 1980-2002 döneminde, Türk vatandaşlarına sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda kritik kanuni imtiyazlar sağlanmıştır. 1982 Anayasasına göre tüm vatandaşlar sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet tüm vatandaşlarına sosyal güvenlik sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Anayasa'da ayrıca devletin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesindeki görevini güçlü kılan ve Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanmasını sağlayan maddeler yer almaktadır (OECD, 2008, s. 41).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), Türk Sağlık Sektörü Ana Planını yayınladı. Çalışma, alıcı-sağlayıcı ayırımına dayalı olarak sağlık hizmetlerinde reform yapılmasını, bir genel sağlık sigortası planının getirilmesini ve bir aile hekimliği planının kurulmasını tavsiye etti. Bu uygulamalar, ülkede uygun sağlık reformu sürecinin ilk adımını oluşturmuştur (Tatar vd., 2011, s. 19).

Türkiye' de 1980'lerden 2000'li yıllara kadar olan süreçte pek çok sağlık düzenlemesine gidilmiş, bu düzenlemeler devam eden yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamına eklenmiş ve uygulamaya konulmuştur. 2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan SDP sistematik bir çerçeveye yerleştirilmiş ve sağlık sistemini bütünü ile etkisi altına almıştır (Avaner & Fedai, 2018, s. 546-547).

Sağlıkta Dönüşüm Programının tasarlanmasında, sağlık sektöründe uzun süredir devam eden sorunlar etkili olmuştur. Bu sorunlar özetle şu şekilde sıralanabilir (Soyer, 2009, s. 179; OECD, 2008, s. 44):

- Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda verimsizliğe katkıda bulunan ve finansal sürdürülebilirliği baltalayan bir parçalanmanın varlığı (Emekli Sandığı, SSK, Bağ Kur, Yeşil Kart vb.),

- Halkın büyük kısmının sağlık güvencesine sahip olmaması,
- Hizmete ulaşımda eşitliğin olmaması,
- Sağlıkta yapılan harcamaların büyük çoğunluğunun hastaneler için olması,
- Sevk zincirinin uygulanmıyor olması,
- Kayıt dışı ödemelerin çok fazla olması,
- Sağlık kurumlarının verimsiz çalışıyor olması,
- Sağlıkla ilgili yapılan yönetsel düzenlemelerin bütüncül olmaması,
- Sağlık sigortası kapsamına nüfusun büyük bölümünün dâhil olmaması ve
- Sağlık sisteminde ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda hizmetin kalitesindeki yetersizler.

SDP'nin amacı; yönetişimi, verimliliği, kullanıcı ve sağlayıcı memnuniyetini ve uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. SDP kapsamında öngörülen temel kurumsal ve organizasyonel değişiklikler şunları içermektedir (OECD, 2008, s. 44):

- Yönetim işlevinin güçlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması. Bu durum, Sağlık Bakanlığının sağlayıcı işlevlerinden kurtulmasını ve bunun yerine sağlık gözetimi/hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlığa sosyal katılım, eşit erişimin teşvik edilmesi, kalite, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı ve kontrolü ve afet önleme araştırmaları gibi fonksiyonların güçlendirilmesini ve genişletilmesini sağlayacaktır.
- SSK, Bağ-Kur, Emekli-Sandığı ve Yeşil Kart programını Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirecek Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin kurulması. Katkı oranlarının ödeme gücüyle orantılı olması ve tüm yararlanıcıların aynı yardım paketine hak kazanması ile GSS'ye kayıt zorunlu olacaktır. Prim ödeyemeyecek durumda olduğu düşünülenlerin katkı payları, gelir testi sistemine dayalı olarak kamu fonlarından ödenecektir. Sağlık sektöründe tek

alıcı olan SGK, yardım paketini sağlamak için kamu ve özel hizmet sağlayıcılarla sözleşme yapacaktır.

- Devlet hastanelerine özerklik verilerek sağlık hizmeti sunum sistemlerinde reform yapılması, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu ve birinci basamak sağlık sistemi oluşturulması, etkin bir sevk sisteminin kurulması ve sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin iyileştirilmesi sağlanacaktır.
- SDP'nin sağlık reformu hedeflerine ulaşılmasıyla ilgili önemli kesişen konuların ele alınması, yani yeterli bilgi ve becerilere sahip motive olmuş sağlık personelinin mevcudiyetinin sağlanması, sağlık sistemini desteklemek için eğitim ve bilim kurumlarının güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar verme süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi.

SDP, sağlıkta tüm tarafları kapsamına alarak sistem üzerinde köklü değişiklikler meydana koyan sekiz bileşenden belirlenmiş olup; daha sonra 2007 yılında üç başlık daha eklenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 26):

- Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi,
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri,
 - İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri,
- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon,
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi
- Daha İyi Bir Gelecek İçin Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Hayat Programları
- Uluslararası Alanda Ülkenin Gücünü Artıracak Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri
- Tarafların Harekete Geçirilmesi ve Sektörler Arası İş Birliği İçin Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu

Görüldüğü üzere SDP kapsamında yer alan bileşenler sağlık sisteminin oldukça geniş bir alanındaki süreçlere ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Bu doğrultuda SDP kapsamında atılan adımlar ve düzenlemeler Tablo 1' de özet olarak sunulmuştur (Altındağ & Yıldız, 2020, s. 174-75; Tatar, 2011, s. 128-29).

SDP kapsamında birçok düzenleme yapılarak uygulamaya geçilmiş ancak Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi bileşeni içerisinde yer alan Etkili, Kademeli Sevk Zinciri uygulamaya geçilememiştir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetine sahip olmanın yanı sıra, etkili bir sevk zinciri, insanların küçük bir katkı payı ile ilk adımı atlmasına izin vererek verimlilik için bir gereklilik olarak gösterilmektedir. Ancak ülkede zorunlu bir sevk zinciri bulunmamaktadır. Bu, verimsizliğe neden olduğu ve zayıf bir kapı tutuculuk sistemine sahip olduğu için eleştirilmiştir (Avşar, Erdem, & Akkaş, 2017, s. 13).

Hâlihazırda zorunlu bir sevk sistemi olmaması nedeniyle tüm hastalar birinci basamak bir sağlık kuruluşu tarafından sevk edilmeden bir hastaneyi (ikinci veya üçüncü basamak) ziyaret edebilmektedirler. Bununla birlikte, insanları gerekli sevkleri almak için birinci basamak sağlık kuruluşlarını ziyaret etmeye teşvik etmek amacıyla katılım payı muafiyetleri getirilmiştir. Bu bağlamda bir aile hekimi tarafından sevk edilmeden erişilen hastanelerde ayakta tedavi için ek ödemeler düzenlenmiştir. Resmi bir kapı tutuculuk sistemi yürürlükte değildir fakat bununla birlikte, aile hekimliği programı artık ülke çapında uygulandığından, insanların önce aile hekimleriyle iletişime geçmeleri veya birinci basamak sağlık kuruluşunu ziyaret etmeleri ve ardından gerekirse uygun ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmeleri teşvik edilmektedir. Teşvik olarak birinci basamak sağlık kuruluşu ziyaretleri ücretsizdir. Ayrıca, hastanın birinci basamak hekiminden sevki varsa, ikinci basamak tesislerdeki katkı ödemelerinden feragat edilir (Tatar vd., 2011, s. 120).

Tablo 1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Yapılan Düzenlemeler

Tarih	Değişiklik
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı yayımlandı. Hastanelerde performansla yönelik ek ödeme pilot uygulamasına geçildi. Kamu personelleri özel hastanelerden faydalanmaya başladı.
2004	SB hastanelerinde performansla yönelik ek ödeme başladı. Aile hekimliğinin ilk uygulaması başlatıldı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu TBMM'ye sunuldu. İlaç fiyatlarının tespitinde ve geri ödemelerinde uluslararası referans fiyatlamaya başvuruldu. İlaçta KDV matrahı %8'e düşürüldü.
2005	SSK hastaneleri ve bazı kamu hastaneleri SB'na aktarıldı. SSK mensupları ilaçlarını tüm eczanelerden alabilmeye başladı. Yeşil Kartlıların ayakta sağlık giderleri ve ilaçları geri ödeme kapsamına alındı. Yeşil Kartlılardan ilaçta yüzde yirmi oranında katılım payı alınmaya başlandı.
2006	Kamu hastanelerinde global bütçe modeli esas alınmaya başlandı. Geçmişte geri ödeme listesinde bulunan bazı ilaçlar kapsam dışına alındı. SGK Kanunu yürürlüğe konuldu. Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nda bir takım ibareler mülga edildi.
2007	Hastalarda paket fiyat uygulamasına başlandı. SGK'da MEDULA sistemi kullanılmaya başlandı. Özel hastaneler yönetmeliğinde kapsamlı düzenlemelere gidildi.
2008	Sosyal sigortalar ve GSS ile alakalı kanunlar yürürlüğe alındı. Bütün vatandaşlar güvence altına alındı.
2009	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı. Ayaktan verilen sağlık hizmetleri özelinde katkı payları alınmaya başlandı.
2010	Yeşil Kart sahipleri özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından herhangi bir ödemeye tabii tutulmadan faydalanmaya başladı. İlaçta global bütçe uygulaması esas alındı. İlaç fiyatlarının tespitinde indirim oranları revize edildi. Aile hekimliği tüm ülke geneline yaygınlaştırıldı. Özel hastaneler sınıflara ayrılarak alabilecekleri ek ücretler belirlendi. Kamu personelleri ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredildi. Tam gün yasası ile alakalı revizyonlara gidildi.
2011	SB hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara (TİG) geçildi. Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.
2012	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu.

	E-reçete pilot uygulamasına geçildi. Merkezi Hekim Randevu Sistemi'ne İstanbul'un da eklenmesiyle beraber tüm ülke genelinde hizmet verilmeye başlandı. Vilayetlerde "Kamu Hastane Birlikleri" kuruldu.
2013	E-reçete uygulaması ülke genelinde uygulanmaya konuldu.
2014	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu-SATURK" oluşturuldu.
2017	Yozgat'ta ilk kez bir şehir hastanesi kurularak hizmet sunumuna başlandı. Kamu Hastane Birlikleri 694 sayılı KHK ile kaldırıldı. Mersin Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Isparta Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Adana Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.
2018	Kayseri Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Manisa Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Eskişehir Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.
2019	Ankara Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Bursa Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.
2020	Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Konya Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.
2021	Erzurum Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.
2022	Ankara Etlik Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı. Kocaeli Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başladı.

Kaynak: (Altındağ & Yıldız, 2020 ; Tatar, 2011)'den derlenmiştir.

2. BÖLÜM: SEVK SİSTEMİ

Bu bölümde sevk kavramı, sevkin önemi, sevki etkileyen faktörler, sevk sisteminin bileşenleri, farklı ülke uygulamaları ve Türkiye’de sevk sistemi ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sunulmuştur.

2.1. SEVK SİSTEMİ KAVRAMI

Sevk, klinik bir durumu yönetmek için yeterli kaynaklara (ekipman, beceri ve bilgi gibi) sahip olmayan, sağlık sisteminin bir seviyesindeki sağlık hizmeti sunucusunun daha iyi kaynaklara sahip, sağlık sisteminin aynı ya da daha yüksek seviyesindeki sağlık kuruluşundan yardım istediği bir süreç olarak tanımlanır. Etkili bir sevk sisteminin hastaların dağılımını yönlendirmede, tıbbi bakım prosedürünü standartlaştırmada, artan tıbbi maliyeti kontrol etmede ve tıbbi bakımın sürekliliğini, koordinasyonunu ve entegrasyonunu sağlamada kilit bir rol oynadığı dünya çapında kabul edilmektedir (Enabulele & Enabulele, 2018, s. 87).

1978 Alma-Ata Konferansı'ndan bu yana, 2000 yılına kadar tüm dünya insanların sağlığına kavuşmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin hayati önemi yaygın bir şekilde kabul görmektedir. Özellikle ilk sevk seviyesindeki hastaneler, sağlık için bu büyük harekette yer almalıdır. Kasım 1981'de düzenlenen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hastanelerin Rolü konulu Konferansta DSÖ Genel Direktörü Dr. H. Mahler şunları söylemiştir (WHO, 1992, s. 1):

“Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir sağlık sistemi, benim tarif etmeye çalıştığım şekilde işleyen bir hastaneler ağı olmadan gerçekleştirilemez, tekrar ediyorum, gerçekleştirilemez, geliştirilemez, işleyemez ve basitçe var olamaz. Ancak hastaneler,

insanlık tarihindeki en cüretkar ama en umut verici sağlık hareketinin, "2000 yılına kadar herkes için sağlık" hareketinin ana bayrak taşıyıcılarından biri olmaları için yollarını değiştirmek zorundalar."

Konferansta, sağlığı geliştirmede bir hastanenin ilk sevk seviyesindeki olası rolleri hakkında çok olumlu düşüncelere yer verilmiştir (WHO, 1992, s. 1).

Sevk kavramı, sağlık sisteminin bir seviyesindeki bir sağlık çalışanının, yetersiz kaynaklar nedeniyle bir hastanın yönetimine yardım veya transfer için daha iyi veya farklı kaynaklara sahip bir tesis olan aynı veya daha yüksek bir kurumla bağlantı kurduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Hort, Gilbert, Basnayaka, & Annear, 2019, s. 7).

Sevk zinciri ise; acil vakalar haricinde bir sağlık problemi için kişinin öncelikle birinci basamağa başvuru yapması, burada var olan olanakların yetersiz kalması durumunda bir üst basamağa yönlendirilmelerinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu uygulama ile sağlık ihtiyacı bulunan kimseler ilk olarak birinci basamağa gidecekler ve sadece uygun bulunanların üst basamaklara yönlendirilmesi sağlanacaktır. Bu sayede uygulama, hem hastalara erişim kolaylığı ile zamansal fayda sağlayacak hem de hastanelerdeki gereksiz hasta yoğunluğunu azaltarak mali fayda sağlayacaktır. Sonuçta verilen hizmet kalitesi olası en üst seviyeye ulaştırılacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Amacına uygun bir sevk sistemi, sağlık hizmetinin bütün düzeyleri arasında entegrasyonu ve bireylerin mümkün olan en iyi bakıma ulaşmalarını sağlar. Ayrıca hastane hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetinin maliyet etkin kullanımına da katkıda bulunur (WHO, 2014). Sevk sistemi, sağlık sisteminin genel performansının bir ölçüsü olarak kabul edilebilir ve hükümetlerin sevk sürecine dâhil olan tüm alt sistemleri ve aktörleri yönetme yeteneğini yansıtır (Harahap, Handayani, & Hidayanto, 2019, s. 2).

Etkili ve verimli bir sevk sistemi uygulamak için, sevk ve sevk merkezleri arasındaki koordinasyon, mekanizmalar/araçlar/çalışma yöntemleri, iletişim ve geri bildirim sistemleri, ulaşım sistemi, yürütme protokolleri, eğitilmiş personel, tüm düzeyler arasında verimli ekip çalışması, entegre bilgi kayıt sistemi, hesap verebilirlik ve izleme performansının iyileştirilmesi gereklidir (Omole vd., 2017, s. 1483).

2.2.SEVK SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ

Hastanelerdeki polikliniklerde tedavi edilen hastaların büyük kısmı, hasta ve sağlık sistemine olan toplam maliyeti azaltmak için birinci basamak sağlık bakım merkezlerinde uygun şekilde bakılabilir. Ancak birçok ülkede hastalar genellikle birinci basamakta yer alan sunucuyu atlar ve doğrudan ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını ziyaret eder. Bu durum, kısmen ikinci basamak sağlık tesislerinde mevcut algılanan kalite nedeniyle ve kısmen de birinci basamak tesislerinde genellikle vasıflı personel veya hastalar için uygun ilaç bulunmadığı gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Uygun şekilde planlanmış olan sevk sistemi, sağlık sisteminin bütün basamaklarında etkili bir iletişim sağlar ve insanların evlerine en ulaşılabilir konumda, olası en iyi bakımı almalarına yardımcı olur. Ayrıca hastanelerin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkin biçimde hizmet sunmasına destek olur (USAID, 2012).

Sevk sisteminin incelenmesinde, tüm süreçlerin dikkate alınması önemlidir. Herhangi bir sevk sisteminin tasarımı ve işleyişinde etkili olan sağlık sistemine ilişkin özellikler, sevki başlatan sağlık kurumu, sevk uygulanabilirliği, sevk edilen sağlık kurumu ile denetim ve kapasite geliştirme olmak üzere beş bileşen altında toplanabilir (Tablo 2) (WHO, 2015).

Tablo 2. Sevk Sisteminin Bileşenleri

<p>1. Sağlık Sistemine İlişkin Özellikler</p> <p>a. <i>Hizmet sunan kurumlar (kamu ve özel sektör) ve bakım kalitesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri – Sağlık hizmetlerinde her kurumun seviyesinin ve rolünün netliği – Her sağlık kurumunun koşullar için hizmet protokollerinin mevcudiyeti – İletişim ve ulaşım imkanlarının mevcudiyeti <p>b. <i>Performans beklentileri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Uygun şekilde başvurma ve bakım protokollerini takip etme beklentisi – Sağlık personellerinin ve hastaların sevk zincirine uymalarına ilişkin beklentiler – Düzenli denetim ve kapasite geliştirme <p>c. <i>Kuruluşların katılımı</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sağlık Bakanlığı – Tıp ve hemşirelik okulları – Tıp ve hemşirelik profesyonel dernekleri
<p>2. Sevki Başlatan Sağlık Kurumu</p> <p>a. <i>Hasta ve durumu</i></p> <p>b. <i>Sağlık kurumunun hasta koşullarına yönelik bakım protokolü</i></p> <p>c. <i>Hastaların tedavisi ve tedavinin belgelenmesi</i></p> <p>d. <i>Sevk kararı</i></p>
<p>3. Sevkin Uygulanabilirliği</p> <p>a. <i>Başka bir kuruma sevk formu</i></p> <p>b. <i>Sevk edilen sağlık kurumu ile iletişim</i></p> <p>c. <i>Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sevk nedenleri ve önemi, sevk edilmeme riskleri – Sevk edilen kurumun yeri ve ulaşım bilgisi – Kime başvurulacağı veya olması muhtemel durumlar – Geribildirimlerin takibi <p>d. <i>Empati - hasta ve ailesinin anlaşılması</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Genel korku – Ulaşım, tedavi ve aile konaklama masrafları <p>e. <i>Sevk kaydının oluşturulması, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması</i></p>
<p>4. Sevk Edilen Sağlık Kurumu</p> <p>a. <i>Hastanın kabul edilmesi ve sevk kaydının alınması</i></p> <p>b. <i>Tedavinin sağlanması ve belgelenmesi</i></p> <p>c. <i>Hasta ve ailesine yönelik rehabilitasyon planlamasının yapılması</i></p> <p>d. <i>Geri yönlendirme formu</i></p> <p>e. <i>Sevkin uygunluğu hakkında sevki başlatan sağlık kurumuna geri bildirim</i></p> <p>f. <i>Sevk kaydının oluşturulması, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması</i></p>
<p>5. Denetim ve Kapasite Geliştirme</p> <p>a. <i>Başka kuruma ve geriye dönük yapılan sevklerin izlenmesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sevklerin sayısı ve protokollere uygunluğu – Dokümantasyon kalitesi – Takip tutarlılığı <p>b. <i>Sağlık personeline geribildirim, destek ve eğitim sağlanması</i></p> <p>c. <i>Merkezi düzeye geribildirim sağlayın</i></p>

Kaynak: WHO. (2015). *Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers.*

2.2.1. Sağlık Sistemine İlişkin Özellikler

DSÖ'nün belirlediği çerçeve kapsamında sevk sisteminin bileşenlerinden ilki sağlık sistemi üzerinde etkili olan hususlardır. Bu kapsamda hizmet sunan kurumlar ve bu kurumlardaki bakım kalitesi, sevk sistemine ilişkin performans beklentileri ve sevk sürecinde organizasyonların katılımı bu bileşen üzerinde etkili olmaktadır.

2.2.1.1.Hizmet Sunan Kurumlar (Kamu ve Özel) ve Bakım Kalitesi

Bir sevk sisteminin olumlu biçimde çalışması amacıyla, hizmet sağlayıcılar arasındaki ilişkiler resmileştirilir ve sevk prosedürleri kararlaştırılır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini de kapsamak koşuluyla; sağlık sisteminin bütün düzeylerinin rollerinin, sorumluluklarının ve sınırlamalarının net olması, hizmet düzeylerinde standartlaştırılmış bakım protokollerine sahip olunması ve uygun iletişim ve ulaşım araçlarına sahip olunması gerekir. Hastaların alt düzey hizmetleri atlaması, üst düzey tesislerin aşırı kalabalıklaşmasına yol açan yaygın bir sorundur. Alt seviyelerde kaynak mevcudiyeti ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi birinci önceliktir. Aşırı kalabalık hastane polikliniklerinde sıra sistemleri, sevk edilen hastaları ayırmak ve hızlandırmak için tasarlanabilir, bu sırada birincil hizmetlerini atlayanlara neden daha uzun süre beklemeleri gerektiği açıklanır. Ayrıca, daha üst düzey tesislere sevksiz veya başka bir zorunluluk belirtisi olmaksızın gelenlere uygulanan ceza ücretleri de üst düzey sağlık kurumlarının gereksiz kullanımının önüne geçilmesine yardımcı olabilir. Halkı farklı düzeylerde nasıl, nerede ve ne zaman sağlık hizmeti aramaları gerektiği konusunda bilgilendirmek ve daha düşük düzeydeki tesislerin ihtiyaç duyduklarında gerçekten kabul edilebilir kalitede bakım sunabileceklerine dair güvenlerini oluşturmak için yoğun halk iletişimi ve eğitimi esastır (WHO, 2015).

Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulabilecek hizmetlerin hastaneler tarafından sağlanması ekonomik değildir. Çünkü buralarda hastalık başına tedavi maliyeti aile hekimliğinden çok daha pahalıdır. Ancak insanların hastane dışında alacakları bakıma

çok az güven duymaları ve uygun biçimde iyi tasarlanmış sevk sisteminin olmaması kişileri doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmektedir. Özellikle ilk basamak sağlık hizmetleri seviyelerinin atlanması, birçok hastanın hastanelerde yüksek eğitilmiş tıbbi çalışanları görmek için uzun saatler geçirmesine neden olmaktadır. Bu sadece zaman kaybı değil, aynı zamanda yüksek eğitilmiş sağlık çalışanlarının zamanının yanlış kullanılmasıdır. Ayrıca birinci basamakta sağlanabilecek bir sağlık hizmetinin ikinci ve üçüncü basamakta sağlanması hastanenin işlevinin de bozulmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastane tesisleri üzerindeki baskısı toplum düzeyinde sağlık programı gelişiminin de bozulmasına neden olacaktır. Bu nedenle hastanelerin sevk merkezleri olarak rollerine odaklanmaları ve sağlık merkezlerinin işlevlerini yerine getirmelerini sağlamak önemlidir. Bunun için gerekli insan gücü, ilaç ve olanaklar sağlanarak insanların birinci basamak sağlık merkezlerine güven duyması sağlanmalıdır (Akande, 2004, s. 132-133).

2.2.1.2. Performans Beklentileri ve Organizasyonların Katılımı

Sevk sistemlerinde tüm hizmet sunucularının sevk sistemine uymaları, hastaları uygun şekilde sevk etmeleri ve kabul edilmiş olan hizmet protokollerine göre hareket etmeleri, sevk sistemini etkili bir şekilde çalıştıracaktır. Bu süreçte sevk istatistiklerini izlemek ve uygun şekilde geri bildirim sağlamak, denetleyici organizasyonun rolüdür. Sevk sisteminin aşamalı olarak iyileştirilmesini sağlamak için Sağlık Bakanlığı denetçilerin düzenli olarak denetim gerçekleştirmesini sağlamalıdır. Sevk sisteminin istenilen performans düzeyinde çalışması tıp ve hemşirelik okullarında uygun eğitimi gerektirir. Ayrıca sevk süreçleri için standartların belirlenmesi de tıp ve hemşirelik meslek birliklerinin katılımını gerektirir (WHO, 2015).

Sevk sistemi, aşırı medikalizasyonu sınırlayarak, pratisyen hekimler ve uzmanlar arasında verimli görev dağılımına izin vererek, uzmanların özel bilgilerini geliştirmelerini sağlayarak ve tıbbi bakım maliyetlerini sınırlayarak yüksek bakım standartlarına katkıda bulunur (Sweeney, 1994, s. 1881).

2.2.2. Sevki Başlatan Sağlık Kurumu

DSÖ'ne göre sevk sisteminin önemli bileşenlerinden biri de sevk sürecini başlatan sağlık kurumudur. Bu kapsamda DSÖ hastanın sevk sürecini başlatan sağlık kurumu için bir takım önemli özellikleri ele almıştır (WHO, 2015):

- Hastanın sağlık hizmeti almak için hizmet sunucuya başvurduğu anda, hizmet sunucunun hastanın inançlarına, mahremiyetine, gizlilik kurallarına uygun davranarak hareket etmesi gereklidir.
- Sağlık kuruluşları arasındaki sevk süreci belirlenmiş protokollere göre ilerliyorsa, sağlık çalışanlarının bu protokollere kolayca erişebilmesi ve bu protokoller hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Belirlenmiş bu protokoller, sevk için olası koşulları ve hasta ile birlikte sevk edilen kuruma gönderilmesi gereken bilgi ve belgeleri içermelidir.
- Sağlık çalışanları hastayı değerlendirip gerekli bilgileri toplayarak, hastaya sağlık kuruluşunda mümkün olan gerekli tüm hizmetleri sağlamalıdır. Acil bir durum ortaya çıktığında, hasta sevk edilene kadar sağlık çalışanının hastanın tüm hayati fonksiyonları sürdürmesi ve oluşabilecek hasarı en aza indirmesi önemlidir.
- Sağlık çalışanı, belirlenmiş protokoller rehberliğinde hasta bilgilerini analiz ederek sevk kararı verebilir. Sağlık çalışanının sevk kararı vermesi onun yetersiz ya da kötü olduğu anlamına gelmez.

2.2.3. Sevkin Uygulanabilirliği

Sevk sisteminin etkili çalışabilmesi için önemli olan bir diğer bileşen de sevk zincirinin uygulanabilirliğidir. DSÖ sevk sisteminin uygulanabilirliğini etkileyecek ve sevk sisteminin etkili bir şekilde işlemlerini sağlayacak bazı noktalara değinmiştir (WHO, 2015):

- Bir sevk başlatıldığında, hizmet sunucular arasında standartlaştırılmış bir sevk formu kullanılması, her hizmet basamağında aynı temel bilgilerin elde edilmesine yardımcı olur. Bu sevk formu hastanın; klinik bulgularını, sevkten önce eğer

verilmişse tedavisini ve sevk yapılma nedenlerini içermelidir. Sevk formu bu süreçte hasta ile birlikte ilerlemeli ve formda hastanın hangi sağlık kurumuna sevk edildiği belirtilmelidir. Sevk sisteminin takip edilebilirliğini sağlamak amacıyla hizmet sunucular yapılan ve alınan tüm sevkleri kaydetmelidir. Böylece kaydedilen bilgiler aracılığıyla sevk modelleri ve eğilimleri izlenebilecektir.

- Bazı durumlarda, başvuru için randevu almak veya bir acil durumun beklemede olduğunu bildirmek için sevk edilen kurum ile iletişim kurmak ve hastanın sağlık durumuna göre bir sağlık görevlisinin eşlik etmesi gerekebilecektir.
- Hasta; bilinmeyenden, daha fazla hasta olmaktan ve hatta ölmekten korkmaktadır. Bunun yanında ulaşım, tedavi ve konaklama masraflarını karşılama konusunda endişelidir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının hastalarla empati kurması gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastaya; sevk nedenleri, önemi, sevk edilmemesinin riskleri, sevk edilen kuruma ulaşımı, hangi uzmana gideceği ve nelerin olmasının muhtemel olduğu gibi konularda bilgi vermesi gerekmektedir.

2.2.4. Sevk Edilen Sağlık Kurumu

Sevk sistemlerinin bileşenlerinden bir diğeri de sevk edilen hastanın kabul edildiği sağlık kurumudur. Sevk edilen sağlık kurumu sevk ile gelen hastaya ihtiyacı olan hizmeti sunmakta ve gerekli hallerde bir üst kuruma sevkini sağlamak ya da sevk sürecini tamamlamaktadır. DSÖ sevk edilen sağlık kurumunun sevk sürecine ilişkin bazı uygulamalarına değinmiştir (WHO, 2015):

- Sevk edilen sağlık kurumu hastaya yüksek kalitede bakım sağlamak ve belirlenmiş standartlara göre belgelerin devamlılığını sağlamak için kendi özel kaynaklarını kullanabilir.
- Sevk edilen sağlık kurumu hastanın tedavi sürecine ilişkin rehabilitasyon veya takip programlarını hasta ve ailesi ile planlayabilir.
- Hastanın bakımı daha yüksek düzeydeki sağlık kurumunda sonlandığında, sevk başlağığı sağlık kurumuna geri bildirim yapılmalıdır.

- Sevk edilen sağlık kurumu sevk formunda ilgili kısımları doldurmalıdır. Bu form, üst düzey sağlık kurumu tarafından verilen özel tetkikleri, bulguları, teşhis ve tedavileri içermekle birlikte alt düzeydeki sağlık kurumunun takip edebilirliğini sağlayacak bilgileri içermelidir. Böylece sevk formu yalnızca doğru hasta bakımını ve izlemine sağlamakla kalmaz, bunun yanında sevki başlatan tesise ve buradaki sağlık personeline sürekli eğitim sağlar.
- Denetim kuruluşları tarafından sevk sürecinin takibi sağlanmalı ve geri bildirim yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

2.2.5. Denetim ve Kapasite Geliştirme

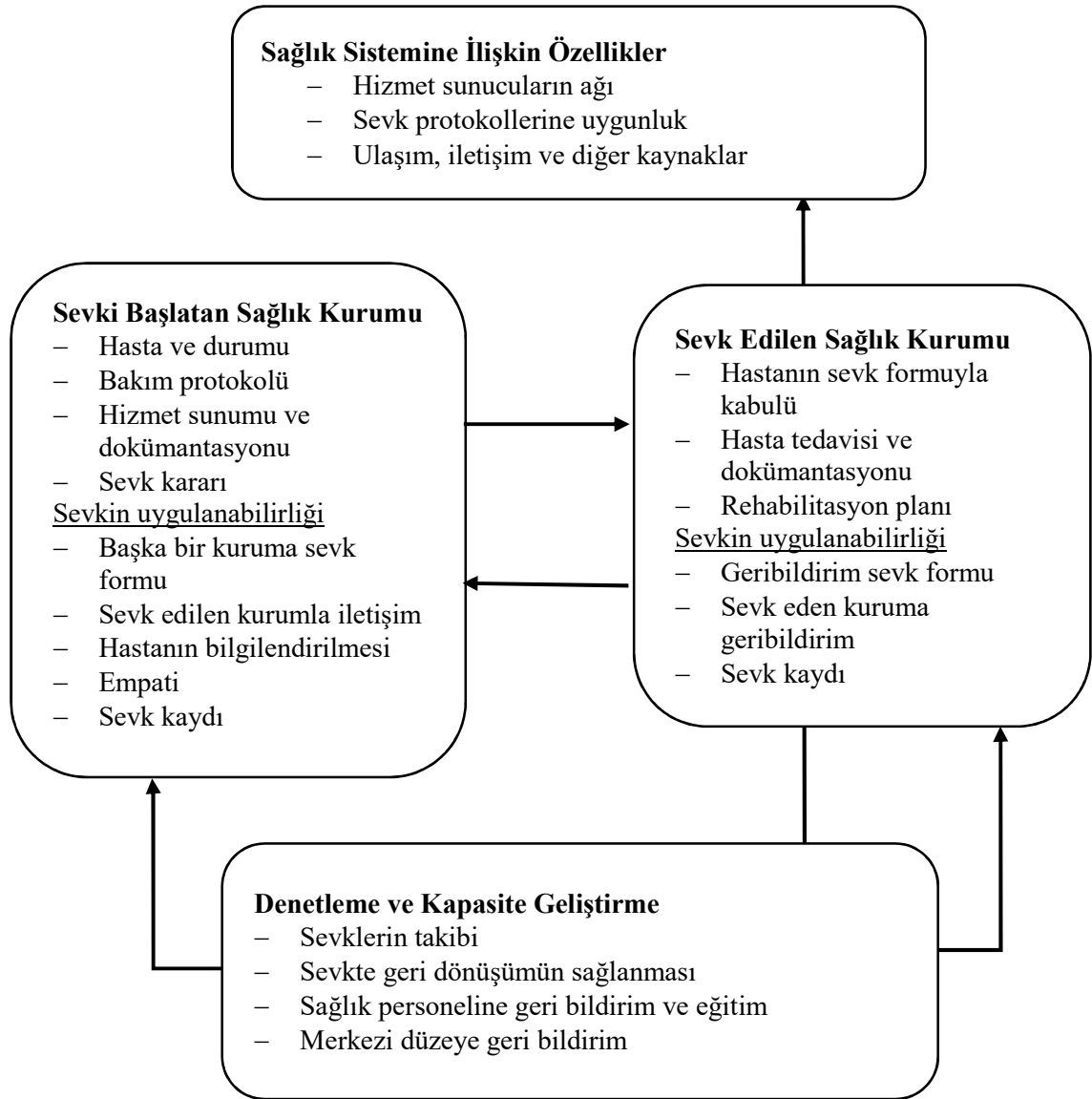
Sevk sisteminin son bileşeni denetim ve kapasite geliştirmedir. Sevk sisteminin devamlılığının sağlanması ve sistemin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ancak sürecin takibi ile olacaktır. Bu doğrultuda sistem içerisinde yer alan sağlık kurumlarının bazı kriterlere uyması beklenmektedir (WHO, 2015):

- Tüm sağlık kurumlarındaki yöneticiler ve denetçiler, her ay kendi bölgelerindeki sağlık kurumlarına yapılan ve bu sağlık kurumlarından başka kurumlara gerçekleştirilen tüm sevkleri takip etmelidir.
- Denetim yapılırken sevk edilen vakalar; sevk edilmesi gerekmeyen hastalara uygun tedavilerin belirlenmesi, sevk edilmesi gerektiği halde sevki gerçekleştirilmeyen hastaların belirlenmesi, hasta ile birlikte gelen sevk formunun yeterliliği, sevk edilen tesisin sevk formuna göre süreç izlemesi, sevk süreçlerinin geri bildirimlerinin takibi, sevk sürecine ilişkin bilgilerin eksiksiz olması kriterlerine göre incelenmelidir.
- Sağlık kurumu yöneticileri ve denetçiler, sevk süreci içerisinde vakaların bu kriterlere göre ele alınmasını ve buna göre hareket edilmesini sağlamalıdır.
- Sevk sisteminin uygun denetimi beraberinde hizmet içi eğitimleri ve kapasite güçlendirmeyi sağlayabilir.

