



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**AİLE HEKİMLERİNİN ZORUNLU SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI
HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sinan BULUT

Doktora Tezi

Ankara, 2017

AİLE HEKİMLERİNİN ZORUNLU SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sinan BULUT

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2017

KABUL VE ONAY

Sinan BULUT tarafından hazırlanan "Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 20/06/2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jüriimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Danışman)



Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN



Doç. Dr. Oğuz IŞIK



Yrd. Doç. Dr. Nesrin AKCA

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğuna ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporunun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporunun tamamı her yerden erişime açılabilir.

20/06/2016



Sinan BULUT

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisanslı tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) 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 metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

Tezimin/Raporumun 20/06/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

20/06/2017


Sinan BULUT

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazalı 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, Doç. Dr. Özgür UğURLUOğLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Sinan BULUT

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve gerçekleştirilmesi sürecinde sürekli destek olan, bilgi, öneri ve eleştirileriyle yol gösterici olan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na,

Çalışmayı değerlendiren jüri üyeleri Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e, Doç. Dr. Oğuz IŞIK'a, Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU'ya ve Yrd. Doç. Dr. Nesrin AKCA'ya,

Bu çalışma sürecindeki desteklerinden dolayı Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanı Dr. Özlem YİĞİTBAŞIOĞLU ve çalışma arkadaşlarıma,

Görüşme yapmayı kabul ederek bilgi ve düşüncelerini paylaşan tüm katılımcılara,

Çalışmam boyunca sabırla yanımda olan sevgili eşim ve oğluma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BULUT, Sinan. Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara, 2017.

Son dönemde Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar geliştirmeye ve uygulamaya yönelik çalışmalar başlatılmış ve 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda aile hekimliği uygulamasına yönelik mevzuat düzenlemeleri yapılarak 2010 yılında tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliğinin ön koşul olarak görüldüğü ve sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir etkiye sahip olacak sevk zinciri, Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almasına rağmen programın hayata geçirilemeyen tek bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma ile sağlık hizmeti kullanımında oldukça önemli bir etkiye sahip olup ancak bir türlü uygulanamayan sevk zincirinin irdelenmesinin uygulamaya yönelik önemli katkılar sağlayacağı düşünülmüştür. Bu araştırmanın amacı, sevk zincirinde sevk sürecini başlatacak olan ve uygulamanın en önemli paydaşı olarak görülebilecek aile hekimlerinin sevk zincirinin uygulanması durumunda olası etkilerini, gerekliliği, uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği hakkındaki görüşlerini değerlendirmektir. Araştırmada veriler aile hekimlerinin sevk zinciri konusundaki düşüncelerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak Ankara ilinde merkez ilçelerde görev yapan 124 aile hekimi ile yüz yüze yapılan görüşmelerden elde edilmiştir. Yapılan analizler sonucu, mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılanmasında sevk zincirinin uygulanmasının doğru olmayacağı değerlendirilmiştir. Özellikle aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması sevk zincirinin uygulanması için en büyük engel olarak ortaya çıkmakta ve bağlı nüfusun düşürülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesinin yanında ASM’lerin standart bir yapıya kavuşturulması fiziki ve teknik kapasitelerinin iyileştirilmesi de bir diğer gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseltilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda hizmet sunum yönünde yapılması gereken müdahaleler yanında topluma yönelik faaliyetlerinde yürütülmesi gerekmektedir. Bu çalışma sevk zincirinin uygulanmadan önce aile hekimlerinin ve diğer tüm paydaşların görüşlerinin alınması ve bu görüşler doğrultusunda adımlar atılmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sevk Zinciri, Aile Hekimi, Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sistemi

ABSTRACT

BULUT, Sinan. Evaluation of Family Physicians' Opinions About Referral, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2017.

In recent years, efforts have been made to develop and implement new policies in the health sector in Turkey, and with the Health Transformation Program, which started in 2003, regulatory arrangements have been made for the practice of family medicine and the implementation of family medicine has been introduced throughout Turkey in 2010. The referral, which is regarded as a prerequisite for family medicine and has an important influence on the use of health services, appears to be the only component that can not be put into practice even though it is included in the Health Transformation Program. It is considered that the examination of the referral, which can not be practiced in any way even though it has a considerable influence on the use of health services, will have important contributions to implementation. The aim of this study is to evaluate the views of family physicians who are the most important stakeholders in the referral and who initiate referral processes in the referral, about the effects, necessity, viability and sustainability of the referral. In this the study, 124 family physicians working in the central districts of Ankara province were interviewed face to face using a semi-structured interview form designed to reveal their thoughts on the referral. As a result of the analyzes, it was evaluated that the implementation of the referral would not be appropriate in the existing primary healthcare services. Especially the excess of the population dependent to a family physician appears as the biggest obstacle for the application of the referral and this dependent population has to be reduced. In addition to the effort to reduce the population dependent to a family physician, the standardization of Family Health Centers and the improvement of the physical and technical capacities of these centers are another requirement. On the other hand, the inadequacy of the health literacy level of the society also creates difficulties in the implementation and maintenance of the referral. In this context, in addition to the interventions that need to be done in terms of service provision, public-oriented activities should also be carried out. This study suggests that it is important to take the views of family physicians and all other stakeholders and take steps in the light of these opinions before implementing the referral.

Key Words: Referral, Family Physician, Family Medicine, Primary Care Services, Health System

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM	4
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	4
1.1. Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	6
1.2. Temel Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	7
1.3. Seçici Temel Sağlık Hizmetleri	9
1.4. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımındaki Değişimler	10
2.BÖLÜM	15
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	15
2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	16
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	17
2.3. Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İlişkisi	19
2.3.1. Toplum Katılımı.....	20
2.3.2. Sektörler Arası İşbirliği.....	21
2.3.3. Erişim	22
2.3.4. Güçlendirme	22
2.3.5. Gereklilik/Elzemlik	23
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	26
2.4.1. İlk Başvuru Noktası	26
2.4.2. Süreklilik	30

2.4.3.	Kapsayıcılık.....	34
2.4.4.	Koordinasyon	36
2.5.	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütüne (OECD) Üye Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları.....	39
2.6.	Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ..	47
2.6.1.	1923-1937 Dönemi	47
2.6.2.	1938-1960 Dönemi	49
2.6.3.	1961-1980 Dönemi	50
2.6.4.	1980-2002 Dönemi	52
2.6.5.	2002 ve Sonrası	54
2.6.5.1.	Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Bileşenleri	56
2.6.5.2.	Türkiye’de Halk Sağlığı Hizmetleri.....	61
3.BÖLÜM.....		65
AİLE HEKİMLİĞİ.....		65
3.1.	Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi.....	65
3.2.	Aile Hekiminin Tanımı	67
3.3.	Aile Hekimliğinin İlkeleri	69
3.4.	Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması.....	70
4.BÖLÜM.....		77
SEVK UYGULAMASI.....		77
4.1.	Hasta Sevkinin Tanımı	77
4.2.	Hasta Sevkinin Etkileyen Faktörler	78
4.3.	Doğrudan 2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru.....	80
4.4.	Sevk Sisteminin Bileşenleri	84
4.5.	Sevk Sürecinde Hekim-Hekim ve Hasta-Hekim İletişimi	92
4.6.	Sevk Süreci Yönetim Stratejileri.....	94
5.BÖLÜM.....		96
MATERYAL METOD		96
5.1.	Araştırmanın Amacı ve Önemi	96
5.2.	Amaca Yönelik Sorular	100
5.3.	Evren Örneklem	101
5.4.	Veri Toplama Aracı.....	105
5.5.	Verilerin Analizi.....	107

5.6.	Kısıtlılıklar ve Varsayımlar.....	111
6.BÖLÜM		112
BULGULAR		112
6.1.TANIMLAYICI BULGULAR		112
6.1.1.	Katılımcı Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	112
6.1.2.	Katılımcıların Yürüttükleri İş ve İşlemlere İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	113
6.1.3.	Katılımcıların Sevk Uygulamasına İlişkin Genel Görüşleri	116
6.2.İÇERİK ANALİZİ BULGULARI		121
6.2.1.	Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulaması İçin Acil ve Öncelikli Olma Durumu	121
6.2.2.	Sevk Zincirinin Gerekliliğinin Değerlendirilmesi	125
6.2.3.	Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulamasını Etkileme Durumu	128
6.2.4.	Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımını Etkileme Durumu	131
6.2.5.	Uygulanabilir ve Sürdürülebilir Bir Sevk Zinciri İçin Yapılması Gerekenler	134
6.2.6.	Sevk Zinciri Uygulamasında Kullanılacak Yazılım Programı Olanakları.....	138
6.2.7.	Aile Hekimlerine Kayıtlı Kişilerin Aile Hekimlerine Başvurmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi.....	140
6.2.8.	ASM'lere Hasta Başvurusunun Sağlanması	142
6.2.9.	Aile Sağlığı Merkezlerinin Mevcut Kapasite İle Sevk Zinciri Uygulamasına Yeterlik Durumu	145
6.2.10.	Sevk Zinciri Uygulamasının ASM'lerde Sunulan Hizmetlerin Kalitesini ve Memnuniyetini Etkileme Durumu	147
6.2.11.	Sevk Zinciri Uygulamasından Muaf Olması Gereken Tanılar	150
6.2.12.	Sevk Zincirinin Uygulanmasında 2. ve 3. Basamağa Sevklı ve Sevksiz Başvuru Yapan Hastalara Yönelik Yaptırımlar ve Kolaylaştırıcı Uygulamalar	152
7.BÖLÜM		155
TARTIŞMA		155
8.BÖLÜM		169
SONUÇ VE ÖNERİLER		169

KAYNAKÇA	176
EK-1 GÖRÜŞME FORMU	188
EK-2 MAXQDA PROGRAM ÇIKTILARI	193
EK-3 ORJİNALLİK RAPORU	195
EK-4 ETİK KURUL İZİN BELGESİ	197
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR DİZİNİ

AB:	Avrupa Birliği
AÇSAP:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AH:	Aile Hekimi
AHB:	Aile Hekimliği Birimi
AHBS:	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AR-GE:	Araştırma Geliştirme
ASE:	Aile Sağlığı Elemanı
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
BAĞ-KUR:	Esnaş ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BBSH:	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
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
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
STSH:	Seçici Temel Sağlık Hizmetleri
TAHUD:	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
THSK:	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSH:	Temel Sağlık Hizmetleri

TSM:	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB:	Türk Tabipleri Birliği
TÜSEB:	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
ÜSYE:	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
WHO:	World Health Organization
WONCA:	World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği)
YÖK:	Yüksek Öğretim Kurulu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Alma Ata Bildirgesi'nden 30 Yıl Sonrası.....	11
Tablo 2. Temel Sağlık Hizmeti Anlayışındaki Değişimler.....	14
Tablo 3. BBSH'nin Organizasyonu Kapsamında Yeni Eğilimler.....	18
Tablo 4. BBSH ve TSH Arasındaki Farklılıklar ve Benzerlikler.....	25
Tablo 5. BBSH'de İlk Başvuru Özelliğinin Boyutları.....	27
Tablo 6. BBSH'de Sürekliliğin Sağladığı Avantajlar.....	33
Tablo 7. OECD Ülkelerinde BBSH'de Hizmet Sunumu Modelleri.....	43
Tablo 8. SDP Süresince Yapılan Yasal Düzenlemeler.....	59
Tablo 9. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşu Sayıları.....	75
Tablo 10. Hasta Sevkinin Etkileyen Faktörler.....	79
Tablo 11. Sevk Sisteminin Bileşenleri.....	85
Tablo 12. Sevk Sistemi Yönetim Yaklaşımlarının Güçlü ve Zayıf Yönleri.....	95
Tablo 13. Evren Örneklem Dağılımı.....	102
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Görev Yeri Dağılımları.....	103
Tablo 15. Ankara Seçilmiş İlçeler ve Araştırmada Görüşülen Aile Hekimlerinin Bağlı Nüfus Ortalamaları.....	104
Tablo 16. Ankara Seçilmiş İlçeler ve Araştırmada Görüşülen Aile Hekimlerinin Unvanlarına Göre Dağılımı.....	104
Tablo 17. Ankara'daki Aile Hekimlerinin ve Araştırmada Görüşülen Aile Hekimlerinin Gruplarına Göre Dağılımı.....	105
Tablo 18. Katılımcı Aile Hekimlerinin Kişisel ve Demografik Özellikleri.....	113
Tablo 19. Katılımcı Aile Hekimlerinin Yürüttükleri İş ve İşlemlere İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri.....	115
Tablo 20. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Uygulamasına İlişkin Genel Görüşleri.....	118
Tablo 21. Katılımcı Aile Hekimlerinin ASE ya da TSM'lere Görev Devrine İlişkin Görüşleri.....	120

Tablo 22. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Acil ve Öncelikli Olma Durumuna İlişkin Görüşleri.....	122
Tablo 23. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Gerekliliği Konusundaki Görüşleri.....	126
Tablo 24. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Etkileyeceğine İlişkin Görüşleri.....	129
Tablo 25. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımına Etkisine İlişkin Görüşleri.....	131
Tablo 26. Katılımcıların Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımına Etkisine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	132
Tablo 27. Katılımcı Aile Hekimlerinin Uygulanabilir ve Sürdürülebilir Bir Sevk Zinciri İçin Yapılması Gerekenlere İlişkin Görüşleri.....	135
Tablo 28. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasında Kullanılacak Yazılım Programı Olanaklarına İlişkin Görüşleri.....	138
Tablo 29. Katılımcı Aile Hekimlerinin Kayıtlı Kişilerin Aile Hekimine Başvurmama Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	140
Tablo 30. Katılımcı Aile Hekimlerinin ASM'lere Hasta Başvurusunu Sağlamak İçin Yapılması Gerekenlere İlişkin Görüşleri.....	143
Tablo 31. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Uygulanması Durumunda ASM'nin Mevcut Kapasitesi İle İhtiyaca Cevap Verebilme Durumuna İlişkin Görüşleri.....	145
Tablo 32. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının ASM'lerde Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Etkileme Durumu Hakkındaki Görüşleri.....	147
Tablo 33. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Hasta Memnuniyetini Etkileme Durumu Hakkındaki Görüşleri.....	148
Tablo 34. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinden Muaf Olması Gereken Tanılar Hakkındaki Görüşleri.....	151
Tablo 35. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Uygulanmasında 2. ve 3. Basamağa Sevklı ve Sevksiz Başvuru Yapan Hastalara Yönelik Yaptırımlar ve Kolaylaştırıcı Uygulamalara İlişkin Görüşleri.....	153

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. OECD Ülkelerinde BBSH’de Hizmet Sunumu Uygulama Modelleri.....	42
Şekil 2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Şeması.....	62
Şekil 3. Toplum Sağlığı Merkezi Hizmet Birimleri.....	64
Şekil 4. Aile Hekimi Projeksiyonu.....	76
Şekil 5. Sevk Sistemi Akış Şeması.....	86

GİRİŞ

Sağlık sistemlerinin; sağlığın geliştirilmesi, toplumun ihtiyaçlarına cevap verme ve hastalıkların maliyetlerine karşı hastaları finansal açıdan korumak olmak üzere üç temel amacı bulunmaktadır (WHO, 2000, s.8). Bu amaçlar doğrultusunda sağlık sistemlerinde hizmetlerin örgütlenmesine gidilirken, bir yandan güncel gelişmeler, tıbbi ilerlemeler göz önünde bulundurularak toplumun sağlığını geliştirmek, diğer yandan ise sağlık hizmetlerine erişimde, toplumun tüm kesimleri arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri mümkün olduğunca asgari düzeye indirmek hedeflenmektedir (Başak, 2007, s.135). Sağlık sistemlerinde bu hedeflere ulaşmak için kaynaklar, organizasyonlar, hizmet sunucuları, finansman organları ve yönetim yaklaşımları gibi bileşenler önemli rol oynamaktadır. Bu bileşenler sağlık sistemlerinde en önemli iki problem olan, kaynakların adaletsiz dağılımı ve sağlık probleminin yaygınlığına göre tahsis edilmemesinin önlenmesi amacıyla koordineli ve entegre bir şekilde organize edilmektedir (WHO, 2000, s.23).

Sağlık sistemlerinde kaynakların etkili ve verimli kullanılması için hizmet sunumunda kalite ve eşitliği de sağlayacak şekilde basamaklandırma temelinde örgütlenmeye gidilmiştir. Sağlık sistemlerinde basamaklandırmanın ilk düzeyini birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) oluşturmaktadır. BBSH hastanın sisteme ilk giriş yeri olması, kişiye odaklanması, kapsamlı hizmet sunumu ve sistemde hasta hareketliliği ve diğer hizmet sunucuları ile koordinasyonu sağlaması sebebiyle sağlık sisteminde en önemli düzey olarak görülebilir. Bu çerçevede, birinci basamak, karmaşık hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan ve bütünleştiren, örgütlenmiş bir sağlık hizmeti işlevi olarak değerlendirilmektedir (Başak, 2007, s.137).

BBSH'nin bu işlevlerini yerine getirmesinde en büyük rolü aile hekimleri üstlenmektedir. Aile hekimi, hastanın sağlık ihtiyaçlarını değerlendiren, bireysel ve diğer uzmanlık alanları ile koordineli hizmet sunan, gerektiğinde hastayı bir üst hizmet sunucuya veya uzmana sevk eden, sürekli bir sorumluluk taşıyan hekim olarak tanımlanmaktadır (Saatçi vd., 2006, s.80). Aile hekimlerinin sorumluluk ve hizmet alanları göz önünde bulundurulduğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini yansıttığı görülmektedir.

Birinci basamak hekimi olan aile hekimlerinin etkili hizmet sunabilmeleri ve birinci basamağın temel özelliklerinin sağlanabilmesi için gerekli olan uygulamalardan birisi de sevk zinciridir.

Sevk zinciri, sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan sağlık hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği nedeniyle, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun paylaşılması veya tamamen verilmesi için, hastanın aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularına yönlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015).

Çoğunlukla, hastaların sağlık sorunlarında öncelikle birinci basamağı tercih etmeleri ve bu basamaktaki olanakların yetersiz kalması durumunda bir başka hizmet sunucuya başvurmalarının sağlanması olarak da ifade edilebilecek sevk zincirinde amaç, hastaların zaman kaybetmeden, ikamet ettikleri yere daha yakın olan diğer sağlık kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak, aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır (Emet vd., 2008, s.14).

Etkili bir sevk sistemi, sağlık sisteminin tüm kademeleri arasında yakın bir ilişki kurulmasını ve kişilerin kendilerine en yakın yerlerde en iyi şekilde hizmet almasını sağlayarak, sağlık hizmetlerinin maliyet etkin bir şekilde kullanılmasına yardımcı olmaktadır (WHO, 2015). İyi işleyen bir sevk sistemi ile, hastaların optimum düzeyde, daha az maliyetli sağlık hizmeti almaları, hastane hizmetlerinin optimal kullanımı, maliyet etkinlik ve hastaların uzman hizmetine zamanında uygun yollarla erişimi sağlanmaktadır. Ayrıca temel sağlık hizmetlerinin (TSH) faydalı kullanımı ve önemi artmaktadır. Ancak, etkili bir sevk zinciri uygulaması birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hastaya, hekime ve basamaklar arasındaki entegrasyonun düzeyine bağlıdır (McWhinney ve Freeman, 2009, s.383).

Sevk sisteminde olabilecek bir aksama, üst basamaklarda yoğunluğa sebep olabilmekte ve bu durum da uzmanlık gerektiren hizmetlerin gelişimini azaltarak, daha az etkili hizmet sunumuna sebep olabilmektedir. Hastaların kendi yönlendirmeleri ile uzman hekime başvurmaları sevk sisteminin diğer güçlü yönlerini de zayıflatmaktadır. Kendi kendini yönlendirme, birinci basamak hekimlerinin hasta semptomlarını ortaya koyma

ve takibini azaltmaktadır. Ayrıca hastanın yaşam boyu tutulacak bilgilerinin eksikliğine de yol açabilmektedir.

Bu kapsamda, sevk sistemi genel pratisyen ile uzman hekim arasında etkili bir görev dağılımı oluşturarak, uzmanların özel bilgi ve donanımlarını geliştirebilmeleri için daha uygun bir ortam sağlamaktadır. Ayrıca, sevk uygulaması uzman hizmetine erişimi sınırlandırarak, maliyetlerin düşürüldüğü yüksek standartlarda hizmet sağlamaktadır (Sweeney, 1994, s.1180).

Sağlık sistemlerinde güçlü bir birinci basamak hizmeti tüm ülkelerde arzu edilen bir sistem yapısı haline gelmiştir. Türkiye’de de son yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan köklü değişimler ile birinci basamak sağlık hizmeti daha çok ön plana çıkarılmış, aile hekimliği uygulaması ile hizmet sunum şekli değişmiştir. Türkiye’de sağlık sisteminde hala pek çok sorun bulunmakta ve birinci basamak sağlık hizmetleri temelinde sağlık sisteminin verimliliği ve etkililiği için sevk zincirinin gerekliliği giderek kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu kapsamda, bu araştırmanın amacı, sağlık sistemlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri için gerekli bir uygulama olan sevk zincirinin önemi göz önünde bulundurularak, aile hekimlerinin sevk zincirine yönelik görüşlerini belirlemek, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak, uygulanması planlanan sevk zinciri konusunda Türkiye’de alınacak politik kararlara yönelik önerilerde bulunmaktır.

Bu çerçevede, araştırmanın birinci bölümünde, temel sağlık hizmetleri, ikinci bölümünde birinci basamak sağlık hizmetleri, üçüncü bölümünde aile hekimliği, dördüncü bölümünde sevk zinciri konusunda genel bilgilere yer verilmiştir. Beşinci bölümünde araştırmanın amacı, dizaynı, hipotezleri, veri toplama aracı, evren ve örnekleme ile metodolojisi anlatılmıştır. Altıncı bölümde araştırmanın bulguları ortaya koyulmuş, yedinci bölümde bu bulgulara doğrultusunda tartışmalar yapılmış ve son bölümde ise araştırmanın sonuç ve önerileri açıklanmıştır.

1. BÖLÜM

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Bir çok ülkede sunulan sağlık hizmetlerinde kişilerin hizmete erişiminde önemli rol üstlenen, kapsayıcılığı ile kişiye, topluma ve çevreye yönelik önleyici, geliştirici ve tedavi edici hizmet sunumu işlevleri içeren TSH, sağlık sistemlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle giderek önem kazanmaktadır.

Küresel anlamda TSH'nin önem kazanmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gösterilen çabaların büyük etkisinin olduğu söylenebilir. DSÖ için TSH'nin dönüm noktası, DSÖ tarafından oluşturulan bir çalışma grubunun 1971-1973 yılları arasında hazırladığı rapordur. Grubun raporunda ilk kez temel sağlık hizmetleri için metodolojik bir tanım yapılmıştır. Bu rapora göre TSH, toplumun sağlık hizmetini ilk talep ettiğinde, karşılaştığı genel sağlık hizmetleri ve aynı zamanda, sağlık hizmetini talep edenlerin sağlık sistemi ile ilk temas yeri ve hasta bireylerin olduğu kadar, sağlıklı toplumun da sağlığının korunması ile görevlidir (Akdağ, 2008, s.29).

DSÖ tarafından, günümüze kadar TSH'nin önem kazanmasına yönelik etkili çalışmalar yapılmıştır. 1970'li yıllarda, dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşam koşullarında istenilen düzeye erişilememiş, yoksul çocukların ortalama yaşam süresi düşük, mortalite ve morbidite oranları yüksek gerçekleşmiştir. DSÖ tarafından, bu sağlık sorunlarının giderilmesinin basit, yerel ve ucuz yöntemler ile sağlanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi için ekonomik ve sosyal kalkınmanın yanı sıra, bilimsel gelişmelerin önemli bulaşıcı hastalıkların birçoğunu ortadan kaldırmaya yardımcı olduğu görüşü de kabul görmüştür (Barnes vd., 1995, s.7).