2.3.SEVK SİSTEMİ AKIŞI

Sağlık sistemleri, mali kısıtlamalar içinde artan sayıda hastayla başa çıkma baskısı altındadır. Poliklinik hizmetlere yönelik bu aşırı talep genellikle gereksiz acil servis sunumlarına da neden olur. Bu artan talebin beklentisini karşılamak, bekleme sürelerini azaltmak ve toplum ile uzmanlık hizmetleri arasındaki iletişimi geliştirmek ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak sevk sisteminin uygulanması ile gerçekleştirilebilir (Williams, O’Riordan, McGuigan, Hutchinson, & Tubridy, 2012, s. 301).

Şekil 1’ de görüldüğü üzere (WHO,2015) sağlık sistemi içerisinde yer alan hizmet sunucular arasındaki ilişkiler, bu hizmet sunuculara ulaşım, belirlenmiş sevk protokollerinin bulunması ve bu protokollere uygunluk sevk sisteminin işlerliğini etkileyen faktörlerdir. Sevk akışı da bu faktörlerin etkisindedir. Sevk akışı, sevki başlatan sağlık kurumu ve sevk edilen sağlık kurumu arasında hastanın izlediği yolu ifade etmektedir. Hasta birinci basamak sağlık kurumuna başvuru gerçekleştirdikten sonra, sağlık durumuna ve bakım protokollerine göre gerekli görüldüğü hallerde hekim tarafından sevk kararı verilmektedir. Hasta, sevk edilen sağlık kurumu ile iletişim sağlanarak ve bilgilendirilerek sevk formu ile sevk edilmektedir. Hastayı sevk formu ile kabul eden sağlık kurumu gerekli olan tedaviyi ve bu sürecin dokümantasyonunu sağlamaktadır. Tedavi sonrasında hasta süreci ile ilgili birinci basamak sağlık kurumuna geri bildirim yapılmaktadır. Bu süreçte sevklerin ve geri bildirimlerin takibi de denetçiler tarafından sağlanmaktadır. Böylece sağlık personeline geri bildirimler ve süreçle ilgili eğitimler sağlanmaktadır.



Şekil 1. Sevk Sistemi Akışı

Kaynak: WHO. (2015). *Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers.*

Sevk sistemi, neredeyse tüm gelişmekte olan ülkelerde ulusal sağlık sistemlerinin önemli bir bileşenidir. Bu ülkelerdeki ulusal sağlık sistemlerinin yaygın bir özelliği, temel ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ilke olarak herkese sunulduğu sağlık kurumlarının piramit benzeri bir yapısıdır. Tipik olarak bu yapının tepe noktasını üçüncü basamak

sağlık kurumları oluştururken, tabanını küçük ölçekli birinci basamak sağlık kurumları oluşturmaktadır. Bu sağlık sisteminin organizasyon yapısının en çarpıcı yönü sevk sistemidir. Hiyerarşik sevk yapısı olan bu sistem, hastaların sağlık sisteminde birinci basamak sağlık kurumundan üçüncü basamak sağlık kurumuna ve tersine hareketine izin verir. Sevk sistemindeki hastaların hareketi de sağlık profesyonelleri tarafından başlatılmaktadır (Mwabu, 1989, s. 86).

Sevk zinciri uygulamasının düzgün işleyebilmesi için sağlık sistemlerinde kendine has bazı konuların iyi planlanması gerekir. Sevk zincirinin başlangıcını sağlayan, sevk edilmiş hastanın başvurusunu uygun bulan sağlık kurumlarının arasındaki ilişkinin iyi organize edilmiş olması gerekmektedir. Uygulamaya konulacak sevk zincirinde süreçle alakalı görevleri yerine getiren birçok personel bulunmaktadır. Sevk sürecini başlamasını sağlayan doktorlar başta olmak üzere birçok sağlık çalışanı bu yapı içerisinde bulunabilmektedir. Sevk sisteminin kurulmasında ele alınması hususunda önem arz eden bir diğer faktör de toplum olmalıdır. İnsanların sağlık hizmeti kullanım alışkanlığı, sosyal ve ekonomik durumu, eğitim seviyesi, hizmete erişim vb. özellikleri sevk zincirinin uygulanabilirliğini etkileyecektir. Sevk uygulamasının süreklilik ve işlevsellik arz edebilmesinde arka plana atılmaması gereken konularsa sürecin kontrolü ve kapasitenin geliştirilmesi çalışmalarıdır. Sistemler, kendilerine bağlı alt elemanlardan ve bağlı oldukları üst elemanlardan oluşan ve dış çevreyle etkileşim halinde olan bütüncül yapılardır. Dolayısıyla, sevk zinciri de oluşturulurken bütün bileşenler dikkate alınmalıdır. Sistemi oluşturan hususlar; personel, konut, tıbbi materyal, ekipmanların doğru planı, ekonomik denge, entegre bilgi sistemlerinin kurulması, insanların ihtiyaç duyduğu eğitimlerin sağlanması, denetim ve kontrollerin yapılması, yasal düzenlemelerdir (Bulut & Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 181).

Kavramsal bir çerçevenin geliştirilmesi, hizmet sunumunun ve hastaların sistemin farklı seviyeleri boyunca hareketlerinin net bir resmini sağlar. Çerçeve, bir sevk sistemi içerisindeki hizmet sunum seviyeleri arasındaki ilişkiyi, hastanın sistem içerisindeki hareketinin yönünü ve sonuçlarını etkileyen faktörleri tasvir eder (USAID, 2012).

2.4.SEVK SİSTEMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sevk sistemi, bir sağlık çalışanının bilgi, beceri, ilaç ve ekipman gibi kaynakların eksikliği durumunda uzman görüşü, ek veya farklı hizmetler ve aynı tesislerden veya daha yüksek seviyelerde teşhis ve tedavi araçları aradığı bir süreci ifade eder. Etkili ve verimli bir sevk sistemi, entegre hizmetlerin sağlanmasında ve bakımın sürekliliğinde önemli bir rol oynayabilir. Farklı sağlık hizmeti düzeyleri arasında çift yönlü iletişim ve kolay bilgi alışverişi için yöntemler oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri sisteminde ekonomik konuların ve sağlık hizmetlerine eşit erişim stratejilerinin dikkate alınması talebi, etkili sevk sistemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması ihtiyacını artırmıştır. Bu nedenle, bazı ülkeler sevk sistemlerini iyileştirmek için çeşitli müdahaleler gerçekleştirmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Naseriasl, Janati, Amini, & Adham, 2018, s. 2).

Amacına uygun bir sevk zinciri uygulaması, sağlık sisteminin bütün seviyeleri arasında yakın bir ilişki sağlar ve insanların evlerine en uygun konumda olası en etkili bakımı almalarına yardımcı olur. Ayrıca hastanelerin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkin bir biçimde sunulmasına destek olur. Hastane veya bölge sağlık merkezinden deneyimli personel tarafından sağlık merkezlerine ve sosyal yardım hizmetlerine verilen destek, kapasite oluşturmaya ve daha kaliteli bakıma erişimi artırmaya yardımcı olur (WHO, 2015).

Sevk sistemi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından etkili biçimde yararlanmak amacıyla bir yol sunar, fakat bütün hastalar önce bir sevk gerekliliği görülüp görülmediğine karar verecek olan birinci basamak hekimi tarafından muayene edilmelidir. Başka bir deyişle, hastaların (hastaneye doğrudan hastanenin acil servisinden ulaşabilecekleri acil vakalar haricinde) hastane bakımına erişimi birinci basamak sağlık merkezleri aracılığıyla olmalıdır. Böylece uzman doktorlar uygunsuz, doğrudan hastanelere başvuruda bulunan hasta grupları sebebiyle hasta yoğunluğu yaşamayacak ve sistem verimsizlikleri önlenmiş olacaktır (Rasoulynejad, 2004, s. 2).

Sevk zincirinin uygulamaya geçirilmesi ile birlikte, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ortaya çıkabilecek hasta yükü olabildiğince azaltılacak böylece ihtiyacı olan hastalar buralarda doğru ve hızlı bir şekilde bakım almış olacaktır (Başol, 2015, s. 130).

Diğer taraftan kendi kendini yönlendiren gereksiz sevk, uzman sistemi verimsiz hale getirir ve birey ve sağlık sistemi için aşağıdaki gibi sorunlara yol açar (Rasoulynejad, 2004, s. 2):

- Sistemde gereksiz maliyetlerin oluşması,
- Hasta için ödeme güçlükleri,
- Hasta için kapsamlı sağlık bilgisi eksikliği,
- Planlı sevk eksikliği ve bakımın devamlılığının sağlanamaması,
- Aşırı iş yükü nedeniyle düşük uzman bakımı,
- Yerleşik sevk sisteminden taviz vermek,
- Hasta taşıma sorunları,
- Sistemin bileşenlerine eşit olmayan hasta erişimi,
- Hastaların sevk sistemine ilişkin değer algısında azalma,
- Hastaların sağlık sistemine olan güveninde azalma,
- Hasta ve hekimin, sevk amacından ve gerekliliğinden uzaklaşması,
- Birincil ve ikincil bakım arasında iletişim ve hasta verileri aktarımının zayıflaması,
- Tedavi prosedürlerinden sonra geri bildirimde ve takipte azalma.

Sevk sisteminin etkinliği farklı faktörler tarafından etkilenmektedir. Bu faktörler şu şekilde özetlenebilir (Hort vd., 2019, s. 15-17):

- ***Birinci Basamak Bakımın Doğası:*** Birinci basamak bakımın doğasının güçlü ya da zayıf olması sevk sisteminin etkinliğini etkileyen faktörlerdendir. Toplumun birinci basamak sağlık kurumuna veya iyi kalitede bir sağlık kuruluşuna

erişiminin olmadığı yerlerde, hastalar genellikle birinci basamak bakımı atlar ve uzman bakımına kendileri başvurur. Bu durum düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yaygın olmakla birlikte, yüksek gelirli ülkelerde de görülmektedir.

- ***Sevk Sisteminin Doğası:*** Sevk sisteminin zorunlu olması ya da olmaması durumu da sevk sistemini etkileyen faktörlerdendir. Birçok yüksek gelirli ülke, hastaların uzman bakımı aramadan önce birinci basamak sağlık hizmetine gitmeye teşvik edildiği veya zorunlu kılındığı bir sevk sistemine sahiptir. Bu tür sistemlerde birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, uzmanlar için kapı tutucu görevi görür. Buna karşılık, çoğu düşük ve orta gelirli ülkedeki sevk sistemleri genellikle zorunlu kılınmamıştır ve sevk bakımına ilişkin çok az “kapı tutuculuk” mevcuttur. Bu durum kısmen birinci basamak bakımın doğasıyla ilgilidir.
- ***Sağlık Sisteminin Doğası:*** Sağlık hizmetlerinin kamu ya da özel sektör tarafından sunuluyor olması da sevk sisteminin etkinliği üzerinde etkilidir. Birçok düşük ve orta gelirli ülkede sağlık sistemindeki düzenlemelerin uygulanması, kamu ve özel sektör arasındaki etkileşimin çok az olması ve büyük miktarda kayıt dışı sağlık çalışanı olması nedeniyle sınırlıdır. Hastalar, uzman bakımına erişmeden önce kamu veya özel sektörde birden fazla hizmet sunucuyu görebilir. Dolaylı hasta yolları düşük ve orta gelirli ülkelere özgü olmasa da, kaliteli birinci basamak sağlık hizmetine erişimi olmayan ve yetersiz hizmet alan bölgelerdeki hastalar sevk sistemine uymama eğilimi göstermektedir.
- ***Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları ve Hizmet Basamakları için Mali Teşvikler ve Ödeme Mekanizmaları:*** Hizmet başına ücret ödeme mekanizması, hizmet sunucuları, hastaları yönetmeye ve yönlendirmeyi azaltmaya teşvik etme eğilimindedir. Kişi başı ödeme daha fazla sevki teşvik edebilir, ancak bu, kişi başı ödemelerin fon tutma sorumluluklarını içerip içermemesine bağlıdır, bu durumda birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı sevk sırasında ortaya çıkan maliyetlerin ödenmesinden sorumludur.
- ***Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları ile İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları Arasındaki Bağlantılar ve İletişim:*** Birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında çeşitli formal ve informal ilişkiler gelişebilir. Örneğin birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları, hizmet içi eğitim sırasında ikinci ve üçüncü basamak sağlık

hizmeti sunucularıyla informal ilişkiler geliştirebilir. Telefonla konsültasyonun mevcudiyeti de bu iletişimi kolaylaştırabilir. Bu iletişimin varlığı ve yapısı sevk sistemini etkileyen faktörlerdendir.

- ***Sevk Sürecine İlişkin Mali Sıkıntının Doğası:*** Hastaların sevke zamanında uymak için gerekli kaynaklara sahip olma derecesi ve bu süreçte doğabilecek maliyetler de sevk sisteminin işleyişini etkiler. Bu, yalnızca ulaşım maliyetlerini değil, aynı zamanda hastaların seyahat için aile desteğine ihtiyaç duyduğu veya başka bir hizmet sunucuya danışmak için sevk edilen hastalara refakat eden aile üyelerinin maliyetlerini de içerir. Bazı durumlarda, bu tür maliyetler sosyal sağlık koruması ve sigorta programları aracılığıyla sübvansedilebilir.
- ***Sağlık Sorunlarının Doğası:*** Hastanın sağlık durumunun acil olması ya da hastalığın kronik olması gibi durumlar da sevk sistemini etkileyen faktörlerdendir. Kronik durumlar; aile hekimleri ve uzmanlar tarafından sürekli bakımı ve bu paydaşlar arasında da sevki gerektirir. Ayrıca meydana gelebilecek akut komplikasyon durumunda uzman veya daha üst düzey bakıma acil sevk gerekebilir. Bu durumlar da sevk sistemi ve işleyişi üzerinde etkili olacaktır.
- ***Hasta/Topluluk Alguları, Güven ve Hizmet Sunucularla İlişkiler:*** Hastalar, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını düşündüklerinden, ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunucularını daha fazla tercih edebilir ve onlara güvenebilirler. Bu durum da sevk sisteminin işlerliğini etkileyecektir.

İlgili faktörlerin çokluğu, sevkin bir bütün olarak sağlık sisteminin işleyişini yansıttığını ve birinci basamak ile ikinci düzey bakım arasındaki arayüzü etkilediğini göstermektedir (Hort vd., 2019, s. 17).

Bu konuda Foot ve arkadaşları (Foot, Naylor, & Imison, 2010, s. 41) tarafından yapılan çalışmada ise sevki etkileyen faktörler hekim veya uygulamaya ilişkin, hastaya ilişkin ve yapısal faktörler olmak üzere üç grupta özetlenmiştir. Hekim veya uygulamaya yönelik

faktörler olarak; hekimin sevk yararlarına ilişkin inançları veya beklentileri, deneyimi, cinsiyeti, ilgili uzmanlık alanındaki eğitim düzeyi, hastalarla arasındaki ilişki, diğer uzmanlarla olan ilişkisi, uygulamanın boyutu, fon tutma geçmişi, uygulama kapsamındaki diğer hizmetler olarak sıralanabilir. Ayrıca belirsizliğe tahammül etme ya da sevk edilmemenin hasta ilişkilerine zarar verebileceği endişesi gibi hekimin psikolojik özellikleri de etkili olabilmektedir. Hasta faktörleri; semptomların şiddeti, sevk edilme arzusu, yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, teşhis, eş zamanlı hastalıklar, davranışlar, sorun algısı, tedaviye yönelik tutum, sağlık sistemi ile geçmiş deneyimleri, hastalığın şiddeti, süresi, hastanın hekimin yeterliliği konusundaki algısı gibi özellikleri içermektedir. Yapısal faktörler ise; uzman bakıma uzaklık, uzman bakımın mevcudiyeti veya erişilebilirliği ve uzman bakım alternatiflerinin mevcudiyeti gibi özelliklerin etkisinde kalmaktadır.

Benzer şekilde Kulu-Glaskow ve arkadaşları (Kulu-Glasgow, Delnoij, & Bakker, 1998, s. 224) tarafından yapılan bir çalışmada da hastaların birinci basamağı atlayarak doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa başvurularında etkili olan kararların aşağıdaki üç faktör grubu tarafından belirlendiği varsayılmaktadır:

- Hastayla ilişkili faktörler (örn. demografik ve sosyo-ekonomik özellikler, tıbbi şikâyetler, sosyal ağlar),
- Hastaların hekimlerine göre imaj oluşturması (hastaların değerleri ve beklentileri),
- Kurumsal/yapısal faktörler (örn. sigorta sistemi).

İlk olarak, hastaların demografik özellikleri, hastaların başvuruya karar verme derecesini etkileyebilir. Hastalar, yaşlarına bağlı olarak, bazı tıbbi sorunların pratisyen hekimler yerine bir uzman tarafından tedavi edilmesini tercih edebilirler, çünkü hastalıkları hakkında daha fazla endişe duyabilirler veya bir tıp uzmanı tarafından tedavi edilmesinin acil olduğunu düşünebilirler. İkinci olarak, hastaların gelirleri, eğitimleri ve yerleşim yerleri (kent/kır) gibi sosyal ve ekonomik özellikleri, hastalara kendi kendine sevk teşvik eden veya caydıran belirli 'kaynaklar ve kısıtlamalar' sağlar. Daha yüksek

gelire sahip hastalar, pratisyen hekimlerinden bir sevk olmadan bir uzmanı ziyaret etmenin mali sonuçları hakkında daha az düşünceye sahip olabilir. Ancak geliri kısıtlı olanlar, sigorta şirketlerinin kontrolleri sonucunda ortaya çıkabilecek ek masraflardan kaçınmak için önce pratisyen hekimlerini ziyaret etmeyi gerekli görebilirler. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler, pratisyen hekimlerinin kararına bağlı olmaksızın bir tıp uzmanına gitmeyi daha çok kişisel hakları olarak görebilirler. Ek olarak, bu hastalar, tıbbi sorunlarını daha iyi anlayabilecekleri için danışacakları uzmanın türü hakkında daha net bir fikre sahip olabilirler. Bu da, zaman kaybından kaçınmak için öncelikle pratisyen hekimlerini ziyaret etme motivasyonlarının zayıflamasına yol açabilir. Yüksek oranda kentleşmiş bölgelerde yaşayan hastalar, daha fazla uzmanlık hizmetine sahiptir ve bu nedenle, daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlara kıyasla uzmanlara erişilebilirlik açısından bir avantaja sahiptir. Üçüncüsü, hastaların sosyal ağları önemli olabilir. Sağlık sektöründe tanıdıkları olan hastaların ek bir 'kaynağı' olabilir: bu tanıdıkların yardımıyla bir tıp uzmanından randevu alırken karşılaşılabilecek bazı engelleri kolaylıkla aşabilirler. Son olarak, hastaların tıbbi şikâyetlerine ilişkin algısı ve durumu, hastaların kendi kendilerine başvurmaya karar verdikleri bağlamı etkiler. Sağlık problemi olan kişiler bu şikâyetleri ciddi, yaşamı riske edici ve ivedi olarak algıladıkları durumlarda kendi kendilerine başvurma eğiliminde olacaktırlar. Bu gibi durumlarda bir pratisyen hekime ilk ziyaret zaman kaybı olarak kabul edilebilir, çünkü hastalar pratisyen hekimin kendilerini yine de uzmana sevk edeceğini düşünebilir (Kulu-Glaskow vd., 1998, s. 224-225).

2.5.FARKLI ÜLKELERDEKİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SEVK SİSTEMİ

Sağlık sistemlerinin basamaklandırılması, hedeflere ulaşılabilmesi için yeterli değildir. Basamaklandırılmış sağlık sistemlerinin işlevsel olması ve hastaların hizmet alımına birinci basamakta başlamasının sağlanabilmesi ancak sevk zincirinin uygulamaya konulması ile mümkün olacaktır. DSÖ'nün tavsiyeleri ve sağlık hizmetlerinde özellikle ikinci ve üçüncü basamak hizmet maliyetlerinin her geçen gün artışı, ülkeleri sevk zincirinin uygulanmasına yönlendirmiştir. Çoğu ülkede, sevk zincirinin uygulanması veya sistemin etkinliğinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Bulut &

Uğurluoğlu, Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi, 2020, s. 167). Bu kapsamda farklı sağlık sistemleri olan ancak hepsinin ortak uygulaması olarak sevk sistemini kullanan ülke örnekleri bulunmaktadır.

2.5.1. İngiltere

İngiltere sağlık sistemindeki hizmetler ele alındığında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin temelde Sağlık Bakanlığı; evre sağlığı hizmetlerinin ise yerel yönetimlerin yükümlülüğünde verildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığının yükümlülüğündeki sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı 1948’de kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti adı altında sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri içinde kk bir bölüm özel sektör tarafından finanse edilen ve özel sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetler de bulunmaktadır. İngiltere sağlık sistemi vergiler aracılığıyla finanse edilen sağlık sistemlerinin özgün bir örneğidir. “Beveridge tipi sağlık sistemleri” olarak adlandırılır (Din, 2009, s. 5).

Hasta başvuru süreci Birleşik Krallık genelinde oldukça benzerdir ve İngiltere’de hizmet sunucu seçimine nispeten daha fazla önem verilmektedir. Aile hekimleri, genellikle hastanelerde sağlanan daha özel bakım için kapı tutucu görevi grrlere. Telefon hizmetleri ve ziyaretsiz merkezler dâhil olmak üzere başka birinci basamak sağlık hizmetleri yolları olmasına rağmen, aile hekimi genellikle ilk temas noktasıdır (Cylus vd., 2015).

İngiltere’de 1948 yılında Ulusal Sağlık Sistemiyle aile hekimliği tüm toplumun sağlık hizmetlerine erişmesi ve faydalanması için ilk başvuru noktası olmuştur. Ülkede her birey aile hekimini seçme özgürlüğüne sahiptir. Aynı şekilde hekimler de başvuruda bulunan bireyi listesine dâhil edip etmeme konusunda özgürdür (Başol, 2015, s. 132).

İngiltere’ de sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç bölümde ele alınmaktadır (Dinç, 2009, s. 5).

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmeti, esasen hastane ortamının dışında, genellikle hizmet verdiği insanlara fiziksel olarak yakın bir yerde bulunan sağlık hizmeti sistemidir. Birçok şekilde olabilir ve bir dizi sağlık uzmanı tarafından sağlanır. İki temel özelliği vardır. Bunlardan ilki, bir sağlık sorunu hakkında tavsiye veya tedavi arayan bir kişi için ilk temas noktası sağlar ve sık görülen durumlar ve yaralanmalar için genel tıbbi bakıma sürekli erişim sağlar. Diğer taraftan, sistem aynı zamanda daha uzmanlaşmış, genellikle hastane tabanlı akut sağlık hizmetlerine erişimin belirlenmesinde bir kapı tutucu rolü oynama eğilimindedir (Boyle, 2011, s. 225).

Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında ikinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğu, maaşlı uzman hekimler ve devlete ait hastanelerde çalışan personel aracılığıyla sağlanmaktadır. Hastalar, durumlarına ve doktorlarının tavsiyesine bağlı olarak bir gece kalabilirler, ancak hastaların uzman hekimlerden bakım alabilmeleri için bir pratisyen hekim tarafından sevk edilmeleri veya acil durum olarak hastaneye yatırılmaları gerekmektedir. Hastalar özel bir konsültasyon için özel olarak ödeme yapabilir, ancak yine de çoğu hizmet bir pratisyen hekim tarafından sevk gerektirir (Cylus vd., 2015, s. 82).

İngiltere genelinde Ulusal Sağlık Hizmetleri hastaneler tarafından sağlanan ikincil bakıma ek olarak, daha karmaşık veya nadir durumlarla başa çıkmak için bir dizi daha uzmanlaşmış “üçüncül hizmetler” de sağlamaktadır. Üçüncü basamak hizmetler her hastanede sağlanmaz, daha yüksek nüfus yoğunluğuna sahip bölgelerde bulunma eğilimindedir. Bu basamakta faaliyet gösteren hastaneler genellikle lisans ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi veren ve aynı zamanda kendi alanlarında araştırma merkezleri olan tıp fakülteleri veya eğitim hastaneleriyle de bağlantılıdır. Genel pratisyenler tarafından

doğrudan sevkler mümkün olsa da, hastalar çoğunlukla bir ikinci basamak sağlık uzmanı tarafından üçüncü basamak merkeze sevk edilir. Ek olarak, üçüncü basamak merkezlerin çoğu bazı özel sağlık hizmetleri de sunmaktadır (Boyle, 2011, s. 240).

İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında sevk sistemi öncelikli ve zorunlu bir sistemdir. Hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden herhangi bir ücrete tabii tutulmadan faydalanabilmesi için, acil başvurular ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar haricindeki bütün hizmetler için genel pratisyenleri tarafından yönlendirilmeleri gerekmektedir. Hastaların hastanelerden hizmet alabilmesi için gerekli olan randevuları da genel pratisyenleri aracılığıyla alınmaktadır (Dinç, 2009, s. 43). Bir başka ifadeyle genel pratisyenler, Ulusal Sağlık Sisteminin ilk başvuru noktasıdır. Basamaklandırılmış hizmet sunumu ile sistem nitelikli hale getirilmekte; sağlığa yapılan harcamalar sınırlandırılmakta ve böylece kaynak kullanımında verimlilik sağlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinde devamlılık meydana gelmektedir (Dinç, 2009, s. 6).

2.5.2. Almanya

Almanya’da sağlık hizmetleri sektörlerine göre güçlü bir şekilde ayrılmıştır. Bakım sektörleri, planlama, finansman, organizasyon ve yönetim hatları boyunca farklı şekilde organize edilmiştir. Bu parçalanmanın sağlık hizmetlerini koordinasyon, kalite ve verimlilik açısından etkilediği düşünülmektedir (Blümel, Spranger, Achstetter, Maresso, & Busse, 2020, s. 139).

Hastalar doktorlarını, aile hekimlerini ve benzer şekilde uzmanları serbestçe seçebilirler. Aile hekimleri genellikle sağlık sistemiyle ilk temas noktası olsalar da, resmi kapı tutucular değildirler (Blümel vd., 2020, s. 140).

İngiltere'deki uygulamaya benzer şekilde Almanya'da da aile hekimliğine dayalı bir sistem mevcuttur. Fakat İngiltere'deki uygulamadan farklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri bağımsız aile hekimleri tarafından sunulurken, tedavi edici sağlık hizmetleri hastanelere bırakılmıştır (Başol, 2015, s. 132).

Bireyler ayaktan doktor seçme özgürlüğüne sahiptir. Aile hekimlerinin resmi bir kapı tutucu işlevi yoktur. Ancak, 2004 yılında bir "aile hekimi bakım modeline" kaydolma seçeneği söz konusu olmuştur. Ayaktan uzman bakımı, esas olarak tek bir muayenehanede çalışan özel kar amacı gütmeyen sağlayıcılar tarafından verilirken, 2004'ten itibaren poliklinik tipi ayakta bakım merkezlerinde de bu hizmetler verilmektedir. Bireyler (sevk edildikten sonra) özgürce hastane seçme hakkına sahiptir. Hastanelerde prensip olarak maaşlı doktorlar görev yapar. Kıdemli doktorlar ayrıca özel sigortalı hastaları hizmet başına ücret temelinde tedavi edebilirler. Hastanelerdeki doktorların tipik olarak ayakta hastaları tedavi etmesine izin verilmez, ancak gerekli bakımın özel muayenehanedeki uzmanlar tarafından ayakta tedavi bazında sağlanmadığı durumlarda istisnalar yapılmıştır (Busse, 2008, s. 5-6).

2.5.3. Hollanda

Hollanda sağlık sisteminde, özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sigortacıları, hizmetlerin sağlanmasından birincil derecede sorumludur. Sağlık hizmetleri temel olarak önleyici bakım, birinci basamak, ikincil bakım ve uzun süreli bakım olarak ayrılmaktadır. Önleyici bakım esas olarak halk sağlığı hizmetleri tarafından sağlanırken birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi figürü aile hekimidir. Kapı tutuculuk ilkesi, Hollanda sisteminin temel özelliklerinden biridir. Bu hastane bakımına ve uzman bakımına (acil bakım hariç) yalnızca aile hekiminin sevk etmesi durumunda ulaşılabileceği anlamına gelir. Bir aile hekimi ile temaslara sadece %4'ü ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk ile sonuçlanmaktadır. Bir sevk aldıktan sonra, hastalar hangi hastanede tedavi olmak istediklerini seçebilirler. Uzun süreli bakım esas olarak huzurevleri ve evde bakım

kuruluşları tarafından sağlanmaktadır (Schäfer vd., 2010, s. 143; Kroneman vd., 2016, s. 139).

Tüm vatandaşlar, çoğunlukla ikamet ettikleri yerde bulunan bir aile hekimine kayıtlıdır. Hastalar aile hekimlerini kendileri seçebilir ve herhangi bir kısıtlama olmaksızın yeni bir aile hekimine geçebilir. Ancak aile hekimlerinin hastayı reddetme hakları vardır. Hastaları reddetme nedenleri, hastanın muayenehaneden çok uzakta yaşaması veya aile hekiminin listesinde zaten çok fazla hasta olması olabilir. Nüfusun neredeyse tamamı bir aile hekimine evlerinden 15 dakika içinde ulaşabilir. Sağlık sistemindeki kilit rolleri göz önüne alındığında, bir aile hekimine hızlı ve kolay erişim genellikle çok önemli görülmektedir. Genel olarak, küçük problemler aile hekimi muayenehanesinde tedavi edilirken, daha ciddi vakalar özel bakıma sevk edilir (Kroneman vd., 2016, s. 139-140).

İkincil ve üçüncül bakım, aile hekimi, diş hekimi veya ebe gibi yalnızca bir birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısının sevki üzerine erişilebilen bakım biçimlerini kapsar. Bu bakım biçimleri esas olarak hastaneler ve ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlanmaktadır. Hastanelerde hem yatarak hem de ayakta tedavi bölümleri ile 24 saat açık acil servisler bulunur. Ayakta tedavi bölümleri ayrıca hastaneye yatış öncesi veya sonrası teşhis için kullanılır (Schäfer vd., 2010, s. 151).

2.5.4. İsveç

İsveç'te merkezi hükümet, il meclisleri ve belediyeler sağlık hizmetleriyle ilgilenir. Merkezi hükümet, sağlık sisteminin genel hedeflerini ve düzenlemesini belirlerken, yerel yönetimler, yerel koşullar ve önceliklere göre hizmetlerin nasıl sunulacağını belirler (Anell, 2008, s. 10).

İsveç sağlık sisteminde geleneksel olarak, sağlık merkezleri bir coğrafi bölgede yaşayanlara birinci basamak sağlık hizmeti sağlamaktan sorumlu olmuştur (Anell, 2008, s. 11). İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerinin sorumluluğundadır. Hastalar yaşadıkları şehirde istedikleri aile hekimini seçme özgürlüğüne sahiptirler (Başol, 2015, s. 132).

Birincil bakımın resmi bir kapı tutuculuk işlevi yoktur. Sakinler doğrudan hastanelere veya ilçe meclisleri tarafından sözleşmeli özel uzmanlara gitmeyi seçebilirler. Ancak sistemde giderek artan bir şekilde, hastalar önce birincil bakım sağlayıcılarını ziyaret etmeye teşvik edilmektedir. Bu tür davranışları desteklemek için uzman ziyaretleri için daha yüksek katkı payları kullanılır (Anell, 2008, s. 11). Sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalar katkı payı ödemektedir. Fakat ikinci ve üçüncü basamakta ödenen katkı paylarına oranla birinci basamakta ödenen katkı payları daha azdır. Bu durum hastaları birinci basamağa teşvik etmektedir. Hastalar aile hekimleri tarafından yönlendirildiği sürece katkı payı alınmamakta olup, bu durum özel merkezler için dahi geçerlidir (Başol, 2015, s. 133).

2.5.5. Danimarka

Danimarka'da sağlık hizmetlerinin sunumundan, finansmanından ve denetlenmesinden Sağlık Bakanlığı yükümlüdür. Ulusal sağlık sistemi mevcuttur, fakat hizmetlerin yürütme yetkisi yerel yönetimlerin inisiyatifine bırakılmıştır. (Başol, 2015, s. 134).

Danimarka sağlık sistemi, üçlü bir sağlık hizmeti sunum sistemi olarak tanımlanabilir (Vallgård, Krasnik, & Vrangbæk, 2001, s. 39):

- Özel pratisyen hekimler
- Hastaneler
- Belediye sağlık hizmetleri

Halk sağlığı hizmetleri, kısmen tedavi hizmetleri ile bütünleştirilmiş ve kısmen de özel kurumlar tarafından yürütölen ayrı faaliyetler olarak organize edilmiştir. 2007 yapısal reformu ile birlikte birincil hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi görevlerinin sorumluluğu bölgelerden belediyelere kaydırılmıştır. 2007 yılından bu yana, belediyeler hastaneye yatış kapsamına girmeyen önleme, bakım ve rehabilitasyon konularından sorumludur (Olejaz vd., 2012, s. 106).

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri, fizyoterapistler, diş hekimleri, eczacılar ve belediye sağlık hizmetlerinden oluşur. Aile hekimleri, hastalar için ilk temas noktası olarak ve hastanelerin, uzmanların, fizyoterapistlerin ve diğerlerinin kapı tutucuları olarak kilit bir rol oynarlar. Bölgeler arasında aile hekimi başına düşen kişi sayısında çok az değişiklik olmakla birlikte, doktorların ülke genelinde eşit bir dağılımı vardır (Olejaz vd., 2012, s. 114).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin çoğu, bölgelerin sahip olduğu ve işlettiği genel hastanelerde verilmektedir. Hastanelerde klinik, poliklinik ve 24 saat açık acil servisler bulunur. Poliklinikler genellikle hastaneye yatış öncesi veya sonrası tanı ve tedaviler için kullanılır. Göz uzmanları ve kulak burun boğaz uzmanları dışındaki diğer uzmanlık dallarına ücretsiz erişim, bir aile hekiminin sevkini gerektirir. Ayrıca, hastaların sevk edilmeden gidebilecekleri ve bakım masraflarını kendileri veya özel sağlık sigortası yardımıyla ödeyebilecekleri, kâr amaçlı özel klinikler ve hastaneler de bulunmaktadır. Devlet hastanelerinin çoğu, farklı uzmanlık seviyelerine sahip genel hastanelerdir. Hastanelerin uzmanlık düzeyine, teknolojik donanıma veya performansa göre resmi bir sınıflandırması yoktur (Olejaz vd., 2012, s. 118).

2.5.6. Finlandiya

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, Finlandiya'da sağlık hizmetlerinin temel taşlarıdır. Finlandiya'da sağlık hizmetleri sağlayan üç ana sistem: belediye sağlık hizmetleri, iş sağlığı hizmetleri ve özel sağlık hizmetleridir. Belediye sisteminin avantajı, kapsamlı hizmetler sunması ve kullanım ücretlerinin düşük olmasıdır. İş sağlığı hizmetinin avantajı bekleme sürelerinin kısa olması ve ücretsiz olmasıdır. Özel sağlık hizmetinin avantajı, kısa bekleme sürelerinin olması ve hastanın hizmet sunucuyu seçmekte özgür olmasıdır. Genellikle, çalışan kişiler bu üç sistem arasında seçim yapabilir (Keskimäki vd., 2019, s. 91; Vuorenkoski, 2008, s. 104).

Belediyeler tarafından sunulan sağlık hizmetleri belediye sınırları içerisinde ikamet eden herkes için erişilebilirdir. Hastalar sağlık merkezini seçemezler. Büyük şehirlerde şehrin farklı coğrafi bölgelerine hizmet veren çok sayıda sağlık ocağı vardır ve kişiler bunlardan birine kayıtlıdır. Hastaların öncelikle sağlık merkezine telefonla ulaşarak randevu almaları gerekmektedir. Bu noktada bakım ihtiyacı değerlendirilir. Hastanın hekime veya hemşireye gitmesi gerekiyorsa randevu alınır. Sağlık merkezindeki hekim, bir hastanın ikinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğunu değerlendirirse, hasta hastane bölgesindeki ikinci basamak sağlık hizmetine sevk edilir. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçemezler. Çoğu işveren gönüllü tedavi hizmetleri sunmaktadır. Bu durumlarda hasta, işveren tarafından görevlendirilen bir iş sağlığı kliniğine ücretsiz olarak gidebilir. İş sağlığı hizmeti veren hekim, hastanın ikinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğunu değerlendirirse, hasta bulunduğu bölgeye veya özel bir uzman veya özel hastaneye sevk edilebilir. İş sağlığı hizmetleri ücretsizdir. Eğer bir hasta özel hizmetlerden yararlanmak istiyorsa herhangi bir özel hekimi tercih edebilir (Vuorenkoski, 2008, s. 104-105).

2.5.7. İrlanda

İrlanda sağlık sistemi, tarihsel olarak her ne kadar Beveridge tipi bir sağlık hizmeti sağlama modelini destekleyen ülkeler arasında kategorize edilmiş olsa da mevcut sağlık hizmeti finansmanı ve sunumu açısından karma bir model kullanılmaktadır. Modern İrlanda sağlık sistemi içerisinde sağlık politikasının geliştirilmesi ve yürütülmesi için sorumluluk 1970 Sağlık Yasası ile yerel makamlardan Sağlık Bakanlığına kaydırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcıları: genel hastaneler, özel hastaneler ve toplum bakım programlarıdır (Wiley, 2005, s. 169).

İrlanda sağlık hizmetleri sisteminin içerisinde birinci basamak merkezi bir rol oynar ve yalnızca aile hekimlerine erişimi değil aynı zamanda hemşirelik, sosyal hizmet, ayak hastalıkları uzmanları, ebeler, fizyoterapistler, konuşma ve dil terapistleri, çocuk sağlığı, diş bakımı ve göz bakımı hizmetlerine erişimi de sağlar (McDaid , Wiley, Maresso, & Mossialos , 2009, s. 161).

Aile hekimleri genellikle sağlık hizmetleri için ilk temas noktasını sağlar ve ardından, gerekirse, büyük ölçüde hastane ortamlarında faaliyet gösteren uzman doktorlara sevk edilir. Bu nedenle, aile hekimleri, ikincil bakımın “kapı tutucuları” olarak kabul edilirler. İkincil bakıma doğrudan erişim mümkündür, ancak akut devlet hastanelerinde acil servise, acil olmayan bir ziyaret için standart bir ücret alınır. Kişinin aile hekiminden sevk varsa konsültasyonlar ücretsizdir. Bu ücretin birincil amacı, ek fon sağlamak değil, birinci basamakta kolayca tedavi edilebilecek durumları olanların acil servislere uygunsuz katılımını caydırmaktır (McDaid vd., 2009, s. 161-162).

Kamu tarafından finanse edilen ikinci basamağa erişim, acil bir yatış gerekmedikçe genellikle bir aile hekiminden sevk gerektirir. Hastane sektörü, sağlık harcamalarının yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır (McDaid vd., 2009, s. 170).

2.5.8. İspanya

İspanya sağlık sistemi genel olarak vergilerle finanse edilen bir sisteme sahip olup, neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır (Bernal-Delgado vd., 2018, s. 16). İspanya'daki birinci basamak sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık merkezleri ve multidisipliner ekiplerden oluşan entegre bir sistem olup, bireysel ve halk sağlığı hizmetleri sunar. Sistem faaliyetinin çoğunu sağlık bakımı, sağlığın korunması, sağlığın iyileştirilmesi, rehabilitasyon ve sosyal hizmette yoğunlaştırır (Garcia-Armesto, Abadia-Taira, Duran, Hernandez-Quevedo, & Bernal-Delgado, 2010, s. 193).

Bazı yerel istisnalar dışında, birinci basamak sağlık hizmetleri kamuya ait uzman aile hekimleri ve hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ekipleri, İspanya Ulusal Sağlık Sisteminin temel bakım sağlayıcısıdır. Sistem için ilk temas noktası ve dolayısıyla sistemin mevcut kapı tutucuları olarak aile hekimleri, toplum sağlığının değerlendirilmesi ve özellikle epidemiyolojik sürveyans için ayrıcalıklı bir bilgi kaynağıdır. Bu nedenle, Halk Sağlığı Kurumunun talimatlarına göre, bulaşıcı hastalıkların bildirim ve somut halk sağlığı sorunlarının izlenmesi için kilit bilgi kaynağı konumundadırlar (Bernal-Delgado vd., 2018, s. 99-100).

İspanya Ulusal Sağlık Sisteminde ikincil/uzman bakım, hastanın durumuna ve özel ihtiyaçlarına bağlı olarak ayakta veya yatarak tedavi şeklinde olabilir. Aile hekimi veya uzman hekim tarafından sevk edilen hastalara hastane tabanlı bakım sağlanır. Ayrıca, bir kaza geçirmiş veya yaşamı tehdit eden ani bir durumla başvuran hastalar da doğrudan ikincil bakıma erişebilir. Bununla birlikte, hizmete erişim sınırsız olduğundan, hastalar hızlı bir tedavi almak için birinci basamak acil servisleri kullanabilirler. Böyle bir durumda çoğu hasta ilk değerlendirmeden sonra geri çevrilecektir. Ancak sistemde bulunan birinci basamak acil servisleri, hastane acil servislerindeki uygunsuz yükün kaldırılmasına da katkıda bulunmuştur (Garcia-Armesto vd., 2010, s. 202).

2.5.9. İtalya

İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), 1978'de kurulmuş olup tüm vatandaşlara ve yasal olarak ikamet eden yabancılara evrensel kapsama alanı sağlamaktadır. Ulusal yardım paketi, aynı zamanda bölgesel sağlık sistemleri için finansmanı denetleyen ve tahsis eden merkezi hükümet tarafından oluşturulur. Bölgeler, Yerel Sağlık Otoriteleri aracılığıyla, yerel düzeyde hizmetlerin finansmanından, planlanmasından ve sağlanmasından sorumludur (De Belvis vd., 2023, s. 3).

Birinci basamak, sağlık sistemi ile ilk temas noktasında aile hekimliği sistemini temsil eder ve uygun koordinasyon yoluyla bakımın sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Böylece birinci basamak sağlık hizmeti ağı, ayaktan bakımdan evde bakıma kadar farklı ortamlarda sağlığın korunmasını, sağlık eğitimini, akut ve kronik hastalıkların teşhis ve tedavisini teşvik eder. Aile hekimleri ve pediatristlerin kapı tutucu rolü vardır. İlaç reçete etmekten ve bir sağlık sorununu teşhis ettikten sonra hastaları uzman konsültasyonlarına veya gerekirse daha ileri bakım seviyelerine yönlendirmekten sorumludurlar (Ferré vd., 2014, s. 96-97).

Hastane poliklinik ve klinik hizmetler, ulusal sağlık sistemi kuruluşları ve çoğunlukla kar amacı güden kuruluşlar olan özel akredite olmuş sunucular tarafından sağlanmaktadır (De Belvis vd., 2023, s. 10). İtalya'nın hastane ağı, uzmanlık düzeyine ve acil vakaları tedavi etme kapasitesine göre organize edilmiştir. Böylece, hastaneler aşağıdaki fonksiyonel seviyelere göre kategorize edilebilir (Ferré vd., 2014, s. 100):

- **Temel Hastaneler:** 80.000 ila 150.000 nüfuslu bir hizmet alanını kapsar ve çağrı üzerine acil bakım ağı ile bir dizi sınırlı uzmanlığa sahip acil servislere sahiptir.
- **Seviye I Hastaneler:** 150.000 ila 300.000 nüfuslu bir hizmet alanına sahiptir ve birinci seviye bir acil servise sahiptir. Bu yapılar, çok sayıda özel tıbbi hizmet sağlar.

- **Seviye II Hastaneler:** 600.000 ila 1,2 milyon nüfuslu bir hizmet alanına sahiptir. Bu hastaneler, ikinci seviye Acil Durum Bölümlerine karşılık gelen tesislerle donatılmıştır ve temel olarak vakıf ve üniversite hastanelerinden oluşur. Seviye I hastanelerle aynı özellikleri paylaşırlar ancak buna ek olarak daha karmaşık sağlık koşullarıyla başa çıkabilecek bölümler ve tesislerle donatılmıştır.

2015'teki mevzuat ile birlikte hastane bakımı yeniden organize edilmiş ve bakımın daha fazla entegrasyonunu ve sürekliliğini teşvik edecek yeni standartlar belirlenmiştir. Bu bağlamda en pahalı teknolojilerin ve en karmaşık bakım hizmetlerinin ikinci düzey hastanelerde merkezileştirilmesi ile daha az karmaşık teknolojilerin ve müdahalelerin birinci basamak sağlık kurumlarında yeniden tahsis edilmesi sağlanmıştır (De Belvis vd., 2023, s. 10).

2.5.10.Fransa

Fransız sağlık sistemi, evrensellik ve birlik gibi Beveridge hedefleriyle yapısal olarak Bismarckçı bir yaklaşıma dayanan ve giderek Beveridge tipte bir sisteme yol açan karma bir model olarak tanımlanabilir (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo, & Mladovsky, 2010, s. 17). Hem kamu hem de özel hizmet sunucular, Fransız nüfusuna sağlık hizmeti sunmaktadır. Birincil bakım çoğunlukla ayaktan bakım sektöründe serbest meslek sahibi profesyoneller tarafından verilirken, ikincil bakım hem ayaktan hem de hastane ortamında verilebilmektedir. 1990'ların sonlarından itibaren, insanları bir uzmana danışmadan önce aile hekimlerini ziyaret etmeye teşvik eden yarı kapı tutuculuk sisteminin uygulanmasıyla, aile hekimleri bakımın koordinasyonunda önemli bir rol kazanmışlardır (Chevreul , Brigham, Durand-Zaleski , & Hernández-Quevedo, 2015, s. 121).

Tarihsel olarak, Fransız sağlık sistemi koruyucu tıptan çok tedavi ediciye yönelik olmuştur (Chevreul vd., 2015, s. 124). Bu bağlamda hastanede yatış gerektirmeyen birinci

ve ikinci basamak sağlık hizmetleri serbest meslek sahibi doktorlar, dış hekimleri ve özel muayenehanelerdeki yardımcı tıbbi personel ile daha az ölçüde hastane ve sağlık ocaklarında maaşlı personel tarafından verilmektedir (Sandier , Paris, Polton, Thomson, & Mossialos, 2004, s. 61-62). Doktor ziyaretleri için yasal sağlık sigortası kapsamının düzeyi kapı tutuculuk yapısının kurallarına uyulup uyulmadığına bağlı olmasına rağmen, hastalar sağlık hizmeti sunucularını seçmekte özgürdür (Chevreul vd., 2015, s. 129).

Fransa'da zorunlu olmayan sevk sistemi ile birlikte bu yönde teşvikler olduğu söylenebilir. Mevcut sistemde aslında gönüllü bir kapı tutucu sistemin varlığından söz edilebilir. İkincil bakım düzeyinde hastane yataklarının büyük bir kısmı devlete ait veya kar amacı olmayan hastanelerdedir. Geri kalanlar kar amacı güden özel kliniklerdedir. Üniversite hastanelerinin tamamı kamu elindedir (Durand-Zaleski, 2008, s. 4).

2.5.11. Küba

Küba ekonomik düzeyine oranla sağlık düzeyi iyi olan ülkelerin başında gelmektedir. Bu başarının sırrı öncelikle sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve toplumun gereksinimlerini göz önünde bulunduracak biçimde sunulması, bunun yanında halk sağlığının iyileştirilmesi açısından şart olan toplumsal düzenlemeleri de başarılı bir şekilde uygulayabilmesidir. Ülkenin eğitim, şehir planlaması ve çevre politikalarındaki başarıları toplum sağlığının iyileştirilmesi için etkili olan önemli faktörlerdir. Burada etkili olan bir diğer husus, ülkenin sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında uyguladığı politikaların direkt olarak sosyalist düzene bağlı olmasıdır (Belek, 2017, s. 6).

Küba'da Devlet sağlık hizmetlerini düzenler, finanse eder ve sağlar. Bu hizmetler, Küba sağlık sistemini gerçek bir Ulusal Sağlık Sistemi olarak tanımlayan, sağlığın devredilemez bir sosyal hak olduğu ilkesi altında çalışmaktadır. Halk Sağlığı Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sisteminin yönetim organıdır ve bu nedenle halk sağlığı, tıp bilimlerinin gelişimi ve tıbbi ilaç endüstrisi konularında devlet ve hükümet politikalarının

uygulanmasını yönlendirmek, yürütmek ve kontrol etmekle görevlidir (Domínguez-Alonso & Zacea, 2011, s. 171).

Küba sağlık sistemi üç idari seviye (ulusal, il ve belediye) ve dört hizmet seviyesine (ulusal, il, belediye ve sektör) sahiptir. İl ve belediye sağlık müdürlükleri idari olarak, bütçeyi, malzemeleri, iş gücünü ve bakımı aldıkları yerel yönetim kurumlarının il ve belediye meclislerine bağlıdır. Her il kendi belediyelerinde yerel sağlık sistemlerini oluşturur (Domínguez-Alonso & Zacea, 2011, s. 171).

Küba Ulusal Sağlık Sistemi, tüm sağlık programlarına ve hizmetlerine ücretsiz ve eşit erişimi garanti etme ve nüfusun yüzde yüzünü kapsamına alma yükümlülüğü olan bir grup kuruma sahiptir. Söz konusu erişim, gelir düzeyi, ekonomideki meslek veya bir kamu veya özel sigorta sistemine aidiyet ile belirlenmez (Domínguez-Alonso & Zacea, 2011, s. 171).

Aile hekimliği sistemi Küba sağlık sisteminin merkezindedir. Aile hekimi, kendi listesine dahil olan ortalama 500 kişinin bulunduğu bölgeye; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmakla sorumludur (Belek, 2017, s. 4).

Küba Ulusal Sağlık Sistemi yapısı nüfusun sağlık sorunlarının %80'inin birinci basamakta, %15'inin ikinci basamakta ve %5'inin üçüncü basamakta halledilmesi şeklinde tasarlanmıştır. Dolayısıyla nüfusun sağlık sorunlarının büyük kısmı aile hekimlikleri ve polikliniklerde çözülmekte olup, bu birimler belediyelere bağlı faaliyet göstermektedir (Domínguez-Alonso & Zacea, 2011, s. 171).

2.6. TÜRKİYE’DE SEVK SİSTEMİ VE YAPISI

Türkiye’de sağlık sisteminde yapılan planlamalar ve düzenlemelerde sevk sistemine önem verilmiş ve pek çok yasal düzenleme içerisinde sevk zinciri uygulamasına değinilmiştir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ’de sevkin tanımı ve nasıl olması gerektiğinden bahsedilirken sevk sistemi ve işlerliği konusunda şu bilgilere yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2001):

- *“İyileştirici hizmetler açısından sağlık ocaklarının yeri, başvuran hastaları muayene ederek hastalıklarını teşhis edip tedavi etmek, tanı ve tedavisi ocak koşullarında mümkün olmayanları da bir üst basamak olan hastanelere sevk etmektir. Bu hastaların genellikle ikinci basamak olarak kabul edilen sağlık merkezi ya da devlet hastanelerine sevk edilmeleri gerekir. Ancak, tanısı açıkça belli olan hastalar, o yılın bütçe uygulama talimatı da dikkate alınarak, doğrudan üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan özel dal hastanelerine (onkoloji hastanesi, akıl hastalıkları hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, doğumevi gibi) ya da eğitim hastanelerine sevk edilebilirler.*
- *Sevk edilen her hasta için bir Form 019 doldurup hastaya teslim edilir. Bu form üç parçadan (A, B, C) oluşmaktadır. Sevk edilen hastaya (resmi hastalar dahil) bu formun B ve C parçaları verilir. Sevk edilen kuruluş (hastane) B parçasını alır, C parçasının tarih, bulgu, tanı, sonuç ve diğer bölümlerini doldurarak en kısa zamanda sağlık ocağına, ya hastanın kendisi ile ya da diğer yollarla gönderir. Sağlık ocağı hekimi geri gelen parçayı inceler ve hastanın kişisel sağlık fişine işler.*
- *Hastanelere başvuran hastalara 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 3 üncü maddesinin (d) bendine göre işlem yapılır. Bu cümleden olarak sağlık kurum ve kuruluşları kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar. Bu miktar Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 9 uncu maddesinin (c) bendine göre Sağlık Bakanlığı’nca belirlenir.”*

Türkiye’deki sağlık sisteminin temel prensipleri, bütün nüfusa hakkaniyetli, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumundan yükümlü temel kurumdur. 2005 yılından önce, çok sayıda kamu kuruluşunun üyelerine farklı kural ve düzenlemelerle sağlık hizmeti sunduğu birden fazla parçalı bir yapı mevcutken 2005 yılında bu kurumların Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle beraber Bakanlık sistemde ana sağlayıcı konumuna gelmiştir. Türkiye’de 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılan aile hekimliği uygulaması kademeli olarak yaygınlaştırılarak 2011 yılında ülkeyi kapsamış ve sağlık ocakları kapatılmıştır. 29/09/2008 tarihli 27012 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) “1 Ocak 2009 tarihinden itibaren aile hekimliğine geçilen tüm illerde sevk zinciri uygulanacaktır” hükmü konulmuş, daha sonra 31/12/2008 tarihli 27097 (7. Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan değişiklikle uygulama 01 Temmuz 2009 tarihine ertelenmiştir. Ancak uygulama tam anlamıyla kapsamlı bir şekilde hayata geçirilememiştir. Bu kapsamda 24/03/2013 tarihli 28597 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan SUT içerisinde sevk zinciri uygulaması ve düzenlemeleri konusunda (Resmi Gazete, 2013);

“Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularınca hasta kabul ve sevk işlemlerinde, doğrudan veya sevkli müracaatlar ile kabul edilir” ifadesine yer verilmiştir.

Her ne kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte; eşitliği ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak için evrensel sağlık sigortasının getirilmesi; teknik verimliliği artırmak ve yönetimi güçlendirmek amacıyla kamu hastaneleri için mali ve idari özerklik sağlanması; birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu yatan hasta bakımıyla entegre etmek ve düzene sokmak ve sağlık hizmetlerinde kapsamlılık ve sürekliliği sağlamak için aile hekimliğinin ve sevk zincirinin getirilmesine vurgu gibi pek çok alanda düzenlemeler yapılması planlanmış (Büken, 2009, s. 36-37); “etkili, kademeli sevk zinciri” hariç diğer bileşenlerinde uygulamaya gidilmiş ve sonuçları almaya başlanmıştır. Yani Türkiye’de var olan yapıda hizmet basamakları arasında zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilmemiştir. Kişiler dilediği basamaktaki sağlık hizmet sunucusuna direkt olarak

ulaşabilmektedir. Bu durum gereksiz kaynak kullanımına sebebiyet vermekte ve sistemin sürdürülebilirliğini sınırlamaktadır (Yıldırım, 2013, s. 25).

Özetle SDP kapsamında 2003 yılından bu yana gerçekleştirilen hızlı reformlar sayesinde, hasta yolları neredeyse standart hale getirilmiş ve SGK'lılara kimlik kartları ile yataklı ya da ayakta tedavi gören sağlık kuruluşlarına doğrudan erişim hakkı tanınmıştır. Şu anda, resmi bir kapı tutuculuk sistemi yürürlükte değildir. Bununla birlikte, aile hekimliği programı artık ülke çapında uygulandığından, insanların önce aile hekimleriyle iletişime geçmeleri veya önce birinci basamak sağlık kuruluşunu ziyaret etmeleri ve ardından gerekirse uygun ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmeleri teşvik edilmektedir. Birinci basamak ziyaretleri teşvik olarak ücretsizdir. Ayrıca, hastanın aile hekiminden sevki varsa, ikinci basamak tesislerdeki katkı ödemelerinden feragat edilir (Tatar vd., 2011, s. 120-121).

2.6.1. Sevk Sistemine İlişkin Plan ve Düzenlemeler

Türkiye’de planlı döneme geçişle birlikte sürekli gündemde olan sevk zinciri uygulamasına ilişkin zaman içerisinde birçok hedef belirlenmiş ve bu kapsamda yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu hedef ve düzenlemelere ilişkin özet bilgi aşağıda sunulmuştur.

2.6.1.1. Sevk Sisteminin Kalkınma Planlarındaki Yeri

Türkiye’de Sekizinci, Dokuzuncu, Onuncu ve On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planları içerisinde sevk sisteminin uygulamaya geçirilmesine ilişkin açıklamalara yer verilmiştir. Buna göre Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (2001-2005) (DPT, 2000) “*Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamadığından, aile hekimliği uygulamasına geçilemediğinden, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkı sağlanamadığından*” bahsedilmiş ve bu bağlamda belirlenen amaç, ilke ve

politikalarda “Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir.” ve “Sağlık hizmetleri, eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ulaşılabilir, verimli, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu ve hasta haklarına saygılı şekilde sunulacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek temel sağlık hizmetleriyle birlikte etkin şekilde hizmet verilmesi sağlanacak ve aile hekimliği uygulamasına geçilecektir. Etkin bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir.” şeklinde ortaya konulmuştur (DPT, 2000).

Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda (2007-2013) Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi başlığı altında “Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000-2004 döneminde sağlık ocağı imkânlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95’i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.” maddesi ile sevk zinciri uygulamasının eksikliğine ve sisteme yansımalarına değinilmiştir (Resmi Gazete, 2006). Bu bağlamda “Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.” maddesiyle yine sevk zincirinin önemine değinilmiş ve uygulamaya geçirilmesi bir amaç olarak belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2006).

Onuncu Kalkınma Planı’nda (2014-2018) “Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performans dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir.” maddesi ile hala uygulamaya geçirilememiş sevk zinciri uygulamasından bahsedilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2013). Yine bu bağlamda “Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin

etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.” şeklinde amaç olarak belirlenmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

On Birinci Kalkınma Planı’nda özellikle sevk zinciri uygulamasından bahsedilmemiş ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve düzenlenmesine yönelik şu maddelere değinilmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019):

- *“Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır.*
- *Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirmek suretiyle ihtiyacın bu aşamada karşılanması sağlanacaktır.*
- *Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılabacak, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir.*
- *Bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere, hastalıklara ilişkin tarama ve teşhis gibi süreçlerde aile hekimlerinin sorumlulukları artırılabacaktır.*
- *Aile hekimliği performans sistemi, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle entegre bir biçimde, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır.*
- *Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını sağlamak için finansal tedbirler alınacaktır. Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır.”*

2.6.1.2. Sevk Zincirinin Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlarındaki Yeri

Sevk zincirinin uygulanmasına ilişkin Sağlık Bakanlığının ilk stratejik planı olan 2010-2014 Stratejik planında şu ifadeler yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009):

- *“2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında genç dostu yaklaşımın benimsenmesi için gerekli adımlar atılacak, sevk sistemi ile geri bildirim mekanizması işletilmesi*

sağlanacak, 2010 yılı sonuna kadar planlanan tüm hastanelere adolesan polikliniği kurulması çalışmalarına destek sağlanacaktır.

- *Şüpheli meslek hastalıklarının sevk sisteminin güçlendirilmesi sağlanacaktır.”*

2014-2017 Stratejik Planı’nda hedefe yönelik stratejiler içerisinde sevk zinciri uygulamasına geçilmesi hedef olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda sevk zinciri uygulaması kurulumuna ilişkin 2014 ve 2015 yıllarında hazırlık çalışmaları ve sistem altyapısının kurgulanması, 2015 yılında mevzuatın oluşturulması ve 2017 yılında sevk zincirinin uygulamaya konulması hedeflenmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

2019-2023 Stratejik Planı içerisinde yapılmış olan SWOT analizinde “Sevk zinciri uygulamasına geçilememiş olması” iç çevrede zayıf yön olarak ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Ayrıca “*Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak*” olarak belirlenmiş amaç içerisinde “*Aile hekimliği sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi*” ihtiyaç olarak ifade edilmiştir. Yine bu amaç içerisinde “*Henüz yeterli sayıda aile hekimliği biriminin sağlanamaması nedeniyle sevk zincirine tam olarak geçilememesinden dolayı aile hekimlerinin ve hastane hizmetlerinin rollerinin net olarak uygulanamaması*” tespiti yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Bir diğer amaç olan “*Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak*” ise “*Sevk zinciri uygulamasına geçilememiş olmasını*” risk olarak nitelendirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Ayrıca 2019-2023 planında, stratejik tasarım başlığı altında bölüm bazlı uygulanması gereken sevk sistemleri strateji olarak belirlenmiş ve sevk zinciri uygulaması eksikliklerinden ve yetersizliklerinden bahsedilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.6.1.3. Sevk Zinciri Uygulamasına İlişkin Kanuni Düzenlemeler

12/1/1961 tarihli 10705 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi Madde 13 de “*Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevki gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları -kendi yetenekleri dâhilinde olan müdahaleyi mütaakıp gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehasıs müdahalesini icab ettiren doğumlar hastanelere veya doğum evlerine sevk edilir.*” şeklinde ifade edilmiş ve sevk sistemine değinilmiştir (Resmi Gazete, 1961).

Ayrıca 14. Maddede ise “*Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenlerin (Acil vakalar hariç)*” ödemeye tabii tutuldukları belirtilmiştir (Resmi Gazete, 1961).

16/6/2006 tarihli 26200 sayılı Resmi Gazete’de Yayınlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu içerisinde hizmet basamakları ve sevk zinciri başlığı altında 70. Maddesinde de sevk zinciri uygulaması ele alınmıştır. Bu madde “*Bu Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin*

uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır. Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır.” şeklinde ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 2006).

Ayrıca genel sağlık sigortası geçiş hükümleri içerisinde “*Aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde 68 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen katılım payları, üç yıl süreyle %50 oranında azaltılarak uygulanabilir.*” (Resmi Gazete, 2006) ifadesi ile sevk zinciri uygulaması teşvik edilmeye çalışılmıştır.

18/04/2014 tarihli 28976 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği içerisinde ayakta tedavide hekim muayenesi katılım payının alınması “... *birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırmaya ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlemeye Kurum yetkilidir.*” şeklinde düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2014).

Yine ilgili yönetmelik içerisinde hizmet basamakları ve sevk uygulaması ile alakalı olarak şu ifadelerle değinilmiştir (Resmi Gazete, 2014):

- “*Kurum, Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak, bu basamaklar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında sevk zincirini; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin*

uzmanlıklarını dikkate almak suretiyle tüm yurttta veya il ya da ilçe bazında belirlemeye yetkilidir.

- *Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Kurumca belirlenen sevk zincirine uymaları zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri Kurumca karşılanmaz.*
- *Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sevk zinciri kurallarının il ya da ilçe bazında farklı belirlenmesi hâlinde, kişinin sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu ildeki sevk zinciri kuralları geçerlidir.”*

Tüm bu yasal mevzuat ve düzenlemeleri incelediğimizde özellikle 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ortaya atılan sevk zinciri kavramı, sağlıkta yapılan tüm düzenlemelerde yer almıştır. Her ne kadar zorunlu bir şekilde uygulamaya geçirilemeyen bir bileşen olarak kalsa da, birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesiyle ve yapılan düzenlemelerle teşvik edici olması istenmiştir.

3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık hizmetleri sunumu basamaklandırılmış hizmetler şeklinde ele alınmakta ve bu kapsamda üç basamak hizmet sunumundan bahsedilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri daha kapsamlı hizmet yelpazesini kapsamakta ve birinci basamak sağlık hizmetleri ise ilk teşhis tedavi noktası olarak yer almaktadır. Bu bağlamda birinci basamak sağlık kurumlarının ilk başvuru noktası olarak tercih edilmesi, ikinci ve üçüncü basamaklara ulaşımında ise birinci basamaktan başlaması istenmektedir. İşte bu sistem etkili sevk sistemini teşkil etmektedir. Böylece etkili bir sevk sistemi ile hastaların ilk muayene ve teşhisleri birinci basamakta yapılacak ve hastalar gerekli görüldüğü hallerde ikinci ve üçüncü basamaklara yönlendirileceklerdir. Bu da hastaların doğru yere, doğru zamanda ulaşmasını sağlayacak, ikinci ve üçüncü basamaklarda oluşan gereksiz hasta yoğunluğunu azaltacak ve dolayısıyla hem hizmet sunuculara hem de hastalara yer, zaman ve mekân faydası sağlayacaktır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de zaman içerisinde sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik birçok reform ve düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler içerisinde en kapsamlı olanı 2003 yılında uygulamaya konulan ve başlangıçta sekiz bileşenin yer aldığı Sağlıkta Dönüşüm Programı olmuştur. Bu bileşenler içerisinde tam anlamıyla uygulamaya geçirilemeyen tek bileşen “Etkili Kademeli Sevk Zinciri” uygulamasıdır.

Bu amaçla sağlık hizmetlerinin sunumunda SDP ile kademeli sevk sistemi ele alınmış ve Sağlık Bakanlığınca da kademeli hizmet olarak ifade edilmiştir. SB kademeli hizmeti; “Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevki esastır. Kademeli hizmetin amacı, kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en

yakınlarındaki sağlık kuruluşundan rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hasta yükünden kurtarılmaları, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir.” şeklinde ifade etmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2005). Böylece hastaların öncelikle bir aile hekimine başvurmaları ve aile hekiminin ihtiyaç olduğunu düşündüğü hallerde üst basamak sağlık kurumlarına erişimlerinin sağlanması planlanmıştır.

Nitekim aile hekimliği uygulaması bulunan çoğu ülkede sevk sistemi de zorunlu uygulanmaktadır. Buralarda aile hekimleri veya birinci basamak sağlık kuruluşları kapı tutucu olarak tanımlanmakta ve hastaların üst basamaklara başvuru sağlayabilmesi ancak aile hekimlerine başvuru yoluyla gerçekleşmektedir. Sevk zinciri, hastaların; doğru hizmete doğru zamanda ulaşmalarını, daha hızlı hizmet alabilmelerini sağladığından ve hizmet sunucular üzerindeki aşırı iş yükünü ve gereksiz maliyetleri azalttığından çoğu ülkede zorunlu uygulanmaktadır ve basamaklandırılmış hizmet sunumunu koordine eden en iyi uygulamalardan biri olarak gösterilmektedir.

Bu bağlamda bu çalışma ile Türkiye’de zorunlu sevk zinciri uygulaması önündeki engelleri paydaş görüşleri ile değerlendirerek ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda zorunlu sevk zinciri uygulamasının gerekli olup olmayacağı, uygulamanın sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi üzerinde etkisinin olup olmayacağı, maliyetlere etki edip etmeyeceği, hizmet sunucuları ve tüketicilerin memnuniyet düzeyi üzerinde etkisinin olup olmayacağı ve uygulamaya neden geçilmediği veya geçilebilmesi için ne yapılması gerektiğine ilişkin farklı paydaşların görüşlerinin ortaya konulması hedeflenmiştir.

Türkiye’de sevk sistemi konusunda sınırlı sayıda çalışma (Bulut, 2017; Çankaya, 2018) bulunmasına rağmen, sevk sistemi kapsamında etkili olduğu/olabileceği düşünülen, uygulamadan doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen/etkilenebileceği düşünülen tüm paydaşların (politik aktörler, aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunucular

ve tüketiciler) yer aldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bakıldığında tüm paydaşların dâhil edildiği geniş bir çalışma olup; özgün ve alana katkısı açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın evrenini; sevk zinciri uygulamasından etkilenebilecek/etkileyebilecek kişi ya da grupları temsil etmesi bakımından; politika yapıcılar/politikalarda etkili olan aktörler, aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu yöneticileri ve tüketicileri temsil eden kişi veya gruplar oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem grubunun seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi nitel araştırmalarda kullanılan en yaygın yöntemlerdendir (Yıldırım & Şimşek, 2013, s. 135). Nitel bir araştırmada, anlama derinliğini artırmak amacıyla görece küçük ve amaçlı olarak seçilmiş bir örneklem kullanılabilir. Amaçlı örnekleme, uygun ve yararlı bilgiler vermesi en muhtemel yanıtlayıcıları seçmek için kullanılır ve sınırlı araştırma kaynaklarını etkili bir şekilde kullanacak vakaları belirlemenin ve seçmenin bir yoludur. Amaçlı örnekleme stratejileri, herhangi bir rastgele örnekleme biçiminden uzaklaşır ve muhtemelen dâhil edilebilecek belirli türdeki vakaların araştırma çalışmasında nihai örneğin bir parçası olmasını sağlamaya yönelik stratejilerdir. Amaca yönelik bir stratejinin benimsenmesinin nedenleri, çalışmanın amaç ve hedefleri göz önüne alındığında, belirli kişilerin söz konusu fikir ve konular hakkında farklı ve önemli görüşlere sahip olabileceği ve bu nedenle örnekleme dâhil edilmesi gerektiği varsayımına dayanmaktadır (Campbell vd., 2020, s. 2-3).