Bu görüşlerin ve dünya nüfusunun çoğunluğunun sağlığı için duyulan endişenin bir sonucu olarak, DSÖ Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın o zamanki başkenti olan Alma Ata şehrinde, 70 ülkenin sağlık, 40 ülkenin ise maliye, eğitim ya da tarım bakanlarının katıldığı, ana teması "2000 Yılında Herkese Sağlık" olan bir konferans düzenlemiştir. Konferansta, TSH adıyla bir küresel sağlık stratejisi oluşturulması istenmiş ve DSÖ'nün tüm üye ülkelerinin 2000 yılı itibariyle sağlığın herkese ulaştırılması için çabalamaya

davet edildiği bir bildiri yayınlanmıştır. Bu bildiri konferansın gerçekleştiği coğrafyaya atfen yaygın olarak Alma Ata Bildirgesi olarak bilinmektedir (Barnes vd., s.7; 1995; Akdağ, 2008, s.31).

Alma Ata Bildirgesi'nde konferansın gerçekleştirilmesinin altı amacı olduğu belirtilmektedir. Bu amaçlar (Erci ve Tuncel, 1991, s.182);

1. Tüm lkelerde TSH düşüncesini geliştirmek,
2. Ulusal düzeylerdeki sağlık örgütlenmeleri ve hizmetleri kapsamında TSH'nin geliştirilmesi ile ilgili denemeler konusunda bilgi alışverişinde bulunmak,
3. TSH ile ilgili olarak ülkelerin sağlık bakımı durumunu değerlendirmek,
4. TSH'nin geliştirilmesinde ortaya çıkan uygulama zorluklarını giderecek çalışma yöntemlerini araştırmak,
5. TSH'nin geliştirilmesinde teknik işbirliği ve desteğin sağlanması için hükümetlerin, ulusal ve uluslararası örgütlerin görevlerine açıklık getirmek,
6. TSH'nin geliştirilmesine yönelik nerileri biçimlendirmek.

Bu amaçlar doğrultusunda toplanan konferansta yayınlanan bildirmede belirtilen "Herkes İçin Sağlık" hedefinin gerçekleştirilmesi için TSH'nin bir araç olarak kabul edilmesi, sağlığa dair yeni bir dünya görüşü ve yeni bir sağlık hizmeti sunumu stratejisinin eş zamanlı kabul edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu çerçevede, sağlık artık sosyal ve ekonomik ilişkilerin ayrılmaz bir bileşeni olarak görülmüş ve sağlığın sorumluluğu, bir şifacı olarak görülen doktordan, bir ortak olarak görülen TSH hemşiresine nakledilmiştir (Barnes vd., 1995, s.7).

Ayrıca, bildirme ile TSH'nin önemine ve ülkelerce bu önemin farkındalığının oluşturulmasına vurgu yapılmıştır. Bildirmede, sağlığın her birey için temel hak olduğu belirtilmiş ve sağlığın en iyi seviyede tutulmasının gerekliliğine değinilmiştir. Bildirmede TSH'nin çok sektörlü işbirliği gerektiren hizmetler olduğu, bu hizmetlerin her aşamasına halkın katılımın sağlanması gerektiği ve hizmetin bir ekip anlayışı içerisinde yetişmiş kişilerce sunulmasının önemine yer verilmiştir (WHO, 1978).

1.1. Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

1978 Alma Ata Bildirgesi ile TSH'ye dair tartışmayı ön plana çıkaran DSÖ, terimin tanımı ve kullanımında karışıklığın var olduğunu kabul etmiştir. TSH'nin tek tip, evrensel olarak kullanılabilir bir tanımı bulunmamaktadır. Kavramın hem hizmet düzeyi olarak hem de bir sağlık politikası ve hizmet sunumu yaklaşımı olarak tartışıldığı Alma Ata Bildirgesi'nde de belirsizlikler mevcuttur. Yüksek ve orta gelirli ülkelerde, TSH ağırlıklı olarak hizmetin ilk basamağı olarak anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimde önemli sorunların bulunduğu düşük gelirli ülkelerde ise, TSH, daha çok sistem çapındaki bir strateji olarak görülmektedir (Muldoon vd., 2006, s.410).

TSH, hastaya ilk başvuru noktasında hekim ya da yardımcı sağlık personeli tarafından verilen sağlık hizmeti olarak dar bir kapsamda tanımlanabildiği gibi, diğer sektörleri de kapsayan ve toplum katılımının ön planda olduğu sağlık hizmetlerini içeren geniş bir tanımı da yapılabilmektedir (Tatar, 1994, s.81).

Tüm tanımlamalar içinde TSH'ye yönelik en geniş kapsamlı tanım Alma Ata Bildirgesi'nde yer almaktadır. Alma Ata Bildirgesi'nde TSH'nin tanımı şu şekilde yapılmıştır: "TSH, bütün bireylere ve ailelere tam bir toplum katılımının sağlanması yoluyla kabul ettirilmiş ve bir ülkenin kendi öz kaynaklarına dayanarak ve kendi geleceğini belirleme ruhuyla gelişmesinin her döneminde maliyetini karşılayabileceği bilimsel yöntemlere ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetidir." TSH, hem bir ülkenin sağlık sisteminin hem de toplumun sosyal ve ekonomik gelişiminin ana parçasını oluşturur (Tatar, 1994, s.81). TSH birey, aile ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk temas noktası olmakta, sağlık hizmetlerini insanların yaşadığı ve çalıştığı yerin mümkün olduğunca yakınına getirerek, tüm sağlık hizmetleri sürecinin ilk unsurunu teşkil etmektedir. TSH sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici, destekleyici ve rehabilite edici hizmetler sağlayarak toplumun ana sağlık sorunlarını çözmeye çalışmaktadır (WHO, 1978).

Bu sorunların çözümüne yönelik genellikle insanların sağlık sistemleri ile tanıştığı ilk düzey olan TSH, bireyleri ve aileleri kendi sağlığı için iyi kararlar almaları yönünde desteklemektedir. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, ani gelişen ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisi, destekleyici ve rehabilite edici hizmetler ile ilgili

tavsiyeler de içermektedir. TSH kapsamında sunulan hizmetler, yaralanacak tüm bireyler için koordine edilmiş ve erişilebilirdir ayrıca hizmet sunulan bireylerin ve toplulukların ihtiyaçlarını karşılamak için doğru becerilere sahip sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanmaktadır. Hizmet sunucular, hastalarının gerektiğinde diğer sağlık hizmeti sunucularından hizmet almalarını kolaylaştırmaktadır (Muldoon vd., 2006, s.410).

1.2. Temel Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

DSÖ tarafından 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesinde, TSH'nin özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (Tatar,1994, s.80).

TSH,

1. Ülkenin ve ülke içindeki toplumların ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel ve politik özelliklerini yansıtır ve bunlardan ortaya çıkar,
2. Toplumdaki ana sağlık problemlerine işaret eder ve buna bağlı olarak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri sağlar,
3. En azından mevcut sağlık problemleri ve bunların önlenmesi ve kontrol edilmesine yönelik eğitimi, gıda arzının gelişimi ve doğru beslenmeyi, yeterli miktarda temiz su sağlanmasını ve temel hijyeni, aile planlamasını da içeren ana çocuk sağlığını, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamayı, yörede bulunan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü, yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisini ve uygun ilaçların sağlanmasını içerir,
4. Mevcut yerel, ulusal ve diğer kaynakların tam kullanımını sağlayarak TSH'nin planlanması, örgütlenmesi, işletilmesi ve kontrolünde maksimum toplumsal ve bireysel katılımı gerektirir ve buna yönelik uygun eğitim yoluyla toplumların katılım kapasitesini geliştirir
5. Herkese kapsamlı sağlık hizmeti vermeyi sağlayacak ve en çok ihtiyacı olanlara öncelik verecek fonksiyonel, destekleyici ve entegre edilmiş sevk zinciri ile desteklenir,

6. Yerel ve sevk düzeylerinde, sosyal sağlık ekibi olarak çalışmak ve toplumun ihtiyaçlarına cevap vermek için sosyal ve teknik yönden uygun eğitim almış doktorlara, hemşirelere, ebelere, yardımcı sağlık personeline ve gereken yerde toplum çalışanlarına ve ihtiyaç duyulduğunda geleneksel hekimlere dayanır.

Tüm bu özellikler bağlamında TSH'ye dayalı sağlık sistemleri şu özelliklere sahip olmalıdır (Tatar, 1994, s.81):

1. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, eşitlik ve katılım ilkelerine bağlı olarak tüm toplumu kapsamalıdır.
2. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, sağlığı etkileyen diğer sektörlerin faaliyetlerini de içermelidir.
3. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, bireylere sağlık sisteminin ilk başvuru noktasında TSH'nin zorunlu hizmetlerini sağlamalıdır.
4. TSH'ye dayalı bir sağlık sisteminde, yerel düzeyde TSH'nin önemli bir öncelik olarak sağlanması ve sunulması desteklenmelidir.
5. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, ara düzeylerde, daha teknik ve sevk gerektiren sağlık problemleri ile başa çıkacak bakım düzeyini ve sağlık çalışanları için sürekli eğitimi sağlamalıdır.
6. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, merkezi düzeyde planlama ve yönetim becerileri, ileri düzeyde uzmanlaşmış bakım, uzman personel için eğitim ve merkezi lojistik ve finansal desteği sağlamalıdır.
7. TSH'ye dayalı bir sağlık sistemi, gerekli hallerde değişik düzeyler ve bunların bölümleri arasında sağlık sorunlarının sevki yoluyla tüm sistem içinde koordinasyon sağlamalıdır.

TSH'nin özellikleri itibarı ile oldukça kapsamlı olması, TSH'ye dayalı bir sağlık sisteminin kurulmasının güçlüğü ve toplumun tüm sağlık sorunlarına odaklanması beraberinde bir takım yetersizlikleri de ortaya çıkarmıştır. Bu noktada kaynakların yetersizlikleri en temel konu olarak ön plana çıkmış ve hizmet sunumunda seçiciliğin gerekli olduğu yönünde görüşler ortaya konulmuştur.

1.3. Seçici Temel Sağlık Hizmetleri

1970’li yıllara kadar Avrupa’da endüstriyel devrimin yaşanması sonucu ekonomik gelişmelerin sağlanması ile beraber toplumların sağlık statülerinde de iyileşmeler olmuş ve sosyo ekonomik gelişme, sağlık statüsünde iyileşmelerin bir nedeni olarak kabul edilmiştir. Ancak özellikle fakir ülkelerde zengin ve fakir arasındaki uçurum büyüdükçe sağlık sorunlarından daha fazla etkilenen kesimlere yönelik uygulanan programlarla bu sorunlar giderilmeye çalışılmış, aşılama hizmetinin gerekliliği ortaya konmuştur. Bu gelişmeler sonrasında Alma Ata Bildirgesi ile toplumun katılımıyla yürütülmesi planlanan ve sektörlerarası işbirliğini gerekli kılan beslenme, sağlık eğitimi, tıbbi bakım, önleyici tıp ve halk sağlığı gibi önlemleri içeren TSH vasıtasıyla “2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık” hedefleri oluşturulmuştur (Çelik, 2006, s.26).

Ancak Alma Ata Bildirgesi’nin yayınlanmasından kısa bir süre sonra küresel olarak ekonomik sorunların yaşanması, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde sağlığa bütüncül yaklaşımı benimseyen TSH’nin kurulmasını güçleştirmiştir. Kapsamlı bir THS yapılanmasının güçleşmesi nedeniyle Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STHS) yaklaşımı ortaya çıkmıştır. STSH’yi savunular dünyada üç milyar insanın az gelişmiş ülkelerde yaşadığını ve bu ülkelerde en sık enfeksiyon hastalıklarının görüldüğünü belirterek bunun çözümü için en iyi yolun TSH olduğunu, ancak bu yaklaşımın sınırlı kaynaklar ile ulaşılamaz olduğunu savunmaktadırlar. TSH’nin yaşama geçirilmesi için çok sayıda yetişmiş personel gerektiği belirtilerek bu hizmetin verilmesinin çok maliyetli olduğu bu sebeple, sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi ve az sayıda sağlık sorunu ile sınırlı insan gücü ve ekonomik kaynak kullanarak en etkin yaklaşımın seçilmesi gerektiği savunmaktadırlar (Etiler, 2002).

STSH sağlık sorunlarına çocuk sağlığı vurgusu ile daha teknik ve sınırlı yaklaşımlar önermekte ve hastalıkların, önemli sağlık sorunlarının yönetimi, tedavisi ve önlenmesi ile ilgilenmektedir (TTB, 2007, s.20). STSH’yi ilk olarak dile getiren Walsh ve Warren’e göre gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditesi en yüksek hastalık ve bu hastalıklara müdahale etmenin maliyet etkililiği göz önüne alınarak bir strateji geliştirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda gelişmekte olan ülkelerde, bağışıklama, oral

rehidratasyon, anne sütü ve anti-sıtma ilaçlarının kullanımı sağlık sorunlarının çözümünde önerilen dört strateji olarak öne çıkmaktadır (Tatar, 1994, s.83).

Sağlık sorunlarına nceliklendirme yapılarak müdahale edilmesine yönelik olan STSH'ye dört başlık altında eleştiriler yapılmaktadır. Bunlar, seçilecek değerlendirme şekli, teknoloji merkezli olması, kalıcı sağlık sistemi ve yapılarının kurulmasının ihmal edilmesi ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sorunlarının temelinde bulunan kötü sağlık koşullarının göz ardı edilmesidir (Etiler, 2002).

1.4. Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımındaki Değişimler

TSH'nin genel amacı, hizmetin ilk düzeyinin ve bu ilk düzeydeki hizmetleri sunanların önemini artırarak, sağlık sistemlerinin "merkez odağı ve ana işlevi" olarak daha koordineli, kaliteli ve daha iyi kaynak kullanımı sağlamaktır (WHO, 1978). Alma Ata Bildirgesi'nde bu amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi vurgulanırken, bildirgenin yayınlanmasının üzerinden 30 yıl sonra bile istenilen düzeye erişilememiştir. Alma Ata Bildirgenin yayınlanmasından 30 yıl sonra 2008 yılına kadar geçen sürede sağlanan ve sağlanamayan değişimler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Alma Ata Bildirgesi'nden 30 Yıl Sonrası

Özellik	Başarılanlar	Başarılamayanlar
Herkes için sağlık vizyonunda küresel yaygınlık ve eşitlik	Paydaşların geniş katılımının desteklenmesi Düşük gelirlilere yönelik ihtiyaca odaklanma Uygun olmayan yasalar Milenyum kalkınma hedefleri ile sektörler arası kalkınmanın canlandırılması	Herkes için sağlık ve dünya çocuk sağlığı zirvesi eylem planında belirtilen amaçlara ulaşamama
Kapsamlı eylem	Uygun teknoloji, gerekli ilaçlar ve sektörler arası entegre sağlık hizmetleri Kademeli hizmet uygulamaları	Kapsayıcı sağlık hizmetleri çerçevesinin karmaşık tanımlanması
Toplum katılımı ve aidiyet	Bazı toplumlarda ve programlarda toplumu tanıma sürecinin katılımcı öğrenme ve güçlenme yönünde önemli eylemler ile gerçekleşmesi	Toplum aidiyetliği algısının yavaş, az yönetilebilir, daha az ölçülebilir ve izlenmesinin zor olması. Toplum için risklerin değerlendirilmesinde öncelik seçiminde yaşanan başlıca çatışmaların sektörlerden ziyade uzmanlar arasında olması.
Kamu çalışanları	Statükoyu değiştiren stratejilerin geliştirilmesi.	Mevcut sağlık sistemi ile ilişkili tutarlı denetim eksikliği ve düzensizliğin olması.
Uygulama için veri toplama	Bağıışıklama için kapsamlı verilerin kullanılması, önemli araştırma verilerinin kapsamının geliştirilmesi.	Pekiştirme yerine çıktılara odaklanma, (eğitilmiş toplum sağlığı çalışanlarının ve hekimlerin tutulamaması ve özellikle denetim ve fonksiyonel sistem desteğinin etkili olmaması)
Kaynaklar ve teknoloji için yenilik	Yeniliklerin hayata geçirilmesi soğuk zincir, oral rehidratasyon, doğum izleminde partogram kullanımı, A vitamini kapsülleri, iyotlu tuz, düşük ve orta gelirli ülkelerde kullanılan temel ilaçların belirlenmesi.	Uygun teknolojinin diğer öncelikler ile karşılaştırıldığında maddi kayıp olarak görülmesi, sağlık için çok zayıf teknolojik yatırımların yapılması.
Çevre	Su ve sanitasyonun sağlık için öneminin kabul edilmesi. Bazı ülkelerin özellikle temiz su sağlanmasına önem vermeleri.	Sanitasyon ve çöp toplama konusundaki gelişmelerin temiz su teminine göre daha yavaş gelişme göstermesi. Özellikle fakir ülkeler ve kırsal alanlarda, bu yüzden eşitsizliklerin artması.
Sektörler arası işbirliği	Tarım sektörünün gıda güvenliğinde rol aldığı görüşünün kabul görmesi	Eğitimin, tarımın ve barınma yerlerinin sağlık üzerinde ki rollerinin sağlık planlamacıları tarafından göz ardı edilmesi. Sektörler arası işbirliğinin önemli olmasına rağmen her sektörün kendi gündemini oluşturması.

Kaynak: Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K. ve Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 Years On: Revolutionary, Relevant, and Time to Revitalise. *The Lancet*, 372, 917-927.

Alma Ata'da vurgulanan hususlardan diğerlerine göre en az başarılan husus toplum katılımıdır. Toplum katılımı ile öncelikler belirlenerek hareket edilmesi durumunda süreçler daha yavaş olmasına rağmen toplum katılımı olmayan süreçlere göre daha etkili olmaktadır (Lawn vd., 2008, s.924).

Alma Ata'dan sonra sağlık hizmetlerinde yaşanan değişim ve gelişim süreci çerçevesinde, toplum ihtiyaçları ve beklentileri de göz önünde bulundurularak DSÖ tarafından günümüz sağlık sorunlarının giderilebilmesi için önerdiği sağlık hizmeti reformları dört başlıkta değerlendirilmektedir (WHO, 2008a). Bu reformlar, mevcut durumda ortaya çıkan sağlığı tehdit eden etmenlere karşı etkili araçlar olma, temel sağlık hareketine hayat veren hakkaniyet değerleri, toplumsal birliği güçlendiren dayanışma ve sosyal adalet ile modernleşen toplumların gittikçe artan beklentilerinin hepsiyle kesişim içinde olma iddiasıyla ileri sürülmektedir (Akdağ, 2008, s.42).

1. Kapsamlı erişim: Bu reformlar, özellikle bütün toplumu kapsayan bir güvence ve sosyal sağlık koruyuculuğu hedefini ifade etmektedir. Bu hedefe doğru yaklaşılmasıyla, hakkaniyet ile sosyal adaletin sağlandığı, sosyal farklılıkların yok edildiği ve ayrımcılığın olmadığı bir sağlık sistemi ortaya konulması sağlanacaktır.

2. Hizmet sunumu: Sağlık sisteminin önemli rolü, insanların değişen dünyaya daha çok uyum sağlayabilmesi ve sosyal olarak daha aktif olmasını sağlamak, sağlıklarının geliştirilmesi ile ilgili daha iyi sonuçlar ortaya koyabilmektir. Hizmet sunumu alanındaki reformlar ile hedefleri gerçekleştirmek üzere sağlık hizmetlerinin kişilerin ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda yeniden organize edilmesi sağlanacaktır.

3. Kamu düzeni: Toplum sağlığı, sağlık sektörü altındaki paydaşların işbirliğinin konusu olmaktan öte bir kapasite ve sorumluluk alanıdır. Bu yüzden üst otoritelerin önderliğinde çoklu sektörel işbirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Toplumun yararını gözeten politikaların farklı sektörler arası işbirliği yoluyla hayata geçirilmesi için, hem ulusal hem de ülkeler arasında toplum sağlığı girişimlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu şekilde toplum sağlığı eylemleri temel sağlıkla entegre edilerek sağlıklı toplumların oluşturulması sağlanmış olacaktır

4. Liderlik: Nicelik ve nitelik sorunu yaşayan insan kaynakları, tanı ve tedavi araçları, her türlü gelişme, değişim ve sosyal olaylarla farklılaşan risk alanları ve bunlara çözüm

üretimde yüksek ivme gösteren bilimsel gelişmelerin baskısı altındaki çağdaş sağlık sistemleri çok karmaşık bir hal almıştır. Bir tarafta herşeye karar veren merkezi yönetim ve kontrol anlayışı, diğer tarafta devletin “bırakınız yapsınlar” kayıtsızlığı bulunan iki aşırı uç arasında kararlı ve istikrarlı bir dengenin sağlanması gerekmektedir. Bu karmaşıklık içinde güçler dengesini, daha doğrusu dengesizliğini dengeleyici, katılımcı, tartışmaya dayalı bir liderlik, sistemin bütünlüğü için oldukça yarar sağlayacaktır (Akdağ, 2008, s.44).

TSH yaklaşımı önceki anlayışa göre kırsal kesimdeki yoksullar için temel bir hizmet paketi olarak görülürken, temel sağlık reformlarının yeni yaklaşımı ile geniş kapsamlı sağlık hizmetlerine bütünüyle erişimi kabullenmektedir. Yine eski yaklaşım anne ve çocuğa odaklanırken günümüz yaklaşımında sadece anne ve çocuk değil bütün dezavantajlı bireyler hedeflenmektedir. Eskiden akut enfeksiyon hastalıkları hedef alınırken, bugün sağlık riskleri ve bütün ömür boyunca karşılaşılan hastalıklar konu edilmektedir. Sağlıklı bir yerel çevre anlayışından sağlıklı yerel ve global çevre anlayışına geçilmiştir. Hesaplılık ve küçük ölçekli yapılanmadan, eksiksiz herkesin hizmet alacağı şekilde büyümenin yönetilmesine yönelinmiştir. Devlet merkezli ve yukarıdan aşağıya dikey organizasyonlardan, kamu ve özel sektör işbirliğindeki sağlık sistemlerine geçilmiştir. Karşılıklı yardım ve teknik desteğin yerini küresel dayanışma ve birlikte öğrenme almaya başlamıştır. Hastanelerden uzak birinci basamak sağlık hizmeti öncelenirken, uygun hizmet için koordine sevk sistemi öne çıkmaktadır. TSH daha az maliyetli iken, günümüz yaklaşımında yatırımlar gerektirmesi nedeniyle daha maliyetli olmaktadır, ancak harcamaların fazla olması ile daha iyi değerlere ulaşılmaktadır (bkz. Tablo 2) (Akdağ, 2008, s.40).

Tüm dünyada TSH yaklaşımının geçmişten günümüze nasıl şekillendiği Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Temel Sağlık Hizmeti Anlayışındaki Değişimler

Başlangıçta hâkim olan temel sağlık hizmeti anlayışı	Günümüzde temel sağlık hizmeti anlayışı
Kırsal kesimde yaşayan yoksulların temel sağlık hizmetleri paketlerine ve temel ilaçlara daha kolay erişebilmesi	Evrensel ulaşım ve sosyal sağlık güvencesine ulaşma amacıyla mevcut sağlık sistemlerinin yeniden düzenlenmesi ve dönüşümü
Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi	Toplumdaki herkesin sağlığı ile ilgilenme
Özellikle akut ve bulaşıcı olmak üzere az sayıda seçilmiş hastalığa odaklanma	Hastalık ve risklerin kapsamını dikkate alarak, insanların beklenti ve ihtiyaçlarını kapsamlı olarak karşılama
Köy düzeyinde sağlık eğitimi, sanitasyon, su ve hijyen iyileşmesini sağlama	Sağlıklı hayat tarzlarının özendirilmesi sosyal ve çevresel zararların sağlığa olan etkilerinin azaltılması
Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları için basit bir teknoloji	Teknoloji ve ilaçlara erişimi kolaylaştıran ve doğru kullanımını sağlayan sağlık çalışanları ekibi
Yerel sağlık komiteleri eliyle yerel kaynakların harekete geçirilmesi ve sağlık merkezlerinin yönetimine katılım	Politika tartışmalarına ve hesap verebilirlik mekanizmalarına sivil toplumun örgütlü katılımı
Devlet tarafından finanse edilen ve sunulan, yukarıdan aşağıya merkezi yönetim esaslı sağlık hizmetleri	Küresel bağlamda işleyen çoğulcu (pluralistik) sağlık sistemleri
Artan kıstlılıklar ve küçülmenin yönetimi	Sağlık kaynaklarının artışı yöneterek evrensel erişime (universal coverage) doğru yönlendirme
Karşılıklı yardım ve teknik destek	Küresel dayanışma ve birlikte öğrenme
Hastanenin antitezi olarak Temel Sağlık	Bütün basamaklarda kapsamlı sonuç almanın koordinatörü olarak Temel Sağlık
Temel Sağlık Hizmetleri ucuzdur ve mütevazı yatırım gerektirir	Temel Sağlık Hizmetleri ucuz değildir: makul yatırım gerektirir, fakat alternatiflerine göre harcanan parayla daha iyi değer üretir.