Nitel araştırmalarda, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilen bir örneklem yaklaşımı kullanılır (Yıldırım & Şimşek, 2013, s. 115). Çalışma kapsamına

dâhil edilen her bir paydaş grubunda 8-10 katılımcı aralığında kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başlamış olup; her bir paydaş grubu için 10'ar kişi örnekleme dâhil edilmiştir. Örnekleme dâhil edilen her bir paydaş için sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgiler Ek-1'de yer almaktadır. Buna göre çalışma kapsamına politik aktörler grubu için; Bakanlık Merkez Teşkilatından ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden konu kapsamında bilgi sahibi olan üst düzey yöneticiler dâhil edilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak hizmet sunucuların yönetici grubu için; çeşitli illerdeki kamu hastaneleri, özel hastaneler ve eğitim araştırma hastanelerinden başhekimler, başhekim yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürleri ve idari mali işler müdürleri ile görüşülmüştür. Aile hekimleri grubu için; farklı illerde görev yapan aile hekimleri dâhil edilmiştir. Tüketici grubu için; yarı yapılandırılmış görüşme formunda birinci soru olan “ Sevk zinciri kavramı size ne ifade diyor?” sorusuna cevap verebilen katılımcılar çalışma kapsamına dâhil edilirken, soruya cevap veremeyen katılımcılar kapsam dışında bırakılmıştır. Çalışmaya Ankara ilinden dâhil edilen katılımcılarla yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilirken; farklı illerde bulunan katılımcılar ile zoom uygulaması aracılığıyla görüşülmüş ve tüm görüşmeler kayıt altına alınmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARACI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Tipik olarak nitel araştırmalarda veri toplamak için görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile gerçekleştirilir. Başka olasılıklar da mevcuttur - odak grup görüşmeleri, tamamen yapılandırılmamış görüşmeler, yaşam öyküleri vb. - ancak yarı yapılandırılmış görüşme, nitel araştırmalarda en sık kullanılan yöntemdir. Yarı yapılandırılmış bir görüşmede, araştırmacının tartışılacak konuyla ilgili genel bir planı vardır, ancak sabit bir soru sırasını izlemez veya bu soruları belirli bir şekilde ifade etmez. Görüşülen kişilere, yanıtlama biçimleri, yanıtlarının uzunluğu ve hatta tartıştıkları konular konusunda büyük bir serbestlik tanınmaktadır (Packer, 2011, s. 42). Yarı yapılandırılmış görüşmelerin esnekliği, onları 'neden' sorusunu yanıtlamak için çok uygun hale getirir. Görüşme sırasında tartışılan soruları ve alanları değiştirerek, bireysel katılımcılar için önemli olan yönleri ele alabilir ve bunu yaparak araştırma sorusunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir (Fylan, 2005, s. 66-67).

Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada paydaş görüşlerini almak için yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu literatür taraması sonucu (WHO, 2015; Akdağ, 2012; Bulut & Uğurluoğlu, 2020; Grembowski, Cook, Patrick, & Roussel, 1998; Kamau, Osuga, & Njuguna, 2017) oluşturulan 6 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Çalışma kapsamında kullanılan sorular aşağıdaki şekildedir;

1. “Sevk Zinciri” kavramı size ne ifade ediyor?
2. Sizce sağlık sistemi içerisinde sevk zinciri uygulamasına öncelikli olarak geçilmeli midir? Neden?
3. Sevk zinciri uygulamasının etkilerini; sunulan sağlık hizmetleri, hastalar, aile hekimleri, kamu maliyesi, kalite, memnuniyet ve toplum özelinde nasıl değerlendirirsiniz?
4. Sevk zinciri uygulanırsa sağlık sisteminin mevcut kapasitesi ile ihtiyaçları karşılayabileceğini düşünüyor musunuz? Mevcut yapının nitelik ve yeterliği hakkında ne söyleyebilirsiniz?
5. Sevk zinciri uygulamasına geçilmesi durumunda, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir yapıda işleme için yapılması gereken düzenlemeler nelerdir?
6. Sevk zinciri uygulamasını destekler misiniz?

Sorular; zorunlu sevk zinciri uygulamasının gerekli olup olmadığı, uygulamanın sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi üzerinde etkisinin olup olmadığı, maliyetlere etki edip etmediği, hizmet sunucuları ve tüketicilerin memnuniyet düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığı ve uygulamaya neden geçilmediği veya geçilebilmesi için ne yapılması gerektiği konularına yönelik değerlendirmeleri kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Görüşme esnasında katılımcıların cevaplarına göre araştırmacı tarafından konunun anlaşılabilmesi adına farklı sorular da sorulmuştur.

Görüşme formu, öncelikle 3 aile hekimi, 1 üçüncü basamak hekimi ve 1 tüketici olmak üzere toplam 5 kişi üzerinde uygulanmış ve alınan geri bildirimler ile sorular üzerinde küçük revizyonlar yapılmıştır.

Çalışmanın başlatılabilmesi için etik kurul izni; Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonu'ndan 11.03.2022 tarihli ve E-12908312-050.06-00002082592 sayılı yazıyla alınmıştır (Ek-4).

Saha araştırması, Kasım 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında yüz yüze (33 katılımcı) ve zoom uygulaması (7 katılımcı) kullanılarak gerçekleştirilmiş olup görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşme öncesi paydaşlara çalışma ile ilgili kısa bilgilendirme yapılmış ve katılımcılara gönüllü katılım formu imzalatılmıştır. Görüşmeler aile hekimleri için ortalama 10 dakika ile 20 dakika aralığında, tüketiciler için ortalama 15 dakika ile 30 dakika aralığında, hastane yöneticileri için ortalama 20 dakika ile 30 dakika aralığında ve politik aktörler için ortalama 30 dakika ile 45 dakika aralığında gerçekleşmiştir.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma kapsamında yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan 6 açık uçlu sorudan elde edilen görüşlere ilişkin kayıtlar tek tek Word dosyalarına aktarılmıştır. Daha sonra bu belgeler nitel araştırma veri analizinde kullanılan MAXQDA 22 programına aktarılarak bu program aracılığıyla analiz edilmiştir.

Öncelikle her bir soruya ait verilen cevaplara ait kelime bulutu oluşturulmuş ve oluşturulan kelime bulutu yardımıyla temalar (gereklilik, uygulanabilirlik, kalite, maliyet, memnuniyet) oluşturulmuştur. Daha sonra programa aktarılan her bir katılımcının vermiş olduğu cevaplar kodlanmış ve oluşturulan temalara ilişkin kod- alt kod modeli

oluşturulmuştur. Oluşturulan model doğrultusunda gerek her bir paydaş grubu gerekse genel olarak içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi, kaydedilen her türlü iletişimin sembolik içeriğini sistematik olarak değerlendirmek için kullanılan gözlemsel bir araştırma yöntemidir (Kolbe & Burnett, 1991, s. 243-244).

3.5. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Bilimsel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik konusu "iyi" bir araştırmayı "kötü" araştırmadan ayırmayı amaçlayan ve bu nedenle yapılmasının önerildiği önemli bir husustur (Cypress, 2017, s. 255). Sonuçların zaman içinde ne ölçüde tutarlı olduğu ve incelenen toplam popülasyonu ne oranda doğru bir şekilde temsil ettiği güvenilirlik olarak adlandırılır ve bir çalışmanın sonuçları benzer bir metodoloji altında yeniden üretilebiliyorsa, araştırma aracının güvenilir olduğu kabul edilir (Golafshani, 2003, s. 598). Nitel araştırmalarda geçerlik, araştırmanın ölçmeyi amaçladığı şeyi gerçekten ölçüp ölçmediğini veya araştırma sonuçlarının ne kadar doğru olduğunu belirler. Başka bir deyişle, araştırma aracı, araştırma nesnesinin "tam hedefine" ulaşmasını sağlar (Golafshani, 2003, s. 599). Güvenirlik ise, araştırma tasarımının sistematik titizliği, araştırmacının güvenilirliği, bulguların inanılabilirliği ve araştırma yöntemlerinin uygulanabilirliği anlamına gelir. Bir araştırma çabasıyla ilişkili genel kalite izlenimidir. Nitel bir araştırma çalışmasının güvenilirliğini artırma, epistemolojik anlayışlar, incelenen ve dâhil edilen literatürün derinliği, argümanın uygun teorik konumlandırılması, veri toplamanın seçimi ve konuşlandırılması dâhil olmak üzere birçok yönü içerir (Rose & Johnson, 2020, s. 4).

Nitel araştırma tasarımı, güvenilirliği inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik aracılığıyla test eder (Jackson, Drummond, & Camara, 2007). Araştırmanın bilimsel olarak kabul edilebilmesi için araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olması gerekir. Aksi takdirde araştırmanın inandırıcılığı konusunda kuşkular ortaya çıkabilir (Yıldırım & Şimşek, 2013, s. 265). Nitel araştırmalarda güvenilirlik için en çok kullanılan yöntemlerden birisi üçgenlemedir.

Üçgenleme ile birkaç veri toplama yöntemi veya birkaç veri kaynağı karşılaştırılır. Böylece bir yöntemin zayıf yönü başka bir yöntemin güçlü yönü ile desteklenebilir. Dört temel üçgenleme türü vardır: (1) zaman, mekan ve kişileri içeren yani çalışmada çok çeşitli verilerin kullanıldığı veri üçgenlemesi; (2) tek araştırmacı yerine birden fazla araştırmacının analiz ve yorumlama yaptığı araştırmacı üçgenlemesi; (3) fenomenin yorumlanmasında birden fazla teorik şemanın kullanılmasını içeren teori üçgenlemesi ve (4) birden fazla yöntemin kullanılmasını içeren ve yöntem içi veya yöntemler arası stratejilerden oluşabilen metodolojik üçgenlemesi. Araştırmacının birden çok gözlemciyi, teorik bakış açısını, veri kaynaklarını ve metodolojileri tek bir araştırmada birleştirdiği çoklu üçgenleme de vardır (Denzin, 2007, s. 1-2). Çalışma kapsamına farklı paydaş grupları dâhil edilerek, zaman, mekân ve kişileri içeren çok çeşitli veriler kullanılmıştır. Ayrıca çalışma iki araştırmacı tarafından analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Böylece veri üçgenleme ve araştırmacı üçgenlemesinden yararlanılarak araştırmanın güvenilirliği sağlanmıştır.

Ayrıca toplanan verilerin ayrıntılı olarak rapor edilmesi ve araştırmacının sonuçlara nasıl ulaştığını açıklaması nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında yer almaktadır. Araştırma kapsamında görüşülen bireylerden doğrudan alıntılara yer vermek ve bunlardan yola çıkarak sonuçları açıklamak geçerlik için önemli olmaktadır. Bir araştırmanın niteliğini sağlayan şey kesinliktir. Araştırmanın kesinliğini, bulguların gerçekliğe uygunluğunu ifade eden iç geçerlik, genellenebilirliğini ifade eden ise dış geçerliktir (Guba & Lincoln, 1981). İç geçerlik konusunda araştırmacıdan, veri toplama süreçlerini ve verilerin analizi ve yorumlanması süreçlerini açıklaması beklenmektedir. Araştırmacının sürekli olarak kendisini ve araştırma süreçlerini eleştirel bir gözle sorgulaması ve elde ettiği bulguların ve sonuçlarının gerçeği yansıtıp yansıtmadığını denetlemesi beklenmektedir. Bu kontrollerin nasıl yapıldığı konusunda yapılan açıklamalar okuyucuyu tatmin edebilecek şekilde açık ve anlaşılır olmalıdır. Dış geçerlik ise, araştırma sonuçlarının genellenebilirliğine ilişkindir. Eğer bir araştırma sonuçları benzer ortamlara ve durumlara genellenebiliyorsa araştırmanın dış geçerliğinin olduğu söylenebilir. Benzer gruplara ya da ortamlara doğrudan genelleme nitel araştırmanın zayıf olduğu yönlerden bir tanesidir. Sosyal olayların, içinde bulunulan ortama göre değiştiği

varsayımından hareketle, hiçbir araştırmanın sonuçları başka bir duruma doğrudan genellenemez. Araştırma sonuçlarından yola çıkılarak doğrudan genelleme yapılamayabilir, ancak araştırmanın kendi ortamı için geçerli olabilecek bazı dersler ya da deneyimler çıkarılabilir. Bu gerçekleştiği takdirde, nitel araştırma sonuçlarının genellenebilirliği de artar (Yıldırım & Şimşek, 2013, s. 256-258). Araştırmada iç ve dış geçerliği sağlamak ve araştırma sonuçlarının benzer ortamlara genellenebilmesi amacıyla veri toplama, verilerin analizi ve yorumlanması süreçleri ayrıntılı bir şekilde açıklanmış; araştırma süreçleri eleştirel bir yaklaşımla ele alınmış ve sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir.

3.6. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Bu çalışma kapsamında, farklı bölgelerde yer alan paydaşlar ile görüşülmüş, il dışında bulunan paydaşlarla yapılan görüşmeler zoom uygulaması aracılığıyla yapılmıştır. Paydaşlarla görüşülürken yöneltilen ilk soru olan “Sevk Zinciri kavramı size ne ifade ediyor?” sorusuna cevap veremeyen katılımcılarla görüşmeye devam edilmemiş, bu katılımcılar çalışma kapsamına dâhil edilmemiştir. Türkiye’ de bulunan tüketicilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu bilinmekte olup (Sağlık Bakanlığı, 2020); araştırma kapsamında tüketici grubu içerisinde ele alınan paydaşların sağlık okuryazarlığı yüksek grubu temsil ettiği varsayılmaktadır. Araştırmada ilgili paydaşların görüşmeleri değerlendirilmiş olup tüm paydaşlara genelleme yapılamaz.

Paydaşların yarı yapılandırılmış görüşme formunda yöneltilen sorulara verdikleri cevapların gerçekleri yansıttığı ve bu kişilerin sorulara geçerli cevaplar verebilecek bilgiye ve deneyime sahip oldukları varsayılmıştır.

4. BÖLÜM: BULGULAR

Bu başlıkta yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda elde edilen verilerin değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşülen katılımcılardan elde edilen bulgular iki başlık altında değerlendirilmiştir. İlk bölümde katılımcıların demografik ve kişisel özelliklerinin yer aldığı tanımlayıcı bulgular; ikinci bölümde ise katılımcıların MAXQDA 22 programı aracılığıyla analiz edilen görüşlerinin sonuçlarının ve yorumlarının bulunduğu içerik analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

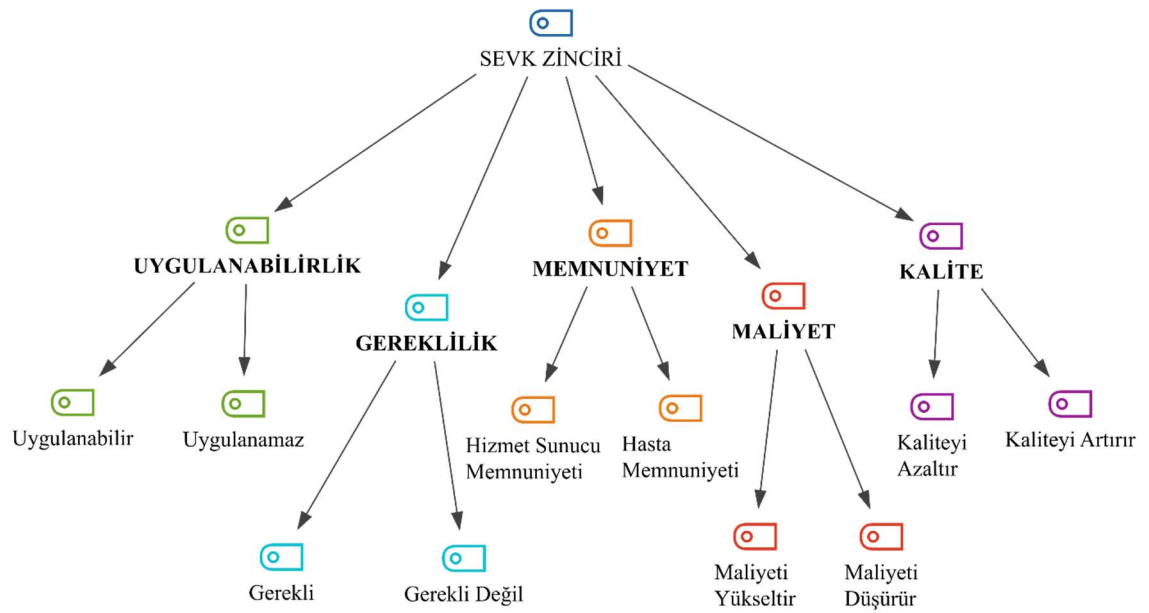
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışma kapsamında görüşülen katılımcıların kişisel ve demografik özellikleri Tablo 3’de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Buna göre katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında en çok (%32,50) 45-54 yaş aralığında olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%55,0) erkektir. Yine katılımcıların büyük çoğunluğunun (%72,5) evli olduğu görülmektedir. Eğitim durumlarına göre incelendiğinde katılımcıların eğitim seviyesi en az lisans düzeyinde olup, %87,5 lisansüstü, doktora ya da tıpta uzmanlık eğitimi almıştır. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri incelendiğinde büyük çoğunluğun (%45) mesleki tecrübesinin 25 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamına dâhil edilen her paydaştan, tüketiciler, aile hekimleri, hastane yöneticileri ve politikayı etkileyen aktörler, 10’ar kişi ile görüşülmüştür. Katılımcıların %25’i aile sağlığı merkezlerinde, %37,5’i ikinci ve üçüncü basamak kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında, %12,5’i, Sağlık Bakanlığı’nda, %12,5’i İl Sağlık Müdürlüğü’nde ve %12,5’i de özel sektörde görev yapmaktadır.

Tablo 3. Çalışma Kapsamında Görüşülen Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	n	%
<i>Yaş</i>		
25-34	9	22,50
35-44	11	27,50
45-54	13	32,50
55 ve üzeri	7	17,50
Toplam	40	100,00
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	18	45,00
Erkek	22	55,00
Toplam	40	100,00
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	29	72,50
Bekâr	11	27,50
Toplam	40	100,00
<i>Eğitim Durumu</i>		
Lisans	5	12,50
Yüksek Lisans	21	52,50
Doktora	9	22,50
Tıpta Uzmanlık	5	12,50
Toplam	40	100,00
<i>Meslekte Çalışılan Süre</i>		
5-14 yıl	11	27,5
15-24 yıl	11	27,5
25 yıl ve üzeri	18	45
Toplam	40	100
<i>Katılımcı Grubu</i>		
Politik Aktörler (PA)	10	25
Hastane Yöneticileri (HY)	10	25
Aile Hekimleri (AH)	10	25
Tüketiciler (T)	10	25
Toplam	40	100
<i>Çalışılan Kurumlar</i>		
Aile Sağlığı Merkezi	10	25
Hastaneler (Kamu-Özel)	15	37,5
Sağlık Bakanlığı	5	12,5
İl Sağlık Müdürlüğü	5	12,5
Özel Sektör	5	12,5
Toplam	40	100

Bu kapsamda; gereklilik, uygulanabilirlik, kalite, maliyet ve memnuniyet boyutları tema olarak belirlenmiş ve katılımcıların bu kavramlarla ilgili düşüncelerine göre kategoriler ortaya koyulmuştur. Katılımcıların ifadelerine göre gereklilik, gereklidir ve gerekli değildir; uygulanabilirlik, uygulanabilir ve uygulanamaz; kalite, kaliteyi artırır ve kaliteyi azaltır, maliyet ise maliyeti düşürür ve maliyeti yükseltir şeklinde alt kategorilere ayrılmıştır. Memnuniyet teması, hizmet sunucu memnuniyeti ve hasta memnuniyeti olmak üzere iki grup açısından ele alınmış ve bu gruplar üzerinde memnuniyeti artırma ve memnuniyeti düşürme şeklinde kategorilendirilmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Oluşturulan Temalara İlişkin Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

Temalar ve kategoriler belirlendikten sonra görüşme belgeleri üzerinde kodlama yapılmaya başlanmıştır. Her bir katılımcının yarı yapılandırılmış görüşmede verdiği cevaplar ilgili temalara göre kodlanmıştır.

Örneğin, katılımcı hastane yöneticisi HY5 “Hastanelerde yığılmaların önlenmesi ve sağlık harcamalarının azaltılması açısından sevk zinciri uygulaması kesinlikle gereklidir.” şeklinde bir ifade bulunmuştur. Bu, sevk zinciri uygulamasını gerekli bir uygulama olarak gördüğünü ifade ettiği için gereklilik teması içerisinde gerekli kategorisine kodlanmıştır. Ayrıca katılımcı gerekli görme nedenlerini de ifade etmiş ve bu nedenler gerekli kategorisi içerisinde alt kod olarak kodlanmıştır. “Hastanelerde yığılmaların önlenmesi” ikinci ve üçüncü basamak yoğunluğunda azalma olarak kodlanırken, “sağlık harcamalarının azaltılması açısından gereklidir” ifadesi de pozitif katkı olarak gerekli kategorisi altında kodlanmıştır.

Katılımcıların verdikleri cevaplar bu şekilde öncelikle temalara ve kategorilere göre kodlanmış, daha sonra kategorinin artış veya azalış nedeni olarak görülen ifadeler bu kategori içerisinde alt kod olarak kodlanmıştır. Sonuçta 1372 kod, 12 kategori ve 5 tema elde edilmiştir. Paydaşlarla gerçekleştirilen bütün görüşmeler kodlandıktan sonra kod bulutu oluşturulmuştur (Şekil 4).



Şekil 4. Katılımcı Kayıtlarına İlişkin Kod Bulutu

Kod bulutu incelendiğinde katılımcıların belirttiği ifadelerle göre oluşturulan kodların diğer kodlardan daha büyük puntolarda yazıldığı gözlenmiştir. Bu kodlar tüm paydaşların belirtme sıklığının daha çok olduğu kodları ifade etmektedir. Buna göre paydaşlar, sevk zinciri uygulamasının kaynak kullanımını azaltarak verimliliği artıracığını; kaliteyi artıracığını; aile hekimliklerinin anlamını bulmasını sağlaması, 2. ve 3. Basamakta hasta yoğunluğunu azaltması, doğru uygulama olması gibi nedenlerle gerekli bir uygulama olduğunu; sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamağın geliştirilmesi, yasal zorunluluklar belirlenmesi gibi sıklıkla ortak beyanlarda bulunmuşlardır (Şekil 4).

4.2.2. İçerik Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; temaları, kategorileri ve alt kodları belirlendikten sonra kodlanmış olan görüşme notları MAXQDA 22 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Tüm temalar hem ayrı ayrı her paydaş için hem de tüm paydaşlar için ortak şekilde değerlendirilmiştir. Tablo 4'de her paydaşın verdiği cevapların temalara ve kategorilere göre kodlanmış sayıları ve yüzdeleri yer almaktadır.

Sevk zinciri uygulamasını politik aktörlerin %80'i, hastane yöneticilerinin tümü, aile hekimlerinin %90'ı ve tüketicilerin %70'i gerekli görmekteyken tüm paydaşlar içerisinde gerekli görme oranı %85'dir. Katılımcılardan politik aktörlerin %60'ı ve hastane yöneticilerinin %90'ı sevk zincirinin uygulanabileceğini düşünürken; aile hekimlerinin %70'i ve tüketicilerin %90'ı sevk zincirinin uygulanamayacağını düşünmektedir. Politik aktörler ve hastane yöneticilerinin tümü, aile hekimleri ve tüketicilerin ise %80'i sevk zinciri uygulamasının birinci basamak sağlık kurumlarında ve sunulan sağlık hizmetlerinde kaliteyi artıracığını düşünmektedirler. Bütün paydaşlar sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşürücü etkisi olacağını ifade etmişlerdir. Sevk zinciri uygulaması memnuniyet açısından ele alındığında; katılımcıların %85'i uygulamanın hizmet sunucuların memnuniyetini artıracığını ifade ederken, %55'i hasta memnuniyetini düşürücü etkisi olacağını söylemişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Tema ve Kategorilere Göre Katılımcı Cevaplarının Frekansları ve Yüzdeleri

Tema	Katılımcı Kategori	Politik Aktörler		Hastane Yöneticileri		Aile Hekimleri		Tüketiciler		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gereklilik	Gerekli	8	80	10	100	9	90	7	70	34	85	
	Gerekli Değil	2	20	0	0	1	10	3	30	6	15	
Uygulanabilirlik	Uygulanabilir	6	60	9	90	3	30	1	10	19	47,5	
	Uygulanamaz	4	40	1	10	7	70	9	90	21	52,5	
Kalite	Kaliteyi Artırır	10	100	10	100	8	80	8	80	36	90	
	Kaliteyi Azaltır	0	0	0	0	2	20	2	20	4	10	
Maliyet	Maliyeti Düşürür	10	100	10	100	10	100	10	100	40	100	
	Maliyeti Yükseltir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Memnuniyet	Hizmet Sunucu	Artırır	8	80	10	100	8	80	9	90	35	87,5
		Azaltır	2	20	0	0	2	20	1	10	5	12,5
	Hasta	Artırır	7	70	4	40	3	30	4	40	18	45
		Azaltır	3	30	6	60	7	70	6	60	22	55

4.2.2.1. Tema 1: Gereklilik

Bu tema, araştırma kapsamında görüşülen paydaşların sevk zinciri uygulamasını gerekli görüp görmedikleri konusuna açıklık getirmektedir. Politik aktörlerden 8 kişi, aile hekimlerinden 9 kişi ve tüketicilerden 7 kişi sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görürken, aile hekimlerinin de tümü uygulamayı gerekli gördüklerini belirtmişlerdir. Yani paydaşların tümüne baktığımızda çoğunluğun (%85) uygulamayı gerekli gördüğünü

ifade edebiliriz (Tablo 5). Paydaşlar sevk zinciri uygulaması ile aile hekimliklerinin anlamını bulacağını, uygulamanın sağlık sistemini geliştireceğini, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında var olan aşırı yoğunlukların bu şekilde önüne geçilebileceğini ve böylece doğru yerde doğru tedavinin verilmesini sağlayacağını, sağlık hizmetlerine hızlı erişim olacağını ve etkili tedavi alınacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu nedenlerden dolayı da çoğunluk sevk zinciri uygulamasını gerekli görmektedir.

Tablo 5. Gereklilik Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar

Gereklilik	Katılımcı				Toplam
	PA	HY	AH	T	
Gerekli	8	10	9	7	34
Sağlık Statüsünü Artırma	1	1	-	2	4
Düzenli Hasta Takibi	1	-	2	-	3
Tıp Eğitimi Etkinliği	1	-	2	-	3
İhtiyaçları/Beklentileri Karşılama	1	3	1	-	5
Hasta-Hekim Arasındaki Güvenin Artması	1	-	1	-	2
Hasta- Hekim İlişkisinin Gelişmesi	1	-	4	-	5
Sağlık Sistemini Geliştirmesi	6	10	5	2	23
Sağlık Sistemindeki Yükün Azalması	5	3	1	-	9
Aile Hekimlikleri Anlamını Bulur	11	10	13	6	40
Hızlı Erişim ve Etkili Tedavi	11	5	6	3	25
Doğru Yerde Doğru Tedavi	4	7	8	10	29
Zaman Kaybını Önler	5	6	1	7	19
2. ve 3. Basamak Yoğunluğunda Azalma	10	15	9	9	43
Pozitif Katkı	10	15	9	11	45
Gerekli Değil	2	-	1	3	6
Farklı Düzenlemeler Sistemdeki Problemleri Çözer	4	-	-	-	4
Zorunlu Yapıda Olmamalı	-	-	-	2	2
Sağlığa Ulaşmada Engel	5	1	-	4	10
Olumsuz Etki	4	1	-	4	9
Sağlık Hizmetine Erişim Özgürlüğünün Kısıtlanması	1	-	-	4	5
Yetersiz Yapı	1	-	1	-	2
Toplam Katılımcı Sayısı	10	10	10	10	40

Katılımcı PA4 bu konuyla ilgili olarak “*Hastanın yerinde tedavisini yapmak kadar ilgili sağlık merkezinde tedaviye erişmesini sağlamak da bir önceliktir. Sevk zinciri uygulaması hastanelerde oluşan aşırı iş yükünün azalmasını, gerçekten ihtiyacı olanların hastaneye erişmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlar. Dolayısıyla sistemde var olan zaman kaybını önleyecektir.*” şeklinde sevk zinciri uygulamasını gerekli gördüğünü ifade etmiştir.

Katılımcı HY6 ise “*Mutlaka uygulanması gerekir. Çünkü tüm taraflar için hem zamansal fayda hem de mali olarak fayda sağlayacak bir uygulamadır. Ama ne yazık ki şu anda istenildiği şekli ile uygulanamıyor.*” ifadesine yer vererek uygulamanın gerekliliğine değinmiştir.

Katılımcı AH6 bu konuda “*Eğer aile hekimliğinde gerçekten doğru ve nitelikli hizmet verebilecek bir yapı oluşturulursa sevk zinciri uygulaması da zorunludur. Yani üst kademelerde, üniversite hastanelerinde, devlet hastanelerinde, eğitim araştırma hastanelerinde oradaki asıl işini yapılmasını sağlayabilecek bir sistem.*” olarak açıkladığı görüşü ile sevk sistemini gerekli gördüğünü ifade etmiş ve uygulanabilmesini doğru bir aile hekimliği sisteminin kurulmasına bağlamıştır.

Katılımcı T3 “*Sevk zinciri sağlık sisteminin acil ve öncelikli bir konusudur. Sevk zinciri bence olmalı ve uygulanmalı. Çünkü birinci basamakta çözülebilecek birçok hastalık kişilerce ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tercih edilerek tedavi edilmekte. Bu durumun önlenmesi ikinci ve üçüncü basamağa olan yığılmaları önleyecek ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sağlık hizmetinin niteliğine uygun daha komplike ve yatarak tedavi edilecek hastaların gelmesini sağlar.*” şeklinde sevk zinciri uygulamasını gerekli gördüğünü ve böyle bir uygulamanın en büyük etkisinin hastanelerde oluşan yığılmaların önüne geçecek olduğunu belirtmiştir.

Politik aktör grubunun sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak nitelendirmesinde en önemli etken uygulamayı sistemi düzenleyici olarak görmeleridir. Sevk sistemi ile beraber, hastanın hizmete erişiminde engellerin ortadan kaldırılacağını, hastanın hizmete erişiminde zaman kaybını önleyeceğini ve doğru yerde doğru tedavi ile etkili tedavinin alınmasını sağlayacağını düşünmektedirler. PA5 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir “*Sevk uygulaması hastanelerde oluşan fazlalığı kesinlikle düzenleyecek ve gerçekten ihtiyacı olan hastaların ulaşımı için elverişli hale gelmiş olacaktır. Kişinin acil bir sağlık hizmeti için şu an bir ay sonraya verilen randevu böylelikle zamanında verilebilir hale getirilmiş olacak. Böylelikle sağlık hizmeti ihtiyaca cevap vermiş olacak, hastalar doğru ve zamanında sağlık hizmeti almış olacak bu da toplumun sağlık statüsünü artıracaktır. Doğru yerde doğru tedavi israfı önleyerek maliyetleri düşürmüş olacaktır. Hekimler gerçekten bakması gereken hastaya bakacaklardır. Bu da mesleki olarak onları daha çok tatmin edecektir.*”

Hastane yöneticilerinin sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görmesinin en büyük nedeni böyle bir uygulamanın ikinci ve üçüncü basamaklarda oluşan yığılmaları önleyecek olmasıdır. HY7 bunu “*Hastaneler ciddi bir sağlık ihtiyacı olmadığı halde başvuru gerçekleştiren hastalar sebebiyle çok yoğun ve bu sebeple gerçekten ihtiyacı olan hastalar zamanında randevu alamıyor. Sevk zinciri, hasta yoğunluğunu azaltacak ve gerçekten ihtiyacı olan hastaların sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır.*” şeklinde ifade etmiştir.

Aile hekimleri, mevcut yapıda birinci basamak sağlık kurumlarının yeterince önem görmediğini, hastalar tarafından sağlık merkezi olarak nitelendirilmediklerini, sadece ilaç ya da rapor yazdırma kurumu olarak görüldüklerini ve bu durumun mesleki doyumsuzluğa neden olduğunu belirtmişlerdir. AH9 bu konuyu şöyle ifade etmiştir; “*İdealine baktığımızda aile hekimliği uygulaması için sevk sistemi gereklidir. Çünkü aslında aile hekimliği sisteminin mantığı, hasta ile hekim arasında hekimin hastasını tanıdığı hasta öyküsüne sahip olduğu bir yapıdır. Aile hekimliği uygulaması ile hastanın*

ilk başvuru noktasının birinci basamak olması istenmiştir. Bunun bir noktada zorunlu olarak işlemlerini sağlayan da sevk sistemidir.”

Tüketicilerin sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görme nedeni çoğunlukla doğru yerde doğru tedavinin alınabilmesini sağlayacak olmasıdır. Bununla beraber hizmet basamaklarında yoğunluğun azalacak olması da bir diğer önemli etkidir. Çünkü mevcut yapıda var olan hasta yoğunluğu hizmete ulaşmada engel olarak karşılımlarına çıkmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak T2 “*Sevk zinciri uygulamasını desteklerim. Çünkü doğru yerde doğru hizmet alımını sağlayacak ve üst basamaklardaki gereksiz yoğunluğu azaltarak asıl acil ihtiyaç olan durumlarda hizmet alınabilir olacak.*” şeklinde gerekliliği ifade etmiştir.

Bunun yanında politik aktörlerden 2 kişi, aile hekimlerinden 1 kişi ve tüketicilerden de 3 kişi uygulamanın gereksiz olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5). Bu katılımcılar uygulamanın zorunlu bir yapıda olmasının sağlık hizmetine erişimde özgürlüğün kısıtlanması olarak algılanacağını, hizmete erişimde engel olarak görüleceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yetersiz yapının sistemi karşılamayacağını sonuçta da olumsuz etkilere neden olacağını belirtmişlerdir. Farklı yapısal düzenlemelerin sevk sisteminin yapmasını hedeflediği düzenlemeleri gerçekleştirebileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Katılımcı PA7 “*Türkiye’de daha önceki dönemlerde zaten bir sevk zinciri uygulaması vardı. Bu uygulamanın olduğu ve olmadığı dönemler karşılaştırıldığında iki sistem arasında bazı farklar olsa da sevk zinciri olmadığına halkın hizmetten faydalanması açısından olumlu bir etki ve artan sağlık harcamaları açısından da olumsuz bir etki olduğu görülmektedir. Ama acil ve öncelikli bir konu değildir. Yapılandırılmış ya da yeniden tasarlanmış bir yöntemle bu bahsettiğimiz artan sağlık harcamaları sorunu*

çözülebilir diye düşünüyorum.” şeklinde sevk zinciri uygulamasını gerekli görmediğini belirtmiştir.

Katılımcı AH7 ise *“Sağlık sistemindeki ilk halledilmesi gereken sorundur diyemem ama uzman hekime gitmeden tedavisi düzenlenebilecek hastaların gereksiz yoğunluğundan arındırılacaktır. Böylelikle ikinci ve üçüncü basamaklarda daha rahat ve geniş zamanda hastalara bakılmasına yardımcı olacaktır.”* şeklinde sevk zinciri uygulamasının sağlayacağı yararları bahsetmiş ancak öncelikli ele alınması gereken bir konu olarak görmediğini ifade etmiştir.

Yine katılımcı T4 *“Bence kesinlikle gerekli değil. Çünkü öncelikli olan hastanın beklemeden tedavi almasıdır. Sevk zinciri ile birinci basamakta oluşan yoğunluklar beklemelere neden olacaktır diye düşünüyorum.”* şeklinde sistemde var olan yetersizliklerin mağduriyete neden olacağını bu yüzden de uygulamanın gerekli olmadığını belirtmiştir.

4.2.2.2. Tema 2: Uygulanabilirlik

Bu tema, araştırma kapsamında görüşülen katılımcıların mevcut yapıda sevk zinciri uygulamasının uygulanabilirliği ile ilgili görüşlerini ortaya koymaktadır. Politik aktörlerden 6 ve hastane yöneticilerinden 9 kişi yapılacak bir takım düzenlemelerle sevk zincirinin uygulanabileceğini ifade etmişlerdir. Buna karşı aile hekimlerinin 7’si ve tüketicilerin 9’u da sevk zincirinin kesinlikle mevcut yapıda uygulanamayacağını belirtmişlerdir. Uygulanabilirlik açısından ele alındığında tüm paydaşlar arasında çoğunluk (%52,5) sevk zincirinin uygulanamayacağı görüşünde olmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Uygulanabilirlik Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar

Uygulanabilirlik	Katılımcı	PA	HY	AH	T	Toplam
Uygulanabilir	6	9	3	1	19	
Sağlığa Olan Talebin Azaltılması	3	-	-	-	3	
Uygulama Kararının Verilmesi	2	2	-	-	4	
Sevk Oranlarının Takibi	1	-	-	-	1	
Hasta Güveni Artırılmalı	2	8	-	5	15	
Erişim Kolaylığı Sağlanması	-	-	1	4	5	
Alt Yapının Geliştirilmesi	2	4	2	1	9	
Hekimin Mesleki Gelişimi	3	1	2	10	16	
Hekimin Muayene Süresi Artırılmalı	-	-	2	1	3	
Eğitim	9	3	9	4	25	
Yeterli Mevcut Yapı	9	15	2	2	28	
Herkesin Katılımını Sağlama	2	5	1	3	11	
Bilincin Artırılması	17	16	14	10	57	
Bilgi Sistemlerinin Entegrasyonunun Sağlanması	2	3	1	2	8	
Ödeme Sisteminin Düzenlenmesi	-	-	1	-	1	
Hekimin Güvencesinin Sağlanması	-	-	4	-	4	
Hizmete Erişim Kolaylığı Sağlanması	-	-	-	2	2	
Aile Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısının Azaltılması	-	-	7	4	11	
Birinci Basamağın Geliştirilmesi	16	12	18	17	63	
Yasal Zorunluluk	7	10	13	11	41	
Katılım Paylarının Düzenlenmesi	12	9	2	3	26	
İyi Organize Olma	9	3	4	7	23	
Uygulanamaz	4	1	7	9	21	
Hekimin Keyfi Müdahale Riski	1	-	-	-	1	
Birinci Basamağa Erişimde Yaşanan Zorluk	-	-	-	3	3	
Sistemde Aksamalar	3	-	3	1	7	
Aşırı Talep	2	-	1	1	4	
Bilinçsizlik	-	-	5	-	5	
Birinci Basamak Yetersizliği	7	1	10	16	34	
Mevcut Kapasitenin Orantısız Dağılımı	2	-	1	-	3	
Sağlık Hizmetinin Niteliğinde Düşüş	-	-	1	2	3	
Hekimin Niteliğinin Yetersiz Olması	1	-	-	6	7	
Hastanın Sağlıkını Etkilemesi	-	-	-	6	6	
Düşük Kapasite	3	1	1	2	7	
Zaman Kaybı	-	-	1	2	3	
Birinci Basamakta Hasta Yükünün Artması	2	1	10	5	18	
Hekime Şiddet	-	-	4	1	5	
Toplam Katılımcı Sayısı	10	10	10	10	40	

Politik aktörler mevcut yapının gerek sayı gerekse nitelik olarak büyük oranda yeterli olduğunu düşünmektedirler. Bu gruba göre sistemdeki sıkıntıların en büyük sebebi yanlış hasta hareketleri sonucu meydana gelen yığılmalardır. Sevk zinciri uygulamasının bu yığılmaları önleyeceğini ve mevcut yapıda uygulanabileceğini düşünmektedirler. Bu konuyla ilgili PA4 “Sağlık hizmetlerine erişim birinci basamaktan başlarsa bu kademeli olarak her basamağa yansıyacak. Şöyle ki birinci basamakta ki verilen sağlık hizmeti aslında koruyucu sağlık hizmetidir. Yani kişilerin hastalanmasını önlemektir. Etkin bir şekilde kurulmuş sevk sistemi ile daha hastalık ortaya çıkmadan problemler çözüleceği için bütün basamaklardaki yoğunluklar azalacaktır. Dolayısıyla mevcut kapasite yeterli olacaktır.” şeklinde görüşünü belirtmiştir. PA10 ise “Sağlık sistemi mevcut kapasitesi ile sevk zinciri uygulamasına cevap verebilir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamakta son on yılda sağlıkta gerçekleştirilen dönüşümler ile yeni sağlık tesisleri inşa edildiğinden ve bu tesisler içerisinde yeterli sayıda personel bulunduğundan mevcut kapasite yeterlidir.” şeklinde yapının uygulanabileceğini savunmuştur.

Hastane yöneticileri de tüm hizmet basamaklarında yeterli donanım ve yapıya sahip olduğunu ve sevk zincirinin bu yapıda uygulamaya geçirilebileceğini düşünmektedirler. HY9 “Aile hekimliklerinin pek çok hizmeti sunabileceğini düşünüyorum. İkinci ve üçüncü basamak hastaneler de yeterince donanımlılar. Sağlık sisteminde bu yapı uygulanabilir.” şeklinde sevk zincirinin uygulanabileceğini belirtmiştir. Bir diğer hastane yöneticisi HY3 ise “Mevcut yapıda sevk sistemi uygulanabilir. Çünkü biz bunu pandemide de yaşadık. Burası bir ikinci basamak hastane ve pandemi döneminde hasta başvuruları %70-75 oranında azaldı ancak buna karşın hastalık oranlarında veya ölümlerde buna bağlı bir artış yaşanmadı. Bu demek oluyor ki sağlık sistemi kapasitesi yetersiz değil fakat gereksiz sağlık talebi çok fazla. Sevk de bunu önleyecektir.” şeklinde yapının yeterli olduğunu, buna karşın fazla talebin sistemde sıkıntılara neden olduğunu, dolayısıyla sevk sisteminin uygulanabilir olduğunu ve böylelikle sistemde yaşanan sıkıntıların da önleneceğini belirtmiştir.

Çok küçük bir sayıda olmasına karşın sevk zincirinin uygulanabileceğini düşünen aile hekimleri ve tüketiciler de vardır. Uygulanabilir olduğunu düşünen aile hekimleri yapının yetersiz olmadığını sadece bazı düzenlemeler ve küçük iyileştirmeler yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu sayede uygulanabilir olacağını belirtmişlerdir. AH8 *“Mevcut durumda her ne kadar birinci basamağın iş yükünü artıracak olsa da gerekli düzenlemelerle sıkıntısız bir şekilde uygulanabileceğini düşünüyorum.”* şeklinde sevk zincirinin uygulanabileceğini söylemiştir. Yalnızca bir tüketici ise T10 *“Her yerde zaten aile hekimlikleri mevcut. Aile hekimliğinin olmadığı il, ilçe yok. Dolayısıyla var olan aile hekimliklerinde bu işin çok güzel bir şekilde çok doğru yönetilebileceğini düşünüyorum. İkinci ve üçüncü basamaklar zaten yeterince donanımlı bir yapıya sahipler. Bence mevcut yapı yeterli olur.”* şeklinde, yapının yeterli olmasının sevk zincirinin uygulanabileceği anlamına geldiğini belirtmiştir.

Sevk zincirinin uygulanabileceğini düşünen tüm paydaşlar yapının uygulanabilir olması için bazı düzenlemeler yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Buna göre büyük çoğunluk, öncelikle sevk zinciri uygulaması ile ilgili tüm taraflarda bilincin oluşturulması gerektiğini ve bununla birlikte de eğitimlerin verilebileceğini; birinci basamak sağlık kurumlarının alt yapısının, donanımının ve sayısal olarak niteliğinin geliştirilmesi gerektiğini, sevk zincirine uyulması için yasal düzenlemelerle zorunluluk sağlanması ve zorunlu teşvik sağlanması için de katılım paylarının düzenlenmesi gerektiğine dair ortak görüşler beyan etmişlerdir.

Sevk zincirinin uygulanamayacağını düşünen aile hekimlerinin büyük çoğunluğu genellikle birinci basamak sağlık kurumlarında var olan yetersizliklere değinmişlerdir. Aile hekimlerine göre birinci basamak sağlık kurumlarının çoğu sağlık ihtiyacını karşılayacak seviyede değildir. Ayrıca bu gruba göre, bir aile hekimi başına düşen nüfus sayısının çok fazla olması da sevk zincirinin uygulanması önünde bir engeldir. Bu fazlalıkla birlikte eğer sevk zinciri uygulamasına geçilirse sistemde aksamalara ve hasta mağduriyetine neden olacağını düşünmektedirler. Bununla ilgili AH7 *“Şimdiki mevcut yapıda aile hekimine düşen hasta sayısı göz önüne alındığında, aile hekimlerinin*

sayısının oldukça yetersiz olduğunu söyleyebilirim. Bu nedenle birinci basamağın personel sayısının artırılması gerekir. Ayrıca birinci basamak sağlık kurumunun yani aile sağlığı merkezlerinin de hizmet sunum kapasitesinin oldukça az olduğunu, kısıtlı ihtiyacı karşılamaya elverişli olduğunu söyleyebilirim. Bu noktada da yine ASM'lerin güçlendirilmesi gerekir.” demiştir. Yine bir başka aile hekimi AH1 “Aile hekimlikleri sayı ve donanım olarak eksiktir. Sevk zincirinde ilk başvuru noktasının aile sağlığı merkezleri olduğu göz önüne alınırsa, buralarda pek çok sağlık probleminin halledilebiliyor olması gerekir. Ancak mevcut durumda yeterli niteliğe ve donanıma sahip değillerdir.” şeklinde yetersiz yapı nedeniyle sevk zincirinin uygulamaya koyulamayacağını söylemiştir.

Tüketicilerin neredeyse tümü de sevk zincirinin mevcut yapıda uygulanamayacağını söylemişlerdir. Birinci basamağın hasta ihtiyaçlarını karşılamada gerek yapı itibariyle gerek donanım itibariyle yetersiz olacağını düşünmeleri, aile hekimlerinin yeterli uzmanlığa sahip olmadıklarını düşünmeleri nedeniyle sevk zincirinin uygulanamayacağını ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili olarak T8 “Mevcut yapıda sevk zinciri uygulanamaz. Çünkü aile sağlığı merkezleri o kadar donanıma sahip değil. Yani hastanelerin yoğunluğu büyük oranda azaltılır ancak aile hekimlikleri bu yoğunluğu kaldırabilecek kapasitede değildir.” şeklinde sevk zincirinin uygulanamayacağını ifade ederken, T5 “Şimdiki yapıya baktığımızda biz hasta olarak sevk sistemine her gün her saat ulaşamıyoruz. Bir hastane gibi kapsamlı başlangıç noktası da mevcut değil. Yani cumartesi, pazar ve resmi tatillerde tatil ayrıca sabah 8 akşam 17 gibi çalışma saatleri gibi bir durum mevcut. Ancak Türkiye’de insanların çalışma temposu çok yoğun. Yani kimse hafta içi çalışma saatlerinde kolayca sağlık hizmetine erişemiyor. Ancak izin alınarak gidilebiliyor bu yerlere. Bu noktada sevk zincirinin başlangıç noktası olan aile hekimlerine ulaşım çok zor. Çünkü bu saatler arasında aile hekimine gittiğimizde ya yerinde bulamıyoruz ya da bu ekibe yüklenen bir görev olan evde bakım hizmeti için kurum dışında oluyorlar. Ve böyle bir durumda sevk sistemi uygulaması olduğunu düşünürsek atandığımız hekim orada bulunmuyorsa başka bir hekim bize bakmıyor. Bir de hastanelerde bulunan hasta yoğunluğu aile hekimlikleri tarafından nasıl karşılanacak sorusunu cevaplamak lazım. Çünkü mevcut yoğunluk aile hekimi tarafından nasıl karşılanabilir mi gibi bir durum söz konusu. Bir de şu yönden ele alabiliriz. Diyelim ki

karın ağrısı şikâyeti ile aile hekimine gittik. Aile hekiminin elinde beni muayene edecek yeterli ekipmanı bulunmuyor. Dolayısıyla böyle bir durumda aile hekimi beni doğrudan üniversite hastanesine yönlendiriyor. Yani sonuç olarak şu an ki mevcut sistemde aile hekimi benim mevcut şikayetimi değerlendiremiyor ve bir tedaviye başlayamıyor. Kısaca mevcut kapasite ile sevk sistemi uygulamaya geçirilemez.” şeklinde yapıyı her yönüyle ele alarak uygulanma durumunda ortaya çıkabileceğini düşündüğü olumsuzluklardan ve mağduriyetlerden bahsetmiş ve yapının uygulanamayacağını belirtmiştir.

Büyük çoğunlukta olmamakla birlikte sevk zincirinin uygulanamayacağını düşünen politik aktörler ve hastane yöneticileri de vardır. Bu paydaşlar birinci basamağın hem nitelik hem de nicelik olarak yetersiz kalmasından dolayı var olan yapının talebi karşılayamayacağını, yapının geliştirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. PA1 bu konuyla ilgili “*Mevcut yapı gerek sayı bakımından gerekse nitelik bakımından yetersizdir. Hem aile hekimlerinin ve aile hekimliklerinin sayısı artırılmalı hem de aile hekimleri daha yetkin kılınmalıdır.*” şeklinde görüşünü beyan ederken, PA6 “*Türkiye’de bir kere sağlığa olan talep çok fazladır. Ve birinci basamak periferde sayı olarak yeterli değildir. Mevcut kapasite ihtiyacı cevaplayamaz. Ama bu sadece yetersiz sayıdan kaynaklı değildir bunun yanında aşırı talep de ihtiyaca cevap verilebilirliği zora sokmaktadır.*” ve HY10 “*Mevcut yapıda sevk zinciri uygulanamaz, var olan ihtiyaçlara cevap verebilir bir yapı yoktur. Bunun için mevcut yapının geliştirilmesi gerekir.*” şeklinde sevk zincirinin uygulanamayacağını ve uygulanabilmesi için de yapının geliştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

4.2.2.3. Tema 3: Kalite

Bu tema, eğer sevk zinciri uygulanmaya başlarsa bu uygulamanın sağlık hizmetlerinde kalite üzerinde etkilerinin ne olacağını paydaş görüşleriyle ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışma kapsamında görüşülen paydaşlardan politik aktörler ve hastane yöneticilerinin tümü, aile hekimlerinden 8 ve tüketicilerden 8 kişi sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kalite artışı sağlayacağını belirtmişlerdir. Paydaşların

büyük çoğunluğu (%90) sevk zinciri uygulaması ve sağlık hizmetlerinde kalite arasında olumlu bir ilişki olacağını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Paydaşlar, sevk zincirinin uygulanabilmesi için mevcut yapı üzerinde bazı düzenlemeler ve iyileştirmeler yapılması gerektiğini ve tüm bunların da sunulan hizmet kalitesinde artışa neden olacağını düşündüklerini söylemişlerdir. Kalitede düşüşe neden olacağını ifade eden katılımcılar genel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerine görüşlerini belirtmişlerdir.

Tablo 7. Kalite Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar

Kalite	Katılımcı	PA	HY	AH	T	Toplam
Kaliteyi Artırır		10	10	8	8	36
Birinci Basamakta Hizmet Kalitesi Artar		6	7	2	2	17
İşlerlik İçin Aile Hekimliklerinin Geliştirilmesi		4	6	4	5	19
Uygun Sistemin İşlerliği		4	2	3	2	11
Hekimin Gerçekten İşini Yapması		-	2	3	1	6
Kaliteyi Azaltır		-	-	2	2	4
Yetersiz Yapı		-	-	-	1	1
Aile Hekimlerinin Niteliğinin Yetersiz Olması		-	-	-	1	1
Aile Hekimine Artan Baskı		-	-	1	-	1
Birinci Basamak Yoğunluğu		-	-	3	2	5
Toplam Katılımcı Sayısı		10	10	10	10	40

Çalışma kapsamında değerlendirilen 40 katılımcıdan 36'sı sevk zinciri uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve hizmet basamaklarında kalite artışı sağlayacağını düşünmektedir (Tablo 7). Paydaşlar genellikle, sevk zincirinin uygulanabilmesi için aile sağlığı merkezlerinin geliştirilmesinin buralardaki hizmet kalitesini artıracığını ve birinci basamakta başlayan kaliteli sağlık hizmet sunumunun da sonuçta tüm hizmet süreçlerinin kalitesini etkileyerek artıracığını düşünmektedirler.

Politik aktörlerin tamamı kalite artışı olacağı yönünde görüş belirtmişlerdir. Sevk zinciri uygulaması için aile hekimliklerinin geliştirilmesi, birinci basamakta hizmet kalitesinin artması ve buna bağlı olarak uygun sistemin işleminin beraberinde kalite artışı sağlayacağını ifade etmişlerdir. PA1 “*Sevk zinciri uygulanırsa bununla beraber aile hekimlerine hasta sevki için kota da belirlenecektir. Yani örneğin kendilerine başvuran hastaların %90’ına kendileri bakıp sadece %10’unu sevk edebileceklerdir. Bu durumda hekim hastasına kendisi bakmak isteyecek ve sağlık problemini birinci basamakta halletmek isteyecektir. Bu durum onları daha nitelikli hale getirecek ve buradaki sağlık hizmetinin kalitesini artıracaktır.*” şeklinde birinci basamakta meydana geleceğini düşündüğü kalite artışından bahsetmiştir. PA2 ise kalite artışı olacağını şu şekilde ifade etmiştir; “*Sevk zincirinin olması aile hekimlerine sorumluluk getirir. Bu durum hasta takibini artırır ve doktorların belirli alanlarda kendilerini geliştirmelerine olanak sağlar. Bu da hem birinci basamakta hem de buna bağlı olarak tüm hizmet basamaklarında kaliteyi artıracaktır.*” Bir diğer politik aktör olan PA9 da “*Sevk zinciri birinci basamakta sunulan sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkiler. Çünkü doğru yerden başlayan bir hasta eğer uygun ve düzgün bir sevk zinciri ile sistemde ilerlerse bu sağlık hizmetinin kalitesini de olumlu etkiler.*” şeklinde sevk zinciri uygulamasının kalite üzerinde artış sağlayacağını ifade etmiştir.

Tıpkı politik aktörler gibi hastane yöneticilerinin de tümü sevk zinciri uygulamasının kaliteyi artıracığını ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili olarak HY2 birinci basamak sağlık hizmetlerinde gözlenecek kalite artışına değinmiştir, “*Aile hekimliklerinin sevk uygulamasına cevap verebilmesi için geliştirilmesi gerekir. Bu gelişim de doğru orantılı olarak kaliteyi artıracaktır.*” Yine HY4 birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesine olan etkisi ile ilgili “*Sevk zincirinin uygulanabilmesi için aile hekimliklerinin hizmet sunabilirliklerinin geliştirilmesi gerekecektir. Yani bir hasta buraya başvurduğunda, koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmelidir ve sağlık ihtiyacını karşılayabilmelidir. Dolayısıyla bunun sağlanabilmesi için birinci basamakların geliştirilmesi burada aynı zamanda kalite artışına neden olacaktır.*” şeklinde ifade etmiştir. HY8 de “*Sevk zinciri uygulanırsa aile hekimlerinin hasta sayısı artacak, buna bağlı olarak gördüğü vakalar çeşitlenecektir. Bu durum aile hekimlerine*

daha nitelikli hale getirecektir. Ayrıca buraların ihtiyaca cevap verebilmesi için yapısal ve donanımsal olarak geliştirilmesi gerekecektir. Bunlar hem buralarda hem de bağlı olarak üst basamaklarda kaliteyi iyileştirecektir diye düşünüyorum.” şeklinde sevk zinciri uygulamasının kalite üzerinde artış sağlayacağı ile ilgili görüşünü belirtmiştir.

Aile hekimlerinin çoğu mevcut yapıyı özellikle de birinci basamak sağlık kurumlarını sevk zinciri uygulaması için yetersiz görmelerine rağmen sevk zinciri uygulaması ile beraber yapılacak düzenlemelerin kalite artışı sağlayacağını düşünmektedirler. Bu durumla ilgili AH10 *“Sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamağın güçlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekecektir. Dolayısıyla hizmet kalitesinde artış sağlanabilir.”* ve AH3 *“Böyle bir uygulamanın işleyebilmesi için aile hekimliklerinin donanımlı hale getirilmesi, geliştirilmesi gerekecektir. Bu durum kalite artışını da sağlayacaktır.”* şeklinde birinci basamak sağlık kurumlarında meydana geleceğini düşündükleri kalite artışından bahsetmişlerdir. AH5 ise *“Uygun bir sevk sistemi birinci basamakta hizmet kalitesini artırır. Yani bunun dünyada da örnekleri var. Hastaların başka basamaklara başvuruları buradan geçeceğinden ve hastalar doğru tedavi birimlerine yönlendirileceğinden aslında her basamakta hizmet kalitesi artırılır.”* Birinci basamakta başlayan kalite artışının tüm hizmet basamaklarına yansıtacağına değinmiştir.

Tüketicilerin de çoğu sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetleri sunumunda kalite artışı sağlayacağını düşünmektedirler. T2 bu durumla ilgili *“İhtiyacı karşılamak için hizmet çeşitliliğinin de artması gerekecektir. Bu durum da hem hizmeti sunanların kendisini geliştirmesini gerektirecek hem de kurumların yapısal olarak geliştirilmesini gerektirecek. Dolayısıyla da kalitede artış olacaktır.”* ifadesinde bulunmuştur.

Katılımcı T10 ise *“Sevk zinciri sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini olumlu yönde etkiler. Çünkü hastanın durumuna göre birinci basamakta yapılabilecek işler burada gerçekleştiriliyor. Bundan sonra farklı rahatsızlıklar için ilgili birimlere yönlendirme*

yapılıyor. Böylece hastaya ihtiyacı olan etkili sağlık hizmeti sunumu sağlanmış oluyor.” şeklinde yine kalite artışı sağlayacağını düşündüğünü belirtmiştir.

Paydaşların çok küçük bir bölümü (%10) sevk zinciri uygulamasının hizmet kalitesini düşüreceğini belirtmişlerdir. Kalitenin azalacağını düşünen paydaşlar aile hekimleri ve tüketicilerdir. Bu katılımcılar mevcut yapıda uygulanacak bir sevk zincirinin birinci basamakta oluşturacağı yoğunluğu göz önüne alarak yorumlarda bulunmuşlardır. Konuyla ilgili olarak AH7 *“Şu an içinde bulunduğumuz durum ve mevcut yapı ile değerlendirirsek, birinci basamağın iş yoğunluğu fazlasıyla artacaktır ve bu durum kaliteyi düşürecektir. Sevk edilmek isteyen hastanın aslında sevk ihtiyacı olmadığını öngörerek sevki gerçekleştirilmez ve ikinci basamağa gidemezse sebebin aile hekimi olacağını düşünecektir. Bu da toplum tarafından hedef tahtasına aile hekiminin yerleştirilebilir olmasına sebep olabilecektir.”* şeklinde ifade ederek aynı zamanda oluşan bu kalitesizliğin tepkilere neden olacağını belirtmiştir. Tüketici grubunda yer alan T1 ise *“Bence kötü etkiler. Zorunlu bir yapı olduğu için ilk başvuru noktası olacak, ancak buradaki hekimler pratisyenler yeterli uzmanlığa sahip değiller. Bunun yanında yeterli ve gerekli ekipmana da sahip değiller. Buna ek olarak hasta yoğunluğunu da düşündüğümüzde yani kısa sürede çok fazla hastaya bakma durumlarını ele aldığımızda hepsi birlikte hizmette kaliteyi düşürecektir.”* şeklinde yetersiz yapının kalitede azalmaya neden olacağını düşündüğünü belirtmiştir.

4.2.2.4. Tema 4: Maliyet

Bu tema, sevk zinciri uygulamasının sağlık harcamaları ve maliyetler üzerindeki etkilerini paydaşların görüşleri ile ortaya koymaktadır. Çalışma kapsamında görüşülen paydaşların tümü sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşürücü etkisi olacağını ifade etmiştir (Tablo 8). Mevcut yapıda hasta hareketinin özgür olmasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında gereksiz hasta yüküne neden olduğu ve aslında birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilecek hastalıkların daha maliyetli şekilde hastanelerde tedavi edildiği belirtilmiştir. Bu durumun gereksiz kaynak kullanımına yol

açtığı ve maliyetleri artırdığı ifade edilmiştir. Katılımcılar sevk zinciri uygulaması ile birlikte bu durumun engelleneceğini böylece gereksiz kaynak kullanımının ve gereksiz işlerin ortadan kaldırılarak maliyelerin azaltılacağı görüşündedirler. Bu tema kapsamında tüm paydaşlar maliyetleri düşürür kategorisi içerisinde kodlanmıştır.

Tablo 8. Maliyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar

Maliyet \ Katılımcı	PA	HY	AH	T	Toplam
Maliyeti Düşürür	10	10	10	10	40
Gereksiz Kaynak Kullanımını Önler	7	7	8	4	26
Verimlilik	20	19	15	16	70
Kaynakların Doğru Kullanımı	5	8	3	6	22
Gereksiz İşlemleri Ortadan Kaldırır	2	-	2	-	4
Maliyeti Yükseltir¹	-	-	-	-	-
Gereksiz Kaynak Kullanımı	3	8	2	5	18
Hastanın Sistemde Yanlış Yerde Olması	-	-	1	1	2
Aşırı Talep	-	3	-	1	4
Toplam Katılımcı Sayısı	10	10	10	10	40

Politik aktörler sevk zinciri uygulamasının gereksiz kaynak kullanımını önleyerek verimlilik sağlayacağını belirtmişlerdir. PA3 “*Sevk zinciri uygulaması aslında kaynak tasarrufu sağlar. Çünkü sevk zinciri ile hasta doğru birime gidecek ve burada doğru tetkik ve tahliller istenecek. Dolayısıyla gereksiz uygulamaların önüne geçilerek kaynaklar verimli kullanılmış olacaktır.*” şeklinde görüş belirtirken, PA8 ise doğru uygulamaya vurgu yaparak “*Uygun organize edilmiş bir sevk sistemi ile hastalar doğru noktalara ulaştırılırsa kaynak kullanımı sonuçları da iyi olacaktır.*” şeklinde görüşünü ifade etmiştir. PA4’ de kaynak kullanımına vurgu yaparak maliyete etkisini şu şekilde değerlendirmiştir; “*Mevcut sistemde hasta başı ağrısı bile ambulans çağırabiliyor.*

¹ Mevcut yapıdan bahsederek zorunlu sevk zinciri uygulamasının olmayışının maliyeleri nasıl etkilediği ile ilgili görüş belirten katılımcıların da bu görüşleri maliyeti yükseltir kategorisi altında alt kodlara kodlanmıştır.

Çünkü bunu engelleyecek bir düzenleme yok. Bu durum aynı zamanda hastanede tedavi alanlar için de geçerli. Yani kişi keyfi olarak hastanedeki uzmanlık alanlarına başvuruyor ve burada hastalığı ortaya koymak için bazı tetkik ve tahliller yapılıyor. Ancak belki de bu tetkik ve tahlillere hiç ihtiyaç yok. Ama sistem böyle olmasaydı hasta kendi keyfiyetine göre değil de bir hekim tarafından gerekli görüldüğü için uzmanlık alanlarına yönlendirilseydi kaynaklar gereksiz harcanmamış olacaktı ve böylece sevk sistemi kaynak kullanımına olumlu yansımış olacaktır.”

Hastane yöneticileri de çoğunlukla kaynak kullanımı üzerinden maliyet değerlendirmesi yapmışlardır. HY4 sevk zinciri uygulamasının sistemde ortaya çıkaracağını düşündüğü tüm yararlılardan bahsederek maliyeti olumlu etkileyeceğini söylemiştir. “Eğer sevk zinciri uygulanırsa sağıktaki kaynak kullanımında üçte bir oranında tasarruf edilecektir. Aile hekimliği sisteminde aile hekimi hastanın temelde sağıkla ilgili rehberi de olacaktır. Aile hekimi kişinin sağıklı olması için eğitimler verecektir. Böylelikle kişiler belki de hasta olmayacaklardır. Birincisi buradan kazanıyoruz. Bunun yanında aile hekiminin bir diğer görevi koruyucu hekimliktir. Yani bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ya da aşılama gibi durumlarla yine kişilerin hasta olmasını engelliyor. Dolayısıyla sağık sistemine binecek hastalık yükü engellenerek bu yönden de kaynak kullanımı azaltılmış oluyor. Son olarak da, şu anki mevcut sistemde hasta hastanelere erişim konusunda özgür olduğundan bir hastanede aldığı tedaviden memnun kalmadığı durumda aynı problem için birkaç farklı sağık kurumuna da başvuru yapıyor. Bu da sağık giderini fazlasıyla artırıyor. Sevk zinciri uygulaması ile bu durumun önüne geçilecek, gereksiz tetkik ve tahliller önlenerek bu şekilde de kaynak kullanımı azaltılacaktır.” HY8 mevcut yapıda var olan gereksiz kaynak kullanımının engelleneceğine vurgu yapmıştır; “Birinci basamakta halledilebilecek bir sağık problemi için kişi bir hastaneye başvurduğunda burada gereksiz tetkik ve tahliller yapılıyor. Şöyle ki şu an hastanelere başvuru oranı çok fazla. Dolayısıyla bir hekimin gün içinde hasta sayısı çok fazla oluyor. Her hastaya yeterli vakti ayıramadığı için hastalardan semptomlara göre gerekli gereksiz birçok tahlil ve tetkik istiyor. Ancak sevk zinciri ile bu durumun önlenmesi kaynak kullanımının da azaltılmasını sağılayacaktır.” HY1 de fiziki kaynakların yanında insan kaynağını da ele almış ve bundan da bahsetmiştir; “Kesinlikle olumlu yönde etkileyecektir. Sağık sisteminin en

büyük kaynağı insan yani hekimdir. Bu uygulama ile bu kaynağın doğru kullanılacağını düşünüyorum.”

Aile hekimleri de aynı nedenleri sunarak maliyetleri düşüreceğini ve verimlilik sağlayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. AH2, “*Sevk zinciri uygulamasının maliyetler üzerinde pozitif katkısı olacaktır. Çünkü alt basamaklarda halledilmesi gereken problemi olan hastalar üst basamaklarda, üst basamaklarda halledilmesi gereken problemi olan hastalar alt basamaklarda dolaşıyorlar. Gereksiz tahliller ve tetkikler tekrar tekrar yapılıyor. Bu da kaynakların olumsuz kullanımına yol açıyor. Sevk zinciri bunu önleyecektir. Kaynakların doğru kullanımını sağlayacaktır.*” şeklinde görüşünü belirtirken; AH6 aile hekimliklerinde yapılabilecekken hastanelerde yapılan gereksiz işlemlere değinmiş ve bu durumu şu şekilde ifade etmiştir; “*Sevk zinciri uygulamasının maliyetlere çok ciddi şekilde faydası olur diye düşünüyorum. Çünkü inanılmaz şekilde boş yere kaynak kullanımı var. Burada yapılamayan bir tetkikin üst basamaklarda yapılmasını istediğimizde hasta birden fazla tetkikle geri dönüyor. Bu da gereksiz kaynak kullanımına neden oluyor. Hâlbuki aile hekimliklerinde bu tetkikler yapılıyor olsa bu israfın önüne geçilmiş olacak.*” AH9 da “*Sevk zinciri uygulaması kaynak kullanımını tabii ki de olumlu etkileyecektir. İkinci ve üçüncü basamak yapısı itibarıyla daha kompleks hastalıkların tedavisinin sağlandığı kurumlardır. Sevk sistemi ile ikinci veya üçüncü basamakta verilen hizmete ihtiyacı olmayan hastaların tedavisi birinci basamakta sağlanacak böylece hem malzemedem hem de insan kaynağında gereksiz kullanımın önüne geçilecektir. Bu da dolayısıyla israfı önleyecek ve doğru kaynak kullanımını sağlayacaktır.*” şeklinde uygulamanın sistemi nasıl düzenleyeceğini ve verimliliği sağlayacağını söylemiştir.

Tüketicilerden sevk zinciri uygulamasını gerekli görmeyen ve uygulanamayacağını düşünen katılımcılar dahi sevk zincirinin maliyetleri düşüreceğini ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak T9 “*Daha etkili kullanılmasını sağlar. Yani hastanelerde çok fazla hasta birikimi var. İnsanlar grip için bile doğrudan hastanelere gidiyorlar. Bu grup*

insanlara ihtiyaç olmayan tetkikler yapılıyor diye düşünüyorum. Sevk uygulaması bunun önüne geçebilir.” şeklinde görüşünü belirtmiştir.

Katılımcı T6 ise, *“Sevk zinciri uygulaması kesinlikle kaynak kullanımını azaltacaktır. Hastaların doğru zamanda doğru yere yönlendirilmesi elbette ki hem sağlık personelinin hem de sağlık kaynaklarının daha etkili ve verimli kullanımını sağlayacağı için kaynak kullanımını azaltacaktır. Bu da verimlilik sağlayacaktır.”* ifadesinde bulunmuştur. T7’ de *“Şu anki mevcut sistemde hastalar kafalarına göre birimlere başvurduklarından dolayı buralarda hastalığın gerçekten neyden kaynaklandığını bulmak için bir takım testler ve tahliller yapılıyor. Hâlbuki sevk zincirine uyulsa ve kişi önce aile kimine gidiyor olsa aile hekimi zaten onun sağlık geçmişini bileceğinden dolayı kişiyi doğru birime sevk edecek ve böylelikle gereksiz testlerin ve tahlillerin önüne geçilmiş olacak.”* görüşünü belirterek sevk zinciri uygulamasının maliyete etkisine değinmiştir.