Kaynak: Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

2. BÖLÜM

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinde, talebin en iyi şekilde karşılanma isteği, uzmanlaşmanın giderek artması ve kıt kaynakların etkili ve verimli kullanılması için hizmet sunumunda kalite ve eşitliği de sağlayacak şekilde basamaklandırma temelinde örgütlenmeye gidilmiştir. Basamaklandırma, hizmetin bölgeselleştirilmesinin temelini oluşturan değişik düzeyde sağlık hizmeti ihtiyacına cevap verecek örgütlenme olarak ortaya çıkmıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak örgütlenmiş sağlık hizmetlerin ilk basamağı olan BBSH, ilk olarak 1920 yılında Birleşik Krallık'ta Dawson Raporu'nda yer almış ve sonraki süreçte sağlık hizmetlerinde güçlü bir örgütlenmenin merkezi olarak görülmüştür (Başak, 2007, s.136).

Güçlü sağlık sistemleri oluşturmak için ihmal edilemeyecek düzeyde önemli olan BBSH, sağlık sistemlerinin diğer bileşenlerini de etkileme özelliği ve toplumun tüm kesimine yönelik yaygın hizmet sunumu sebebiyle ülkelerin önemle üzerinde durdukları ve geliştirme yönünde sürekli çaba sarf ettikleri bir alandır.

BBSH, sağlık sistemlerinin belkemiği olarak belirtilmekte ve şu işlevlere sahip olduğu ifade edilmektedir (Rakel ve Rakel, 2007, s.5).

1. Hastanın sağlık sistemine girişinin ilk noktası olarak hizmet verir.
2. Kişiye sağlığında ve hastalıkta bakımın sürekliliğini sağlar.
3. Kapsamlı olarak tüm temel disiplinleri de belirli bir düzeyde içeren sağlık hizmeti sağlar.
4. Hastanın sağlık ihtiyaçları için tüm sağlık sisteminde koordinatör görevi görür.
5. Bireysel ve toplumsal olarak sağlık sorunlarıyla ilgili sorumluluk taşır.
6. Hizmetin kişiye özel olan şeklini sunar.

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

BBSH, bireylerin sağlık hizmeti ihtiyaçlarında sisteme ilk girişlerini sağlayan, nadir sağlık sorunları dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti sunan, kişiler ile tüm yaşam boyu devam eden bir ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan, bir hizmet düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Starfield, 1998, s.156).

Gelişmiş ülkelerde, birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin en alt düzeyi olan BBSH, hastanın sağlık sistemi ile ilk temas noktası olarak görülen bir dizi sağlık hizmetini kapsar. Bu hizmetler de hastalığın önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, teşhis, tedavi, rehabilitasyon şeklinde sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen hizmetler olarak değerlendirilir.

Starfield (1998, s.119)'da benzer şekilde, BBSH'yi, hastaların sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında ilk başvurdukları ve toplumun her kesimine koruyucu ve tedavi edici hizmet sunan ve sürekliliği ile yaşam boyu kişiyi izleyebilen, diğer basamaklar ile koordinasyonu sağlayan hizmet basamağı olarak tanımlamış ve ülkeler için birinci basamağı vazgeçilmez bir kademe olarak nitelendirmiştir. BBSH'nin sağlık sistemlerine adeta yön verebilme özelliği nedeniyle, sağlık sistemlerinde "sürücü koltuğu" olarak da ifade edilebileceği belirtilmiştir (Saltman vd., 2006, s.6).

Üç basamaklı örgütlenmiş sağlık sistemlerinde ikinci basamak sağlık hizmeti ise daha çok birinci basamağın yetersiz kaldığı, cerrahi ya da diğer gelişmiş müdahalelerin yapıldığı, uzman görüşü isteyen durumları ve hastanede ameliyat, danışma ve rehabilitasyonu içermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri düzeyi ise en fazla uzmanlık bilgisi gerektiren düzeydir. Nispeten nadir durumlar için örgütlenmektedir. Tipik bir üçüncü basamak kurumu son derece uzmanlaşmış ve teknoloji odaklıdır. Üçüncü basamak çoğunlukla eğitim hastanelerini, özellikle üniversitelere bağlı eğitim hastanelerini kapsamaktadır (Saltman vd., 2006, s.9; Starfield, 1994, s.1129).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

DSÖ tarafından Alma Ata'da sağlık hizmetlerine ilişkin belirtilen hususlar dünyadaki pek çok ülke için farklı düzeylerde yerine getirilmektedir. Ülkelerin sosyo ekonomik yapıları, gelişmişlik düzeyleri, sağlık hizmeti organizasyonları, küreselleşme, gelir dağılımındaki dengesizlikler gibi durumlarının farklı olması, Alma Ata Bildirgesi'nde belirtilen amaçlara ulaşılması açısından da ülkeler arasında farklılıklar oluşturmaktadır. Bazı ülkeler hala Alma Ata Bildirgesi'nde tanımlanan şekliyle birinci basamak düzeyine ulaşamamışken, sanayileşmiş ülkeler bunu aşmış ve BBSH'yi, sağlık sisteminin tüm yönlerine entegre bir strateji olarak görmüştür (WHO, 2004).

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun giderek artması sağlık hizmetlerine daha çok başvuruyu beraberinde getirirken sağlık harcamalarını da yükseltmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, hızlı nüfus artışı ve bu artışa cevap vermekte zorlanan mevcut sağlık hizmetlerinin nasıl daha iyi sunulabileceğine yönelik çabalar sarf edilirken, her iki grup ülkede de değişen koşullar, kendilerini her basamak sağlık hizmet sunumunda önlemler almaya yöneltmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2011, s.59).

Sağlık hizmetlerindeki yönelim 1980'li yıllarda sosyal politika alanında en çok gündeme gelen konular arasında yer almıştır. Ülkeleri sağlık hizmetlerinde değişime zorlayan en önemli nedenlerden biri demografik ve hastalık yapılarının değişmesi ile ortaya çıkan maliyet artışıdır. Bu çerçevede 1980'li yıllarda başlayan sağlık alanındaki gelişmeler ile etkili ve verimli hizmet sunumunun sağlanması, hizmete erişimin sağlanması, kaliteli hizmet sunumu ve hasta beklentilerinin karşılanması amaçlanmıştır (Günaydın, 2011, s.327). Bu amaçlara ulaşmak için ülkelerin yaptıkları uygulamalar, birbirlerine oldukça benzemekte ve bu nedenle kimi uzmanlar yapılan uygulamaları "sağlık sektöründe reform salgını" olarak nitelendirilmektedir (Keyder vd., 2007, s.37). Ülkelerce uygulanan faaliyetler doğrultusunda BBSH'de geleneksel uygulamalardan giderek uzaklaşmış ve etkin hizmet sunumuna yönelik modern uygulamalar geliştirilmiştir (bkz. Tablo 3).

Tablo 3. BBSH'nin Organizasyonu Kapsamında Yeni Eğilimler

Özellik	Geleneksel Uygulamalar	Modern BBSH Uygulamaları
Uygulamanın temeli	Akut hastalıkların teşhis ve tedavisi	Kronik hastalıkların izlemi, önlenmesi
Karşılaşma durumu	Reaktif (hasta tarafından başlatılan)	Proaktif (hekim tarafından başlatılan)
Hizmetin odağı	Profesyonelce olmayan (hekim odaklı)	Profesyonelce (takım odaklı)
Hizmet yeri	Çoğu hizmet tek bir yerde karşılanır	Hizmet yeri çeşitlilik gösterebilir ve seçilebilir
Kaynak dağılımı prensibi	"Benim için sağlık" vurgusu ile hasta talebi durumunda kaynak tahsisi	"Herkes için sağlık" vurgusu ile toplum ihtiyaçlarına göre kaynak tahsisi
Klinik karar vermenin temeli	Klinik özgürlük (bazen kendine özgü kararlar)	Kanıt dayalı kararlar (genellikle kurallar ve protokollere göre)
Hasta hekim ilişkilerinin doğası	Hekim uyarıları; sınırlı bilgi ile hükmedici tavsiyeler	Hasta tercihleri; bilinçli seçim temelinde ortak karar verme süreci
Kayıtların tutulma amacı	Kâğıt tabanlı kayıt ve hekim hasta görüşmesinde hatırlatma amaçlı hekim değerlendirmesi	Hastanın hastalığı ve izlemi için, ilgili birden fazla profesyonelce değerlendirilmiş, planlanmış düzenli elektronik kayıtlar

Kaynak: Trisha, G. (2007, s.10). Primary Health Care: Theory And Practice. London: Blackwell Publishing.

BBSH'de geleneksel uygulamalara bakıldığında hizmetin planlanması, sunumu, karar verme ve kaynak tahsisi gibi özellikler çoğunlukla sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılırken, modern BBSH uygulamalarında bu özellikler toplum ihtiyaçları, katılımı ve beklentileri göz önüne alınarak gerçekleştirilmektedir.

2.3. Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İlişkisi

TSH ve BBSH sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan, fakat farklı kavramları işaret eden benzer terimlerdir. İngilizce “primary health care” ifadesi Türkçe karşılığı çoğunlukla temel sağlık hizmetleri olarak aktarılmıştır ve “öncelikli, temel veya esas sağlık bakımı” şeklinde açıklanmaktadır. Öte yandan birçok yazılı kaynakta “primary health care” ifadesi “birinci basamak sağlık hizmeti” yerine de kullanılmaktadır (Akdağ, 2008, s.26). Ancak, uluslararası düzeyde bu iki terimin oldukça farklı iki oluşumu tanımladığı kabul edilir. BBSH çoğunlukla kısa vadede, bireylere sunulan "Aile Hekimi Tipi" hizmetlere ait daha dar bir kavramı tanımlamaktadır. TSH ise, DSÖ tarafından dile getirilmiş temel ilkelere türetilmiş, hem bireylere sunulan hizmetler olarak daha dar kapsamda ifade edilen BBSH'yi, hem de toplum düzeyinde "Halk Sağlığı Tipi" hizmetleri içeren sağlık politikası ve hizmet sunumuna dair bir yaklaşımı tanımlayan daha geniş bir kavramdır (Muldoon vd., 2006, s.410-411).

Gelişmiş ülkelerde BBSH terimi, gelişmekte olan ülkelerde tercih edilen TSH terimine göre daha çok kullanılmakta ve TSH bireysel hasta bakımı ve halk sağlığı işlevlerini içermektedir (Awofeso, 2004, s.93-94).

BBSH ve TSH'nin kapsamı, tüm nüfus için erişilebilir olan minimum elzem hizmetlerin içerisinde neler olduğuna göre değişmektedir. BBSH'de odak nokta daha çok özelleştirme, fiziksel sağlık ile fonksiyonelliğin iyileştirilmesi ve tedavisi, ikincil ve üçüncül hizmetlere sevk ve sınırlı koruyucu hizmetler olarak ifade edilebilir (Barnes vd., 1995, s.8).

Öte yandan TSH, kamu kurum ve kuruluşları tarafından bütün bireylere ve ailelere, toplum katılımının sağlanması yoluyla toplumun dahil olduğu hizmetleri sunarak yürütülmektedir. TSH'nin birincil odak noktası sağlık hizmetlerinin çoğunluğa, koruyucu sağlık hizmetleri vurgusu ile birlikte sunulmasıdır (Barnes vd., 1995, s.8). Ayrıca TSH kompleks vakaların ikinci ya da üçüncü basamağa yollandığı sevk zincirinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Bağışıklama ve sağlık eğitimi gibi bazı koruyucu hizmetlere yönelik faaliyetlerde bu TSH kapsamında yürütülmektedir. Alma Ata Bildirgesi'nde TSH kapsamı; mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol

altında bulundurma metodlarını içeren eğitim, uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve çocuk sağlığı hizmetleri, anne sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları, salgın hastalıklardan korunma ve kontrol, genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi şekilleri ve gerekli ilaçların sağlanması olarak belirtilmiştir. TSH ayrıca sağlık bakım sistemi içinde bir başka düzey olmaktan çok toplumların sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik bir yaklaşım ve felsefe olarak da algılanmaktadır (Tatar, 1994, s.81). Alma Ata Bildirgesi, bir ulusun sağlık bakım sisteminin tüm unsurlarını geliştirmeye yönelikken, en az gelişmiş basamak olan birinci basamak üzerinde yapılan vurgu, TSH'nin birinci basamak ile özdeşleşmesine neden olmuştur (Tatar, 1994, s.81). Ancak, TSH ve BBSH toplum katılımı, işbirliği, erişim ve güçlendirme yönünden farklılıklar gösterebilmektedir (bkz. Tablo 4).

2.3.1. Toplum Katılımı

Toplum katılımı belirli bir coğrafi bölgede yaşayan ve ortak ihtiyaçlara sahip belirli grupların kendi ihtiyaçlarının tanımlanmasını aktif olarak takip ettikleri sosyal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu katılım, sağlık çalışanları ve yöneticileri ile toplum arasındaki ilişkilerde hizmet sunumu ve erişilebilirliği arasında eşitlik olmasını da ifade etmektedir (Rifkin vd., 1988, s.931).

Toplum katılımının ortaya çıkması için gerekli bazı bileşenler bulunmaktadır. İlk olarak, toplumu tanımlamak için bir çerçeve geliştirilmeli ve kullanılmalıdır. Toplumun tanımlanması coğrafya, ortak çıkarlar ve ortak sağlık sorununa sahip olma gibi özellikler içermelidir. İkinci gerekli bileşen, bireylerin bir topluma ait olduklarının farkında olma seviyeleri iken, diğer bileşenler ise, toplumsal farkındalığı harekete geçirme mekanizmaları, siyasi sistem tarafından toplumun tanınması, sağlık profesyonellerinin toplum ile ortak çalışma isteği, katılımın açık bir tanımının yapılması ve bir katılım kültürünün oluşturulmasını içermektedir (Meleis, 1992, s.6).

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımı üç farklı yaklaşım ile ifade edilmektedir. Hastalığın tedavisini amaçlayan ve hekimler tarafından kontrol edilen **tıbbi yaklaşım** ile toplumun hizmetlerin sunumunda aktif rol almaları yönünde harekete geçiren **sağlık hizmetleri yaklaşımı**, uzman odaklı "yukarıdan aşağı doğru" yaklaşımlardır ve BBSH ile karakterizedirler. Sağlığın geliştirilmesi için insanların kararlara etkin katılımını

gerektiren **toplumsal gelişme yaklaşımı** ise toplum odaklı “aşağıdan yukarı doğru” bir yaklaşımdır ve TSH ile karakterizedir (Rifkin vd., 1988, s.931-932).

Toplum katılımının şeklinin belirlendiği bu yaklaşımların yanı sıra topluluklar belirlenip tanımlandığında karar süreçlerine kimin katılacağı sorusu ele alınmalıdır. Toplumlar homojen varlıklar değildir ve liderleri sadece toplumun bir kesimini temsil edebilmektedir. Özellikle kadınlar, çocuklar ve azınlıkların katılımı konusunda değerlendirme uygun şekilde yapılmalıdır. Kimin katılacağı belirlendikten sonra bu katılım, faaliyetlere aktif şekilde katılma, programın uygulanmasına katılma, programın izleme ve değerlendirmesine katılma veya programın planlamasına katılma şeklinde olabilmektedir (Rifkin vd., 1988, s.932).

Toplumsal katılım sadece sağlığın geliştirilmesi için gerekli bir uygulama olarak görülemez. Dinamik bir süreçtir; TSH ilkelerinde toplum katılımı tanımlanmıştır ve bu kapsamda desteklenmektedir. BBSH, TSH tarafından önerilen ve tanımlanmış toplumsal katılımdan yoksundur. BBSH’de toplumsal katılımın planlanması ve uygulanmasındaki güçlük tanımında, bileşenlerde ve sağlık hizmeti sunucularının görevlerinde açığa çıkmaktadır (Rifkin vd., 1988, s.932). BBSH’de çoğunlukla hizmetlerin geri ödemesine odaklanılarak, toplumsal katılım için gerekli koşullar sağlanmamaktadır (Barnes vd., 1995, s.10).

2.3.2. Sektörler Arası İşbirliği

Sektörler arası işbirliği, farklı toplumlar veya sektörlerin (sağlık, sosyal yardım, konut, eğitim, tarım, sanitasyon vb.) karşılıklı kabul edilmiş hedefler doğrultusunda ortak çabası olarak tanımlanmaktadır. Sektörler arası işbirliği ile uluslararası ve ulusal politikalar, yerel durumlara uyarlanabilmekte ve yine diğer sektörler ile işbirliği halinde kaynaklar tahsis edilmekte ve programlar geliştirilebilmektedir (Barnes vd., 1995, s.11).

TSH sektörler arası işbirliği hedeflerinde sağlığı merkez almaktadır. TSH’de sağlık personeli istihdamı, eğitimi, kaynak dağılımı, ihtiyaç tespiti, sağlık sorunları için çözüm üretme gibi konular diğer sektörlerle işbirliği içerisinde yapılabilmektedir. Bu kapsamda TSH, ekonomik, çevresel, sosyal veya politik bileşenleri sağlığın belirleyicileri olmalarından dolayı dışlamamaktadır (Flynn, 1992, s.17). BBSH’de ise geçmiş yıllarda,

çoğunlukla sağlık hizmet sunumunda sağlık profesyonelleri, belirleyici konumda iken sektörler arası işbirliği sıklıkla uygulanmamakla birlikte günümüzde bütüncül hizmet sunum yaklaşımı ile sağlığı etkileyen diğer belirleyicilere de odaklanarak diğer sektörler ile de işbirliğine gidilmektedir (Barnes vd., 1995, s.12).

2.3.3. Erişim

TSH perspektifli bir sağlık hizmetinde erişim, hizmet verilecek topluma odaklanmak anlamına gelmekte olup, tüm gruplar için eşit maliyet, kalite ve kapsayıcılıkta hizmet sunumu, nüfusun ihtiyaçları ve coğrafi dağılımına dayalı kaynak organizasyonu ile tüm bireylerin sistemle olumlu etkileşimlerin sağlanmasıdır (Barnes vd., 1995, s.13).

Öte yandan, BBSH perspektifine göre erişim, bireyin hastalıktan korunma ve tedavi hizmetine ihtiyacı ile ilgilidir. Bu perspektife göre, sağlık öncelikleri ve ihtiyaçları, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, satın alınabilirliği ve uygunluğu, sağlık hizmeti sunucuları tarafından belirlenir. BBSH perspektifine göre bu durum pazar odaklı bir sağlık ekonomisinde rekabet etmek için elzemdir (Barnes vd., 1995, s.13).

2.3.4. Güçlendirme

Pek çok uygulama alanında giderek önemli bir yer tutmaya başlayan güçlendirme kavramı sağlık alanında da sağlığı geliştirme stratejilerinin önemli bir bileşeni olarak ele alınmaktadır. Genel olarak güçlendirme iki düzeyde tanımlanmaktadır. Bireysel düzeyde, kişinin kendi kararlarını vermesi ve kendi yaşamı üzerinde kontrol düzeyinin artırılması olarak tanımlanırken, toplumsal düzeyde ise, bireylerin karar verme süreçlerine vurgu yapan sosyal ve politik aktivitelerine katılımını içermektedir (Tekin vd., 2009, s.23). Ancak güçlendirmenin tanımı kişinin veya toplumun özelliklerine ve kullanıldığı duruma bağlıdır ve değişiklik gösterebilmektedir. TSH ve BBSH perspektiflerini güçlendirme bakımından karşılaştırırken güçlendirme sağlayacak faaliyetleri çerçeveleyen varsayımlar ve değerlere dikkat edilmesi gerekmektedir (Barnes vd., 1995, s.14).

Toplumları sağlıklı bir statüye kavuşturmanın bir aracı olarak görülen güçlendirme, Alma Ata Bildirgesi'nin kabulü ile öncelikli bir konu olarak ortaya çıkmıştır. TSH'de

güçlendirme, kararların ve eylemlerin kolektif bir şekilde toplum ile birlikte yapılması, süreç ve sonuçta işbirlikçi ve etkileşimci bir hizmet sunum anlayışı olarak ön plana çıkmakta iken, BBSH’de çoğunlukla güçlü olan hizmet sunucusudur ve belirleyicidir (Barnes vd., 1995, s.14).

Tüm bu değerlendirmeler doğrultusunda, BBSH evrensel erişim, toplumsal katılım veya kaynakların kullanımı gibi özellikleri açısından, sistem düzeyinde bir işleve yönelik içeriğe sahip değildir. Buna karşılık TSH, hasta bakımı ve halk sağlığı işlevleri arasındaki ilişki gibi belirleyici özelliğe sahip bir sağlık politikası ve hizmet sunumu yaklaşımını içermektedir (Muldoon vd., 2006, s.410).

2.3.5. Gereklilik/Elzemlik

TSH’nin ayırt edici bir diğer özelliği elzemlik ya da gerekliliktir. Alma Ata Bildirgesi’nde TSH kapsamında sunulması gerekli hizmetler belirtilmiştir. TSH asgari olarak; eğitim (mevcut sağlık sorunları hakkında), gıda tedariki ve doğru beslenmenin geliştirilmesi, güvenli su temini, temel sanitasyon, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, bağışıklama, yerel olarak endemik hastalıkların kontrolü, yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi, ruh sağlığının geliştirilmesi ve temel ilaçların sağlanmasını içerir. Ayrıca TSH yaklaşımında gereklilik kavramı, ekonomik ve sosyal gelişmeyi “herkes için sağlık” idealinin temeli olarak varsayarken, BBSH kapsamında gereklilik kavramı, klinik olarak sunulan fiziksel ya da ruhsal sağlık hizmetleri anlamına gelmektedir (Barnes vd., 1995, s.9).

Çeşitli meslek örgütleri ortak bir kapsamda sağlık hizmetlerinin esasını koruma, tanı, tedavi, sağlığın idamesi ve rehabilitasyon olarak tanımlamıştır. Elzem hizmetlerin çekirdeğini oluşturan belirli hizmetler; birincil sağlık hizmetlerini, hastane hizmetlerini, yatarak ve ayakta tedavi hizmetlerini, evde bakım hizmetlerini, prenatal, perinatal, bebek ve çocuk bakımı gibi koruyucu hizmetlerini, okul temelli hastalık önleme programlarını, tarama testlerini, reçeteli ilaç, tıbbi malzeme ve donanımlarını, laboratuvar ve radyoloji hizmetlerini, ruh sağlığı hizmetlerini, madde bağımlılığı tedavisi ve rehabilitasyon, yaşam sonu dönem bakımını, nispeten kısa vadeli uzun dönem bakım hizmetlerini, ve uzun süreli hastane yatışını önlemek için belirlenen restoratif hizmetleri içermektedir (Barnes vd., 1995, s. 10).

Sonuç olarak, BBSH terimi kalıcı biçimde tanımlanmışken, TSH teriminin kullanımında hala heterojenlik vardır. TSH'nin yerine BBSH terimi her kullanıldığında, birçok tartışma gerçekleşmekte ve nadiren fikir birliğine varılmaktadır. BBSH teriminin bireylere sunulan "Aile Hekimi Tipi" hizmetlere atıf yapmak için kullanılması uygun görülmektedir. TSH teriminin hem bireylere sunulan hizmetleri hem de toplum düzeyinde "Halk Sağlığı Tipi" işlevleri içeren ve DSÖ tarafından dile getirilmiş temel ilkelerden türetilmiş sağlık politikası ve hizmet sunumuna dair bir yaklaşımı tanımlamak için kullanılması önerilmektedir. Açıkça iki farklı kavrama atıf yapan bu iki terim çok benzerdir (Muldoon vd., 2006, s.410-411). TSH ve BBSH yaklaşımına yönelik temel farklılıklar Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. BBSH ve TSH Arasındaki Farklılıklar ve Benzerlikler

	BBSH	TSH
Toplumsal katılım	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Katılım, hizmeti sunan tarafından yönetilir ➤ Toplum katılımı, güç paylaşılması olarak tanımlanır ➤ Profesyonellerin rolü, uzmanlık, hizmet sunuculuk, yetki ve takım liderliğidir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toplum tarafından yönetilir ➤ Toplum hizmet sunumunun şekillenmesinde rol alır ➤ Profesyonellerin rolü, kolaylaştırıcı, danışman, katalizör ve kaynaktır
Sektörler arası işbirliği	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti ekibi üyeleri arasından oluşur ➤ Birey/aile odaklıdır ➤ Kaynaklar için rekabet vardır 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün ötesine geçer ➤ Sağlık personeli istihdamı, kişi eğitimi ve diğer sektörler arasındaki işbirliğini içerir ➤ Topluma/bütüne odaklıdır ➤ Kaynak tahsisi üzerinde işbirliği vardır
Erişim	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tıp yönelimli sağlık hizmetlerine sınırlı erişebilirlik vardır ➤ Sağlık hizmetlerine erişim uygunluk ve üçüncü taraf geri ödemesi ile sınırlıdır 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sağlık hizmetleri ve kaynaklara evrensel erişilebilirlik ve uygunluk söz konusudur
Güçlendirme	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bireyin kişisel bakım için kaynak elde edebilmesine odaklıdır ➤ Ataerkil etkileşim mevcuttur ➤ Süreç hizmet sunan desteklidir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kararlar ve eylemler kolektif olmaktadır ➤ Güç dağıtılmıştır ➤ Süreç ve sonuç, işbirlikçi ve etkileştiricidir
Zorunluluk, gereklilik	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Özel, kar amacı güden sektör tarafından sunulma eğilimindedir ➤ Birincil odak noktası tedavi ve iyileştirme değildir ➤ Sınırlı düzeyde koruyucu hizmet sunar ➤ Hasta uygunluğuna göre ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine yönlendirme yapar ➤ Odak noktası kaynakları yüksek teknoloji hizmete tahsis etmektir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kamu odaklı olma eğilimindedir ➤ Kaynakları çoğunluk için koruyucu sağlık hizmetlerine tahsis eder ➤ Hizmetler ödeme kaynağından bağımsız, evrensel olarak erişilebilirdir ➤ Toplum tarafından tanımlanmış minimum düzeyde hizmet odaklıdır

Kaynak: Barnes, D., Eribes, C., Juarbe T., Nelson M., Proctor, S., Sawyer, ve diğerleri. (1995). Primary Health Care and Primary Care: A Confusion of Philosophies . *Nursing Outlook*, 43(1), 7-16.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Birinci basamakta sunulan hizmetin özelliğinin ülkeden ülkeye değişmesi ile işlevselliği de değişebilmektedir. Kapsayıcı ve işlevsel bir BBSH dört temel özelliğe sahiptir. Bu özellikler; hastanın sağlık hizmetine erişiminde *ilk başvuru noktası* olması, hastanın sadece hastalandığı dönemde değil uzun süreli olarak izlenmesi (*süreklilik*), sadece belirli ve acil durumlarda değil, koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin sunulması (*kapsayıcılık*) ve sağlık sisteminin diğer basamakları ile entegre çalışmasıdır (*koordinasyon*). (Beasley vd., 2007, s.519; Starfield, 1998, s.156). Bu özellikler BBSH'nin fonksiyonelliğinin de göstergesi olarak değerlendirilebilir.

2.4.1. İlk Başvuru Noktası

İlk başvuru, hastanın yeni sağlık hizmeti ihtiyacının ortaya çıkması durumunda ilk olarak birinci basamağa başvurması ile sağlık sistemine giriş yapması anlamına gelmektedir (Macinko vd., 2003, s. 839). Ancak, ilk başvuru özelliğinin sağlanması için, hastaların sağlık hizmeti veren kurumu ya da kişiyi erişebilir olarak görüp, sağlık sorunlarında ilk olarak buraya başvurması gerekmektedir. Birinci basamağın ilk başvuru yeri olma özelliği aynı zamanda, hastaların birinci basamak hekiminin yönlendirmesi olmadan uzman hekime erişememesine de olanak sağlamakta ve bu özellik ile hasta için gereksiz işlemler ve maliyet azaltılmakta ve sağlık çıktılarının iyileşmesi de sağlanmaktadır (Starfield, 1994, s. 1131; Beasley vd., 2007, s.519).

İlk başvuru noktasının önemli ve ayırt edici özelliği, hastanın sağlık hizmeti alma sürecinin başlangıcı olmasıdır. Bu özellik birinci basamağı diğer basamaklardan ayıran en önemli özelliktir. BBSH'nin ilk başvuru noktası olma özelliği ile toplumun hizmete ulaşabilmesi ve hizmetin ihtiyaç olması durumunda her zaman kullanılabilir olması sağlanmaktadır (Starfield, 1998, s.135). Bu şekilde, BBSH ya doğrudan hizmet sunucu ya da kolaylaştırıcı olarak işlev görmektedir.

BBSH'nin ilk başvuru noktası olması özelliğinin önemli bir bileşeni ulaşılabilirliktir. Ulaşılabilirlik, hizmete erişim, hastanın sisteme giriş, erişim, iletişim ve hizmet

kullanımının kolaylıkla sağlanmasıdır. Bu özellik hastanın bakım hizmetini ihtiyaç duyduğu yer ve zamanda alabilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Çeşitli fiziksel, psikolojik, finansal, sosyokültürel veya coğrafik bariyerler ulaşılabilirliği kısıtlayabilmektedir. DSÖ'nün birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirme şemasında ulaşılabilirliği kısıtlayan 3 temel özelliğe vurgu yapılmıştır. Bunlar coğrafik, organizasyonel ve cevap verebilirliktir (bkz. Tablo 5) (WHO, 2010).

Tablo 5. BBSH'de İlk Başvuru Özelliğinin Boyutları

Fonksiyon	Alt Fonksiyon	Boyut	Gösterge
Sağlık Hizmeti Sunumu	Hizmete Erişim	Coğrafik Erişim	Hizmet sunum yerinin uzaklığı
			Birinci basamak hekim dağılımı
		Organizasyonel Erişim	Bekleme listeleri
			Hekimin iş yükü
			Hekimin mesai saatleri
			Evde bakım
			Konsültasyon planlama
			Elektronik erişim
		Cevap Verebilirlik	Zamanında hizmet sunumu
			Hizmet şekli
Özel hasta grupları için klinikler			

Kaynak: WHO, (2010). Primary Care Evaluation Tool. Erişim: 24 Ekim 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf?ua=1

Sağlık sistemlerinde hastanın zaman ve kaynak kullanımına doğrudan etkisi bulunan BBSH ile hastanın ikinci veya üçüncü basamağa doğrudan erişimini engelleme de amaçlandığı söylenebilir. Birinci basamakta, hastanın ilk başvuruyu ikinci ya da üçüncü basamağa yapmasını engellemek, hastanın takibini yapabilmek ve koordinasyonu sağlamak amacıyla kapıtutuculuk (gatekeeping) sistemi de uygulanabilmektedir.

Kapıtutuculuk, birinci basamak hekimlerinin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarına başvurularını kontrol etme yetkisine sahip olması ve hastaların her türlü sağlık sorunlarında ilk olarak genel pratisyene başvurması, karmaşık ya da çözülemeyen durumlarda uzman hekime sevk edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Öcek vd., 2006, s.145; Kroneman vd., 2006, s.73). Bir diğer ifade ile kapıtutuculuk, birinci basamağın kuvvetlendirilmesi ve sıkı bir sevk sistemi uygulanması ile birinci basamak hekiminin bir hasta için gerekli tüm sağlık hizmetlerini koordine etmesi olarak da tanımlanabilir (Keyder vd., 2007). Kapıtutuculuk sistemini uygulayan birçok ülkede birinci basamak

hekimi olan genel pratisyenler kapıtutucu rolü üstlenmekte ve hastalar ancak birinci basamak hekiminin sevk etmesi durumunda uzman hekim hizmetine erişebilmektedirler. Kapıtutuculuk sisteminde, birinci basamak hekimleri sadece hastanın sevk edilmesinden veya hastaya ilk hizmeti vermekten sorumlu olmayıp ayrıca hastasının sevk sonrası sürecini takip ederek izlemine de gerçekleştirmektedir. Bu durum, birinci basamak hekimine, hastasının sağlık sisteminde birinci basamak dışındaki diğer aşamalarda hizmet kullanımını da kontrol etme imkanı sağlamaktadır (Öcek vd., 2006, s.145).

Kapıtutuculuk fonksiyonu, iki şekilde yürütülmektedir. İlki kamu bünyesinde hizmet veren genel pratisyenlerin coğrafik bölgeler bazlı tanımlanmış nüfusa hizmet vermesi iken ikincisi ise özel olarak çalışan genel pratisyenlerin belirli dönemlerde kendilerine kayıtlı hastalara hizmet vermesi şeklindedir (TTB, 2007, s.17). Her iki durumda da kapıtutuculuğun iki rolünden bahsedilebilir. İlki kapıtutuculuk ile uzman hekim, hastane hizmetleri ya da diğer pahalı hizmetlerin kontrolü ile sağlık hizmeti maliyetlerini sınırlama ya da düşürme; ikincisi ise hizmet kalitesini geliştirmektir (Saltman vd., 2006). Öte yandan, hastanın hizmet ihtiyacında ilk başvuruyu genel pratisyene ya da uzman hekime yapabileceği ve uzmanlık hizmetlerine erişimin doğrudan olabildiği uygulamalar da vardır ki bu uygulamalar, açık sistemler ya da direkt erişim olarak adlandırılmaktadır (Öcek vd., 2006, s.146; Kroneman vd., 2006, s.73-74).

Hastaların sağlık hizmeti için ilk başvurusunda uygulanan hem kapıtutuculuk sisteminin hem de açık sistemin, hastalar ve sağlık sistemleri açısından olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Hangi sistemin tercih edilmesi gerektiğine dair tartışmalar hala devam etmektedir. DSÖ, sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasına yönelik örgütsel bir model olarak "kapıtutuculuk" türündeki sistemlerin önemini vurgulamış, ancak bu sistemlerin sonuçlarının daha iyi olduğuna yönelik destekleyici çalışmaların yetersiz olduğunu belirtmiştir (Kroneman vd., 2006, s.74).

Kapıtutuculuk sistemi, hastanın ihtiyacı olan uygun sağlık hizmetini alması, bütçe kısıtlılığı ve hizmet dağılımında adaleti sağlamak açısından giderek daha fazla ilgi gören bir sistemdir (Willems, 2001, s.25). Ayrıca hizmetlerin koordinasyonunu sağlamak, gereksiz kullanımı önlemek, hizmetten yararlanmada eşitliği sağlamak açısından da sağlık sistemlerine olumlu katkıları bulunmaktadır. Kapıtutuculuk sistemi

sağlık hizmetlerinin uygun bir şekilde kullanılmasını teşvik etmek, hastaların takibini sağlamak amacıyla gittikçe daha fazla sayıda ülke tarafından uygulanmaya çalışılmaktadır (Paris vd., 2010, s.41).

Fransa'da hekimlerin hastaları kayıt etmeleri ve sevk sistemini uygulamaları için finansal teşvikler yapılmakta, Almanya'da hastalık fonlarının kapıtutuculuk kurallarına uyan hastalar için mali teşvikler geliştirmesi zorunluluğunun yanısıra, Amerika'da kapıtutuculuk, sağlık hizmeti sunan kurumların temel işlevi olarak görülmektedir. Kapıtutuculuk sistemi, açık sisteme kıyasla daha az hasta memnuniyetine yol açabilecek iki unsura sahiptir. Birincisi, hastalar uzman bakımına ihtiyaç duyduklarında da bir genel pratisyene gitmelidirlerki, bu da, hastanın zamanını alarak memnuniyetsizlik hissi doğurabilmektedir. İkincisi ise, kapıtutuculuk sistemi hastayı genel pratisyene başvurmaya zorlamakta ve genel pratisyenin de bu zorunluluk sebebiyle hastaları kendilerine başvurmaları için herhangi bir teşvik edici veya diğer hekimler ile rekabet edici uygulamalar geliştirmeye zorlamamaktadır. Bu sebeple hastaların bir hekimden diğerine yönelmelerini sağlayacak teşvikler olmamaktadır (Kroneman vd., 2006, s.73).

Öte yandan, geniş bir hizmet sunum kapasitesine sahip olmayan ve toplum tabanlı örgütlenmenin olmadığı bir birinci basamak yapılanması ve birinci basamak hekiminin öneminin toplumca bilinmediği durumlarda kapıtutuculuk hasta hekim ilişkilerine zarar vermekte, sistemin işlerliğinin azalmasına sebep olmaktadır (TTB, 2007, s.19). Ayrıca, kapıtutucuk sistemi ile hastaların hekim seçme özgürlüklerinin kısıtlandığı algısı ile hastanın sisteme bakışı olumsuz olabileceği gibi, hizmet sunucular arasındaki rekabetin de azalmasına sebep olabilmektedir (Starfield, 1994, s.1131). Bu sebeple kapıtutuculuk sisteminin, birinci basamak hizmet kapasitesinin yüksek olduğu, sağlık hizmetlerinin birinci basamak yönelimli olduğu ve birinci basamak hekiminin sayı ve nitelik olarak yeterli olduğu sistemlerde uygulanması etkili olacaktır (TTB, 2007, s.17).

Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanmadığı, ilk başvuruda istenilen düzeyde ve istenilen hekime erişimin kolaylıkla sağlandığı açık sistemler ise, hastalar açısından, sağlık hizmeti için başvuru yeri ve hekim serbestliği bakımından olumlu karşılanmaktadır. Eğer hasta uzman hekim hizmetine yönelik doğru karar verebilmiş ve doğru tercih yapmış ise birinci basamak hizmetinde geçireceği zaman ve maliyetten tasarruf edebilmektedir. Ancak, açık sistemde her hastanın dilediği yerden hizmet alması

karmaşıklığa, verimsizliğe, gereksiz kullanıma ve kaynak dağılımında adaletsizliğe sebep olabilmektedir (Öcek vd., 2006, s.146).

Açık sistemlerde hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanmada hareket serbestliği söz konusu iken kapıtutuculuk sisteminde hasta adına karar verici birinci basamak hekimidir. Birinci basamak hekimi sistem içerisinde hastanın takipçisi durumundadır ve aynı zamanda hastanın hizmet alma sürecini koordine etmektedir. Buna karşın açık sistemde ise hasta sistemde tek başınadır ve hizmet alma yönünden karar vericidir. Hastanın hekim ve tedavi merkezi seçme özgürlüğü bakımın sürekliliğini ve hizmet sunucuları arasındaki koordinasyonu olumsuz etkilemektedir. Ancak, açık sistemde hastanın karar verici konumda olması hizmet sunucular açısından rekabeti de doğurmaktadır (Öcek vd., 2006, s.147).

2.4.2. Süreklilik

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ve hizmet sunumunun önemli bir fonksiyonu olarak görülen süreklilik, hasta ile sağlık hizmeti sunan kişi arasında, hastalığın ya da yaralanmanın mevcudiyetine bakılmaksızın uzun dönemli kesintisiz bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2007, s.21; Starfield 1998, s.227). Bu tanımlama kapsamında, süreklilik, hastaların sağlık hizmeti ihtiyacında aynı hekime ya da aynı sağlık kuruluşuna başvurması olarak da ifade edilmektedir. Burada belirli bir hizmet kaynağının düzenli kullanılması söz konusudur.

Süreklilikte hizmet sunucu-hasta ilişkisi, hastanın sağlık hizmeti aldığı hizmet sunucuyu ya da birimi benimsemesi ve hizmet sunucunun ya da birimin de hastayı tanımlaması temeline dayanan bir ilişki olup, bu ilişkinin belirli bir dönemde ya da bir değişiklik olana kadar devam etmesi esastır.

Sürekliliğin, bilgi, boylamsal (kronolojik), kişiler arası, coğrafik, disiplinler arası yönetim, takım ve deneyim sürekliliği gibi pek çok boyutu bulunmaktadır (WHO, 2010; Alazri vd., 2007, s.199).

Bu boyutlardan bilgi sürekliliği, her hasta için, elde edilmiş tıbbi veya sosyal bilgilerin, o hastaya sağlık hizmeti sunan kişinin kullanımına ve erişimine açık olmasıdır (Saultz, 2003, s.138). Bilgi sürekliliği aynı zamanda, bir sağlık olayına ilişkin bilginin bir

hizmet sunucudan bir diğere aktarılması ve bu bilginin, hastalığa ya da kişiye özel olmasıdır (Haggerty vd., 2003, s.1220). Bilginin sürekliliği, hastaya yapılacak olan işlemlerin duplikasyonunu önleme açısından da önemlidir.

Zaman içerisinde bireylerin aynı yerde hizmet alabilmesi ise boylamsal (kronolojik) süreklilik olarak tanımlanmaktadır. Bu sürekliliğin sağlanması için bir ekip oluşturulması gerekmektedir (Saultz, 2003, s.138). Bu ekip, koruyucu hizmetler dâhil, kaliteli hizmetin koordinasyon sorumluluğunu almaktadır. Burada amaç, zaman içerisinde hastaların belirli bir yerde (aynı çevrede) ve belirli bir ekipten sağlık hizmeti alabileceklerini benimsemeleri (WHO, 2010) ve hem hasta hem de hizmet sunucu tarafından kabul edilen bir tıbbi ya da sağlık bakım yerinin oluşturulmasıdır. Bu yerler zamanla hizmet sunucu ile hizmet alan kişinin karşılıklı bilgi ve ihtiyaçlarının karşılanması için iletişime geçtikleri yerler olarak tasarlanmalıdır (Starfield, 1998, s.227). Bu sayede, sağlık hizmeti hasta ve sunucu arasında karşılıklı etkileşim ile hastalık değil kişi odaklı hizmet olarak sağlanmaktadır. Hastaların hizmet aldığı bu yerler “Sağlık Evi” olarak da isimlendirilmektedir (Saultz, 2003, s.138).

Sürekliliğin bir diğere boyutu olan kişilerarası süreklilik ise, hasta ve hekim ilişkisinin karşılıklı bir güven temeline dayanmasını ifade eder. Burada amaç, hekim ve hasta arasında iyileşme sürecine katkıda bulunacak bir ilişkinin kurulmasıdır. Hasta hekimini yakından tanımakta ve temel sağlık hizmetini bu hekimden almanın yanı sıra, genel sağlık hizmeti sorumluluğu bakımından da bu hekime bağlıdır (Saultz, 2003, s.138; Sezer, 2008, s.8-9).

Hastanın nerede olduğuna bakmaksızın, bölge bağlantılı, hastane, sağlık merkezi ve ev gibi uygulama ortamları arasında sunulan hizmetin sürekliliği ise coğrafik süreklilik olarak ifade edilmektedir.

Disiplinler arası veya takım temelli süreklilik ise, kapsamda sürekliliği ifade etmektedir. Bireyin değişik gereksinimlerinin sağlanmasında süreklilik, çeşitli uzmanlıkların ve tıp dışı mesleklerin sunduğu bakımın bütünleştirilmesini içermektedir. Birey farklı tıp disiplinleri tarafından verilen hizmetlerden yararlandığında önceki bilgilerine ulaşabilmeyi ifade etmektedir. Aynı bireyde birden fazla hastalığın bakımı, birey ve

ailesinin hastalık deneyimlerinin bilinmesi ve tüm aile fonksiyonlarının yeniden yapılandırılarak yönetimin koordine edilmesini ifade etmektedir (Sezer, 2008, s.8).

Sağlık hizmetlerinde hasta bakımında sürekliliğin farklı disiplin ya da sağlık sorunlarına yönelik pek çok avantajı olduğu söylenebilir. Hastaların sürekli aynı hekime ya da sağlık merkezine başvurması, aynı ekip tarafından izlenmesi ve bilginin hastayı takip etmesi gibi hususların sağlık statüsüne önemli katkıları olmaktadır. Süreklilik ile hastane hizmetleri daha az ve daha kısa süreli kullanılmakta, acil hizmetlere daha az başvuru yapılmakta, cerrahi ve yinelenen testler azalmakta, kaynak kullanımı ve maliyetler düşmektedir (Alazri, 2007, s.200; Beasley vd., 2007, s.519). Sürekliliğin farklı boyutlarının etki alanlarına yönelik faydaları Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6. BBSH’de Sürekliliğin Sağladığı Avantajlar

Alan/ Disiplin	Süreklilik Boyutu	Avantaj
Önleyici Tıp ve Genel Sağlık Statüsü	Coğrafik	✓ Hastaların takibinin daha kolay yapılması
	Boylamsal	✓ Yüksek tansiyonun kontrolü ve ilaç uyumunun sağlanması ✓ Kan basıncı ve kolesterolün düzenli takibinin sağlanması ✓ Hekime başvurunun azalması ✓ Sigara kullanımının azalması ✓ Gereksiz hekim randevularının azalması
Anne ve Çocuk Sağlığı	Kişilerarası	✓ Beyaz önlük hipertansiyon (hekim korkusu tansiyonu), pre-eklemsi ve epidural anestezi riskinin azalması
	Takım	✓ Sezaryen oranlarının ve doğum sırasında analjezik kullanımının azalması ✓ Yüksek doğum ağırlığının sağlanması ve yeni doğan ünitesine bebek başvurularının azalması
	Boylamsal	✓ Çocukların bağışıklama ve gelişimde bakımın sağlanması, ✓ Çocuklarda romatizmal ateş sıklığının azalması
Davranışsal, Mental ve Psiko-Sosyal Sağlık	Takım	✓ Psikiyatri hastalarında intihar riskinin ve yeniden hekime başvurunun azalması
	Kişilerarası	✓ Hasta ile hekim arasında güven ve uyum ile hastanın psikosozal sorunlarının ortaya çıkarılması, ✓ Hasta hekim etkileşiminin ve hasta memnuniyetinin artması, ✓ Hastaların ilaç ve alkol kullanımlarının azalması, ✓ Sağlık hizmeti sunucularının hastanın sosyal ve aile ortamını daha iyi tanınması ve hastanın psikosozal ve belirsiz bulgularını daha iyi anlaşılması,
Kanser	Coğrafik	✓ Tarama ve takibin daha iyi sağlanması
	Boylamsal	✓ Tarama ve takibin daha iyi sağlanması
Astım	Kişilerarası	✓ Duygusal ve zihinsel iyilik halinin sağlanması
	Boylamsal	✓ Sağlık hizmeti sunucularını ile daha iyi iletişim sağlanması
Diyabet	Kişilerarası	✓ Duygusal ve zihinsel iyilik halinin sağlanması
	Boylamsal	✓ Hastalığı önleyici ölçümlerin daha iyi yapılması (daha fazla ayak muayenesi, kan şekeri ölçümü, göz testleri gibi) ve genellikle daha iyi diyabetik kontrollerin yapılması
	Takım	✓ Diyabetik kontrollerin daha iyi yapılması

Kaynak: Alazri, M., Heyword, P., Neal, R. D. ve Leese, B. (2007). Continuity of Care, Literature Review And Implications. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 7(3), 197-206

Sürekliliğin hasta ve sistemlere sağladığı avantajların yanı sıra olumsuz olarak belirtilen yönleri de bulunmaktadır. Süreklilik, reçete ve sevk oranlarında artışa ve kaynak israfına neden olmakta ve hasta bilgilerinin ortaya çıkmasına da yol açabilmektedir. Öte yandan hastaların hekimleri ile olan iletişimleri onların hekimlerinden daha fazla işlem talep etmelerine neden olabilmekte bu durum maliyet etkili olmamaktadır. Ayrıca,

hekimin sürekli aynı hastayı görmesi yavaş gelişen bazı hastalıkların teşhis edilememesine sebep olabilmektedir. Bir başka hekim aynı hastayı ilk gördüğünde bu teşhisi koyabilmektedir. Süreklilikte, sağlık hizmeti sunan ekip üyelerinin birbirleri ile sorun yaşayacağı gibi hasta ile de sorun yaşanabilmektedir (Alazri, 2007, s.200).