Katılımcılar sevk zinciri uygulamasının olmayışının, hastanın sistemde yanlış yerde bulunmasına neden olduğunu bunun da gereksiz kaynak kullanımıyla sonuçlandığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda zorunlu bir yapının bulunmayışının sağlık sisteminde aşırı talep olmasına neden olduğuna ve bunun da maliyetleri artırıcı bir etkisi olduğuna değinmişlerdir. PA9 bununla ilgili *“Birinci basamakta basit bir tedavi ile çözülebilecek bir sağlık problemini üçüncü basamağa taşıdığınız zaman burada o sağlık problemi için gereksiz tetkik ve tahliller yapılıyor. Bu da kaynak kullanımını artırıyor. Hâlbuki sevk zinciri uygulanırsa bu sağlık problemi birinci basamakta minimum kaynak kullanılarak halledilecek ve bu kaynak kullanımına olumlu yansıtacaktır.”* görüşünü belirtmiştir. HY3 aşırı talep konusuna değinerek, *“Şu an için gereksiz muayeneler var. Hastanelerde gereksiz yoğunluklar var. Gerçekten ihtiyacı olan hastaların randevu bulamaması gibi bir durum söz konusu. Hastanelerdeki aşırı yoğunlukların tabii ki de maddi ve ekonomik anlamda bir külfeti oluyor ve olumsuz bir durum ortaya çıkarıyor.”* şeklinde maliyetleri artırıcı etkisinden söz etmiştir. Tüketici grubundan T8 de *“Şuan ki sistemde kaynaklar gereksiz harcanıyor, insanlar keyfi hastanelere giderek yoğunluğa sebep oluyor. En azından bu yapı ile bunun önüne geçilir. Böylece burada sağlanan tasarruf ile kaynaklar*

ihtiyaç duyulan başka alanlara aktarılabilir. Ekonomiye de katkısı olur, insanlara da katkısı olur.” şeklinde uygulamanın eksikliğini maliyetleri artırıcı etkisinden bahsetmiştir.

4.2.2.5. Tema 5: Memnuniyet

Bu tema sevk zinciri uygulamasının memnuniyetle alakalı iki grup (hizmet sunucular ve hastalar) üzerindeki etkilerini katılımcıların görüşleri doğrultusunda ortaya koymaktadır. Sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucu memnuniyeti üzerine etkisini değerlendirdiklerinde, politik aktörlerden 8 kişi, aile hekimlerinden 8 kişi, tüketicilerden 9 kişi ve hastane yöneticilerinin tümü memnuniyet artışı gözleneceğini ifade etmişlerdir. Hizmet basamaklarında var olan hasta yoğunluğunu azaltacak olması ve hekimin uzmanlık alanıyla ilgili hasta profili göreceğ olması hizmet sunucu memnuniyetini artıracak en önemli etmenler olarak dile getirilmiştir. Buna karşın paydaşlardan çok küçük bir grup (%12,5) hizmet sunucu memnuniyetinde düşüş yaşanabileceğini ifade etmiştir. Bu düşüşün daha çok uygulamaya bağlı olarak aile hekimliklerinde artan yoğunluk sonucu olacağını ifade etmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Memnuniyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar

	Katılımcı	PA	HY	AH	T	Toplam
	Artırır	8	10	8	9	35
Hizmet Sunucu Memnuniyeti	Hekim-Hasta İlişkisi ve Güveni Artar	1	-	-	-	1
	Aile Hekimliği Anlamını Bulur	3	1	-	-	4
	Doğru Uygulama	1	1	-	5	7
	İş Yükünü Azaltması	3	3	3	2	11
	Hasta Yoğunluğunun Azalması	5	4	7	7	23
	Sistemdeki Aksaklıkların Giderilmesi	-	1	1	1	3
	Hekimin Uzmanlık Alanında Çalışması	7	6	2	2	17
	Düşürür	2	-	2	1	5
	Hastanelerde Döner Sermayeye Bağlı Gelirin Düşmesi	-	1	-	-	1
	Birinci Basamakta Artan Hasta Yükü	3	-	3	3	9
	Toplam Katılımcı Sayısı	10	10	10	10	40

Tablo 10. Memnuniyet Temasında Paydaşlara Göre Kategoriler ve Alt Kodlar (Devam)

Hasta Memnuniyeti	Artırır	7	4	3	4	18
	Zaman ve Maliyet Faydası	3	-	-	-	3
	Hekimin Hastaya Ayırdığı Vaktin Artması	-	3	-	1	4
	Tedavinin Takibinin Sağlanması	1	-	-	1	2
	İhtiyaçları karşılama	1	1	1	1	4
	Erişim Kolaylığı	1	2	1	3	7
	Hasta Bilincinin Artması	1	2	1	1	5
	Hızlı ve Etkili Tedavi	2	2	3	3	10
	Düşürür	3	6	7	6	22
	Birinci Basamakta Oluşan Yoğunluklar	-	-	1	1	2
	Aile Hekimi Yetersizliği ve Memnuniyetsizliği	-	-	1	1	2
	Uzman Bakımı Tercih Etme	1	1	1	2	5
	Alışılmış Yapının Dışına Çıkma	2	2	1	-	5
	Hasta Hareketini Kısıtlama	3	2	8	6	19
	Toplam Katılımcı Sayısı	10	10	10	10	40

Hizmet sunucu memnuniyetinin artışı ile ilgili olarak paydaşlar şunları dile getirmiştir; PA2 “*Hizmet sunucuların memnuniyetini olumlu etkiler. Her hizmet sunucu kendi rolüne uygun hastalarla karşılaşır. Angarya ya da kendi kapasitesinin üstündeki hizmet talepleri ile uğraşmak zorunda kalmazlar.*”; HY4 “*Daha mutlu çalışacaktır insanlar. Çünkü şu an bulunan yoğunluklar olmayacaktır. Daha rahat ortamlarda çalışacaklardır. Sevk zinciri ile kaynaklardan elde edilen tasarruf sonucunda buradaki meblağ çalışan ücretlerine yansıtılırsa Bu da memnuniyeti sağlayacaktır.*”; AH4 “*Düzgün uygulandığında birinci basamakta iş yükünü artırsa dahi tüm basamaklar için memnuniyet sağlar.*” ve T5 “*Uygun bir sevk sisteminde hastanın ilk başvuru noktası aile hekimleri olacak ve dolayısıyla kişi ya orada hizmet alacak ya da ilgili basamağa sevk edilecek. Bu da hekimin doğru hastaya doğru zamanda bakmasını sağlayacak. Bu da hizmet sunucuları özellikle hasta yoğunluğu açısından rahatlatacaktır. Yani uygulama beraberinde memnuniyeti de getirir diyebilirim.*”

Paydaşlar içerisinde, politik aktörlerden 2 kişi, aile hekimlerinden 2 kişi ve tüketicilerden de 1 kişi olmak üzere küçük bir grup da (%12,5) sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucu memnuniyetini düşüreceğini belirtmiş ve şunları ifade etmişlerdir. PA7 “*Birinci*

basamak sağlık kurumlarında artacak olan iş yükü aile hekimlerinin bu sisteme tepki göstermesine neden olacak ve memnuniyetsizlikleri ile sonuçlanacaktır.” ; AH9 “Ancak aile hekimleri üzerindeki artan yoğunluk bu grubun memnuniyetsizliğine neden olacaktır.” ve T1 “Böyle bir yapıda aile hekimleri çok daha kısa sürede çok daha fazla hastaya bakmak durumunda kalacaklardır. Bu memnuniyetsizliğe neden olacaktır.”

Sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucu memnuniyetine etkisi değerlendirildiğinde paydaşların büyük bir kısmı (%87,5) artıracığını söylemesine karşın hasta memnuniyeti değerlendirildiğinde paydaşlar neredeyse yarı yarıya görüş ayrılığı yaşamıştır. Paydaşların %55'i hasta memnuniyeti üzerinde düşüşe neden olacağını söylerken, %45'i de hasta memnuniyetini artıracığını dile getirmiştir (Tablo 9). Politik aktörlerin çoğu hasta memnuniyeti üzerinde artış olacağını beklerken, hastane yöneticileri, aile hekimleri ve tüketicilerin çoğu da hasta memnuniyetini düşürmesini beklediklerini ifade etmişlerdir. Hasta memnuniyetindeki artışın en önemli nedenleri hizmete erişimin daha hızlı ve kolay olması, hekimin hastaya ayırdığı vaktin artması ve zaman ve maliyet faydası olarak gösterilirken; birinci basamakta oluşan yoğunluklar, uzman bakımı tercih etme ve uygulamanın hasta hareketini kısıtlaması gibi nedenlerde hasta memnuniyetini düşürücü etkenler olarak belirtilmiştir.

Hasta memnuniyeti üzerinde artış sağlanacağını düşünen paydaşlar şunları ifade etmişlerdir; PA9 sevk zinciri uygulamasının hastaya sağlayacağı zaman ve maliyet faydasına değinmiştir, “Kesinlikle olumlu yönde etkiler. Çünkü hasta sağda solda sürünmeden birinci basamaktan alacağı hizmeti alır. Dolayısıyla bu ikinci basamak hastalara ve üçüncü basamak hastalara alan açar. Yani herkes yerini bulduğu için hem ülke ekonomisine katkı sağlanır hem de hasta memnuniyeti artırılır.” HY8 ise mevcut yapıda hastaya ayrılan tedavi sürelerinden bahsederek sevk zincirinin bunu nasıl değiştireceğinden ve bu uygulamanın sağlayacağı zaman ve maliyet faydalarından bahsetmiştir, “Şu anki yapıda hastanın doktora ulaşması 45 dakika, muayene süresi 5 dakika. Ancak sevk zinciri uygulanırsa hastanın doktora ulaşımı randevu ile olacağından bu süre belki de 5 dakikaya inecek ve azalan hasta yoğunluğundan dolayı hasta ayrılan

muayene süresi 15-20 dakikaya çıkacak. Ayrıca hastalar şu an hastaneye ulaşmak için bir zaman ayırıyorlar, buralara ulaşabilmek için yol parası veriyorlar, bekleme sürelerinden dolayı buralarda yemek için masraf yapıyorlar. Ama sevk zinciri uygulamasına göre hasta ilk olarak bir aile sağlığı merkezine giderse bunların yükünden kurtulacaktır. Uygulama hasta memnuniyetini artıracaktır.” Katılımcılardan AH1 de sevk zinciri ile hastanın nasıl daha hızlı ve etkili tedavi alacağına değinerek memnuniyet artışından bahsetmiştir, “*Bir kere sevk zinciri ile beraber hastaların doğru yerde doğru tedavi alması sağlanacak. Ayrıca tedavi daha hızlı ve etkili şekilde verilecek. Bu durum tabii ki de sağlık hizmetlerine olumlu yansıtacaktır. Ayrıca doğru hastaya bakmak hekimi, en hızlı ve az maliyetli tedaviyi almakta hastayı tatmin edecektir.”* T7 ise kendisi de bir sağlık hizmeti kullanıcısı olarak sevk zinciri uygulamasının beraberinde getirmesini beklediği düzenlemeleri ve bunun memnuniyet artışı sağlayacağını ifade etmiştir, “*Eğer sevk zinciri gerçekten düzgün işlerse, hasta kolayca ve hızlı bir şekilde sağlık hizmetine erişebilirse, hastanelerdeki gereksiz yoğunlukların önüne geçilerek bekleme süreleri azaltılırsa bu yapı tabii ki de hastayı memnun edecektir.”*

Hasta memnuniyetinde artışı bekleyen paydaşların yanında daha çok memnuniyetsizlik ortaya çıkacağını düşünen paydaşlar genelde hastaların bu uygulamayı bir engel olarak görecekerinden, birinci basamakta aldıkları bakımı uzman bakım olarak değerlendirmeyeceklerinden ve alışılmış bir yapının dışına çıkılmasının dirençle karşılaşacağından bahsetmişlerdir. Konuyla ilgili olarak PA7 “*Sevk zinciri uygulamasına geçilirse hastaların yıllardır alışık olduğu sistem tamamen değiştirilmiş olacak, hastalar bu sistemi sağlık hizmetine ulaşma da engel olarak görecekerlerdir. Dolayısıyla bu durum hastaların memnuniyetsizliğine neden olacaktır.”* şeklinde görüş belirtirken; HY7 de “*Hasta memnuniyetini ilk başlarda düşürecekler tabii ki. Hastalar direkt üçüncü basamağa başvurabiliyorken birinci basamağa başvuruyu zorunlu kılmak onları mutsuz edecektir.”* şeklinde görüşünü belirtmiştir. Birinci basamak sağlık kurumunda hizmet sunan ve hasta profilini buna göre değerlendiren AH6 “*Hasta memnuniyetini iyi etkilemez. Yani eğer doktordan aldıkları hizmetten memnunsalrsa çok sıkıntı olmaz ama mesela eğer kişi bağlı olduğu aile hekiminden memnun değilse ve aile hekimi gerçekten iyi bir hizmet sunumu sağlamıyorsa ve bir de hastalar aynı zamanda o kişiye gitme*

zorunluluğunda olursa memnuniyet diye bir şey kalmaz. Öncelikle aile hekimlerinin donanımlı olduğu bir alt yapı oluşturulmalı daha sonra sistem uygulamaya geçirilmeli yoksa memnuniyet diye bir şey kalmaz.” şeklinde mevcut yapıda başlanacak bir uygulamanın memnuniyetsizliğe neden olacağını ifade etmiştir. Hizmet kullanıcısı olarak T3 de “Kişilerin sosyal ve ekonomik durumları eğitim seviyeleri yaşadığı ortam vb. durumlar hastaneye başvurma koşullarını da etkilemektedir. Ekonomik durumu iyi olan hasta birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmak yerine daha kaliteli hizmet alma düşüncesi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvurmak isteyebilir bu da hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkiler.” ifadesinde bulunmuştur.

Tüm paydaş görüşlerini, tüm temaların ilişkileri ile bütüncül bir yaklaşımla ele alan kod birlikte oluşum modeli Şekil 5’de görülmektedir. Kod birlikte oluşum modeli, tüm paydaşların sevk zinciri uygulaması hakkında gereklilik, uygulanabilirlik, kalite, maliyet ve memnuniyet boyutuna ilişkin ifadelerinin yoğunluklarını göstermektedir.

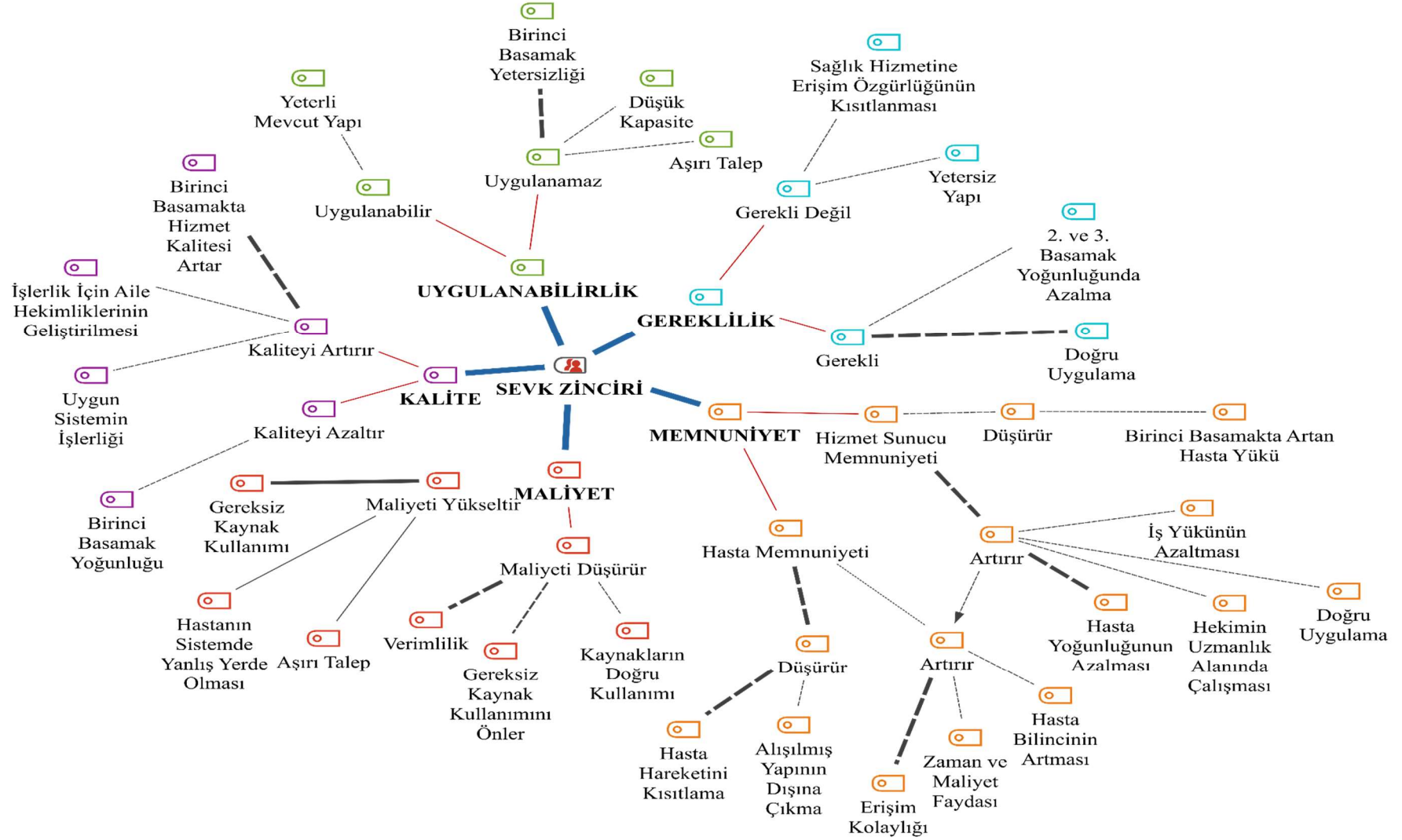
Çalışmada ortaya çıkan modelde, gereklilik temasında gerekli değil kategorisinde en çok ilişki bulunan nedenler sevk zinciri uygulaması için yapının yetersiz görülmesi ve sağlık hizmetlerine erişimde özgürlüğü kısıtlayıcı olarak nitelendirilmesidir. Sevk zinciri uygulamasını gerekli gören paydaşların da tema içerisinde en çok ilişki bulunan nedenleri; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yoğunluğun azalması ve doğru uygulama olduğu düşüncesidir. Doğru uygulama ve gerekli arasında da yoğun ilişki olduğu görülmektedir.

Uygulanabilirlik teması içerisinde, uygulanabilir kategorisi ile en çok ilişki bulunan görüş yeterli mevcut yapı olmuştur. Uygulanamaz temasında ise mevcut yapı içerisinde var olan aşırı talep ve birinci basamak sağlık kurumlarındaki düşük kapasite en çok ilişki bulunan görüşler olurken, birinci basamak sağlık kurumlarının yetersiz olması ile yoğun ilişki bulunmuştur.

Kalite temasında, kaliteyi azaltır kategorisinde en çok ilişki bulunan neden sevk zinciri uygulamasının birinci basamak sağlık kurumlarında yoğunluğa sebep olacak olmasıyken; kaliteyi artırır kategorisinde sevk zinciri uygulamasında aile hekimlerinin işlerliğinin sağlanabilmesi için geliştirilmesi ve sevk zinciri ile uygun sistemin işlerliği arasında ilişki, birinci basamakta hizmet kalitesi artar ile de yoğun ilişki bulunmuştur.

Maliyet teması ile maliyeti yükseltir kategorisi arasında bir ilişki bulunmamıştır çünkü görüşülen paydaşların tümü sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşüreceğini ifade etmiştir. Mevcut yapıda var olan problemleri sıralayarak bunların maliyeti yükseltici etkilerinden bahsetmişlerdir. Maliyeti yükseltir kategorisi ile ilişkili bulunan kodlar da bunu yansıtmaktadır. Mevcut yapı içerisindeki aşırı talep, gereksiz kaynak kullanımı ve hastanın yönlendirme eksikliğinden dolayı sistemde yanlış yerde bulunması en çok ilişki bulunan nedenler olarak görülmektedir. Maliyeti düşürür kategorisinde sevk zinciri uygulamasının kaynakların doğru yerde kullanımını sağlaması ve gereksiz kaynak kullanımı önlemesi nedenleri ile ilişki bulunurken; sevk zinciri uygulamasının verimlilik sağlaması ile ilgili de yoğun ilişki bulunmuştur.

Memnuniyet temasında hizmet sunucu boyutu içerisinde düşürür kategorisi ile sevk zinciri uygulaması birinci basamakta hasta yükünü artırır arasında ilişki bulunmuştur. Artırır kategorisinde sevk zinciri ile doğru uygulamanın sağlanması, hekimin uzmanlık alanında çalışması ve hekimin gereksiz iş yükünün azalması arasında ilişki bulunurken; hizmet basamaklarında hasta yoğunluğunu azaltır ile de yoğun ilişki bulunmuştur. Hasta memnuniyeti boyutunda ise düşürür kategorisi ile sevk zinciri uygulaması ile sağlık sisteminde hastanın alıştığı yapının dışına çıkması ile ilişki ve uygulamanın hasta hareketini kısıtlayıcı olarak nitelendirilmesi ile de yoğun ilişki bulunmuştur. Artırır kategorisinde ise sevk zinciri uygulamasının sistemde oturması ve zamanla hasta bilincinin artması, uygulamanın hastaya zaman ve maliyet faydası sağlaması ile ilişki ve hastanın sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylık sağlaması ile de yoğun ilişki bulunmuştur. Ayrıca hizmet sunucu memnuniyetinin artmasının hasta memnuniyetini de artıracığı ile ilgili de bir ilişki bulunmuştur.



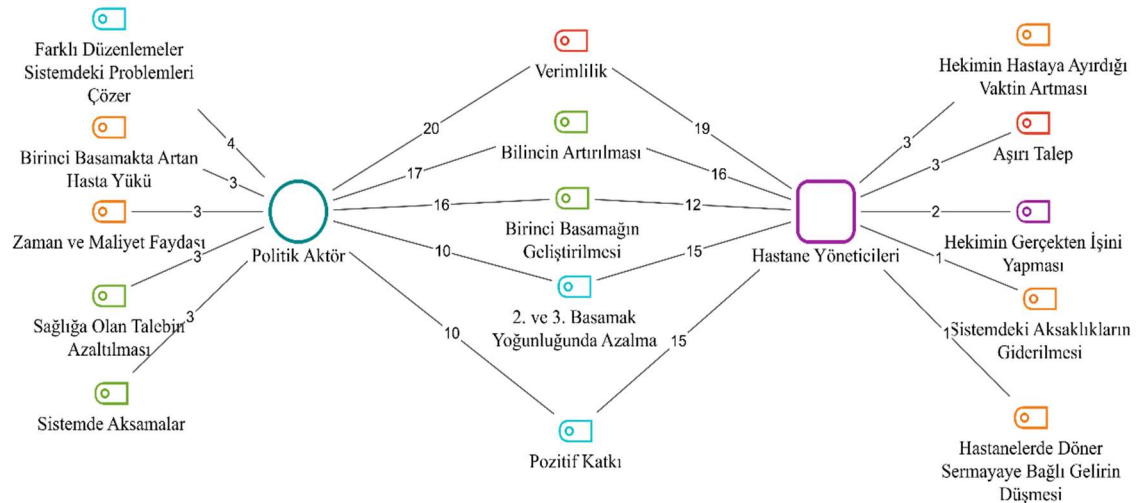
Şekil 5. Kod Birlikte Oluşum Modeli

4.2.3. Paydaşların İkili Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde her tema paydaş grupları açısından ele alınmış ve ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Böylece iki grubun sevk zinciri uygulaması hakkındaki ortak görüşleri ve farklı görüşleri ortaya koyulmuştur. İki grup arasında kalan kodlar paydaşların ortak görüşlerini ortaya koyarken; diğer kodlar paydaş gruplarının kesişmeyen farklı görüşlerini ortaya koymaktadır.

4.2.3.1. Politik Aktörler ve Hastane Yöneticileri

Politik aktörler ve hastane yöneticileri çoğunlukla 3 tema da benzer görüş beyan etmişlerdir. Her iki paydaş grubu da, sevk zinciri uygulamasının gereklilik boyutunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yoğunluğu azaltacağını ve sisteme pozitif katkıları olacağını; uygulanabilirlik boyutunda tüm tarafların bilincinin artırılması ve birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesi ile sevk zincirinin uygulanabileceğini; maliyet boyutunda da uygulamanın maliyetleri düşürerek verimlilik sağlayacağını düşünmektedirler (Şekil 6).



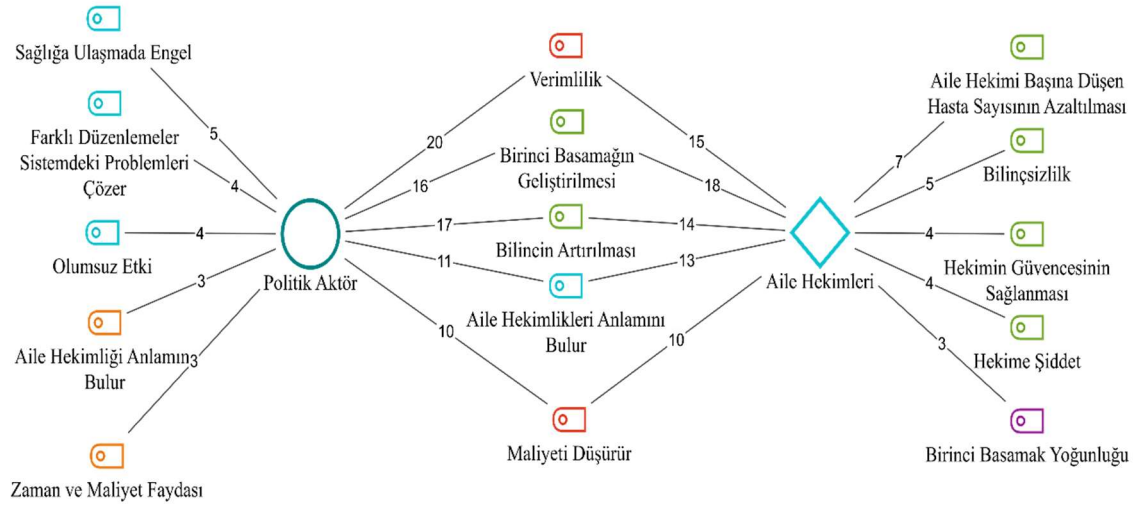
Şekil 6. Politik Aktör ve Hastane Yöneticileri Görüşlerinin Karşılaştırılması

Politik aktörler hastane yöneticilerinden farklı olarak, farklı uygulamaların sistemdeki problemleri çözeceğini bu yüzden sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığını; uygulamanın birinci basamakta artan hasta yükünün hizmet sunucu memnuniyetsizliğini düşüreceğini; uygulamanın hastaya sağlayacağı zaman ve maliyet faydasının hasta memnuniyetini artıracaklarını; sağlığa olan talebin azaltılarak sevk zincirinin uygulanabileceğini ve mevcut yapıda uygulanacak bir sevk sisteminin sistemde aksamalara neden olacağından uygulanamayacağını dile getirmişlerdir (Şekil 6).

Hastane yöneticileri de politik aktörlerden farklı olarak, hekimin gerçekten işini yapmasının kaliteyi artırıcı bir etmen olduğunu; mevcut yapıda sistemde var olan aşırı talebin maliyetleri artırıcı bir etkisinin olduğunu ve sevk sisteminin bunu önleyeceğini; uygulamanın sistemdeki aksaklıkları gidermesiyle birlikte hizmet sunucu memnuniyetinin artacağını buna karşın sevk zinciri ile birlikte hastanelerdeki döner sermayeye bağlı gelirin düşmesinin hizmet sunucu memnuniyetini düşüreceğini ve uygulamayla birlikte hekimin hastasına ayırdığı vaktin artmasının hasta memnuniyetini artıracakları görüşündedirler (Şekil 6).

4.2.3.2. Politik Aktörler ve Aile Hekimleri

Politik aktörler ve aile hekimleri 3 tema üzerinde benzer görüş belirtmişlerdir. Her iki paydaş grubu da, sevk zinciri uygulamasının aile hekimliklerinin anlamını bulmasını sağlayacağından gerekli olduğunu; tüm tarafların bilincinin artırılması ve birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesi ile sevk zincirinin uygulanabileceğini; uygulamanın maliyetleri düşüreceğini ve verimlilik sağlayacağını düşünmektedirler (Şekil 7).



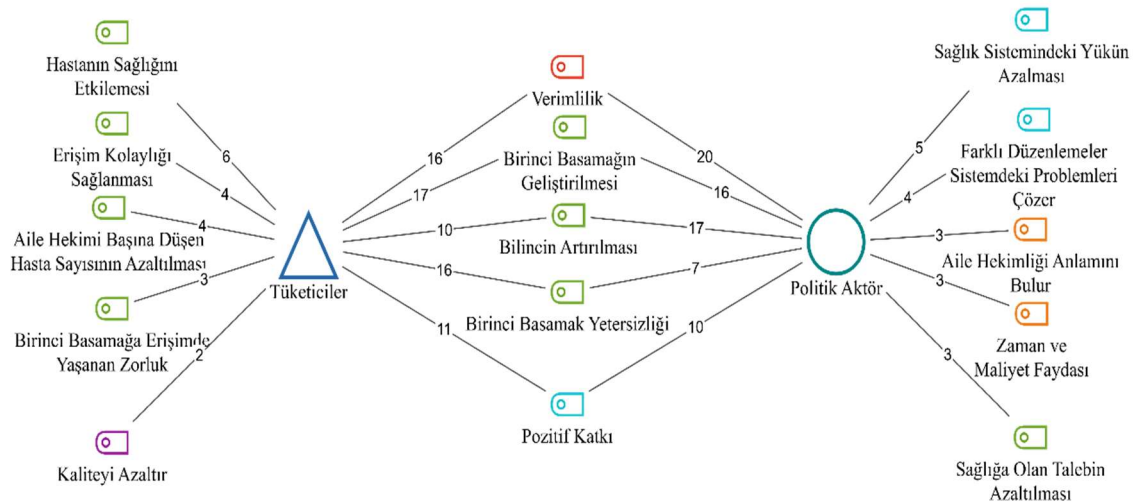
Şekil 7. Politik Aktör ve Aile Hekimleri Görüşlerinin Karşılaştırılması

Politik aktörler aile hekimlerinden farklı olarak, sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığı ile ilgili sağlığa ulaşmada engel teşkil ettiğini, farklı düzenlemelerin sistemde var olan problemleri çözebileceğini ve olumsuz etkilere neden olacağını dile getirmişlerdir. Memnuniyet ile ilgili olarak da sevk zinciri uygulamasının aile hekimliğinin anlamını bulmasını sağlayacağını ve bunun da hizmet sunucu memnuniyetini artıracığını belirtmişlerdir. Bunun yanında sağlayacağı zaman ve maliyet faydası ile de hasta memnuniyetinde artış yaşanacağını belirtmişlerdir (Şekil 7).

Aile hekimlerinin bir kısmı politik aktörlerden farklı olarak, sevk zincirinin uygulanabilmesi için aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması gerektiğini ve karşılaşılabilecek problemler ve şiddet olayları ile ilgili hekimin güvencesinin sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bir kısmı da toplumda var olan bilinçsizlik ve hekime şiddet olayları nedeniyle sevk zincirinin uygulanamayacağını dile getirmişlerdir. Sevk zinciri uygulamasının birinci basamakta yoğunluğa neden olacağını ve bu durumun kaliteyi düşüreceğini de ifade etmişlerdir (Şekil 7).

4.2.3.3. Politik Aktörler ve Tüketiciler

Politik aktörler ve tüketiciler de 3 tema üzerinde ortak görüş beyan etmişlerdir. Sevk zinciri uygulamasının sisteme sağlayacağı pozitif katkılar sebebiyle gerekli bir uygulama olduğunu dile getirmişlerdir. Sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve toplum bilincinin artırılması gerektiğini ifade ederken; mevcut yapıda birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik olarak yetersiz olmasının da uygulanabilirlik önünde bir engel olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca uygulamanın kaynak kullanımı üzerine sağladığı pek çok yarar neticesinde de verimlilik sağladığını vurgulamışlardır (Şekil 8).



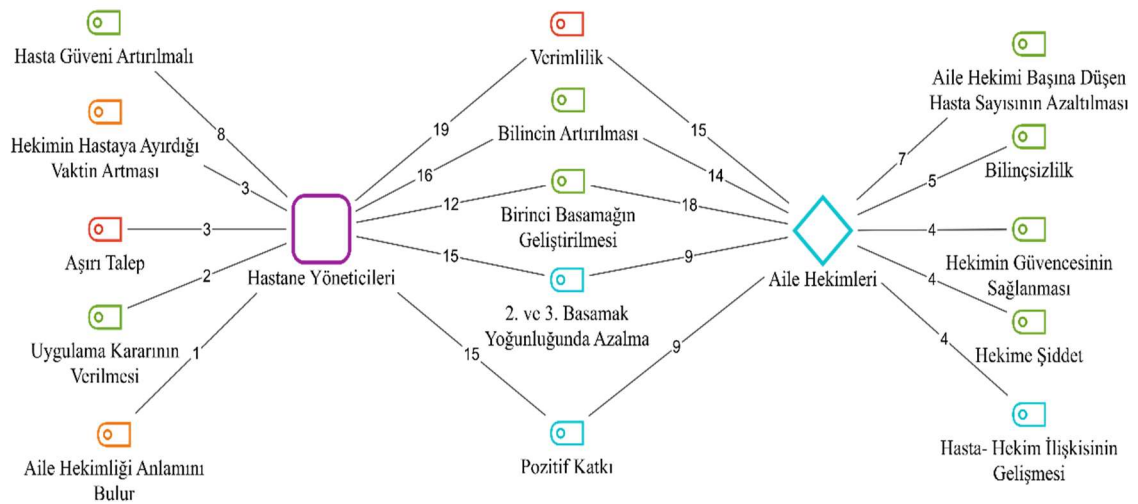
Şekil 8. Politik Aktör ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması

Politik aktörlerin bir kısmı tüketicilerden farklı olarak, farklı düzenlemelerle sistemdeki problemlerin çözülebileceğini düşündüğünden uygulamayı gerekli görmezken; bir kısmı da sağlık sisteminde var olan yükü azaltacağından dolayı uygulamanın gerekli olduğunu söylemektedir. Sevk zinciri uygulaması ile birlikte birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekten yapılması gereken işlerin yapılacağını ve buna bağlı olarak aile hekimliklerinin anlamını bulacağını bu durumun da hizmet sunucu memnuniyetini artıracığını belirtmişlerdir. Uygulamanın hastaya sağladığı kolaylıkların yanında zaman ve maliyet faydasının da hasta memnuniyetini artıracığını dile getirmişlerdir (Şekil 8).