Süreklilik özelliğinin başarılı bir şekilde işleyebilmesi için, hasta ve hizmet sunan arasında karşılıklı beklenti ve gereksinimlerin karşılandığı uzun süreli bir ilişkinin oluşturulması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Süreklilikte hizmet sunanın hastayı, hastanın da hizmet alacağı sunucuyu sahiplenmesi gereklidir. Yani, hizmet sunulan nüfus tanımlanarak, hasta odaklı ve zaman içinde sürecek bir hekim-hasta ilişkisi, sürekliliğin temelini oluşturmalıdır (Lağarlı, 2011, s.11).

2.4.3. Kapsayıcılık

Starfield (2009), birinci basamakta kapsayıcı hizmetleri, 1/1000 den daha az görülen sağlık sorunları hariç olmak üzere, toplumun ihtiyaç duyduğu tüm sağlık hizmetlerini sağlayacak yeterliliğin olması ve bu hizmetlerin kullanılabilir olması olarak tanımlamıştır.

BBSH'de kapsayıcılık veya bütüncül yaklaşım, birinci basamağın toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Birinci basamakta kapsayıcılığının yetersiz olması sevk oranının yüksek olmasına yol açabilmektedir.

Kapsayıcılık, ulusal politikalar aracılığı ile belirlenmesi, tüm bireyler için eşit olması, toplumda sık görülen tüm hastalıkları kapsamı, diğer sistemler ile entegre olması şeklinde temel ilkelere sahiptir.

Bir ülkedeki birinci basamağın kapsayıcılığı, eşitlikçi olan ve olmayan yaklaşım tanımları ile belirlenir. Eşitlikçi yaklaşımda kapsayıcılığın sınırı ulusal politikalar tarafından belirlenmektedir. Bu yaklaşımda kapsam dışında kalmasına karar verilen hizmetleri sunan kaynaklar sınırlandırılır. Eşitlikçi olmayan yaklaşım ise; kapsam dâhilindeki kişilere sunulan hizmet ile hastaların taleplerinin farklı olmasıdır. Bu yaklaşım da yatay eşitlikçi olmayan yaklaşım ve dikey eşitlikçi olmayan yaklaşım olarak iki düzeyde değerlendirilmektedir. Yatay eşitlikçi olmayan yaklaşım, ihtiyaçları

aynı olan ancak aynı kaynaktan faydalanamayan kişileri, dikey eşitlikçi olmayan yaklaşım ise ihtiyaçları fazla olan ancak, ihtiyaçları doğrultusunda yeterli kaynak oluşturulamayan kişileri kapsamaktadır (Başer vd., 2015, s.27).

BBSH'nin kapsamı, en azından tıbbi bakım sürecinin dört basamağı olan sağlık sorununun tanımlanması, tedavisi, izlemi ve yeniden değerlendirme süreçlerini içermelidir. Ayrıca, sağlık sorunlarının bir sebebi olarak görülen sosyal olayların da BBSH kapsamında değerlendirilmesi hastalıkların önlenmesinde yer tutabilmektedir. Birinci basamakta sunulan hizmetlerin kapsayıcı olabilmesi için tüm etkinlikleri ile sağlık sistemleri ve toplumca hedeflenen sorunlara yönelmesinde dengeli olması ve kültürel olarak topluma uygun, yönetilebilir ve bölgesel gereksinimleri de karşılayabilecek nitelikte olması görülmektedir (Çiçeklioğlu, 1997, s.22).

Birinci basamakta kapsayıcılık, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik hizmetleri içermekte ve (WHO, 2010; Macinko vd., 2003, s.839), hizmet sunumu ile ilişkili olarak uygulama koşulları, yer, ekipman ve hizmet sunucusunun mesleki beceri düzeyini de kapsamaktadır (WHO, 2008b, s.41; Starfield, 1998, s.181). Bu sebeple kapsayıcılık, ülkeler arasında farklılık gösterebilmekte ve birinci basamak yönelimli ülkeleri birbirinden ayıran en belirgin birinci basamak uygulama özelliği olarak görülmektedir (Starfield, 2009).

Kapsayıcılık, BBSH için kritik bir öneme sahiptir. Çünkü hizmetin kapsamının geniş olması ve bütüncül bir hizmet sunumu, ikinci ve üçüncü basamağa yapılacak sevk sayısını da düşürmekte, sağlık hizmetlerinde erken tıbbi tedavi ihtiyaçlarını sağlayarak, önleyici uygulamalar geliştirmektedir. Böylece, gereksiz hizmet kullanımı ve maliyet artışları da engellenmektedir (Starfield, 2009; Beasley vd., 2007, s.519; Başer vd., 2015, s.27). Ancak, BBSH'nin geniş bir çerçevede sunulması, bu hizmetlerin ihtiyaç halinde ulaşılabilir olmasını da gerekli kılmaktadır. Hizmet çerçevesinin geniş olması tek bir hekim tarafından sunulan hizmetin yetersizliğini ortaya çıkarabilmekte ve bu durum da ekip çalışması gerektirmektedir. Bu sebeple ekip anlayışından ziyade birinci basamakta sağlık hizmetinin tek hekim aracılığı ile verildiği örgütlenmelerde hizmetin kapsayıcılığının kısmen de olsa sağlanabilmesi için iyi işleyen bir sevk sisteminin olması gereklidir (Sezer, 2008, s.9).

Bu çerçevede, birinci basamak sağlık hizmeti kapsamının geniş olması, sağlık sistemlerinde; (Sezer, 2008, s.12).

1. Daha fazla eşitlik ve verimliliğin sağlanmasına,
2. Sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanmasına,
3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan bağımlılığın azalmasına,
4. Hastanede yatış sürelerinin azalmasına,
5. Hasta memnuniyetine ve sağlık sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlamaktadır

2.4.4. Koordinasyon

Koordinasyon BBSH'nin diğer temel özelliklerinin başarıya ulaşabilmesi için gerekli bir özellik olarak ifade edilmektedir. Sunulan hizmette koordinasyon sağlanamaz ise, süreklilik etkinliğini kaybedebilmekte, kapsayıcılığın gerçekleşmesi güçleşebilmekte ve ilk başvuru sadece uygulamada kalabilmektedir (Çiçeklioğlu, 1997, s.24).

BBSH'nin karakteristik bir özelliği olan koordinasyonda, birinci basamak hekimi koordinatör rolüne sahiptir. Birinci basamak hekimi, uzman hekim ile karşılaştırıldığında, koordinatörlük için en uygun hekim olarak ifade edilebilir. Çünkü hasta ile en çok temas kurabilen, hasta ve onun çevresiyle ilgili en çok bilgiye sahip olan hekimdir. BBSH, sağlık sistemlerinde ilk giriş noktası olması, sıklıkla hizmetin diğer düzeyleri için kapıtutuculuk görevi yapma fonksiyonu nedeniyle koordinasyonu da sağlayabilmektedir. Bodenheimer vd., (1999, s.2046) birinci basamak hekiminin kapı tutuculuk yerine koordinatör görevi üstlenmesi gerektiğini belirtmiş, bilginin transferi, entegrasyonu diğer hizmet sunucular ile ilişki kurulmasının önemine vurgu yaparak, birinci basamak hekimini orkestra şefine benzetmiştir. Bodenheimer vd., (1999, s.2046) göre, orkestra şefi, hiçbir müzik aletine ya da müzisyene müdahale etmemekte ancak hem müzik aleti hem de çalan kişinin kapasitesini bilmektedir. Birinci basamak hekimi de aynı şekilde hasta için hangi uzmanın tedavisinin gerekli olduğunu bilmeli, hizmeti koordine etmelidir. Ancak birinci basamak hekimi orkestra şefinden farklı olarak hizmet sunumunda da aktif rol almaktadır.

Koordinasyon genel anlamıyla, bir hizmetten optimum faydayı elde edebilmek için hizmet ile ilgili süreçler arasındaki etkileşimin sağlanmasıdır (WHO, 2008b, s.41). BBSH sunanlar ile diğer hizmet sunucuları arasındaki bağlantının sağlanması ile daha iyi sağlık sonuçlarının oluşması sağlanabilir (Beasley vd., 2007, s.519; Starfield vd., 2005). Ancak birinci basamağın koordinasyon işlevini sağlayabilmesi için kapı tütüculük uygulamasının yanı sıra birinci basamak dışındaki diğer basamaklarda da hasta bilgilerinin kaydı ve bu bilgilerin birinci basamağa entegrasyonu gereklidir (Starfield, 1998, s.213).

Koordinasyon işlevi ayrıca, birinci basamak hizmet sunucularının sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarının kullanımını sağlayabilme yeteneğini de ifade etmekte (Macinko vd., 2003, s.839), farklı sağlık hizmeti sunucularının zamanında ve tamamlayıcı bir şekilde hastaya hizmet sunmasını sağlayabilmektedir (Haggerty vd., 2003, s.1219). Koordinasyon işlevinin başarılması, sağlık hizmetleri ile hastanın ihtiyacının ne kadar örtüştüğüne yönelik bilgi sağlamaktadır. Bu sebeple koordinasyon, sağlık hizmetleri başarısının değerlendirilmesinde diğer özellikleri doğrudan etkileyen en önemli nitelik göstergesidir (Lağarlı, 2011, s.14).

BBSH'nin oldukça geniş bir etki alanına sahip olması ve çok yönlü bir hizmet sunması nedeniyle ulaşılabilecek amacın önemini artırmaktadır. Koordinasyon ile BBSH'de sunulan hizmet, hem toplumun genel sağlık düzeyine hem de sağlık sistemlerinin performanslarına etki etmektedir. Bu nedenle, BBSH beş fonksiyonu yerine getirilebilmelidir (Smith vd., 2013).

1. Acil müdahale gerektirmeyen ikincil derecede yaralanmalar ya da hastalıkların kısa dönem yönetimi
2. Acil hastalık ya da yaralanmaların yönetimi
3. Uzun dönem sağlık hizmetinin koordinesi ve yönetimi
4. Terminal dönem hasta koordinesi ve yönetimi
5. Özellikle hastalık ve yaralanma riski olan kişiler başta olmak üzere toplum sağlığının geliştirilmesi.

Trisha (2007, s.12), BBSH'yi tanımlarken 4 temel özelliğinin yanında 10 karakteristik özelliğine de vurgu yapmaktadır. Bunlar;

- 1- Hastanın sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır.
- 2- Hastanın yaş, cinsiyet ve hastalığının ne olduğuna bakılmaksızın sağlık sorunları ile ilgilenir.
- 3- Kişiyi merkezine alarak, onu aile ve çevresi ile bir bütün olarak değerlendirir.
- 4- Sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve diğer dış boyutları ile ele alır.
- 5- İyi bir iletişimle zaman içerisinde oluşturulmuş güvene dayalı hasta hekim ilişkisi ile hizmet verir.
- 6- Sağlığın geliştirilmesi, daha iyi yaşam tarzı ve sağlığı tehdit eden durumların giderilmesi için hasta talebi ile başlayan hizmet sunumunun yanında hekim tarafından başlatılan hizmet sunumunu da içerir.
- 7- Bireysel sorumluluk yanında toplumun sağlığına ilişkin de sorumluluk alır.
- 8- Sağlık sorunlarında hasta takibine yönelik sorumluluk alır.
- 9- Gerektiğinde hasta ihtiyaçları için karar almada etkin rol üstlenir.
- 10- Diğer profesyoneller ile koordineli çalışarak kaynak kullanımının verimli şekilde olması için çaba sarf eder.

Tüm bu özellikler ile BBSH'nin ilk başvuru yeri olması, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon gibi temel özellikleri çerçevesinde nihai amacı, herkesin daha iyi sağlık düzeyine sahip olmasıdır. Bu amacın başarılması için, sağlıkta dışlanma ve sosyal gelişmişlik farklılıklarının azaltılması, sağlık hizmetlerinin insanların ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda örgütlenmesi, sağlığın tüm sektörlere entegrasyonu, politik işbirlikçi modellerin sürdürülmesi ve paydaş katılımının artırılması gerekmektedir (WHO, 1978).

2.5. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütüne (OECD) Üye Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

Birinci basamak hekiminin sağlık sistemine ilk giriş noktası olarak ikinci basamağa erişimi kontrol ettiği kapıtutuculuk sistemi, bazı Avrupa ülkelerinde uzun süredir BBSH'nin anahtar bir özelliğidir. Diğer Avrupa ülkelerinde de bu doğrultuda bir yönelim vardır. Kapıtutuculuk sistemi, kaynakların uygun kullanımının sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Hastaların ilk başvurusu birinci basamağa yapmaları, birinci basamak hekime kayıt olmaları onların en uygun koşullarda en uygun hizmeti almaları ve hizmetin koordinasyonu için önemli stratejiler olarak görülmektedir. Bu kapsamda, birinci basamak hekimi hastalıkların önlenmesi, tedavilerin yapılması, araştırılması ve koordinasyonun sağlanması ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik talebin yönlendirilmesinden sorumlu olmaktadır (OECD, 2016b).

Avrupa'da 15 ülkede birinci basamak sağlık hizmet sunucusu, hasta ile ilk temas noktası olarak görev yapmakta ve birçok ikinci basamak hizmete erişimi kontrol etmektedir. OECD ülkelerinde hastaların ikinci basamak hizmetine erişim olanağına bakıldığında (bkz. Tablo 7), Bulgaristan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç ve İngiltere'de birinci basamak hekimi, çoğu ikinci basamak hizmetine erişimi kontrol etmektedir. Avusturya, Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Yunanistan ve Lüksemburg'da ise hastalar, pek çok hekime ve ikinci basamak hizmete doğrudan erişime sahiptir. Belçika, Danimarka, Fransa, Letonya, Malta, Romanya, ve Slovakya'da hastalar doğrudan birinci basamak sevki olmadan ikinci basamak hizmete ulaşabilmektedirler. Ancak birinci basamak hekiminden sevkli olarak ikinci basamak hizmete erişimde teşvikler bulunmaktadır (OECD, 2016b).

Öte yandan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, İtalya, Letonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya, Slovakya'da hizmetin koordinasyonunu sağlayan birinci basamak hekime hasta kaydı zorunludur. Buna karşılık, 13 ülkede, (Avusturya, Bulgaristan, Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, Lüksemburg, Malta, Hollanda, Polonya, İsveç ve Birleşik Krallık) zorunlu bir hasta kayıt sistemi bulunmamaktadır. Bu ülkelerin çoğunda böyle bir kayıt sisteminin kurulmamasının

başlıca nedeni, hasta özgürlüğünün kısıtlanması ile ilgilidir. Almanya, Belçika, Danimarka ve Fransa'da ise hizmetin eşgüdümünün ve sürekliliğinin sağlanması için birinci basamak hekimine kayıt olmaya yönelik maddi teşvikler uygulanmaktadır (bkz. Tablo 7) (OECD, 2016b).

Hizmet sunum organizasyonunda, 13 Avrupa ülkesinde (Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Almanya, Macaristan, Lüksemburg, Malta, Romanya ve Slovakya) BBSH tek hekimli hizmet sunumu şeklinde organize edilmiştir. Ayrıca, hizmete erişimi iyileştirmek ve izolasyondan kaçınmak için daha çok hekimli hizmet sunumu başlatma eğilimi ortaya çıkmaktadır. 15 ülkede ise (Güney Kıbrıs, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç, İspanya ve İngiltere) BBSH çok hekimli hizmet sunumu şeklinde sunulmaktadır. Çok hekimli hizmet sunumunun daha baskın olduğu ülkelerde birinci basamak hekimleri, diğer pratisyen hekimler, diğer uzmanlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli ile çalışabilmektedir (bkz. Tablo 7) (OECD, 2016b).

Çok hekimli hizmet sunumu, hastanın daha iyi hizmet alması, hizmetin koordinasyonunun sağlanması, hizmet kalitesinin artması ve diğer hizmet sunucular ile işbirliği içinde olunması açısından tek hekimli hizmet sunumuna göre daha etkili olmaktadır. Çok hekimli hizmet sunumu genellikle daha iyi hasta sonuçları, hastanede yatış oranının azalması ve hasta, personel memnuniyetinin artırılması ile ilişkilendirilmektedir. Buna karşılık, tek hekimli hizmet sunumunda, diğer hizmet sunucularla etkileşimin az olması sebebiyle bakımın koordinasyonu güçleşmektedir (Kringos vd., 2015).

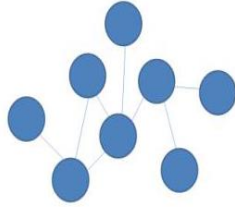
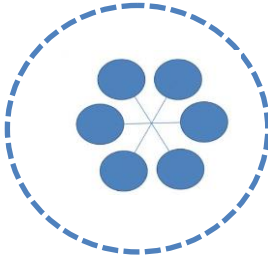

Öte yandan, Avrupa ülkelerinin bir kısmında, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu için kişi başı ödeme veya hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Ancak bazı ülkelerde birinci basamak hizmet sunucularına genel bütçeden yapılan maaş ile de ödeme yapılmaktadır (bkz. Tablo 7). Birinci basamakta tek bir ödeme yöntemi yalnızca yedi ülkede (İtalya'da kişi başı ücret, Avusturya, Güney Kıbrıs, Almanya ve Malta'da hizmet karşılığı ücret, Finlandiya ve Yunanistan'da genel bütçeden yapılan maaş) kullanılmaktadır. Ancak, birinci basamak ödeme yöntemlerine ilişkin mevcut eğilim, erişim, kalite ve verimlilik gibi birden çok amaca ulaşmak için birden fazla yöntemin bir

arada kullanılmasına yöneliktir (OECD, 2016c). Örneğin, yedi ülkenin (Belçika, Danimarka, İrlanda, Lüksemburg, Polonya, Romanya ve Slovenya) ödeme sistemi, hem kişi başı ödeme, hem de hizmet başına ödeme olarak uygulanmaktadır.

Birinci basamakta, farklı ödeme yöntemlerinin bir arada uygulanması, bu yöntemlerin eksikliklerini dengelemek ve belirli sağlık hedeflerine ulaşmak için yararlı bir araç olarak görülmektedir. Hizmet başına ödeme ve kişi başı ödeme gibi geleneksel ödeme şekilleri çeşitli zayıf yönleri sahip olup günümüz sağlık sistemleri ile uyumlu olmamaktadır (OECD, 2016c).

Avrupa'da hekimler, birinci basamak sağlık sisteminde hastalara yol göstermek için giderek daha fazla kapı tutucu rolü oynuyor olsa da, birçok ülkedeki birincil bakım halen tek hekimli uygulamalar şeklinde yürütülmekte ve geleneksel ödeme mekanizmaları kullanılmaktadır. Ancak, ülkeler giderek daha çok hekimli hizmet sunumu ve farklı ödeme şekilleri kullanma yönünde adımlar atmaktadırlar (OECD, 2016b).

BBSH sunumunda yer alan hekimlerin farklı ülkelerde farklı şekillerde, örgütlenme yapıları mevcuttur (bkz. Şekil 1). Bu örgütlenme modellerinde hekimler bireysel olarak hizmet sunabildikleri gibi, diğer hekimler ya da sektörler ile entegrasyon içinde de hizmet sunabilmektedirler. Örneğin, Japonya ve Amerika'da birinci basamak hekimleri diğer birinci basamak hekimleri, uzmanlar ve diğer sektör uzmanları ile aynı ağda yer almakta ve birbirleriyle entegre olarak hizmet sunmaktadırlar.

Model	Açıklama	Yapı	Ülkeler
Bireysel uygulama	Birinci basamak hekimleri bağımsız olarak görev yaparlar		Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Almanya, Kore, Lüksemburg, Slovakya, İsviçre
Tek yönlü Çok yönlü	Birinci basamak hekimleri diğer birinci basamak hekimleri ile aynı ağda yer alır ve birbirleri ile entegredirler Birinci basamak hekimleri diğer birinci basamak hekimleri ve uzmanlar ile aynı ağda yer alır ve birbirleri ile entegredirler		Kanada, İtalya Avustralya, Kanada, Şili, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hindistan, İzlanda, İrlanda, İsrail, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç, İngiltere
Sektörlerarası	Birinci basamak hekimleri diğer birinci basamak hekimleri, uzmanlar ve diğer sektör uzmanları ile aynı ağda yer alır ve birbirleri ile entegredirler		Japonya, Amerika

Şekil 1. OECD Ülkelerinde BBSH'de Hizmet Sunumu Uygulama Modelleri

Kaynak: OECD, (2016a). Fast-Track Paper On Organisational Models of Primary Care Doctors Across OECD Countries. DELSA/HEA(2016)12.

Tablo 7. OECD Ülkelerinde BBSH’de Hizmet Sunumu Modelleri

Ülke	Birinci basamak hekimi, ikinci basamak hizmete erişimi kontrol ediyor mu?	Hastalar için birinci basamak hekimine kayıtlı olma gerekliliği veya teşvik var mı?	Birinci basamak hizmet sunumunda baskın uygulama şekli	BBSH sunucusuna ödeme şekli
Türkiye	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı ödeme/Genel bütçe
Avusturya	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Hizmet karşılığı ödeme
Belçika	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu yoktur ancak bu yönde maddi teşvikler vardır	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
Bulgaristan	Birinci basamak hekiminin sevk gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/diğer
Hırvatistan	Birinci basamak hekiminin sevk gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/performans ödemesi
Kıbrıs	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Hizmet karşılığı ödeme
Çek Cumhuriyeti	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/performans ödemesi
Danimarka	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu yoktur ancak bu yönde maddi teşvikler vardır	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
Estonya	Birinci basamak hekiminin sevk gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/diğer
Finlandiya	Birinci basamak hekiminin sevk gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Genel Bütçe

Tablo 7. OECD Ülkelerinde BBSH’de Hizmet Sunumu Modelleri (Devam)

Ülke	Birinci basamak hekimi, ikinci basamak hizmete erişimi kontrol ediyor mu?	Hastalar için birinci basamak hekimine kayıtlı olma gerekliliği veya teşvik var mı?	Birinci basamak hizmet sunumunda baskın uygulama şekli	BBSH sunucusuna ödeme şekli
Fransa	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu yoktur ancak bu yönde maddi teşvikler vardır	Çok hekimli hizmet sunumu	Hizmet karşılığı ödeme/performansa dayalı ödeme
Almanya	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu yoktur ancak bu yönde maddi teşvikler vardır	Tek hekimli hizmet sunumu	Hizmet karşılığı ödeme
Yunanistan	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Genel Bütçe
Macaristan	Birinci basamak hekiminin sevkı gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performansa dayalı ödeme /genel bütçe
İrlanda	Birinci basamak hekiminin sevkı gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
İtalya	Birinci basamak hekiminin sevkı gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı ödeme
Letonya	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performansa dayalı ödeme/ hizmet karşılığı ödeme/sabit ödeme
Litvanya	Birinci basamak hekiminin sevkı gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performansa dayalı ödeme/ hizmet karşılığı ödeme/genel bütçe
Lüksemburg	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
Malta	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Tek hekimli hizmet sunumu	Hizmet karşılığı ödeme

Tablo 7. OECD Ülkelerinde BBSH’de Hizmet Sunumu Modelleri (Devam)

Ülke	Birinci basamak hekimi, ikinci basamak hizmete erişimi kontrol ediyor mu?	Hastalar için birinci basamak hekimine kayıtlı olma gerekliliği veya teşvik var mı?	Birinci basamak hizmet sunumunda baskın uygulama şekli	BBSH sunucusuna ödeme şekli
Hollanda	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performans dayalı ödeme/ hizmet karşılığı ödeme
Polonya	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
Portekiz	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/genel bütçe
Romanya	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
Slovenya	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
İsveç	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme
İspanya	Birinci basamak hekiminin sevki gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/genel bütçe
Slovakya	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme/diğer
İngiltere	İkinci basamak hizmete erişim yolu genellikle birinci basamak hekiminin hastayı sevki yoluyla olmaktadır, ancak hastalar birinci basamak hekiminin sevki olmadan da ikinci basamağı tercih edebilmektedirler.	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performans dayalı ödeme/ hizmet karşılığı ödeme

Tablo 7. OECD Ülkelerinde BBSH’de Hizmet Sunumu Modelleri (Devam)

Ülke	Birinci basamak hekimi, ikinci basamak hizmete erişimi kontrol ediyor mu?	Hastalar için birinci basamak hekimine kayıtlı olma gerekliliği veya teşvik var mı?	Birinci basamak hizmet sunumunda baskın uygulama şekli	BBSH sunucusuna ödeme şekli
İzlanda	İkinci basamak için hasta sevkine yönelik gereklilik ve teşvik yok	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu ve teşvik yok	Çok hekimli hizmet sunumu	Genel bütçe/hizmet başı ödeme
Norveç	Birinci basamak hekiminin sevkı gereklidir	Kişilerin birinci basamak hekimine kayıt olmaları gereklidir	Çok hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ performans dayalı ödeme
İsviçre	Hastaların sevk almaları yönünde maddi teşvikler vardır ancak doğrudan ikinci basamak hizmete erişim de mümkündür	Kişilerin birinci basamak hekimine ya da uygulamasına kayıt zorunluluğu yoktur ancak bu yönde maddi teşvikler vardır	Tek hekimli hizmet sunumu	Kişi başı/ hizmet karşılığı ödeme

Kaynak: OECD, (2016b). Health at Glance, Europa 2016. Erişim:12 Ocak 2016. <http://www.oecdilibrary.org/>

2.6. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Cumhuriyet öncesinde, birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık hizmetleri arka planda kalmış, yaşanan savaşların da etkisiyle sağlık hizmetlerine kaynak aktarımı yeterince yapılamamıştır. Savaşlarla beraber yaşam yılları kaybı artmış, hastalık örüntüleri değişerek orta ve uzun vadede olumsuz etkileri çoğalmıştır. Ayrıca, hizmet sunumunun yetersiz olması nedeniyle salgın hastalıklar toplumu kolay etkileyebilmiş ve müdahaleleri zorlaşan halk sağlığı sorunları ortaya çıkmıştır.

Bütün bu olumsuz koşullar içerisinde 2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti) kurulmuş ve daha önce Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti adıyla İçişleri Bakanlığı bünyesinde yürütülen sağlık hizmetleri, artık yeni bir bakanlık tarafından yürütülmeye başlanmış ve devletin asıl görevi olarak kabul edilmiştir (Öztek, 2014, s.41).

Bu bölümde, Türkiye’de BBSH’nin gelişimi 1923’ten günümüze kadar 5 dönem altında ele alınmıştır. 2002 yılı sonrası dönem gelişmeleri ise Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlığı altında incelenmiştir.

2.6.1. 1923-1937 Dönemi

2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulmasının ardından toplanan ilk bakanlar kurulu sonrası Dr. Adnan Adıvar ilk sağlık bakanı olarak göreve başlamıştır. Bakanlığın kurulduğu yıllarda sağlık hizmetlerine ilişkin herhangi bir kayıt veya bilgi bulunmaması sebebiyle, Adnan Adıvar, ilk olarak sağlık hizmeti sunumunda görev yapan kuruluşlar ve personele ilişkin bilgileri de toplayarak Cumhuriyet öncesi yürürlüğe konulan sağlık mevzuatına yönelik çalışmalar başlamıştır. Ayrıca, bu yıllarda, Türkiye’de yurt dışından ve yurt içinden göç edenlerin sayısının iki milyondan fazla olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı’nın adı, bu göçmenlerin sosyal hizmet işlerini de yürütmesi sebebiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmuş ve sonraki yıllarda sosyal hizmet işleri ayrı bir kurum tarafından sunulacağından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sadece sağlık hizmetlerini yürütmek üzere Sağlık Bakanlığı olarak değişecektir (Öztek, 2014, s.41).

1923’de Cumhuriyetin ilanından sonra, 1925’de Sağlık Bakanı olan Refik Saydam 1937 yılına kadar bakanlık yapmış Türkiye sağlık sisteminin kuruluşu ve gelişmesinde büyük katkıları olmuştur. Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik iki önemli kanun çıkarılmıştır. Bunlardan ilki 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’dur. Bu kanun sağlık personelinin yetki ve sorumluluklarını belirlemeye yönelik olmuştur. Dönemin diğer önemli kanunu ise 1930 yılında çıkarılan 593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’dur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, dönemin uluslararası alanda en ileri sağlık yasalarından birisi olarak görülmektedir. Yasada bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddenin 15’i koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilidir (Uğurluoğlu, 2013, s.38).

Refik Saydam tedavi hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiş, tedavi hizmetlerinin sunumunun merkezi hükümet görevi olmaktan çok mahalli idarelere ait olduğunu düşünerek onları bu konuda desteklemiştir. Refik Saydam 1936 yılında Ankara Hıfzıssıhha Okulu’nun açılışında yaptığı konuşmasında “**Gördüğümüz tahsil saf ilim halinde idi, dershanelere yalnız tedavcilik zihniyeti hakimdi**” ve “**Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden daha ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için sarf edeceği emek ile koruyucu tıp ve toplum sağlığının korunması sahasına girer**” söylevleri ile BBSH’ne verdiği önemi vurgulamıştır (Kars, 2003, s.58). Bu çerçevede Refik Saydam’ın koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik iki temel ilkesinden söz edilebilir. İlk ilke olarak, hekimlerin ve bakanlığın temel sorumluluğunun hastaları iyileştirmekten çok, sağlıklı olanların bu durumlarının korunmasıdır. İkinci ilkesi ise, önemli hastalıkların bertaraf edilmesine öncelik verilmesidir. Bu ilkeler kapsamında, yerel yönetimlere örnek teşkili için numune hastaneleri açılmış ve önemli salgın hastalıklara karşı örgütler kurulmuş (dikey örgütlenme: tek bir hastalıkla mücadele eden yapılar) ve güçlendirilmiştir (Öztek, 2014, s.41).

Refik Saydam’ın Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı bu dönemde BBSH’ne verdiği önem sağlık insan kaynağına yönelik politikalarında da görülmektedir. Bu dönemde, koruyucu hekimlik ve tedavi edici hekimlik arasındaki personel dengesizliğini gidermek için, hastanede çalışanların maaşlarının yüksek tutulmaması gerektiği savunulmuş ve

koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde çalışan personel dengesi sağlanması amaçlanmıştır (Öztek, 2014, s.41).

Öte yandan, bu dönemde, yüksek olan doğum hızlarına karşın, yüksek ölümlülük nedeni ile nüfus artışı düşük olmuştur. Nüfus artışını sağlamak için yüksek doğurganlığı sürdürecektir ve bebek ölümlerini azaltacak önlemler alınmaya başlanmıştır. Ayrıca ülke sınırları dışında kalan Türklerin de ülkeye göç etmelerini sağlamak için girişimlerde bulunulmuştur (Peker, 2009, 133). Nüfus artışına yönelik olarak başlatılan bu uygulamalar, daha sonra 1960'lı yılların ortalarına kadar devam edecek olan pronatalist (nüfus artışı) nüfus politikasının da ilk adımları olarak sayılabilir.

2.6.2. 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde, temel yapı olarak daha çok yerel yönetimler tarafından yürütülen tedavi edici sağlık hizmetlerinin, merkezden yürütülmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

Bu çalışmalar özellikle, Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olarak da ifade edilebilecek olan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda kendini göstermektedir. Plan, tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt geneline yaymayı amaçlamış ve sağlık hizmetlerinin tümünün merkezi yönetim tarafından yürütülmesi düşünülmüştür (Akdur, 1999). Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından sağlık hizmetlerini geliştirmek için hazırlanan plan, temelde üç bölümde incelenmektedir (Öztek, 2014, s.74).

Plan ile öncelikle hekim açığı kapatılmak üzere, ülke yedi bölgede planlanarak ve her bölgede birer tıp fakültesi açılacak ve bu fakülte bünyesinde yatılı yetimhaneler ile hem hekim hem de hemşire ve sağlık memuru yetiştirilecekti. Planın ikinci bölümü, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yöneliktir. Plana göre sağlık hizmetleri yeniden örgütlenecek ve her örgütün temel ilkesi nüfusa göre hizmet olacaktır. Bunun için de her 20.000 nüfus ya da 40 köy için bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezler koruyucu ve iyileştirici hizmetleri birlikte sunacaktır. Böylece hekimler günümüz tabiri ile "gezici sağlık hizmeti" verecek ve köylere sağlık hizmeti ulaştırılacaktır. Planın son bölümü ise sağlık hizmetlerini finansman yönü ile değerlendirmiştir. Plana göre hizmetlerin finansmanı için bir Sağlık Bankası kurulacak ve bu banka bir tür sağlık sigortası gibi işlev görerek, sağlık kurumlarını işletecektir (Öztek 2014, s.74).

1950'li yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolü giderek artmış ve Sağlık Bakanlığı'nın sorumlulukları yerel yönetimler eliyle sunulan tedavi hizmetlerini de içerecek şekilde genişletilmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, 6134 sayılı Yasa ile belediyelere ait hastaneleri devralmış ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi görüşü önem kazanmıştır (Uğurluoğlu, 2013, s.38). 1952 yılında koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kadın anne ve çocuk sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde doğum öncesi ve doğum sonrası sağlık hizmetleri verilmeye başlanmış yerel yönetimlerde bulunan hastaneler kamulaştırılarak yeni hastaneler inşa edilmiştir. Kırsal bölgelerde hizmet verilmesi için kentlerde çalışan personel kırsal bölgelere kaydırılmıştır (Ağartan, 2005, s.3).

1950'li yılların temel özelliği Sağlık Bakanlığı'nın tedavi hizmetlerine ağırlık vermesi ve hastane sayısındaki hızlı artıştır. Böylece daha önce açılmış olan belirli bir sağlık sorununa yönelik hastanelerde çalışan hekimler diğer hastanelere yönelmiş uzmanlaşma giderek ön plana çıkmıştır (Öztek, 2009, s.7).

Milli Sağlık Planı üzerinde yoğunlaşan ve birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verilen ve merkezi otoriteyi güçlendiren adımların atıldığı bu dönemde, yaşanan bütçe yetersizliği nedeniyle Milli Sağlık Planı tam olarak uygulanamamış olsa da sonraki süreçte sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde etkili olmuştur. Planda yer alan nüfusa göre hizmet yapılması bu dönemde her ne kadar tam başarılı uygulanamadı ise de sonraki dönemde Dr. Nusret Fişek bu konuda bazı uygulamalar gerçekleştirmiştir.

2.6.3. 1961-1980 Dönemi

Dr. Behçet Uz tarafından uygulanmaya çalışılan Milli Sağlık Planı'nın istenilen düzeyde uygulanamaması, yerel yönetimleri teşvik için kurulan hastanelerin özellikle büyük şehirlerde yapılması ve hastaların sağlık hizmeti için bu şehirlere gelmesi, pronatalist politikaların uygulanması ve yüksek doğurganlığın da beraberinde getirdiği anne çocuk sağlığına ilişkin sorunların giderek artması, koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin yavaşlaması sağlık hizmetlerinde yeni bir yapılanmanın ve hizmet iyileştirmenin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Öte yandan, 1960 askeri darbesi Türk siyasi ve ekonomik hayatında yeni bir dönem açmış, bu ekonomik ve siyasi gelişmeler ile birlikte hükümetlerin sağlık sektöründeki girişimleri de artmıştır. Tüm bu gelişmeler çerçevesinde 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır (Ağartan, 2005, s.3).

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre edilmiş, çevre sağlığı hizmetlerinin yanı sıra sağlık eğitimi hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

Öztek, (2014, s.82) 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un DSÖ'nün 1978'de Alma Ata'da deklare ettiği TSH Bildirgesi'nin içeriği ile aynı olduğunu dolayısıyla DSÖ'nün bildirgesinde yer alan amaçların 17 yıl önce Türkiye'de yasalaştığını belirtmektedir. Bu kapsamda Öztek (2014, s.82), 224 sayılı kanunun başlıca ilkelerini şu şekilde sıralamaktadır.

1. Sağlık hizmetlerinin devletin temel görevi ve bir insan hakkı olması,
2. Halkın yaşadığı en uç yerde bile sağlık hizmetinin ulaştırılması,
3. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı birim tarafından sunulması,
4. Sevk zincirinin gerekliliği,
5. Sağlık hizmetlerinin planlama ve sunumunda halkın katılımının sağlanması,
6. Sağlık hizmetlerinin nüfusa göre örgütlenmesi,
7. Sağlık hizmetlerinin bir ekip hizmeti olduğu ve ekip ruhuna önem verilmesi
8. Yardımcı sağlık personeline önem verilmesi
9. Öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunlara ağırlık verilmesi
10. İnsan sağlığında sosyal, kültürel ve biyolojik çevrenin öneminin göz ardı edilmemesi.

Bu dönemde bir diğer önemle üzerinde durulan hususta, nüfus artış hızının düşmesi yönünde ki antinatalist nüfus politikasının savunulmasıdır. Antinatalist nüfus politikası, 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı yasa uygulanmaya başlamıştır (Akın, 2012, s.324).

Dönemin önemli düzenlemelerinden bir diğeri de, 1961 Anayasası ile kalkınmanın plana bağlanması esaslı üzerine Devlet Planlama Teşkilatı'nca beş yıllık sürelerle kalkınma planları hazırlanmasıdır. Bu dönemde hazırlanan beş yıllık kalkınma planlarında, birinci basamağa önem verilmesi, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ilaç sanayinin geliştirilmesi, genel sağlık sigortasının başlatılması ve aile hekimliğine geçiş gibi konular vurgulanmıştır (SB, 2012, s.26).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumuna ilişkin önemli düzenlemelerin yapıldığı bu dönem sonrasında, küreselleşmenin de etkisiyle daha çok yapısal değişikliklere (Genel Sağlık Sigortası (GSS), Aile Hekimliği, Özerkleşme gibi) odaklanılmıştır.

2.6.4. 1980-2002 Dönemi

1961 Anayasası, devleti herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla sorumlu tutarken (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1961), 1982 Anayasası ile bu sorumluluk genişletilerek, devlete ayrıca çevre sağlığını korumak, sağlık kuruluşlarının tek elden planlanıp hizmet vermesini düzenlemek ve sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulması için genel sağlık sigortasını kurma sorumluluğunu da vermiştir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982).

Yeni anayasa ile devlete verilen görevler doğrultusunda bu dönemde geniş kapsamlı yapısal reformlar planlanmıştır. Uğurluoğlu ve Çelik'in (2005, s.9), sağlık sistemlerinde reformların, finansmana (sağlık sigortaları ve kullanıcı katkıları), hizmet durumuna (yönelimli bakım, özerk hastaneler), idareye (özel sektörün düzenlenmesi, yasal düzenlemeler) ve kaynak geliştirmeye (eğitilmiş personel) yönelmiş olduğu vurgusu bu dönem planlanan reformlara bakıldığında da kolaylıkla görülmektedir.

Bu dönemde, planlanan sağlık reformları şu şekildedir.

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının başlatılması (finansman yönelimli).
2. Aile hekimliği uygulamasının başlatılması (hizmet durumu yönelimli).
3. Hastanelerin özerkleştirilmesi (hizmet durumu yönelimli).

4. Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi (idare, kaynak geliştirme yönelimli).

Bu dönemde, sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması amacıyla 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Kanunun, sağlık hizmetlerine müracaat zinciri oluşturarak bütün altyapının verimli kullanımını sağlamak, genel sağlık sigortası kurmak, sağlık hizmeti sunan birimlerin işletmecilik anlayışı ile yönetilmelerini sağlayacak şekilde özerkleşmelerini teşvik etmek, özel kesimden sözleşmeli hizmet satın alınmasını sağlamak gibi hedefleri bulunmaktadır. Ancak kanunun tam anlamıyla uygulanması imkânı bulunamamış, ulaşılmak istenen amaçları sınırlı olmuştur. Ne sistemsel reformları destekleyecek uygun yasalar ne de kapsamlı bir sağlık politikası yürütülememiştir (Uğurluoğlu, 2013, s.40).

Bütün bu gelişmelerle beraber Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı koordineli bir çalışma sonucunda 1990 yılında Ulusal Sağlık Politikasını belirlemişlerdir. Bu politikaya göre TSH'ye yönelik hedef, 2000 yılından önce güçlü bir sağlık sisteminin kurulmuş olmasıdır. Bunun için belirlenen ilkeler şöyledir (SB, 1993, s.19).

1. Herkesin yararlanacağı bir TSH yapısının kurulmalıdır.
2. Hizmete erişim kolay olmalı, kişilerin beklentilerini karşılayacak nitelikte olmalı ve uzun formaliteler gerektirecek işlemler olmamalıdır.
3. Hizmetlerde entegrasyon sağlanmalıdır.
4. TSH kamu kontrolünde sunulmalıdır.
5. Kişilere hekim seçme hakkı tanınmalıdır.

Milli Sağlık Politikası'nın yayınlanmasından sonra Devlet Planlama Teşkilatınca hazırlanan beş yıllık kalkınma planları da bu politikayı destekler niteliktedir. Özellikle yedinci beş yıllık kalkınma planında (1996-2000) aile hekimliği uygulanmasına yönelik altyapının oluşturulmasından bahsedilmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ve Genel Sağlık Sigortasına geçilmesi gerekliliği belirtilmiştir (DPT, 1995, 45-48).

Bu dönem içerisinde planlanan yapısal değişikliklerin önemli bir kısmı hem ülkedeki siyasi istikrarsızlık, hem kaynak yetersizliği gibi nedenlerle yapılamamıştır. Planlanan fakat uygulanamayan aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, hastanelerin tek çatı altında toplanması gibi toplumu büyük ölçüde etkileyecek düzenlemeler ancak 2002 yılından sonra SDP adıyla anılan programla ve Avrupa Birliği (AB), DSÖ, Dünya Bankası (DB) gibi küresel kuruluşların desteği ile hayata geçirilmiştir.

2.6.5. 2002 ve Sonrası

Türk Sağlık Sisteminde yaşanan gelişmeler üç aşamada ifade edilmektedir. İlki, 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile sağlık hizmetlerini ülkenin her tarafına ulaştırmak ve böylece sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, ikincisi, 1980 sonrası dönemde herkesin sosyal güvence kapsamına alınmasına yönelik planlamalar ve uygulamalar, üçüncü aşama ise 2002 sonrası dönemde uygulanan SDP'dir (Yıldırım, 2013, s.13). 1980'den sonraki dönemde sağlık hizmetlerinde sorunların çözümüne yönelik uygulanması yönünde çokça çaba harcanan, ancak tam olarak başarısız olan politikalar, SDP olarak yeniden isimlendirilmiş ve 2002 yılından sonra AB, DSÖ, OECD, DB gibi uluslararası kuruluşların da desteği ile bu politikaların hayata geçirilmesi yönünde çalışmalar yoğunlaşmıştır.

1993 yılında DB ve DSÖ işbirliği ile hazırlanan Dünya Kalkınma Raporu'nda gelişmiş ülkeler için sağlık reformu konusunda, üç yönlü bir yaklaşım önerilmiştir (Kohlwes, 2014, s.49).

1. Hane halkı sağlığını geliştirmek için çevresel olanakları iyileştirmek
 - a) Kötü koşullarda yaşayanlara yönelik iyileştirici politikaları sürdürmek
 - b) Özellikle kadınlar için eğitim olanaklarını yaygınlaştırmak
 - c) Kadınların haklarını ve statülerini iyileştirmek
2. Sağlık harcamalarına yönelik programlar geliştirmek
 - a) Üçüncü basamak kamu sağlık harcamalarını düşürmek

- b) Halk sağlığına yönelik finansal ve uygulamalı programlar geliştirmek.
- c) Temel klinik hizmetlerin sunumuna yönelik finansman sağlamak
- d) Halk sağlığı hizmetlerinin yönetimini geliştirmek

3. Farklılığı ve rekabeti desteklemek

- a) Temel klinik hizmetler dışında ki hizmetler için sosyal ya da özel sigortaları teşvik etmek
- b) Kamu ve özel sektörün hizmet sunumu konusunda ki rekabetini teşvik etmek ve desteklemek
- c) Maliyet etkililik, akreditasyon ve performans konularında çaba sarf etmek.

Türkiye’de de SDP, Dünya Kalkınma Raporu’nda belirtilen bu reform önerilerinin göz önünde bulundurulmasının yanı sıra, sağlık hizmetleri finansmanının ve hizmet sunum yerlerinin dağınık ve çeşitlilik göstermesi, toplumun bir kısmının sosyal güvenceye sahip olmaması, kaynakların verimsiz kullanılması, işleyen bir sevk sisteminin olmaması, BBSH’ye gereken önemin verilmemesi ve kayıt dışı ödemeler gibi sorunlar nedeniyle başlatılmıştır (Soyer, 2009, s.179). Sağlık hizmetlerinin sunumunda görülen aksaklıklar olarak da değerlendirebilecek sorunlar ve DB’nin öncülüğünde başlatılan ve küresel anlamda hemen hemen her ülkede başlayan bir reform salgını da SDP’nin başlamasında temel iki neden olarak belirtilmektedir (Öztek, 2009, s.7). Öte yandan, SDP’nin önceki yıllardan farklı olarak uygulanabilmesi, çeşitli nedenlerle sağlık hizmetine ulaşamayan kişilerin duydukları memnuniyetsizliğin yanı sıra sağlık yapılanmasının etik sorunlara yol açması ve bunun toplumsal açıdan yarattığı öfke olarak da ifade edilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009, s.37).

Ayrıca sağlık statüsü göstergelerine bakıldığında da, 2003 yılına kadar, doğumda beklenen yaşam süresi, anne ve bebek ölümleri, beş yaş altı çocuk ölümleri, bir yaş altı bağışıklama oranı, insani gelişme endeksi gibi göstergelerin Avrupa’da ki pek çok ülkenin gerisinde kalmış olması da sağlık hizmetlerinde bir iyileştirmeye olan ihtiyacı ortaya koymuştur.

Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı'nca sağlık politikalarının etkili, verimli ve hakkaniyete uygun yapılması amaçlanmış ve SDP planlanmıştır. SDP kapsamında amaçlanan **etkili** sağlık hizmeti ile anne çocuk ölümlerinin azaltılması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması gibi sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikaları, **verimlilik** ile insan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, koruyucu hekimlik ve sağlık işletmeciliğine yönelik politikaları, **hakkaniyet** ile de farklı sosyal gruplar, kıır-kent, doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim, göstergeler arasındaki farklılığın azaltılmasına, ihtiyaç ölçütünde sağlık hizmetine ulaşma ve mali güçleri doğrultusuna hizmet finansmanına katılımına yönelik politikaları kapsamaktadır (SB, 2003, s.24).

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlayan SDP kapsamında ki düzenlemeler (Yıldırım, 2013, s.13) aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve özerk hastaneler olmak üzere üç ana unsura yöneliktir (Öztek, 2006, s.2)

2.6.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

SDP'de sağlık hizmetlerinde istenilen düzeye erişebilmek için sekiz temel bileşen tasarlanmıştır. SDP'nin temel bileşenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti
 - a. Güçlendirilmiş TSH ve aile hekimliği
 - b. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonlu çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kursları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemi

SDP'nin Türk Sağlık Sistemi'nde gerçekleştirdiği değişikliklerin en önemlilerinden biri aile hekimliği uygulamasıdır. 2004 yılında çıkarılan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile aile hekimliği pilot illerde başlatılmış, sonraki yıllarda aile hekimliğine geçiş yapan il sayısı giderek artarak 2010 yılında Türkiye'de tüm illerde aile hekimliğine geçilmiştir.

Öte yandan, SDP kapsamında atılan bir diğer önemli adım da, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumlarında yaşanan sorunlar ve toplumda sosyal güvence kapsamında olmayan kişilerin de kapsama alınması amacıyla herkesi kapsayan ve bu kurumları tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası oluşturulmasıdır. Bu amaçla, 2006 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılmış ve bu sosyal güvence sistemleri genel sağlık sigortası ile tek çatı altında birleştirilmiştir.

SDP ile yapılan bir diğer düzenleme, 2011 yılında çıkarılan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık teşkilat yapısının değiştirilmesidir. Bu değişiklik ile Bakanlık politikalar geliştiren, denetleyen ve standartlar belirleyen bir konumda yer almakta ve kamunun sağlığa ayırdığı kaynakların kullanımını yönlendirmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı tek elden planlama yapmaktadır. Kararname ile Sağlık Bakanlığı üst yapı olmak üzere Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye İlaç Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü olmak üzere dört kurum kurulmuş ve bu kurumların görevleri ve teşkilat yapıları tanımlanmıştır. Kanunla, hastanelerin verimliliğini artırmak için, tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri için organizasyon yapısı yeniden düzenlenerek, kamu hastaneleri birliği genel sekreterlikleri kurulmuştur.