Tüketiciler politik aktörlerden farklı olarak, sevk zincirinin uygulanabilmesi için sistemde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine erişim kolaylığının sağlanması gerektiğini ve aile hekimi başına düşen hasta sayısının da azaltılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Görüşülen kimi tüketiciler de uygulamanın hasta sağlığını etkileyecek olması ve birinci basamak sağlık kurumlarına ulaşımında zorluk yaşanması sebebiyle sevk zincirinin uygulanamayacağını söylemişlerdir. Kimi tüketiciler de sevk zincirinin sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşüreceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (Şekil 8).

4.2.3.4. Hastane Yöneticileri ve Aile Hekimleri

Tıpkı politik aktörler ve hastane yöneticileri gibi aile hekimleri de çoğunlukla bu paydaşlarla aynı 3 tema üzerinde görüş beyan etmişlerdir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yoğunluğu azaltacak olması ve sisteme sağlayacağı pozitif katkılar sebebiyle gerekli bir uygulama olduğu; sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve toplum bilincinin artırılması gerektiği; kaynak kullanımına olumlu yansiyarak verimliliği artıracığı konularında ortak görüşler beyan edilmiştir (Şekil 9).

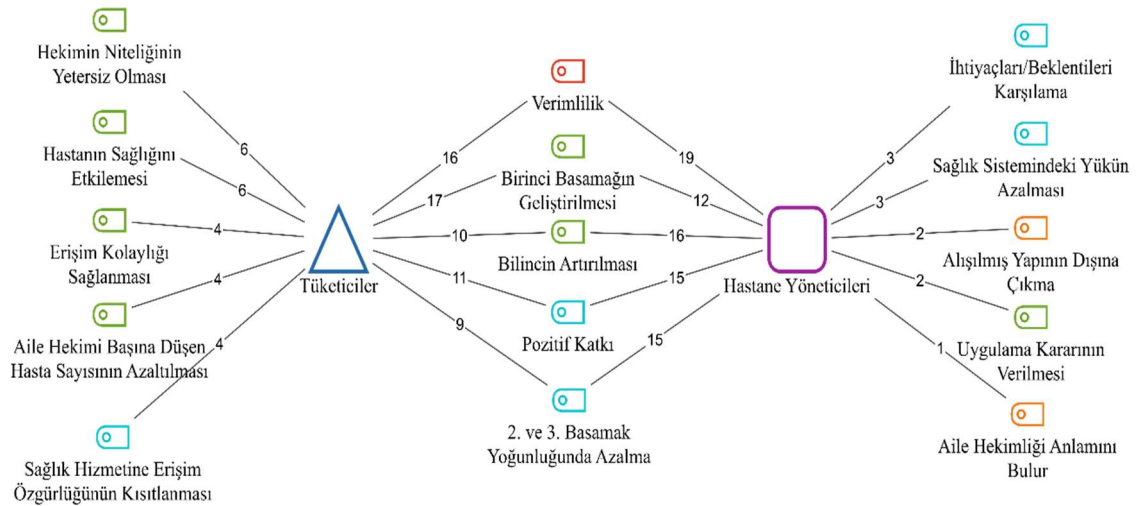


Şekil 9. Hastane Yöneticisi ve Aile Hekimi Görüşlerinin Karşılaştırılması

Hastane yöneticileri aile hekimlerinden farklı olarak, sevk zincirinin uygulanabilmesi için hasta güveninin artırılması ve uygulama kararının verilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Aile hekimleri hastane yöneticilerinden farklı olarak, hasta- hekim arasındaki ilişkiyi geliştirdiğini düşündüğünden dolayı sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görmektedir. Sevk zincirinin uygulanabilmesi için de aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması ve hekimin güvencesinin sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bazı aile hekimleri de toplumda var olan bilinçsizlik ve yaşanan hekime şiddet olayları nedeniyle sevk zincirinin uygulanamayacağını ifade etmişlerdir (Şekil 9).

4.2.3.5. Hastane Yöneticileri ve Tüketiciler

Tıpkı politik aktör- hastane yöneticisi ve hastane yöneticisi- aile hekimi paydaşları gibi hastane yöneticisi ve tüketici paydaşlarının da 3 tema üzerinde ortak görüşleri olmuştur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yoğunluğu azaltacak olması ve sisteme sağlayacağı pozitif katkılar sebebiyle sevk zincirinin gerekli bir uygulama olduğunu; sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve toplum bilincinin artırılması gerektiğini ve uygulamanın kaynak kullanımına olumlu yansiyarak verimliliği artıracığını dile getirmişlerdir (Şekil 10).



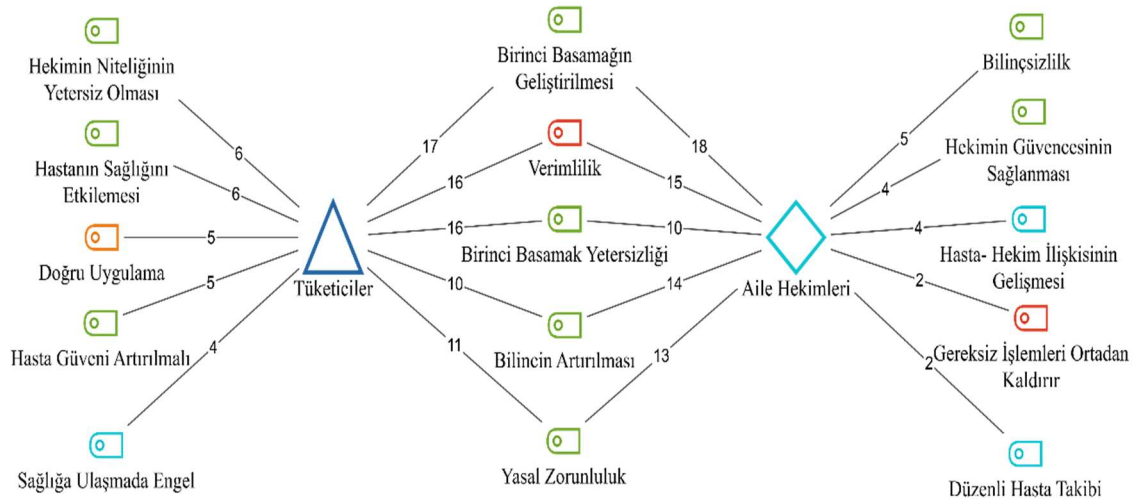
Şekil 10. Hastane Yöneticisi ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması

Hastane yöneticileri tüketicilerden farklı olarak, uygulamanın sağlık sistemindeki yükü azaltacağını ve tarafların ihtiyaçlarının ya da beklentilerinin karşılanmasını sağlayacağını söyleyerek sevk zincirini gerekli bir uygulama olarak nitelendirmişlerdir. Sevk zincirinin uygulanabilmesi için uygulama kararının verilmesi gerektiğine değmişlerdir. Bunun yanında sevk zinciri ile birlikte aile hekimliklerinin anlamını bulmasının hizmet sunucu memnuniyetini artıracığını dile getirirken, hastanın alışık olduğu bir yapının dışına çıkmasının da hasta memnuniyetini düşüreceğini belirtmişlerdir (Şekil 10).

Tüketiciler de hastane yöneticilerinden farklı olarak sevk zinciri uygulamasını sağlık hizmetlerine erişimde özgürlüğü kısıtlayıcı bir etken olarak görmüşlerdir. Bazı tüketiciler sevk zincirinin uygulanabilmesi için aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması gerektiğini ve sağlık hizmetine erişim kolaylığı sağlanması gerektiğini ifade ederken; bazı tüketiciler de hekimin niteliğini yetersiz görmesi ve uygulamanın hasta sağlığını etkileyeceğini düşündüğünden sevk zincirinin uygulanamayacağını dile getirmişlerdir (Şekil 10).

4.2.3.6. Aile Hekimleri ve Tüketiciler

Aile hekimi ve tüketici paydaş grubu da diğer paydaş gruplarıyla genellikle benzer şekilde, sevk zinciri uygulamasının sisteme sağlayacağı pozitif katkılar sebebiyle gerekli bir uygulama olduğu; sevk zincirinin uygulanabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve toplum bilincinin artırılması gerektiğini; mevcut yapıda birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem nicelik hem de nitelik olarak yetersiz olmasının da uygulanabilirlik önünde bir engel olduğu; uygulamanın kaynak kullanımını üzerine sağladığı pek çok yarar neticesinde de verimlilik sağladığı görüşlerini belirtmişlerdir. Bunun yanında yine sevk zincirinin uygulanabilmesi için yasal zorunluluğun sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Şekil 11).



Şekil 11. Aile Hekimi ve Tüketici Görüşlerinin Karşılaştırılması

Aile hekimleri tüketicilerden farklı olarak, uygulamanın hasta- hekim ilişkisini geliştirecek olması ve düzenli hasta takibinin yapılabilmesini sağlayacak olması gerekçeleriyle uygulamayı gerekli olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca sevk zincirinin uygulanabilmesi için hekimin güvencesinin sağlanması gerektiğini söylerken; toplumdaki bilinçsizliğin uygulama önünde bir engel olduğunu dile getirmişlerdir. Uygulamanın mevcut yapıda var olan gereksiz işlemleri ortadan kaldırarak maliyetleri de düşüreceğini belirtmişlerdir (Şekil 11).

Tüketiciler aile hekimlerinden farklı olarak, sevk zincirini sağlık hizmetine erişimde bir engel olarak nitelendirmişler ve gerekli olmayan bir uygulama olarak ifade etmişlerdir. Tüketicilerin bir kısmı sevk zincirinin uygulanabilmesi için hasta güveninin ve inancının artırılması gerektiğini dile getirmişlerdir. Bazı tüketiciler de hekimin niteliğinin yetersiz olduğunu ve uygulamanın hasta sağlığını etkileyebileceğini dile getirerek sevk zincirinin uygulanamayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca sevk zinciri ile beraber doğru uygulamanın gerçekleştirilmesinin hizmet sunucu memnuniyetini artıracığını dile getirmişlerdir (Şekil 11).

5. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulamaya geçirilmesi planlanan ancak uygulanamayan sevk zinciri uygulaması hakkında, sevk zinciri uygulamasından etkilenen veya sevk zinciri uygulamasını etkileyen tüm paydaşların görüşlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu kapsamda politik aktörler, hastane yöneticileri, aile hekimleri ve tüketiciler ile görüşülmüş ve görüşleri değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında hem paydaşların görüşlerinin değerlendirilmesi hem de bu değerlendirmeler sonucunda sevk zincirinin uygulanabilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışma kapsamında Türkiye’ de zorunlu sevk zinciri uygulamasına ilişkin paydaşların görüşleri elde edilmiş olup; toplanan veriler uygun analiz yöntemi aracılığıyla analiz edilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda paydaşların, sevk zinciri uygulamasının gerekli olup olmadığı, mevcut yapı üzerinde sevk zincirinin uygulanıp uygulanamayacağı, uygulamanın sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi üzerinde etkisinin olup olmadığı, sevk zinciri uygulamasının maliyetlere etki edip etmediği, uygulamanın hizmet sunucuların ve tüketicilerin memnuniyet düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığı, uygulamaya neden geçilemediği ve geçilebilmesi için ne yapılması gerektiğine ilişkin değerlendirmelerine yönelik bulgular elde edilmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma sonuçlarından elde edilen bulgular; gereklilik, uygulanabilirlik, kalite, maliyet ve memnuniyet temaları üzerinden literatürden elde edilen bilgiler çerçevesinde tartışılarak yorumlanmıştır.

5.1. GEREKLİLİK

Araştırma bulgularına göre paydaşların %85'i sevk zinciri uygulamasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Paydaşlar, sevk zinciri uygulamasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında oluşan yoğunluğu önleyeceğini, aile hekimliği sisteminin sevk zinciri uygulaması ile anlamını bulacağını, hastanın doğru yerde doğru tedavi almasını ve sağlık kurumuna hızlı erişim ile etkili tedavi almasını sağlayacağını, eğitim araştırma hastanelerinde var olan yoğunlukları azaltarak tıp eğitiminin etkinliğini artıracığını, hasta-hekim arası ilişki ve güveni geliştireceğini, sağlık sistemindeki yükü azaltacağını ve sağlık sistemini geliştireceğini, sonuçta da toplumda sağlık statüsünü iyileştireceğini ifade ederek sevk zinciri uygulamasının gerekliliğini vurgulamışlardır.

Aktürk ve arkadaşları (2013) Türkiye’de yaptıkları bir çalışma sonucunda zorunlu sevk zinciri uygulamasını aile hekimlerinin yarısından çoğunun desteklediği ve gerekli bir uygulama olarak gördüğünü bulmuşlardır. Bektemür ve arkadaşları (2018) da Türkiye’de aile hekimliğinde sevk zincirinin uygulanması üzerine yaptıkları bir çalışmada aile hekimlerinin %85,07’ sinin sevk zinciri uygulamasını desteklediklerini bulmuştur.

Seyed-Nezhad ve arkadaşları (2021) yaptıkları bir çalışmada; sevk sistemindeki sağlık hizmetleri seviyeleri arasındaki koordinasyonun, birinci basamakta verimliliği artırdığını, birinci basamak hizmetlerde kapasiteyi geliştirdiğini, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırdığını ve hastane kliniklerine sevk edilen hasta sayısını azalttığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca sevk sisteminin, sağlık hizmetine erişimde gecikmeyi azalttığını ve bireylerin tedaviye hızlı bir şekilde ulaşmasını mümkün kıldığını da belirtmişlerdir. Sıddıkı ve arkadaşları (2001) tarafından sağlık sisteminin işleyişine ilişkin yapılan çalışmada hastanelere başvuran hastaların %75’inin, üçüncü basamak hastanelere başvuran hastaların ise %44’ünün sağlı sorunlarının birinci basamakta çözülebileceğini ortaya koymuşlardır. Omaha ve arkadaşları (1998) da yürüttükleri çalışmada sevk zinciri uygulamasının önemine vurguda bulunmuşlar, sağlık personelinin sevk sisteminin öneminin farkında olmasının sağlanması; sağlık hizmetlerinin en etkin kullanımı

konusunda insanların eğitilmesi; ve hastanelere olan aşırı talebi azaltmak için sağlık hizmeti ağının sevk sistemi ile yeniden yapılandırılması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Sanders ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da ikinci ve üçüncü basamakta tedavi gören hastaların çoğunluğunun daha alt basamaklarda tedavi olabilecek uygunsuz kabuller olduğu ve bu durumun verimsizliğe neden olduğu ortaya koyulmuş ve sevk sisteminin gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Literatürdeki benzer çalışma sonuçları da bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olup; sevk zincirinin gerekliliği konusunda benzer nedenlerin ileri sürüldüğü görülmektedir.

5.2. UYGULANABİLİRLİK

Çalışma kapsamında görüşülen paydaşların %52,5' i sevk zincirinin uygulamasının uygulanamayacağını belirtmiştir. Paydaşlar, birinci basamak sağlık kurumlarının hem sayı hem de donanım olarak yetersiz olduğunu, aile hekimlerinin uzmanlık seviyesinin düşük olması sebebiyle niteliklerinin yetersiz görüldüğünü, mevcut yapıda olası bir uygulama denemesinde aşırı taleple karşılaşılacağını ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta yükünün artacağını, toplumun yeterli bilince sahip olmaması nedeniyle uygulamaya katılım göstermeyeceklerini ve hekime şiddet olaylarının ortaya çıkabileceğini, uygulamanın hekimde keyfi müdahale riski oluşturabileceğini ve hasta sağlığını etkileyebileceğini, sevk sistemine erişimde zorluk yaşandığını ve sonuçta böyle bir uygulamanın sağlık sisteminde aksamalara neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Bulut ve Uğurluoğlu (2018) sevk zinciri uygulamasını aile hekimlerinin bakış açısıyla değerlendirdikleri çalışmalarında mevcut durumda uygulanacak sevk zincirinin aile hekimliğini/birinci basamağı dolayısıyla da sağlık sisteminin bütününü olumsuz etkileyeceğini ortaya koymuşlardır. Kamau ve arkadaşlarının (2017) yürüttükleri çalışma kapsamında katılımcıların; %67,2'si hasta sevki için ulaşım olanağı bulunmadığını, %53'ü sağlık hizmeti işgücünün sevk konusunda yeterli uzmanlıkta olmadığını, %62,1'i

sağlık kurumlarında yeterli insan kapasitesine sahip olunmadığını belirtmiştir. Ayrıca sistemde yer alan kaynakların yeterliliği sorulduğunda katılımcıların; %46,0'sı kaynakların yeterli olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, sağlık tesislerindeki altyapı durumunun, sevk sisteminin uygulanması için yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Sıddıki ve arkadaşlarının (2001) yürüttüğü çalışmada da birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve bu durumun sevk zinciri uygulamasının önünde bir engel olduğu bulunmuştur. Naseriasl ve arkadaşları (2018) İran'da yürüttükleri bir çalışma kapsamında sevk sisteminin etkili bir şekilde uygulanamamasına neden olan sıkıntıları ortaya koymuşlardır. Buna göre; sevk ihtiyacı olanlar ve sevk edenler arasındaki iletişimsizliği, uygun olmayan kılavuzları, sevk ve ilgili talepler hakkında bilgi eksikliği ve eski iletişim araçlarının kullanımını ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve sağlık uzmanları ile ilgili çeşitli sorunları sistemde belirlenen sıkıntılar olarak sıralamışlardır.

Abraham ve arkadaşları (2015) Etiyopya'da yaptıkları bir çalışmada, sevk sisteminin hasta merkezli anlayışını araştırmışlardır. Hastaların birinci basamak sağlık merkezlerini atlayarak doğrudan hastaneye başvurma nedenlerini açıklamaya çalışmışlardır. Yaptıkları araştırmaya göre; insanlar birinci basamak sağlık merkezlerinde istedikleri temel hizmet ve ilaçlardan yoksun olduklarını algılayabilmekte ve bazı bireyler, durumun birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının kapasitesini aştığına inandıklarından doğrudan hastaneye gitmeyi tercih edebilmektedirler. Omaha ve arkadaşları (1998) Honduras'ta yürüttükleri bir çalışma ile hasta sevk sistemini incelemişlerdir. Sevk sisteminin tatmin edici bir şekilde gelişmemesinin nedenlerini; hastanenin uygun olmayan kendi kendine sevkler veya kötü değerlendirilmiş sevklerle aşırı yüklenmesine, hastalarla ilgili mesafe ve ulaşım engellerine, sağlık ocağı düzeylerinde sağlık hizmetlerine duyulan güven eksikliğine ve sağlık kurumları arasındaki yetersiz bilgi akışının bu düzeylerin atlanmasına, dolayısıyla sevk zincirin uygulanamamasına neden olduğunu ortaya koymuşlardır. Kulu-Glasgow ve arkadaşları (1998) Hollanda'da yaptıkları bir çalışmada, sağlık hizmetlerine başvurularda hastaların birinci basamağı atlayarak doğrudan hastanelere başvurma ve sevk zincirinin uygulanamamasının nedenlerini ortaya koymuşlardır. Hastalardan aldıkları cevaplar şunlardır; uzmana özgü olarak görülen

bakıma ihtiyaç duyulması, uzmanın daha fazla veya daha iyi imkânlarla sahip olması ve pratisyen hekime danışılması sonucunda zaman kaybı yaşamak istenmemesidir.

Diğer taraftan bu çalışma kapsamında paydaşların %47,52' si sevk zincirinin mevcut yapı üzerinde yapılacak bazı düzenlemeler ve iyileştirmelerle uygulanabileceği görüşündedirler. Uygulanabilir bir yapı için paydaşlar, birinci basamak sağlık kurumlarının hem nicelik hem de altyapısının geliştirilmesi, birinci basamak sağlık kurumlarına erişim kolaylığının sağlanması, aile hekimi başına düşen hasta sayısının azaltılması ve aile hekimlerinin mesleki donanımının artırılması gibi düzenlemelerin sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunun yanında sevk zincirinin uygulanabileceğini ifade eden paydaşların küçük bir kısmı da mevcut yapının yeterli olduğunu yalnızca bahsedilen düzenlemelerin yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Bektemür ve arkadaşları (2018), Türkiye' de aile hekimliğinde sevk zincirinin uygulanması üzerine yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %55,72'sinin Türkiye'de sevk sisteminin uygulanabileceğine inandığını ortaya koymuşlardır. Kamau ve arkadaşları (2017) Kenya'da yürüttükleri bir çalışmada başarılı sevk için gerekli olan kısıtları ortaya koymuşlardır. Buna göre sevk zincirinin uygulanabilmesi için sağlık bakım tesislerine coğrafi erişim olması, sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması, aile hekiminin kaliteli bakım sağlayabilmesi için uzmanlaşması, hizmetlerin karşılanabilir olması ve gerekli ilaçlara, sarf malzemelerine ve ekipmana sahip olunması gibi gereklilikleri ortaya koymuşlardır. Sıddıkı ve arkadaşları (2001) da Pakistan' da yaptıkları çalışma sonucunda, bir sevk sisteminin işlevsel olarak kabul edilebilmesi ve uygulanabilmesi için karşılanması gereken temel kriterleri; yapının geliştirilerek hastalar için daha yüksek bakım seviyesinin sağlanması, sevk ile ilgili idari kurallar ve yönetmeliklerin belirlenmesi, birinci basamağın geliştirilmesi, birinci basamak sağlık personellerinin uzmanlaşma seviyesinin artırılması, toplumun sevk sistemi farkındalığının artırılması ve kurallara uymasının sağlanması olarak sıralamışlardır. Naserials ve arkadaşları (2018) sevk sisteminin etkili bir şekilde uygulanamamasının nedenlerini ortaya koymuş ve uygulanabilmesi için gerekli düzenlemeleri sıralamışlardır.

Buna göre sevk sistemini kolaylaştırmak için; uygun tesislerin kurulması ve güçlendirilmesi, aile hekimi başına düşen nüfus sayılarının düzenlenmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, hizmet sunucuların bilgilendirilmesi, tıp eğitiminin sevk sistemine göre revize edilmesi, aile hekimlerinin uzmanlıklarının sağlanması, hizmet içi eğitimlerin gerçekleştirilmesi, toplumun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Seyed Nezhad ve arkadaşları (2021) sevk sisteminin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesini, pratisyen hekimlerin sürekli eğitimi, sevk sistemi reformlarının desteklenmesi, sevk politikalarının uygulanması ve standart kılavuzların ve yapısal formların oluşturulmasına bağlamışlardır. Abraham ve arkadaşları (2015) hastaların neden sevk zincirine uymadıklarını araştırdıkları çalışma sonucunda; insanları birinci basamak sağlık merkezlerinin mevcudiyeti konusunda eğitmek için daha fazla çaba sarf edilirse ve birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlanan hizmetler insanların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayacak düzeye erişirilirse, insanların sevk zincirine uyabileceğini öne sürmüşlerdir. Sanders ve arkadaşları (1998) sevk sisteminin geliştirilmesi ve doğru şekilde uygulanabilmesi için; birinci basamak sağlık tesislerinin iyileştirilmesi ve desteklenmesi gerektiğini; sevk kılavuzlarının uygulanması ve sağlık personelinin bunların kullanımı konusunda eğitilmesi böylece sevk teşvik edilmesinin sağlanması gerektiğini ve personel yetersizliği olan birinci basamak sağlık merkezlerinin desteklenmesi için personel sayısının artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Görüldüğü gibi çalışmada uygulanabilirlik ile ilgili elde edilen bulgular literatürdeki benzer araştırma sonuçları ile desteklenmektedir. Yapılan incelemeler göz önüne alındığında sevk sisteminin uygulanmama nedenleri ve uygulanabilmesi için yapılması gereken düzenlemeler çoğunlukla ortak ifadeleri içermektedir.

5.3. KALİTE

Çalışma kapsamında paydaşların %90'ı sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaliteyi artıracakını ifade etmişlerdir. Paydaşlar, sevk zincirinin uygulanabilmesi için yapılması gereken pek çok düzenleme olduğunu ve bu düzenlemelerin yapıyı geliştireceğini ifade etmişlerdir. Altyapı ve donanımda meydana gelen bu değişim ve gelişimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteyi artıracakını ve kaliteli başlayan sağlık hizmetinin de artarak kaliteli bir şekilde devam edeceğini belirtmişlerdir. Sevk zinciri uygulaması ile birlikte sağlık sisteminin uygun bir şekilde işleyeceğini ve uygun yapının da sistemde kalite artışı sağlayacağını öne sürmüşlerdir.

Bankur (2017) tarafından yürütülen çalışmada; sevk zinciri uygulaması ile üçüncü basamakta hizmet veren sağlık hizmet sunucularının azalan yoğunlukla birlikte asli görevleri olan araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ağırlık vererek Türkiye’de eksik kalan bilimsel faaliyetlerde bulunabileceği; yapılacak klinik çalışmalar ile sağlık hizmetlerinin bakım kalitesinde artış sağlanacağı ortaya koyulmuştur. Mariner’e (1988) göre sevk sistemi, aşırı tedaviyi sınırlayarak bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunur. Sevk sisteminin, uzmanlar arasında uygun görev dağılımına izin vereceğini, hekimlerin kendi uzmanlık alanlarında hizmet sunumunu sağlayarak teknik ilerlemeyi teşvik edeceğini ve tıbbi bakımın maliyetlerini kontrol altına alarak ekonomik ilerlemeyi sağlayacağını ortaya koymuştur. Nguru ve Iriri (2022), kaliteli sağlık hizmetlerinin, uygun işleyen bir sevk sistemi ile belirleneceğini ifade etmişlerdir. Buna göre sevk sisteminin uygulanması ile birlikte; hizmet alımının birinci basamak sağlık kurumlarında başlaması, üst basamaklarda oluşan yoğunlukların önlenmesi ve etkili sevk sistemi ile kendi kendine başvurunun azaltılması ile sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artacağını ifade etmişlerdir.

Literatürde incelenen çalışmalar da bizim çalışmamızla benzer şekilde sevk zinciri uygulamasının kalite üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

5.4. MALİYET

Araştırma bulgularına göre görüşülen paydaşların tamamı (%100) sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşürücü etkisi olacağını belirtmiştir. Paydaşlara göre sevk zinciri uygulaması hastaların sağlık sisteminde doğru yolu izlemesini sağlayacak ve böylece hastalar ihtiyacı olan hizmeti doğru sağlık tesisinde almış olacaktır. Bu durumun gereksiz işlemleri ve gereksiz kaynak kullanımını ortadan kaldıracığını, kaynakların sistemde doğru yerde kullanılmasını sağlayacağını ve böylece verimlilik sağlayacağını ifade etmişlerdir.

Bankur (2017), aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisini araştırdığı çalışmada; zorunlu sevk zinciri uygulaması ile birlikte çoğul kullanımların önüne geçilerek kaynak tasarrufunun sağlanacağını ortaya koymuştur. Başol (2015) sağlık sisteminde sevk zinciri uygulamasını araştırdığı çalışmada; gerekli alt yapılar sağlandıktan sonra zorunlu sevk zincirine geçilmesinin, tedavilerin daha pahalı olan üst basamaklardan birinci basamağa kaydırılmasıyla, kamu bütçesi üzerindeki yükün hafifleyeceğini ortaya koymuştur. Savaş ve arkadaşları Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yürüttükleri bir çalışmada sevk zincirinin uygulanmamasının etkileri üzerine bir çalışma yapmışlardır. Çalışma, sevk zincirinin uygulanmamasının üçüncü basamak bir bakım merkezine ziyaret oranlarında artışa neden olduğunu göstermiştir. Sonuçta sevk zinciri uygulaması ile bu ziyaretlerin çoğunun birinci basamakta çözümlenebileceğini ve böylelikle daha az maliyete neden olacağını ortaya koymuşlardır. Delnoij ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan, sevk sisteminin sağlık harcamaları üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; sevk sisteminin uygulandığı ülkelerde sevk sisteminin uygulanmadığı ülkelere göre kişi başı sağlık harcamasının daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Seyed Nezhad ve arkadaşları (2021) sevk zinciri ile sistemde geri bildirimlerin olmasının, tıbbi maliyetlerden tasarruf sağlayacağını belirtmişlerdir. Abraham ve arkadaşları (2015) da yaptıkları çalışmada, sevk zinciri uygulaması ile birinci basamak sağlık merkezlerinin kullanımının artmasının uygun maliyetli bir yatırım olduğunu ve sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini belirtmişlerdir.

Literatürde incelenen çalışmalar da sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşürücü etkileri olduğunu ortaya koymaktadır.

5.5. MEMNUNİYET

Çalışma kapsamında memnuniyet iki boyut üzerinden incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre paydaşların %87,5'i sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucu memnuniyetini artıracığını ifade etmişlerdir. Paydaşlar, sevk zinciri uygulamasının özellikle hastanelerdeki hasta yoğunluğunu azaltacağını ve bu durumun hem hizmet sunucuların gereksiz iş yoğunluğunu azaltarak hem de hekimlerin kendi uzmanlık alanlarında çalışmalarını sağlayarak memnuniyetini artıracığını söylemişlerdir. Ayrıca sevk zinciri uygulaması ile beraber birinci basamak sağlık kurumlarına artan başvurular ile aile hekimliği uygulamasının da anlamını bulacağını ifade etmişlerdir. Uygulamanın beraberinde hasta-hekim arasındaki ilişkiyi ve güveni de artıracığını vurgulamışlardır.

Forrest ve arkadaşları (2000) yaptıkları bir çalışmada, sevk sisteminin; yönlendiren hekimler ve uzmanlar arasında daha iyi koordinasyon olmasını sağladığını, bu durumun hekimin uzmanlık bakımından memnuniyetini artırdığını ortaya koymuşlardır. Bunun yanında sevk sürecindeki iyileştirmelerin, birinci basamak hekimleri ve uzmanlar arasında daha iyi iletişim ve işbirliği yoluyla sağlanabileceğini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamında paydaşların %55'i sevk zinciri uygulamasının hasta memnuniyetini düşüreceğini belirtirken, %45'i de hasta memnuniyetini artıracığını belirtmiştir.

Paydaşların bir kısmı, sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı sağlayacağını, etkili tedaviye erişimin daha hızlı olacağını, hastaların sağlık ihtiyaçlarını

tam ve kolay şekilde karşılayabileceklerini, hastalar ikametgahlarına en yakın yerden en hızlı şekilde hizmet alacağından bu durumun hastaya zaman ve maliyet faydası sağlayacağını, sevk sistemi ile birlikte hekimin hastaya daha çok vakit ayıracağını ve tedavinin takibini sağlayabileceğini belirtmişler ve bu durumun da hasta memnuniyetini artıracığını ifade etmişlerdir.

Seyed Nezhad ve arkadaşları (2021) sevk sistemi ile birlikte hastaların isteklerinin hızlı bir şekilde ele alınmasının hasta memnuniyetini önemli ölçüde artıracığını belirtmişlerdir. Abutiheen (2014) Irak'ta sevk sistemi üzerine hasta memnuniyetini araştırdığı bir çalışmada, hastaların sevk sisteminden genel memnuniyetinin %71,5, memnun olmayanların ise %28,5 olduğunu ortaya koymuştur.

Paydaşların daha büyük bir kısmı da, sevk zinciri uygulamasının hasta tarafından sağlık hizmetine erişimde engel olarak görüleceğini ve hasta hareketini kısıtlayıcı bir etken olarak nitelendirileceğini ifade etmiştir. Ayrıca alışılmış bir yapının dışına çıkılmasının dirençle karşılaşacağını belirtmişlerdir. Hastaların aile hekimlerini yetersiz bularak daha çok uzman bakımı tercih edeceğini söylemişlerdir. Bunun yanında mevcut yapıda sevk zinciri uygulamasının da yoğunluğa sebep olacağını ifade etmişlerdir. Tüm bu nedenlerin de hasta memnuniyetini düşüreceği görüşünü belirtmişlerdir.

Wu ve arkadaşları (2016) sevk zinciri uygulamasının bariz dezavantajını, hasta seçimlerinin kısıtlanması olarak belirtmiştir. Bu noktada politik aktörlerin, hasta memnuniyetini nasıl geliştireceklerini anlamaları gerektiğini ifade etmiştir. Çin'in Shenzhen kentinde yürüttükleri çalışma sonucunda genel olarak, hastaların yalnızca %28,17'sinin sevk zinciri uygulamasından memnun olduğunu bulmuşlardır. Hastaların sevk zinciri uygulamasına aşına olmaması, toplum içinde doktor görmenin zorluğu, birinci basamak sağlık kurumlarında daha uzun bekleme süreleri ve birinci basamak hizmet sağlayıcılarının daha düşük tıbbi beceri düzeyinin, hastaların sevk zinciri

uygulamasından memnuniyetsizlik olasılığını artırdığını da ortaya koymuşlardır. Kroneman ve arkadaşları (2006) yürüttükleri çalışmada sağlık hizmetlerine doğrudan erişilebilirliğin, sağlık hizmeti kullanıcıları için daha uygun görüldüğünü ortaya koymaktadır. Çalışmaya göre, sağlık hizmeti sunucularına erişimde seçme özgürlüğüne sahip hastaların, önce bir aile hekimini ziyaret etmesi gereken hastalara göre aile hekimlerinden daha memnun olduğu gözlenmiştir.

Literatürde sevk zinciri uygulaması ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar ele alındığında bu çalışmalardan hizmet sunucularla ilgili olanlar memnuniyet artışı olduğunu ortaya koyarken; hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların bir kısmı hasta memnuniyetini artıracaklarını, bir kısmı da düşüreceğini ortaya koymaktadır.

6. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Sevk zinciri uygulaması, basamaklandırılmış sağlık sistemi yapısı içerisinde hizmet basamakları arasında hasta hareketini düzenleyen; hastanın öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru yapmasını ve ihtiyaca göre gerekli hizmet basamağına yönlendirilmesini sağlayan bir yapıdır. Bu yapısı itibariyle sevk zinciri, sağlık sisteminde hastanın doğru sağlık kurumunda doğru tedaviyi almasını sağlayan ve sağlık kurumlarındaki gereksiz işlemleri önleyen bir uygulama olup tüm taraflara hem zaman hem de maliyet faydası sağlamaktadır. Sevk zinciri uygulaması bu yararları sebebiyle pek çok ülkede karşılık bulmuş bir uygulamadır.

Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sisteminde değişim ve gelişimi sağlamak amacıyla ele alınan sekiz bileşenden biri de sevk zinciri uygulamasıdır. Ancak program kapsamında uygulamaya geçirilemeyen tek bileşendir.