SDP ile planlanan bir diğer husus nitelikli insan g¼c¼ yetiştirilmesi çalışmalarıdır. Çalışanların g¼rev tanımları ve yetkilerinin belirlenmesi, niversiteler ile işbirliği geliştirilerek m¼fredatlar geliştirilmesi, desantralize insan kaynakları planlaması, y¼netim yeteneği oluşturulması ve sağlık y¼neticilerinin insan kaynakları planlamasına katılımlarının sağlanması planlamıştır. Bakanlık, bu doğrultuda 2015 yılında T¼rkiye Sağlık Enstit¼leri Başkanlığı'nı (T¼SEB) kurarak eğitim alanında ¼nemli bir adım atmıştır. Bu başkanlık b¼nyesinde de, T¼rkiye Kanseri Enstit¼s¼, T¼rkiye Biyoteknoloji Enstit¼s¼, T¼rkiye Anne ocuk ve Ergen Sağlığı Enstit¼s¼, T¼rkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstit¼s¼ ve T¼rkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstit¼s¼ olmak üzere 6 farklı enstit¼ kurulmuştur.

¼te yandan, SDP ile sağlık hizmetlerinde eřg¼d¼m, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları arasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sistemi kurulması amaçlanmıştır. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığı b¼nyesinde t¼m bilgi sistemlerinin izlenmesi, koordinasyonu ve temini için Sağlık Bilgi Sistemleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ de kurulan yeni birimler arasında yer almaktadır. SDP ile amaçlanan sağlık sisteminin ve sağlık d¼zeyinin sağlanması için yıllar itibarı ile yapılan yasal d¼zenlemeler Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. SDP Süresince Yapılan Yasal Düzenlemeler

Tarih	Değişiklik
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi.
	Aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlamaya geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
	İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı
	Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başladı.
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.
	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.
2010	Yeşil Kartlılar özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.
	İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı.
	Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi.
	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
	Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.
	663 Sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yayımlandı. *
2012	Merkezi hasta randevu sistemi (MHRS) tüm ülke geneline yayıldı
	İlaç hammaddelerinin KDV oranı %8'e düşürüldü.
	Birinci, ikinci ve üçüncü basamak ortak sağlık bilgisi veri tabanı oluşturuldu.
2013	Elektronik reçete uygulaması tüm ülke genelinde kullanılmaya başladı.
	Kamu Özel işbirliği modeli ile sağlık tesisleri yapılmaya başladı.

Tablo 8. SDP Süresince Yapılan Yasal Düzenlemeler (Devam)

2014	Nüfusa göre eczane sayısı planlaması başladı.
	Tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yanında, sözleşmeli aile hekimleri için aile hekimliği uzmanlık eğitimi başladı.
	Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin saha eğitimleri için Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri kuruldu
2015	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) ve Sağlık Enstitüleri kuruldu.
	Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırıldı.
2016	Kişisel verilerin korunması kanunu ile kişisel sağlık verilerinin paylaşımı kısıtlandı.

Kaynak: Tatar, M. (2011, s.128). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-133. ’ den uyarlanmıştır.

Not: *İlgili düzenleme ve sonraki yıllarda yapılan düzenlemeler yazar tarafından eklenmiştir.

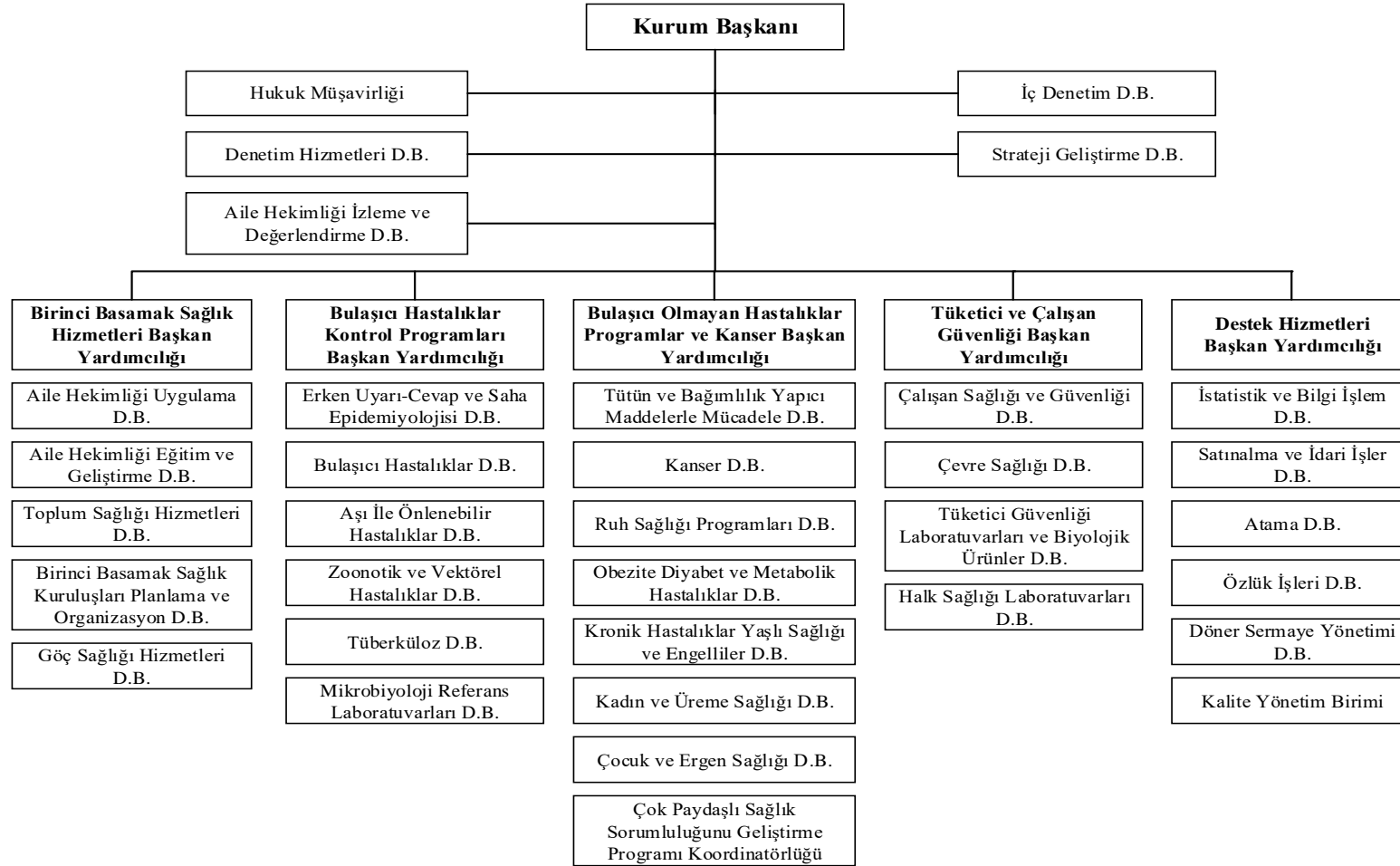
Sağlık Bakanlığı’nca SDP kapsamında tanımlanan bileşenlerin, yapılan bir takım düzenlemeler ile hayata geçirildiği görülmektedir. Ancak, aile hekimliğinin ön koşul olarak görüldüğü ve SDP kapsamında uygulanması planlanan ve uygulanamayan tek bileşeni sevk zinciri uygulamasıdır. Sevk zinciri oluşturulması hastanelerdeki gereksiz yığılmaların önlenmesi, tedavi kalitesinin artırılması, sağlık harcamalarındaki israfın önlenmesi, hekimin hastasını daha kolay takip etmesi amacıyla düşünülmüştür.

Güçlendirilmiş TSH ve aile hekimliği bileşeninin bir ayağı olan etkili, kademeli sevk zinciri konusunda birkaç ili kapsayan bir pilot uygulama yapılmış olmasına rağmen, uygulamanın yürütülememesi ve ortaya çıkan sorunlar nedeniyle vazgeçilmiştir. Ancak mevcut aile hekimliği yapısı içerisinde sevk zincirinin başlaması yakın zamanda pek olası görünmemekle birlikte, hastaların istediği sağlık kurumuna istediği zaman başvurması ile ortaya çıkan sorunlar da, sağlık hizmeti sunan kuruluşları zorlamaya devam etmektedir.

2.6.5.2. Türkiye’de Halk Sağlığı Hizmetleri

2011 yılına kadar, Türkiye’de halk sağlığı hizmetleri, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yarı özerk bir kuruluş olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da dahil olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde geniş bir kurumsal ağ hizmeti ile yürütölmekteydi. Ayrıca, TSH Genel Müdürlüğü de çoğunlukla halk sağlığı hizmetleri sunumunda yer almakta, il düzeyinde il sağlık müdürlükleri, hastalık kontrolü programlarının uygulanmasını sağlamaktaydı. Ayrıca, sağlık ocaklarında su güvenliği, katı atıkların ortadan kaldırılması, kanalizasyon sistemleri ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı programlarına yönelik faaliyetlerde yürütölmekteydi. Bunun yanı sıra, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeyi teşvik ve düzgün beslenme gibi bir dizi koruyucu sağlık hizmeti sunmaktaydı (OECD, 2008, s.27).

02 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 sayılı KHK öncesinde Sağlık Bakanlığı Bünyesinde TSH Genel Müdürlüğü tarafından yürütölen BBSH, bu tarihten itibaren Bakanlığa bağlı bir kurum olarak kurulan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yürütölmeye başlandı. Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, TSH’yi yürütmekle sorumlu olan bu kurumun bünyesinde 5 başkan yardımcılığı ve bu başkan yardımcılıklarına bağlı olarak 28 daire başkanlığı oluşturmuştur (bkz. Şekil 3).



Şekil 2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Şeması

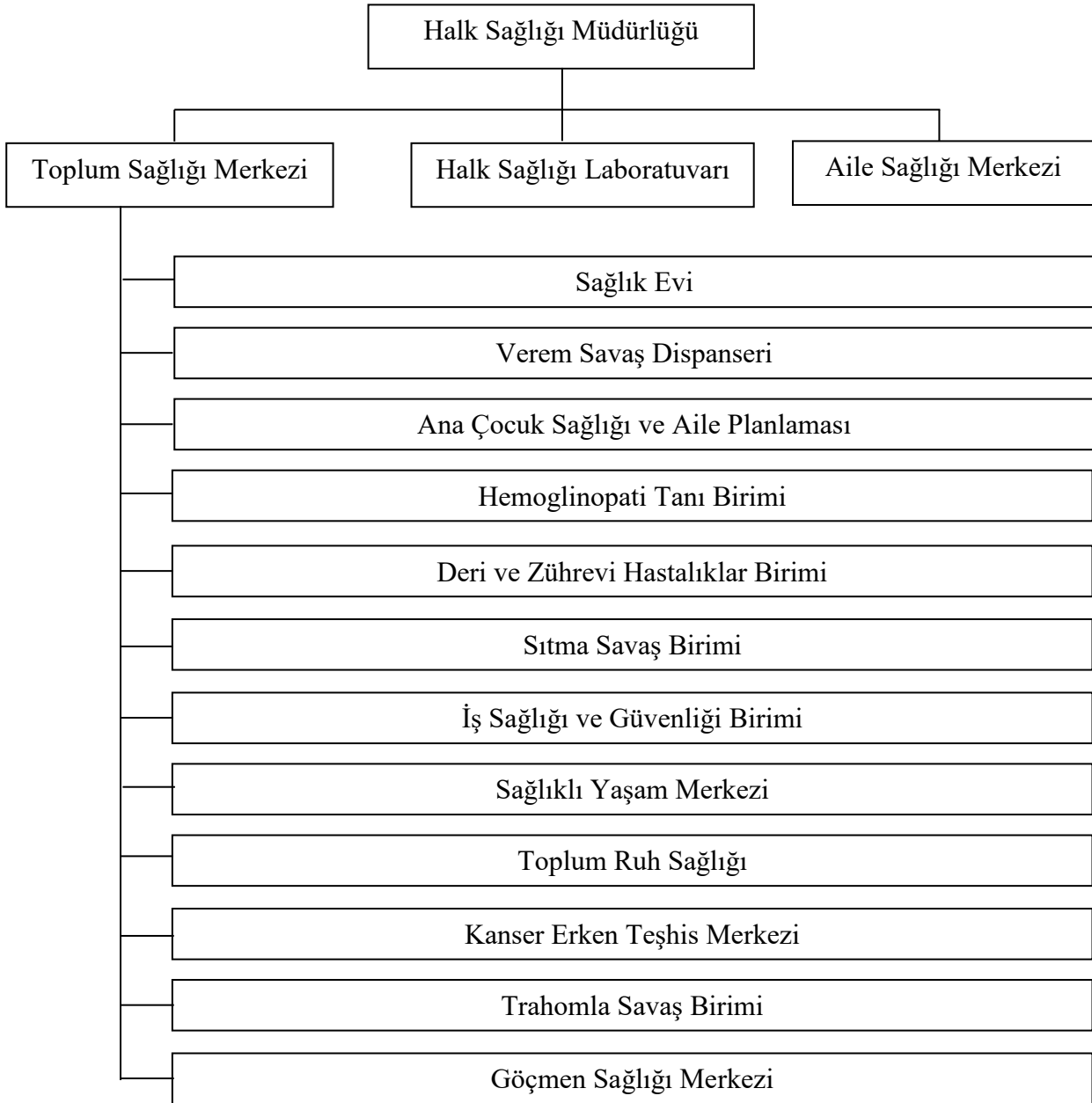
Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Şeması. Erişim: 23 Ocak 2017.

<http://www.thsk.gov.tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html>

THSK bünyesinde oluşturulan, BBSH Başkan Yardımcılığı Türkiye’de aile hekimliği uygulamasının tüm iş ve işlemlerinin planlanması, yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik faaliyetlerden ve göçmen sağlığından sorumludur.

Halk sağlığı hizmetleri, Türkiye genelinde Halk Sağlığı Kurumu’nun 81 ilde taşra teşkilatını oluşturan halk sağlığı müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarları tarafından yürütülmektedir (THSK, 2012).

Halk sağlığı müdürlükleri, ildeki bağlı hizmet birimlerinin Bakanlık politikaları, planları, stratejileri ve hedeflerine uygun olarak çalışmalarını sağlayarak, ildeki faaliyet alanlarına giren konulara ilişkin THSK’ya raporlama görevini yürütmektedir. Halk sağlığı müdürlüklerine bağlı olarak görev yapan toplum sağlığı merkezleri ise, bölgesel bazlı kurulan hizmet birimleridir. Bu merkezler, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve uygulayan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan ve Bakanlığın onayıyla toplum sağlığı merkezi birimi veya sağlık istasyonu kurabilen sağlık kuruluşlarıdır. Toplum sağlığı merkezleri bünyesinde farklı alanlarda hizmet sunan birimler yer almaktadır (bkz. Şekil 3) (THSK, 2012a).



Şekil 3. Toplum Sağlığı Merkezi Hizmet Birimleri

3. BÖLÜM

AİLE HEKİMLİĞİ

Pek çok ülkede birinci basamak hizmet sunum şekli olan aile hekimliği tarihsel süreç içerisinde hem uygulamada hem de tıpta uzmanlık alanı olarak önemli gelişmeler göstermiştir. Bu bölümde aile hekimliğinin tarihsel gelişimi, tanımı ve ilkeleri aktarılacaktır.

3.1. Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Tıp alanındaki değişimler tarihsel sürece bakılarak anlaşılabilir. Bu değişimler bilimsel, teknolojik ve sosyal etkilere karşı tepki olarak bazı zamanlar hızlı olurken bazı zamanlar daha yavaş olmaktadır. Tıp alanındaki yeni disiplinler değişik şekillerde ortaya çıkmaktadır. Bu bir hizmet ihtiyacının ihmal edilmesi nedeniyle olabileceği gibi, yeni teknolojilerin ortaya çıkmasıyla da olabilmektedir. Aile hekimliği de tıp tarihi boyunca bilimsel, teknolojik ve sosyal gereksinimlere göre gelişen birçok disiplinden biridir (McWhinney ve Freeman, 2009, s.17).

1910 yılında Amerika’da tıp eğitiminin geliştirilmesi konusunda yayınlanan Flexner Raporu ile tıp eğitimi alanında; bilimsel temellere dayanan bir tıp eğitimi, standardize edilmiş eğitim müfredatı, tam zamanlı eğitim ve araştırma fakülteleri, tıp fakültelerinin üniversitelere bağlanması gibi büyük değişiklikler hayata geçirilmiştir. Flexner Raporu’nun tıbbı, özellikle sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sunumu açısından büyük katkıları olmuştur.

Aile hekimine olan gereksinim ise, ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından Amerika’da gündeme getirilmiştir. Francis Peabody tarafından tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların uzman hizmeti dışındaki sağlık hizmeti ihtiyaçları için başvurabileceği hekim yetersizliği oluşmuş ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliği vurgulanmıştır. Kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950’lerde başlamıştır. Ancak aile hekimliğinin, İngiltere’de ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması 1965 yılında olmuştur. 1966 yılında, Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından Millis Raporu ve

Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması ve bu raporlarda, belirli bir alanda uzmanlaşmadan ziyade kişilerin genel sağlık durumları ile bir bütün üzerine odaklanan, tanı ve tedavi olanaklarını, nedensel faktörleri bilen bir uzmanlık alanına ihtiyacın olduğu vurgulanması sonucu, yeni bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği tanınmıştır. 1969'da Amerika'da Amerikan Aile Hekimliği Kurulu (ABFP) oluşturulmuş ve böylece aile hekimliği uzmanlığı doğmuştur (Gutierrez ve Scheid, 2002, s.9; Dikici vd., 2007, s.412).

Aile hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesinin ardından, tüm dünyada giderek önem kazanması ve gelişmesini sağlayan en önemli girişimlerden biri de DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından 1994 yılında düzenlenen “Tıp Uygulamalarını ve Eğitimini İnsanların İhtiyaçlarını Karşılacak Şekilde Daha Uygun Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu konferansta sunulan önerilerdir. Konferansta, tıp mesleğinde, sağlık sistemlerinde ve okullarda insanların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde temel değişiklikler yapılması, aile hekimlerinin kaliteli, hakkaniyetli, maliyet etkili sağlık hizmet sunumunun başarılmasında temel rol alması gerektiği belirtilmiştir. Bunun için de aile hekiminin yetkin olması, bireysel ve toplumsal değerlendirme yapabilmesi gerektiği belirtilmiştir. Toplantıda aile hekimliğinin geliştirilmesine yönelik 21 öneri sunulmuştur. Bu önerilerin bazıları şöyledir; (WHO, 1994, s.47).

Öneri 1: Sağlık sistemlerinde insanların ihtiyaçlarına uygun, daha eşitlikçi, daha maliyet etkin temel değişiklikler yapılmalıdır. Aile hekimleri bireye ve topluma yönelik kaliteli hizmet sunmak ve amaçlara ulaşmak için temel rol almalıdır.

Öneri 4: Hizmet sunumunda olması gereken, doktorların çoğunluğunun aile hekimi olmasıdır. Gerektiğinde, ulusal politikalar bu amacı başarabilmek için mümkün olduğunca hızlı bir şekilde adapte edilmelidir.

Öneri 5: BBSH'nin konumu yükseltilmelidir ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış hekimlerinin rolü de tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda genel pratisyenler ve uzmanlar dengelenmelidir.

Öneri 6: Uzmanların daha verimli hizmet sunabilmeleri için ilk başvuru birinci basamağa yapılmalıdır. BBSH sunan hekim de sevk durumu ya da seçenekler hakkında

iyi bilgilendirilmiş olmalıdır. Sevk sistemi tanıtılmalıdır. Meslekler arası işbirliği, uzlaşma ve sözleşmeler olmalı ve mali teşviklerle desteklenmelidir.

Öneri 9: Daha kaliteli ve maliyet etkin hizmet sunumu için iyi eğitilmiş aile hekimleri kullanılmalıdır.

Öneri 10: Her birey kendi birinci basamak sağlık hizmet sunucusunun ismini bilmelidir.

Öneri 11: Bütün ülkelerde aile hekimliği kolejleri, akademileri, ya da diğer bağımsız meslek birlikleri kurulmalıdır.

Öneri 15: Aile hekimliği bir disiplin olarak tanınmalıdır.

Öneri 17: Aile hekimliği disiplini bütün tıp fakültelerinde okutulmalıdır. Aile hekimi ile diğer uzmanlar arasında bir denge olmalıdır.

3.2. Aile Hekiminin Tanımı

Genel pratisyenlik ve aile hekimliği uzmanlığı, birçok Avrupa ülkesinde aile hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimleri ifade etmektedir. Esas olarak bu hekimler yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın sağlık hizmeti ihtiyacı duyan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamakla sorumlu kişisel hekimler olup, bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunmaktadırlar (WONCA, 2002). WONCA aile hekimliğini, isteyen her bireye, gerektiği zaman diğer sağlık personeli ile birlikte planlanan kapsamlı hizmet sunumundan birinci sorumlu hekimlik olarak ifade etmektedir. Aile hekimleri toplumsal kaynakları da göz önünde bulundurarak hastaların ihtiyaç duydukları hizmetleri sunmakta ya da diğer sağlık hizmeti sunucuları aracılığı ile bu ihtiyacı karşılamaktadırlar. Aile hekimleri ya da genel pratisyenler hizmet ihtiyacı duyan herkesi kabul ederken, uzman hekimler yaş, cinsiyet veya tanı temelinde hasta kabul edebilmektedirler (WONCA, 2002; 2011).

Aile hekimliğinin pek çok tanımı yapılmış olsa da, bu tanımlar arasında sıklıkla üzerinde durulan birkaç tanım vardır. Bunlardan biri Leeuwenhorst tarafından yapılmıştır. Leeuwenhorst, 1974'de aile hekimini, tıp fakültesinden lisans derecesiyle mezun olmuş, kişilere, ailelerine ve topluma yönelik yaş, cinsiyet ve hastalık

gözetmeksizin birincil ve sürekli bakım hizmeti sunan kişi olarak tanımlamıştır. (WONCA, 2011).

Aile hekimlerine yönelik yapılan önemli tanımlamalardan biri de Olesen vd.'nin (2000, s.354) yapmış olduğu tanımdır. Olesen'in tanımına göre aile hekimi sağlık sisteminin ön safında çalışan ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık probleminde bakım sağlamak için ilk adımları atmak üzere eğitilmiş, toplumda bireylerin hastalık veya diğer kişisel ve sosyal özelliklerine bakmaksızın onlarla ilgilenen ve hastalar için sağlık kaynaklarını en iyi şekilde organize eden hekimdir. Olesen vd. (2000, s.356) ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, kanıta ve akademik araştırmalara dayalı olması, hekimlerin eğitiminin, kapsamlı ve entegre bir sağlık sisteminin parçası olması gerektiğini belirtmiştir. Eğitimin biomedikal, psikolojik ve sosyal bilimlerden kanıtlarla desteklenmiş olması gerektiğini ve teşhis, tedavi, bakım ve koruyucu hizmetler arasında bir dengeyin olması gerektiğini ifade etmiştir.

Öztek (2009, s.9)'e göre aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanımlanabileceği gibi bir uygulama modeli olarak da tanımlanabilmektedir. Bu iki tanımlamanın birbirinden ayrı tutulması gerekmekte olup, aile hekimi uzmanı, birinci basamak iyileştirici hizmetleri sunmak üzere eğitim almış hekim olarak tanımlanabilirken, bir hizmet modeli olarak aile hekimliğinde ise, her ailenin bir bütün olduğu, aile üyelerinin yaş, hastalık veya başka bir özelliğini gözetmeksizin birlikte değerlendirildiği bir hizmet anlayışı olarak ifade edilmektedir.