Bu çalışmayla, sağlık sistemine pek çok konuda yarar sağladığı bilinen sevk zinciri uygulamasının ülkemizde neden uygulamaya geçirilemediği tüm tarafların görüşleri alınarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları, sevk zinciri uygulamasının gerekliliğini, uygulanabilirliğini ortaya koyup ayrıca uygulamanın kalite, maliyet ve memnuniyet üzerine etkilerini değerlendirmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilebilmesi için sunulacak önerilerin politikaların yapılandırılmasında kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

6.1. SONUÇLAR

Çalışma kapsamında görüşülen paydaşların %85'i sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Paydaşlardan sevk zinciri uygulamasının gerekli olduğu görüşüne en çok katılım gösteren grup hastane yöneticileri (%100) iken, en az katılım gösteren grup tüketiciler (%70) olmuştur. Paydaşlar uygulamanın gerekli oluşunu ifade ederken sevk zincirinin sağlayacağını düşündükleri faydaları sıralamışlardır. Paydaşların uygulamayı gerekli olarak görmelerindeki en büyük neden, uygulamanın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında var olan yoğunluğu azaltacağını ve bu kurumlara erişimi kolaylaştıracağını düşünmeleridir. Bu durumun doğru ve etkili tedaviyi de beraberinde getireceği düşünülmektedir. Uygulama ile öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmanın zorunlu kılınmasının, aile hekimliklerinin anlamını bulmasını sağlayacağını; sağlık sistemindeki yükü azaltacağı ve sistemi geliştireceği; sistemin düzene girmesiyle birlikte hekimin hastaya daha fazla vakit ayırabileceği ve bunun sonucunda tedavi etkililiğinin artacağı düşünülmektedir. Yani sevk zinciri uygulamasının sağlık sisteminde yer alan tüm paydaşlara zaman ve maliyet faydası sağlayacağı düşünülmektedir.

Paydaşların büyük bir kısmı sevk zinciri uygulamasını gerekli olarak görmesine karşın, %52,5'u mevcut yapı içerisinde sevk zincirinin uygulanamayacağını belirtmiştir. Paydaşlardan sevk zincirinin uygulanamayacağı görüşüne en çok katılım gösteren grup tüketiciler (%90) olurken; en az katılım gösteren grup hastane yöneticileri (%10) olmuştur. Sevk zincirinin uygulanamayacağı görüşünde olmalarının en önemli nedeni de birinci basamak sağlık kurumlarını hem niceliksel hem de niteliksel olarak yetersiz görmeleridir. Mevcut yapıdaki bu yetersizlik ile birlikte sağlık hizmetlerine olan aşırı talebin sistemde aksamalara neden olacağı; bu durumun da hasta için zaman kaybına neden olacağı ve sağlığını etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca sistemdeki sıkıntıların hekime şiddet olaylarını da artıracığı ifade edilmiştir. Paydaşlar sevk zincirinin uygulanamayacağını düşünseler bile uygulanabilir bir yapı için gerekli olduğunu düşündükleri düzenlemeleri sıralamışlardır. Bunun için öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesi, aile hekimlerinin sayılarının artırılması gerektiğini

belirtmişlerdir. Alt yapının geliştirilmesi, aile hekimlerinin mesleki gelişiminin sağlanmasının yanında tüm tarafların katılımının da sağlanması gerektiği düşünülmüş ve bunun için yasal zorunluluklar ya da katılım payı gibi zorunlu teşviklerin yapılabileceği belirtilmiştir. Herkesin katılımının sağlanmasının da ancak toplumun bilinçlendirilmesi ile sağlanabileceği ifade edilmiş ve bunun için eğitimler vurgulanmıştır. Sonuçta, gerekli düzenlemelerin yapılması ile birlikte kısa vade içinde olmasa da sevk zincirinin uygulanabilirliğinin sağlanacağı düşünülmektedir.

Sevk zinciri uygulamasının doğru ve etkili bir şekilde uygulanmasının ancak mevcut yapının geliştirilmesiyle birlikte olabileceğini dile getiren paydaşlar bu gelişimin beraberinde kalite artışı sağlayacağını düşünmektedirler. Paydaşların büyük çoğunluğu (%90) sevk zinciri uygulamasının hizmet sunum süreçlerinde kaliteyi artıracığı görüşündedirler. Paydaşlardan sevk zinciri uygulamasının hizmet süreçlerinde kalite artışı sağlayacağı görüşüne en çok katılım gösteren grup politik aktörler (%100) ve hastane yöneticileri (%100) olurken; en az katılım gösteren grup aile hekimleri (%80) ve tüketiciler (%80) olmuştur. Birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesinin beraberinde birinci basamak sağlık kurumunda sunulan hizmet kalitesini de artıracığı düşünülmektedir. Ayrıca birinci basamakta artan hizmet kalitesinin tüm hizmet basamaklarına da yansıtılacağı düşünüldüğü ifade edilmiştir. Sevk zinciri uygulamasının, sağlık sisteminin uygun bir yapıda işlemesini, hastaların doğru yerde doğru zamanda bulunmasını, hekimin etkili tedavi sunmasını ve tüm bunların da hizmet kalitesinde artış sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında görüşülen tüm paydaşlar (%100) sevk zinciri uygulamasının maliyetleri düşüreceğini ifade etmişlerdir. Mevcut yapı içerisinde hastanın kendi kendine istediği kuruma başvuruda bulunmasının hastanelerde gereksiz yoğunluğa sebep olduğunu, aile hekimlerince halledilebilecek bir sağlık sorunu için eğitim- araştırma hastanelerine başvuruların yapıldığı ve bu durumun gereksiz işlere ve gereksiz kaynak kullanımına neden olarak sağlık harcamalarını artırıcı etkisi olduğuna değinmişlerdir. Sevk zinciri uygulaması ile beraber hastanın bir uzman görüşü ile gerekli hizmet

kurumuna yönlendirileceği, gerekli ve doğru hizmeti alabileceği, doğru kaynakların kullanılabiliceği, gereksiz kaynak kullanımının önleneceği ve sonuçta uygulamanın sağlıkta maliyetleri düşüreceği düşünölmektedir. Tüm bunların yanında sevk zincirinin uygulanabilmesinin ancak birinci basamağın geliştirilmesi neticesinde olabileceği göz önüne alınırsa bu durumda koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin de artacağını söyleyebiliriz. Böylece kişilerin daha baştan hastalığa yakalanması engellenerek sistemdeki hasta yükünün azaltılabileceği ve bu durumun da sağlık harcamalarına olumlu yansıyacağı düşünölmektedir. Yani sevk zinciri uygulamasının beraberinde maliyetleri de düşüreceği düşünölmektedir.

Sevk zinciri uygulamasının memnuniyet üzerine etkileri hem hizmeti sunanlar hem de hizmeti alanlar açısından değerlendirilmiştir. Buna göre paydaşların %87,5'i uygulamanın hizmet sunucu memnuniyetini artıracacağını düşünürken, %55'i hasta memnuniyetini düşüreceğini düşünmektedirler. Paydaşlardan sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucu memnuniyetini artıracacağı görüşüne en çok katılım gösteren grup hastane yöneticileri (%100) olurken; en az katılım gösteren grup politik aktörler (%80) ve aile hekimleri (%80) olmuştur.

Sevk zinciri uygulaması ile hastaların sağlık sisteminde doğru yerde bulunmasının sağlanacağı ve bu durumun da hizmet basamaklarında yoğunluğu azaltacağı belirtilmiştir. Bu durum hizmet sunucuların iş yükünü de azaltacaktır. Ayrıca mevcut yapıda aile hekimliklerinin yalnızca ilaç ya da reçete yazdırma kurumu olarak göröldükleri düşünöülürse, uygulama ile beraber aile hekimlikleri de anlamını bulacaktır. Bu durum hekimin mesleki tatminini de artıracaktır. Hekimler kendi uzmanlık alanında çalışacak ve gereksiz işlemlerle uğraşmayacaklardır. Tüm bu durumların hizmet sunucu memnuniyetini artıracacağı düşünölmektedir.

Sevk zinciri uygulamasına hasta bakış açısıyla bakıldığında, uygulama ile beraber hastalar alışık olduğu yapının dışına çıkmış olacaklardır. Ayrıca hastaları öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmak zorunda bırakmak onlar tarafından sağlık hizmetlerine erişimde özgürlüğün kısıtlanması olarak algılanacaktır. Bunun yanında mevcut yapı içerisinde zorunlu bir sevk zincirinin uygulanması birinci basamak sağlık kurumlarında aşırı yoğunluğa sebep olacaktır. Bu durum da beraberinde hastanın sağlık hizmetine erişememesine neden olacaktır. Tüm bunların memnuniyeti düşüreceği düşünülmektedir. Bu kapsamda paydaşların büyük çoğunluğu (%55) sevk zinciri uygulamasının hasta memnuniyetini düşüreceği görüşündedirler. Paydaşlardan sevk zinciri uygulamasının hasta memnuniyetini düşüreceği görüşüne en çok katılım gösteren grup aile hekimleri (%70) olurken; en az katılım gösteren grup politik aktörler (%30) olmuştur. Ancak etkili bir sevk zinciri uygulaması ile birlikte düzgün işleyen bir sistem sağlanırsa tüm bunların tersine çevrilebileceği de düşünülmektedir. Etkili bir uygulamada hasta kendisine en yakın sağlık kurumundan en hızlı ve en az maliyetle hizmet almış olacak, hekim hasta takibini yapacak, hastalar daha etkili tedavi almış olacaklardır. Dolayısıyla sevk zinciri uygulaması ile birlikte zamanla hasta sunucu memnuniyetinin de artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda paydaşlardan sevk zinciri uygulamasının hasta memnuniyetini artıracığı görüşüne en çok katılım gösteren grup politik aktörler (%70) olurken; en az katılım gösteren grup aile hekimleri (%30) olmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları, sağlık sistemini daha etkili ve verimli kılmak için sevk zincirinin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlardan yola çıkarak sevk zinciri uygulamasına geçilebilmesi için şu önerilerde bulunmaktadır:

- Politik aktörlerin zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilmesine karar vermesi ve verilen kararların uygulamaya sokulması uygun olacaktır.
- Birinci basamak sağlık kurumları donanımsal ve alt yapısal olarak iyileştirilmeli, pek çok ihtiyaca cevap verebilir niteliğe getirilmelidir.

- Aile hekimlerinin sayısı artırılmalı, aile hekimi başına düşen hasta sayısı azaltılmalıdır.
- Aile hekimleri mesleki gelişime teşvik edilmeli ve birinci basamak sağlık kurumlarının uzman doktorlardan oluşması sağlanmalıdır.
- Sosyal pazarlama ve eğitimlerle sistem desteklenerek tarafların bilinçlendirilmesi ve sevk sisteminin yararlarının anlaşılması sağlanmalıdır.
- Sağlık sisteminde yer alan tüm tarafların uygulamaya katılımı sağlanmalıdır.
- Kişilerin öncelikle birinci basamağa başvurmadan, bir üst kuruma başvurmasını engelleyecek yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastaları uygulamaya teşvik edebilmek için katılım payları düzenlenmelidir. Birinci basamağı atlayarak doğrudan ikinci veya üçüncü basamağa başvuran hastalar için caydırıcı ücretler getirilebilir.
- Sağlık hizmetlerine olan aşırı talep bilinçlendirme ve zorunlu teşvik yolları ile azaltılmalıdır.
- Sevk sisteminin iki yönlü işlemesi sağlanmalıdır. Birinci basamaktan üst basamaklara yönlendirilen hastaların tedavi sonrası tekrar birinci basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesi böylece hasta takibinin yapılması sağlanmalıdır.
- Aile hekimlerinin aşırı sevk riskini önleyebilmek için sevk kotaları uygulanmalıdır.
- Hizmet basamakları arasında bilgi akışının ilerleyebilmesi için bilgi sistemleri tüm basamaklarda takip edilebilirliği sağlayacak şekilde organize edilmelidir.
- Hekime şiddet olaylarına karşı hekimi güvenceye alacak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile hekiminin keyfi müdahale riskini önleyebilmek için hastalardan geri bildirimlerin alındığı bir yapı organize edilmelidir.
- Uygulamaya keskin bir geçişten ziyade kademeli olarak geçilmesi planlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abraham, O., Linnande, E., Mohammed, H., Fetene, N., & Bradley, E. (2015). A Patient-Centered Understanding of the Referral System in Ethiopian Primary Health Care Units. *Plos One*, 1-10.
- Abutiheen, A. K. (2014). Client's Satisfaction with Referral System in Karbala. *American Journal of Applied Sciences*, 216-222.
- Akande, T. M. (2004). Referral System in Nigeria: Study of A Tertiary Health Facility. *Annals of African Medicine* 3.3, 130-133.
- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Akdeniz, M., Urgan, M., & Yaman, H. (2010). Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. *GeroFam*, 29-40.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). *Halk Sağlığı*. Ankara: Antıp.
- Akdur, R. (1980). Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi. *Toplum ve Hekim*(28), 36-43.
- Aktürk, Z., Set, T., Erdal, M., & Khan, A. S. (2013). Türkiye'de 2008-2011 Yılları Arasında Aile Hekimlerinin TAHUD, Özlük Hakları ve Sevk Zinciri Hakkındaki

- Görüşleri: Zamanla Neler Değişti? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(1), 1-17.
- Altındağ, Ö., & Yıldız, A. (2020). Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 157-184.
- Alu, A. (2017). Sağlıkın Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 32-41.
- Anell, A. (2008). The health system in Sweden. *Eurohealth*, 10-11.
- Aspers, P., & Corte, U. (2019). What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, 139-160.
- Atasever, M., & Bağcı, H. (2020). *Türkiye Sağlık Sistemi*. Akademisyen Kitabevi AŞ.
- Avaner, T., & Fedai, R. (2018). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. C. Babaoğlu, & E. Akman içinde, *Kamu Politikası Analizi: Türkiye Uygulamaları* (s. 515-560).
- Avşar, T. S., Erdem, R., & Akkaş, E. (2017). Evaluation of the Healthcare Transformation Programme in Turkey as a Strategy for Better Health. *Journal of International Health Sciences and Management*, 11-19.
- Ball, M. J., Douglas, J. V., O'Desky, R. I., & Albright, J. W. (1991). *Healthcare information management systems: a practical guide*. New York: Springer Science+Business Media.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvençe*, 60-88.
- Barnes, D., Eribes, C., Juarbe, T., Nelson, M., Proctor, S., Linda, S., . . . Meleis, A. I. (1995). Primary health care and primary care: A confusion of philosophies. *Nursing Outlook*, 1(43), 7-16.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 128-140.

- Bektemur, G., Arıca, S., & Gençer, M. Z. (2018). Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? *Ankara Medical Journal*, 18(3), 256-266.
- Belek, İ. (2017). Küba Sağlıkta Neden Ve Nasıl Başarılı Oldu? *Madde, Diyalektik ve Toplum*, 3-7.
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., . . . Hernández-Quevedo, C. (2018). *Spain: Health System Review*. World Health Organization.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). *Germany: Health System Review*. World Health Organization.
- Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England): Health System Review*. World Health Organization.
- Böke, K. (2011). Örneklem. O. Başıbüyük, H. Büker, İ. Demir, S. Demir, S. Demirci, T. Durna, . . . K. Böke içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (s. 104-149). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Bulut, S. (2017). Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Ankara: Doktora Tezi.
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 5.1, 166-82.
- Busse, R. (2008). The Health System in Germany. *Eurohealth London*, 5-6.
- Büken, N. Ö. (2009). The health system, health policies and health transformation program in Turkey. *Med & Law*, 23-45.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.

- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., . . . Walker, K. (2020). Purposive Sampling: Complex or Simple? Research Case Examples. *Journal of Research in Nursing*, 1-10.
- Carey, M. (2012). *Qualitative Research Skills for Social Work: Theory and Practice*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Chevreur , K., Brigham, K. B., Durand-Zaleski , I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). *France: Health System Review*. World Health Organization.
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., & Mladovsky, P. (2010). *France: Health System Review*. World Health Organization.
- Cylus, J., Richardson , E., Findley , L., Longley, M., O'Neill , C., & Steel, D. (2015). *United Kingdom: Health System Review*. World Health Organization.
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Research Dimension*, 253-263.
- Çankaya, S. (2018). Trabzon İlinde Toplumun ve Hekimlerin Sevk Sistemi Hakkında Görüşlerinin Değerlendirilmesi Çalışması. Trabzon: Uzmanlık Tezi.
- DB. (2013). *Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması – Tasarım ve Kazanımlar*. Washington, DC, USA: Dünya Bankası.
- De Belvis, A. G., Meregaglia , M., Morsella, A., Adduci, A., Cascini, F., Scarpetti,, G., & Scarpetti, G. (2023). *Italy: Health System Summary, 2022*. World Health Organization.
- Delnoij, D., Van Merode, G., Paulus, A., & Groenewegen, P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of health services research & policy*, 22-26.
- Demir, Ö. O. (2011). Nitel Araştırma Yöntemleri. K. Böke içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (s. 274-306). İstanbul: Alfa Yayınları.

- Demir, S., Güreer, C., Köksal, T., & Dolu, O. (2011). Kavram Oluşturma ve Ölçüm. K. Böke içinde, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (s. 62-102). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Denzin, N. K. (2007). Triangulation. *The Blackwell encyclopedia of sociology*, 1-6.
- Dinç, G. (2009). *Birleşik Krallık Sağlık Sistemi*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası.
- Domínguez-Alonso, E., & Zacea, E. (2011). The health system of Cuba. *alud Pública de México*, 168-176.
- DPT. (2000). *Uzun Vadeli strateji ve Sekizinci Beş Yıllık (2001-2005) Kalkınma Planı*. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.
- Dunn , S., & Rogers, R. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory and Practice*, 1(3), 153-161.
- Durand-Zaleski, I. (2008). The health system in France. *Eurohealth*, 3-4.
- Ekinci, B. (2015). Kamu hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyetini etkileyen faktörler.
- Enabulele, O., & Enabulele, J. E. (2018). A look at the two-way referral system: experience and perception of its handling by medical consultants/specialists among private medical practitioners in Nigeria. *International Journal of Family & Community Medicine*, 2(3), 86-92.
- Europe W.O.N.K.A. (2002). *The European definition of general practice/family medicine*. Barcelona: WONCA Europe.
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010-2032.

- Ferré, F., Giulio de Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., . . . Maresso, A. (2014). *Italy: Health System Review*. World Health Organization.
- Fineberg, H. V. (2013). *The paradox of disease prevention: celebrated in principle, resisted in practice*. *Jama: Clinical Review & Education*.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 2-4.
- Foot, C., Naylor, C., & Imison, C. (2010). *The Quality of GP Diagnosis and Referral*. The King's Fund.
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Baker, A. E., Bocian, A., Schrader, S., & Starfield, B. (2000). Coordination of Specialty Referrals and Physician Satisfaction with Referral Care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 499-506.
- Fylan, F. (2005). Semi-Structured Interviewing. J. Miles, & P. Gilbert içinde, *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology* (s. 65-78). Oxford University Press.
- Garcia-Armesto, S., Abadia-Taira, M. B., Duran, A., Hernandez-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). *Spain: Health System Review*. World Health Organization.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4), 597-607.
- Green, L., Fryer Jr, G., & Yawn, B. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England journal of medicine*, 344(26), 2021-2025.
- Greenhalgh, T. (2007). *Primary health care: theory and practice*. London: John Wiley & Sons.
- Grembowski, D. E., Cook, K., Patrick, D. L., & Roussel, E. A. (1998). Managed care and referral. *Medical Care Research and Review*, 55(1), 3-31.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Gürhan, N., & Üstün, B. (1994). Rehabilitasyon Hizmetleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 8(31), 46-51.
- Harahap, N. C., Handayani, P. W., & Hidayanto, A. N. (2019). Barriers and technologies of maternal and neonatal referral system in developing countries: a narrative review. *Informatics in Medicine Unlocked*.
- Hayran, O. (2001). Küreselleşme ve Sağlık. *Yeni Türkiye*, 2(40).
- Hazine Müsteşarlığı. (2011). *2011 Politika Analizi Raporu - Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması*. Hazine Müsteşarlığı.
- Hort, K., Gilbert, K., Basnayaka, P., & Annear, P. L. (2019). *Policy Breef: Strategies to strengthen referral from primary care to secondary care in low- and middle-income countries*. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- Huber, M. (2011, Haziran). How Should We Define Health? *The BMJ*.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., . . . Van Royen, P. (2009). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in europe. Part 1. Background and methodology. *The European journal of general practice*, 15(4), 243-250.
- İleri, H., Seçer, B., & Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 176-186.
- Indeed. (2021, Temmuz 02). *What Are Primary, Secondary and Tertiary Levels of Care?*
Indeed: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/levels-of-care-primary-secondary-tertiary> adresinden alındı

- Jackson, R. L., Drummond, D. K., & Camara, S. (2007). What Is Qualitative Research? *Qualitative Research Reports in Communication*, 8(1), 21-28.
- Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*.
- Kamau, K. J., Osuga, B. O., & Njuguna, R. S. (2017). Challenges Facing Implementation of Referral System for Quality Health Care Services In Kiambu County, Kenya. *iMedPub Journals*, 4(1:48), 1-8.
- Karadibak, H. K. (2015). *Sağlık hizmeti sunumunda idarenin organizasyondan kaynaklanan hukuki sorumluluğu*. Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karalar, R. (2001). Genel İşletme. Eskişehir.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 131-174.
- Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., . . . Karanikolos, M. (2019). *Finland: Health System Review. Health systems in transition*. World Health Organization.
- Koç, Z. (2021). *Sağlık ve İnsan Gereksinimleri*. Erişim Tarihi: 20.10.2022: <https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/zkoc/128690/1.%20Hafta.-Sa%C4%9F1%C4%B1k%20ve%20%C4%B0nsan%20Gereksinimleri-Prof.Dr.%20Zeliha%20KO%C3%87.pptx> adresinden alındı
- Kolbe, R. H., & Burnett, M. S. (1991). Content-Analysis Research: An Examination of Applications with Directives for Improving Research Reliability and Objectivity. *Journal of Consumer Research*, 18, 243-250.

- Kroneman, M. W., Maarse, H., & Zee, J. v. (2006). Direct Access in Primary Care and Patient Satisfaction: A European Study. *Health Policy*, 72-79.
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Groenewegen, P., Jong, J., & Ginneken, E. (2016). *Netherlands: Health System Review*. World Health Organization.
- Kulu-Glasgow, I., Delnoij, D., & Bakker, D. (1998). Self-referral in a Gatekeeping System: Patients' Reasons for Skipping the General-Practitioner. *Health policy*, 221-238.
- Mariner, M. (1988). Referral System 38 (316), 487. *The Journal of the Royal College of Practitioners*, 487-490.
- McDaid, D., Wiley, M., Maresso, A., & Mossialos, E. (2009). *Ireland: Health System Review*. World Health Organization.
- Med Care. (1999). Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self Management Program Can Improve Health Status While Reducing Utilization and Costs: a Randomized Trial.
- Metintaş, M. Y., & Elçioğlu, Ö. (2007). Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri. *Osmngazi Tıp Dergisi*, 29(3), 162-170.
- Misselbrook, D. (2014). W is for wellbeing and the WHO definition of health. *British Journal of General Practice*, 582-582.
- Mohinuddin, M. (2018, Eylül 08). *Levels of Health-care*. SWEdCareBD: <https://www.sweducarebd.com/2018/09/levels-of-health-care.html> adresinden alındı
- Muldoon, L., Hogg, W., & Levitt, M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) What is the Difference? *CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 409-411.
- Mwabu, G. M. (1989). Referral systems and health care seeking behavior of patients: An economic analysis. *World Development*, 17(1), 85-91.

- Naseriasl, M., Janati, A., Amini, A., & Adham, D. (2018). Referral System in Rural Iran: Improvement Proposals. *Cadernos de Saude Publica*.
- Nguru , K., & Iriri, L. (2022). Challenges influencing proper implementation of quality health care referral system in Kaloleni Sub-county, Kilifi County in Kenya. *International Emergency Nursing*.
- OECD. (2008). *OECD Reviews of Health Systems Turkey*. OECD Publishing.
- OECD/Eurostat/WHO. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing.
- Olejaz , M., Nielsen , A. J., Rudkjøbing, A., Birk, H. O., Krasnik , A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). *Denmark: Health System Review*. World Health Organization.
- Omaha, K., Melendez, V., Uehara, N., & Ohi, G. (1998). Study of a Patient Referral System in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning*. 13(4), 433-445.
- Omole, V. N., Mora, A. T., Yunusa, I. U., Audu, O., Jatau, A. I., & Gobir, A. (2017). Knowledge, attitude, and perception of the referral system among tertiary health-care workers in Kaduna metropolis, Nigeria. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 1481-1488.
- Packer, M. (2011). *The Science of Qualitative Research*. New York: Cambridge University Press.
- Pathak, V., Jena, B., & Kalra, S. (2013). Qualitative Research. *Perspectives in Clinical Research*, 192-192.
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Søndergaard, J. (2012). General practice and primary health care in Denmark. *The journal of the american board of family medicine*, 34-38.
- Rasoulynejad, S. A. (2004). Study of self-referral factors in the three-level healthcare delivery system, Kashan, Iran, 2000. *Rural and remote health*.

- Resmi Gazete. (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.
- Resmi Gazete. (2006). *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)*.
- Resmi Gazete. (2006, 06 16). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.
- Resmi Gazete. (2008, 09 29). 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.
- Resmi Gazete. (2008, 12 31). 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ.
- Resmi Gazete. (2013, 01 25). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
- Resmi Gazete. (2013, 03 24). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği .
- Resmi Gazete. (2014, 04 18). Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği.
- Rose, J., & Johnson, C. W. (2020). Contextualizing reliability and validity in qualitative research: toward more rigorous and trustworthy qualitative social science in leisure research. *Journal of Leisure Research*, 1-19.
- Sağlık Bakanlığı . (2001). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü .
- Sağlık Bakanlığı . (2010). *Stratejik Plan 2010-2014*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*.
- Sağlık Bakanlığı. (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Stratejik Plan 2010-2014*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). <https://hsgm.saglik.gov.tr/>. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. adresinden alındı

- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi*. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>. adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyon*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik*. 31746 Sayılı Resmi Gazete.
- Sakahed. (2023). *Sevk Sistemi*. Sakarya Aile Hekimleri Derneği. adresinden alındı
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of Qualitative Research*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Sanders, D., Kravitz, J., Lewin, S., & Mckee, M. (1998). Zimbabwe's Hospital Referral System: Does it Work? *Health Policy and Planning*, 13(4), 359-370.
- Sandier , S., Paris, V., Polton, D., Thomson, S., & Mossialos, E. (2004). *Health Care Systems in Transition: France*. World Health Organization.
- Sarıyıldırım, G. (2016). *Sağlık Hizmeti Alanların Kurum Tercihi Nedenleri*. Ankara.
- Savaş, N., Özer, C., & İnandı, T. (2011). The Effects of Elimination of Gate-Keeping on Tertiary Care and the Social Insurance System. *Balkan Medical Journal*, 28(1), 49-54.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma.
- Schäfer , W., Kroneman, M., Boerma , W., Berg, M., Westert , G., Devillé , W., & Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health System Review*. World Health Organization.

- Seyed Nezhad, M., Ahmadi, B., & Akbari Sari, A. (2021). Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4364-4375.
- Siddiqi , S., Kielmann, A., Khan, M., Ali, N., Ghaffar, A., Sheikh, U., & Mumtaz, Z. (2001). The effectiveness of patient referral in Pakistan., *Health Policy and Planning*, 16 (2), 193-198.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *DEUHYO ED*, 2(4), 179-182.
- Starfield, B., Lemke, K., Bernhardt, T., Forrest, C., & Weiner, J. (2003). Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *The annals of family medicine*, 8-14.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*. Türkiye Cumhuriyeti Başkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Sweeney, B. (1994). The Referral System. *The referral system.*, 1180-1181.
- Synder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2014, Ağustos). Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). *Turkey: Health System Review*. World Health Organization.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Tezel, A. (2011, 11 29). *Sevk Zinciri Hastasızlıktan Bitirildi*. Bloomberght: <https://www.bloomberght.com/ht-yazarlar/ali-tezel/1026175-sevk-zinciri-hastasizliktan-bitirildi> adresinden alındı
- TTB. (2008, 11 10). *Aile Hekimliğinde 'Co-Pilot' Uygulaması*. Türk Tabipleri Birliği : https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=667eccbe-9232-11e7-b66d-1540034f819c adresinden alındı
- Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimlik Kolu. (2023, 01 08). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ve Birinci Basamak Hekimlerinin Hak Ettiği Değeri Bulması İçin Hep Birlikte Mücadelemizi Sürdüreceğiz*. Pratisyen Hekimler Kolu: https://www.ttb.org.tr/kollar/_phk/haber_goster.php?Guid=61e95faa-8f5e-11ed-b41a-2dbf37d37df9 adresinden alındı
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *2014-2017 Stratejik Planı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- USAID. (2012). *The Referral System Revised*.
- Vallgård, S., Krasnik, A., & Vrangbæk, K. (2001). *Health Care Systems in Transition: Denmark*. World Health Organization.
- Vuorenkoski, L. (2008). *Finland: Health System Review*. World Health Organization.
- Walshe, K., & Smith, J. (2006). *Healthcare Management*. England: Open University Press.
- WHO. (1992). *The hospital in rural and urban districts*. Geneva : WHO Technical Report Series.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.

- WHO. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. (2006, Ekim). Constitution of the World Health Organization.
- WHO. (2008). *The world health report 2008 : primary health care now more than ever.* Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO. (2014). *Management of health facilities: Referral systems.* World Health Organization.
- WHO. (2014, Ağustos). Mental Health: Strengthening Our Response.
- WHO. (2015). *Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers.*
- WHO. (2022, 12 09). <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>. Primary health care. adresinden alındı
- Wiley, M. M. (2005). The Irish health system: developments in strategy, structure, funding and delivery since 1980. *Health economics 14.S1*, 169-186.
- Williams, L., O’Riordan, S., McGuigan, C., Hutchinson, M., & Tubridy, N. (2012). A web-based electronic neurology referral system: a solution for an overburdened healthcare system?. *Irish medical journal*, 105(9), 301-303.
- Wu, J., Zhang, S., Chen, H., Lin, Y., Dong, X., Yin, X. X., . . . Cao, S. (2016). Patient satisfaction with community health service centers as gatekeepers and the influencing factors: a cross-sectional study in Shenzhen, China. *PLoS One*, 1-9.
- Yasar , G. Y. (2011). Health transformation programme’in Turkey: an assessment. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(2), 110-113.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, H. H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Yıldız, H., & Aydın, R. (2019). Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi. *Congress Book Series* (s. 379-388). içinde Dobra Knjiga.

EK 1: KATILIMCILARA İLİŞKİN BİLGİLER

Görüşme Kodu	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Katılımcının Bulunduğu İl
PA1	61	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
PA2	53	Erkek	Evli	Doktora	Ankara
PA3	48	Erkek	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara
PA4	49	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
PA5	39	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
PA6	45	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
PA7	77	Erkek	Evli	Doktora	Ankara
PA8	44	Erkek	Bekar	Doktora	Ankara
PA9	38	Erkek	Evli	Doktora	Ankara
PA10	40	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
HY1	50	Erkek	Evli	Doktora	Ankara
HY2	45	Kadın	Evli	Doktora	Ankara
HY3	59	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Burdur
HY4	41	Erkek	Evli	Uzman Doktor	Ankara
HY5	37	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
HY6	55	Erkek	Evli	Uzman Doktor	Ankara
HY7	45	Kadın	Evli	Doktora	Ankara
HY8	43	Erkek	Evli	Uzman Doktor	Ankara
HY9	53	Erkek	Evli	Doktora	Ankara
HY10	70	Erkek	Evli	Doktora	Van
AH1	50	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Bingöl
AH2	55	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Kayseri
AH3	43	Kadın	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara
AH4	57	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Bingöl
AH5	59	Kadın	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara
AH6	33	Kadın	Evli	Uzman Doktor	Ankara
AH7	32	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Bingöl
AH8	32	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Kayseri
AH9	43	Erkek	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
AH10	35	Kadın	Evli	Uzman Doktor	Ankara
T1	52	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
T2	45	Kadın	Evli	Yüksek Lisans	Ankara
T3	47	Kadın	Bekar	Lisans	Ankara
T4	43	Kadın	Bekar	Lisans	Ankara
T5	27	Kadın	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara
T6	25	Kadın	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara
T7	25	Kadın	Bekar	Lisans	Ankara
T8	30	Erkek	Evli	Lisans	Ankara
T9	25	Erkek	Bekar	Lisans	Ankara
T10	28	Erkek	Bekar	Yüksek Lisans	Ankara

EK 2: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı,

“Türkiye’de Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri Uygulaması Hakkında Paydaş Görüşlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu araştırma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi ABD öğretim üyesi Prof. Dr. Oğuz Işık danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırma; Sağlık Dönüşüm Programı bileşenlerinden biri olan ancak uygulamaya geçirilemeyen Zorunlu Sevk Zinciri Uygulamasının önündeki engelleri paydaş görüşleri ile değerlendirerek ortaya koymak amacıyla planlanmıştır. Görüşmeler yüz yüze veya sanal ortamda gerçekleştirilecek olup görüşme esnasında ses kaydı ya da görüntü kaydı alınacaktır. Görüşme sırasında vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Sorulara görüşlerinizi en iyi yansıtacak şekilde cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen sonuçların doğruluğu açısından önemlidir.

Bu çalışmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu ve çalışılan kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahiptir. Araştırmaya ve araştırma sonuçlarına ait sorularınızı aşağıdaki e-mail adresine ileterek gerekli bilgileri alabilirsiniz.

Araştırmamıza katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Danışman

Prof. Dr. Oğuz Işık

(Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Yönetimi Bölümü)

Araştırmacı

Araş. Gör. Beyza Yapıcı

EK 3: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. “Sevk Zinciri” kavramı size ne ifade ediyor?
2. Sizce sağlık sistemi içerisinde sevk zinciri uygulamasına öncelikli olarak geçilmeli midir? Neden?
3. Sevk zinciri uygulamasının etkilerini; sunulan sağlık hizmetleri, hastalar, aile hekimleri, kamu maliyesi, kalite, memnuniyet ve toplum özelinde nasıl değerlendirirsiniz?
4. Sevk zinciri uygulanırsa sağlık sisteminin mevcut kapasitesi ile ihtiyaçları karşılayabileceğini düşünüyor musunuz? Mevcut yapının nitelik ve yeterliği hakkında ne söyleyebilirsiniz?
5. Sevk zinciri uygulamasına geçilmesi durumunda, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir yapıda işlemesi için yapılması gereken düzenlemeler nelerdir?
6. Sevk zinciri uygulamasını destekler misiniz?