Yapılan tanımlara göre aile hekimliği ve genel pratisyenlik aynı uzmanlık eğitimi almış olan hekimleri ifade etse de Türkiye'de aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlik farklı hekimleri tanımlamaktadır. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı, iki eğitim yöntemiyle verilmektedir. İlki, 6 yıllık tıp eğitimi sonrasında 3 yıl süreli uzmanlık eğitimi tamamlamak suretiyle, ikincisi ise sahada aile hekimi olarak görev yapan tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimlerin 6 yıl süreli uzmanlık eğitimi almaları şeklinde olmaktadır. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında görev yapan hekimler, aile hekimliği uzmanları, diğer dal uzmanları ve pratisyen hekimlerden oluşmaktadır.

Bu tanımlara bakıldığında çoğunlukla, aile hekimliğinin kişilerin yaş, cinsiyet ve sağlık sorunu gibi özelliklerine bakmaksızın hizmet sunması, öne çıkan temel işlev olarak görülmektedir.

3.3. Aile Hekimliğinin İlkeleri

Aile hekimleri, BBSH yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerisi, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım gibi yeterliliklere sahiptir ve bu yeterlilikler klinik, iletişim ve uygulamanın yönetilmesi olmak üzere üç alanda uygulanmaktadır (Güldal vd., 2012, s.107; Gay, 2013, s.1-3).

Aile hekiminin bu yeterlilikler kapsamında ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır (McWhinney ve Freeman, 2009, s.13).

1. Aile hekimleri, vücudun belli bir organına, belli bir hastalık grubuna ya da özel bir uygulama alanına odaklanmaktan ziyade, kişileri bir bütün olarak değerlendirmektedir. Bu iki yönlü olabilmektedir. Birincisi hastanın herhangi bir sorunu ile sınırlı olmayıp, iki cinsten her yaşta hasta ile ilgilenme, ikincisi ise tedavinin ya da bakımın tamamlanma noktasının olmamasıdır. Kişi sağlıklı halde iken de izlenmektedir.
2. Aile hekimleri hastalığı, kişisel, ailevi ve sosyal olarak kapsamlı bir şekilde değerlendirmekte, hastanın ön planda sınırlı olan bulgu ve bilgileri ile beraber arka planında olan nedenlerini de değerlendirmektedirler.
3. Sağlık sistemlerinde aile hekimleri, kişilerin sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesi için hastayla iletişimde bir fırsattır. Bu kapsamda, aile hekimlerinin hastalarını yılda dört kez görmeleri durumunda koruyucu tıp uygulamaları için önemli bir imkân söz konusu olmaktadır.
4. Aile hekimleri, uygulamalarında toplumu risk altındaki nüfus olarak görmekte ve hastalarını hem bireysel hem toplumsal açıdan değerlendirmektedirler.
5. Aile hekimleri, kendilerini toplumsal ağın ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun bir parçası olarak görmekte ve sağlık hizmetlerinin diğer sunucuları ile koordinasyonunu sağlamaktadırlar.

6. Kişilerin sağlık statülerinin geliştirilmesi için, ideal olan aile hekimlerinin hastaları ile aynı yaşam alanlarını paylaşmalarıdır. Aile hekimleri hastalarının yaşadıkları ortamları, hangi koşullarda yaşadıklarını bilerek onların problemlerini daha iyi çözümlenebilmekte ve onlara yakın ulaşılabilecek konumda olabilmektedirler.
7. Aile hekimleri hastalarını evde görebilmekte ve bireylerin sağlık ya da hastalık ile ilişkili birçok olayı evlerinde yaşadıkları göz önünde bulundurulduğunda, evde hasta bakma ile önemli olumlu sonuçlar elde edilebilmektedir.
8. Aile hekimleri tıbbın öznel yönüne de önem vermekte ve hastalarına duygusal olarak da duyarlılık göstermektedirler.
9. Aile hekimleri kaynakları da yönetmektedir. İlk başvuru yeri olmaları nedeniyle belirli sınırlar içinde hastaneye yönlendirme, tedavi reçeteleri yazma, uzmana sevk etme, yatırımların kullanılması gibi kaynakların kontrolünü sağlamaktadırlar

Başak, (2013, s.30) aile hekimliğinin ilkeleri ve özellikleri konusunda Türkiye üzerine yaptığı değerlendirme de, bu ilke ve özelliklerin giderek daha iyi öğrenildiğini, anlaşıldığını ve ifade edilebildiğini belirtmekle beraber, henüz yeterince uygulanmadığını ifade etmiştir. Özellikle, kronik hastalıklar ve çoklu rahatsızlıkların yönetimi, bakımın koordinasyonu, birey uyumunun artırılması, yaşam tarzı ve davranış değişikliği oluşturma gibi konularda aile hekimliğinin henüz istenilen düzeyde olmadığını belirtmiştir.

3.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

1960’lı yıllardan sonra aile hekimliği uzmanlığının dünyada kabul görmesi ve bu yıllardan sonra hızlı bir şekilde gelişme göstermesinin etkileri Türkiye’ye de yansımıştır. Türkiye’de 1960’lı yıllarda ve sonrasında sağlık hizmetlerine yön veren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile sağlık ocakları çatısı altında toplum sağlığı hizmetlerine yönelik TSH’nin önemi ve gerekliliği belirtilmiştir. Yasa aslında bugünkü aile hekimliği uygulaması ile hedeflenen nüfus bazlı yapılanma, kişiye bütüncül yaklaşma ve sağlık hizmetini herkese ulaştırma gibi hedeflere dayalı bir örgütlenme sağlamıştır.

Gerek 1960 öncesi gerekse 1960 sonrası sosyalizasyon temelli örgütlenmede, pratisyen hekimler ya da genel tıp disiplinlerinden uzman olmuş hekimler birinci basamakta görev yapmışlardır (Tekin vd., 2010, s.14). 1980’li yıllara gelindiğinde Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık alanı için ilk somut girişimlerin başladığı söylenebilir. 1982 Anayasası ile sağlık hizmetlerinin devletin asli görevi olduğu vurgusu ve genel sağlık sigortası ve katılım payı gibi hususların belirtilmesi de sonraki yıllarda yapılacak reformlar için dayanak oluşturmuştur. 1983 yılında yayımlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır. Bunun üzerine aile hekimliği ilk olarak Gazi Üniversitesi’nde kurulmuştur. Bu gelişmeler çerçevesinde 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından tıp fakülteleri bünyesinde aile hekimliği anabilim dalı kurulmasına yönelik karar alınmıştır. Aile hekimliğine ilişkin bir taraftan akademik yönde ilerlemeler kaydedilirken diğer taraftan, aile hekimliği mesleki örgütlenmeleride başlamış ve 1990 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) kurulmuştur.

1993 yılında, YÖK tarafından tıp fakülteleri bünyesinde aile hekimliği anabilim dalı kurulmasının yanında, TSH’ye ve aile hekimliğine vurgu yapan bir diğer gelişme de Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası Belgesi’nin yayımlanmasıdır. Belge de, TSH alanındaki sorunlar olarak, entegrasyonun olmadığı, hizmet sunan kuruluşların çok çeşitli ve bakımsız olduğu, vatandaşların aldıkları hizmetten memnun olmadıkları ve araç gereç yetersizliğinden bahsedilmiştir. Bu sorunlara yönelik çözüm stratejiler arasında da, kırsal kesimde sağlık evi/ocağı yapılırken kentsel bölgelerde nüfus esasına dayalı aile hekimliği sisteminin oluşturulması öngörülmüştür. Ayrıca, aile hekimlerinin bireylere yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerini vermekten sorumlu olacaklarını ve ücretlerini kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına göre genel sağlık sigortası sisteminden almaları gerektiği belirtilmiştir (SB, 1993, s. 50).

Öte yandan, 1996-2000 yıllarını kapsayan yedinci kalkınma planının sağlık reformlarının amaçları ve ilkeleri arasında, benzer nüfus gruplarına aynı hizmetin farklı birimler tarafından verilmemesi, bu hizmetlerin tek tip bir kurumsal yapı altında verilmesi ve aile hekimliği sisteminin oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir (DPT, 1995, s.45; Elbek ve Adaş, 2009, s.35)

Yedinci Kalkınma Planı'nda oluşturulması gerekliliği belirtilen aile hekimliği, 2001-2005 yıllarını kapsayan Sekizinci Kalkınma Planı'nda da koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve TSH ile birlikte etkin hizmet sunumu için aile hekimliğinin kurulması gerektiği şeklinde tekrar belirtilmiştir (DPT, 2000, s.87).

Farklı zamanlarda ve raporlarda vurgulanan sağlık hizmetlerinde reform ihtiyacı, 2002 yılı öncesine kadar istenilen düzeyde gerçekleştirilememiştir. Ancak 2002 yılında yeni bir hükümetin tek başına iktidara gelmesi, küresel anlamda da reform çabalarının teşvik edilmesi ile önceki dönemlerde planlanan ancak uygulanamayan reformlar uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu reformların hayata geçirilmesi önceki bölümde de belirtildiği gibi SDP adı altında gerçekleştirilmiştir.

SDP'nin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti bileşeni kapsamında uygulanan aile hekimliğine ilişkin ilk mevzuat 2004 yılında çıkarılan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'dur. İlk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde pilot uygulaması yapılan aile hekimliği yıllar itibarı ile yaygınlaştırılarak 2010 yılında ülke genelinde uygulanmaya başlamıştır. 2010 yılında aile hekimliğinin tüm ülkeye yayılması ile 5258 sayılı kanunun adı, Aile Hekimliği Kanunu olarak değiştirilmiştir. Kanunda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının görev tanımlarının yanı sıra mali hakları ve hizmetin esasları da düzenlenmektedir (SB, 2004).

Aile Hekimliği Kanunu ile Sağlık Bakanlığı, bünyesindeki hekimleri belirli yerleştirme esasları çerçevesinde sözleşme imzalamak suretiyle istihdam edebileceği gibi, diğer kamu kurumlarında görev yapan hekimlerin talebi doğrultusunda da aile hekimi olarak istihdam edebilmektedir. Aile hekimleri, birlikte hizmet sunacağı aile sağlığı elemanını kendi seçebilme imkânına sahiptir (SB, 2004).

Aile hekimleri buldukları bölgelerde kendilerine kayıtlı kişilere hizmet vermektedirler. Her bir aile hekimi kayıtlı kişi sayısı en az 1000, en fazla 4000 olarak belirlenmiş olup, bir hekimin en fazla iki ay süreli kayıtlı kişi sayısının 1000'in altında olmasına izin verilmektedir.

Türkiye'de aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında acil haller ve mücbir sebepler dışında kişinin sosyal güvencesine bakılmaksızın, aile hekiminden sevk almadan sağlık kuruluşuna müracaat edilmesi

durumunda hastadan katkı payı alınmaktadır. Ancak sevklı bir hastadan bu katkı payı alınmamaktadır. Bu katkı payı Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının ortak görüşü ile belirlenmektedir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, halk sağlığı müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Yeni doğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilmektedirler. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmekte ve zorunlu haller dışında üç aydan önce değiştirememektedirler (SB, 2004; 2010).

Aile hekimliği uygulamasında mevcut olan ancak zorunluluğu bulunmayan hasta sevk işlemi aile hekimlerince kullanmış oldukları Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden yapılmaktadır. AHBS de vatandaşlık numarası ile ekrana gelen hasta bilgileri sayfasında, sevk edilmek istenen hasta için “sevk/konsültasyon” seçeneği seçilerek, ekrana gelen listeden hastanın sevk edileceği bölüm seçilmektedir. Bölüm seçildikten sonra, bir sonraki ekranda bu bölüme sevk gerekçesi, tanısı, hastanın gideceği şehir, ihtiyaç halinde refakatçi durumu ve refakatçi gerekçesi yazılarak kaydet işlemi ile sistem üzerinden sevk işlemi tamamlanmakta ve ihtiyaç doğrultusunda yazılı bir form çıktısı alınarak işlem sonlandırılmaktadır. Alınan sevk formunda, hastanın kimlik bilgilerinin yanı sıra, hasta protokol numarası bilgileri, tanı bilgileri, sevk edilen bölüm, sevk gerekçesi ve sevk eden hekim bilgileri yer almaktadır.

Aile hekimlerinin hastalara hizmet sunduğu merkezlere aile sağlığı merkezleri (ASM) denilmektedir. ASM’lerin bünyesinde aile hekimliği birimleri (AHB) bulunmaktadır. Bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıya da aile hekimliği birimi denilmektedir. Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte hizmet sunumunda görev alan ve hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru ve ebe ünvanlı personeli ifade etmektedir. ASM’ler tek birimli yani, bir hekim bir aile sağlığı elemanı ile hizmet verebildiği gibi, birden çok aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarıyla da birden fazla birimli olarak da hizmet verebilmektedirler (SB, 2013a).

Aile sağlığı merkezleri, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde yer alan fiziki şartlar, teknik şartlar ve çalışma şartları kriterlerine göre A, B, C, D ve grupsuz olarak sınıflandırılmaktadırlar. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde belirtilen tüm koşulları sağlayan ASM’ler A grubu olarak değerlendirilirken, kısmi olarak sağlayanlar

B, C, D ve asgari düzeydekiler ise grupsuz olarak değerlendirilmektedirler. Bu gruplandırma AHB'lere cari gider olarak yapılacak ödemelerde belirleyici olmaktadır (SB, 2013a). Aile hekimliği birimlerine yapılacak cari ödemeler belirlenirken kullanılan oranlar şu şekilde değişmektedir.

D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %10'u.

C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %20'si.

B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %35'i.

A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %50'si.

Aile hekimlerine aylık yapılacak ödemelerde ise şu hususlar göz önünde bulundurulmaktadır (SB, 2010).

1. Aile hekimliği birimine kayıtlı kişiler ve bu kişiler için ödenecek ücret belirlenirken;
 - a. Gebeler için (3) katsayısı,
 - b. Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
 - c. 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,
 - d. 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,
 - e. Diğer kişiler için (0,79) katsayısı, esas alınır.
2. Görev yapılan bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti
3. Aile sağlığı merkezi giderleri
4. Gezici sağlık hizmeti giderleri

Aile hekimlerine ödenen ücret hekimin pratisyen veya aile hekimi uzmanı olması durumunda da değişebilmektedir.

Türkiye de aile hekimliği uzmanlık eğitimi, eğitim kurumlarında 3 yıl süreli olarak verilmektedir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı BBSH'nin uzman hekim eliyle verilmesini sağlamak amacıyla sahadaki aile hekimlerinin uzmanlık eğitimine dâhil

olabilmelerini sağlamaktadır. Bu kapsamda, diğer tüm uzmanlık eğitimlerinde yerleştirmeler Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yapılmakta iken, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ÖSYM'nin yanı sıra THSK tarafından da uzmanlık eğitimi yerleştirmeleri yapılmaktadır. THSK sadece sözleşmeli aile hekimleri için uzmanlık eğitimi yerleştirmeleri yapmakta olup, 3 yıllık örgün uzmanlık eğitiminden farklı olarak bu eğitimde 6 yıllık eğitim süresi belirlemiştir.

Türkiye'de aile hekimliği uygulaması başladığından bu güne aile hekimi sayısı artırılarak, aile hekimlerine bağlı kişi sayısının düşürülmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. 2010 yılında tüm ülkede aile hekimliği uygulamasına geçildiğinde 20.185 aile hekimi görev yapmakta iken, aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ortalaması da 3.652 olmuştur (SB, 2010a, s.70-71). Beş yıllık bir süre sonunda 2015 yılında ise aile hekimi sayısı 21.696 iken her bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı da 3.600 olarak gerçekleşmiştir (bkz. Tablo 9 ve Şekil 4) (THSK, 2015).

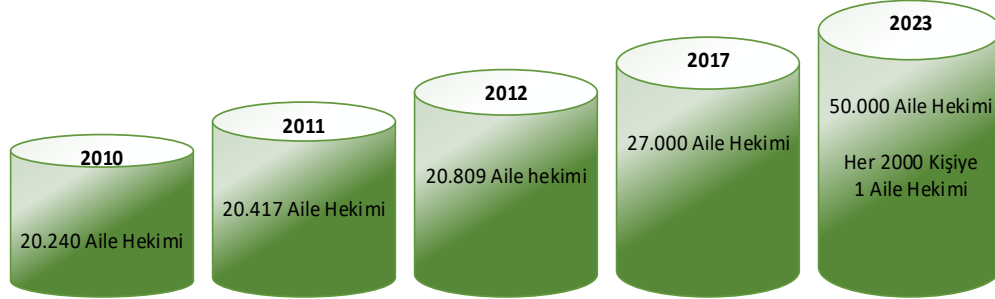
Tablo 9. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşu Sayıları

Sağlık Kuruluşu	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Ocağı	5.005	0	0	0	0	0	0
Aile Hekimliği Birimi	0	20.185	20.216	20.811	21.175	21.384	21.696
Aile Sağlığı Merkezi	0	6.367	6.520	6.660	6.756	6.829	6.902

Kaynak: (SB, 2014; Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü [SAGEM], 2015)

Sağlık Bakanlığı'nın hekim sayısını artırarak hekime bağlı kişi sayısını düşürmeye yönelik faaliyetlerinin temelinde, daha iyi hizmet sunumu sağlamanın yanında sevk zinciri uygulamasının başlatılması bulunmaktadır. Nitekim Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na 2014 yılı itibarı ile hasta sevk sistemi uygulamasına yönelik hazırlık çalışmaları başlatılmış, 2015 yılında sistem altyapısının kurulması, 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve 2017 yılında da sevk sisteminin uygulamaya konulacağı ifade edilmiştir. Böylece basamaklar arası veri akışının etkin ve verimli hale getirilmesi ile sağlık hizmetinin bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde sunulması hedeflenmiştir (THSK, 2014). Ancak gelinen noktada 2015 yılı itibarı ile aile hekimi sayısı ve bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının 3.600 olduğu göz önünde

bulundurulursa ideal bir sevk zinciri uygulamasına 2017 yılında geçilmesi oldukça zor görünmektedir.



Şekil 4. Aile Hekimi Sayısı Projeksiyonu

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2013). Aile Hekimliği Veri Kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı.

4. BÖLÜM

SEVK UYGULAMASI

4.1. Hasta Sevkinin Tanımı

Hasta sevki, sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği (ilaç, malzeme, beceri gibi) nedeniyle, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularından yararlanması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015).

Diğer bir tanımla sevk, birinci basamak hekiminin hastanın bakımında, tanı ve tedavi edici hizmet sunumunda karar verme sürecini bir ya da daha fazla uzman hekim ile paylaşması ve iş bölümü olarak tanımlanmaktadır (Grembowski vd., 1998, s. 10). Hasta sevki, hastanın bakımı için gerekli olan sorumluluğun transferi olarak da ifade edilmektedir. Fakat bu durum birinci basamak hekimleri için, sorumluluğun tamamının transferi anlamına gelmemektedir. Çünkü birinci basamak hekimleri hastanın refahı için temel sorumluluğa sahiptir (McWhinney ve Freeman, 2009, s.381).

Hastanın bir hekimden bir diğer hekime sevki, hasta için uzman görüşüne başvurma, hasta için daha fazla ya da farklı hizmete ihtiyaç duyma ve tanı ve tedavi araçlarına ihtiyaç duyma gibi nedenlerle farklı şekillerde olabilmektedir (WHO, 2015). Hasta sevki olarak yapılan yönlendirmelerde hastanın büyük bir cerrahi operasyon ya da önemli bir hastalık tedavisinin sağlanması gibi durumlar için sevk edilmesi ve sevk eden hekimin tedavi sırasında herhangi bir sorumluluğunun olmadığı durumlar *aralıklı sevk* olarak ifade edilmektedir. Bu durumda hastayı sevk eden hekimin, çoğunlukla tedavi sonrası süreçte rolü olmaktadır.

Hastanın genel sorumluluğunun sevk eden hekimde olmasıyla beraber, bazı spesifik problemler (sosyal ya da psikolojik danışma gibi) için hastanın sevk edilmesi ve bu sevk sonucu hizmetin uzun süreli ya da kısa süreli olması durumuna ise *tamamlayıcı sevk* denilmektedir.

Hasta sevkinin bir diğerk şekli ise *çapraz sevktir*. Çapraz sevkte, hastaya başka bir doktordan sağlık hizmeti alması tavsiye edilmekte ve tavsiyede bulunan hekim, hastanın tedavisi için sevk sonrasında başka sorumluluk üstlenmemektedir. Bu durum, hastanın kendi kendini yönlendirmesi sonucu ortaya çıkabilmekte ve kaynakların boşa kullanılması, hasta için demoralize olma ve hekim için hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olamama gibi açılardan eleştirilmektedir.

Öte yandan, çok sayıda uzmanlık alanı gerektiren koşullar altında iki ya da daha fazla hekim arasında sorumluluğun bölüşüldüğü sevk yöntemi ise *bölünmüş sevk* olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda hekimlerin biri hastanın bir hastalığı ile ilgilenirken diğeri bir başka hastalığı ile ilgilenmektedir. Bu durumun ortaya çıkardığı en önemli sorun hastanın genel sorumluluğunun hangi hekimde olduğunun belirsiz olmasıdır (McWhinney ve Freeman, 2009, s.382).

4.2. Hasta Sevkini Etkileyen Faktörler

Hekimin hastasını sevk etmesi farklı şekillerde olabilmekte iken, sevkın tüm şekillerinde de sevk kararını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yapılan hasta sevkinde, hekime ilişkin, hastaya ilişkin, yapısal ve toplumsal pek çok faktör belirleyici olabilmektedir. Bu faktörler Tablo 10’da görülebilir.

Tablo 10. Hasta Sevkinin Etkileyen Faktörler

Hekim ya da uygulamaya ilişkin faktörler	Hasta ile ilişkili faktörler	Yapısal faktörler	Toplumsal faktörler
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hekimin sevk sonucu sağlanacak yararlar ya da sevkten beklentileri ➤ Hekimin yaşı ya da deneyimleri ➤ Hekimin cinsiyeti ➤ Hekimin uzmanlık derecesi ➤ Hekim hasta ilişkileri ve uyumu ➤ Hekimin uzman hekim ile ilişkisi ➤ Uygulamanın boyutu ➤ Erişilebilir hizmetler ➤ Hekimin psikolojik özellikleri (belirsizlik ve risklerin tolere edilmesi) ➤ Hekimlik süresi ➤ Sevk sistemine ilişkin bilgi düzeyi ➤ Hizmet kalite algısı ➤ Özel sağlık sorunlarına ilişkin geçmiş deneyimleri ➤ Hastanın sevke uyma kapasitesini algılama ➤ Zaman 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Semptomların şiddeti ➤ Sevk isteği ➤ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uzman hizmetinin dağılımı ➤ Mahrumiyet ➤ Uzman hekim hizmetine erişilebilirlik ve kullanılabilirlik ➤ Toplum için kullanılabilir alternatif uzman hizmeti ➤ Tedavi için yeterli zaman ➤ Sevk sistemi ile ilgili kılavuzlar, yönergeler ➤ Birinci basamak klinik yeterliliği ➤ Sevk edilen kurumda sunulan hizmet kalitesi maliyeti ve kapsamı ➤ Sevk edilen kurumda bulunan çalışanların kapasitesi, motivasyonu ➤ Sağlık güvencesi 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bölgesel olarak kişi başına düşen uzman hekim sayısı ➤ Toplumun kırsal, kentsel ya da büyük şehirlere dağılımı ➤ Sağlık okuryazarlığı ➤ Tıp eğitimi okullarının mevcudiyeti ➤ Hastalık etiketlenmesi ➤ Toplumsal ortak deneyimler

Kaynak: Foot vd. (2010, s.41), Macintyre, (2003, s.24), Forrest vd., (2002, s.219-221), Chan ve Austin, (2003, s.503)

Hekimin sevk kararını etkileyen faktörler, hekimin kaç hastayı sevk ettiğini veya etmediğini doğrudan belirleyen faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, hangi durumlarda sevk gerekli olduğu, en iyi sevk oranının ne olması gerektiği, sağlık personeli için en iyi uygulamanın ne olacağına yönelik kriterler yetersiz kalabilmektedir. Bu çerçevede, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki genel sevk oranlarının bazı istisnai hastalıklar dışında, artmasının mı yoksa azalmasının mı daha istenilen bir durum olduğunu söylemek zorlaşmaktadır ki tıp eğitimlerinde hasta sevkine yönelik standartlar da yetersiz kalmaktadır. Bu kapsamda, birinci basamaktan yapılan ya da yapılmayan sevkler için bakış açıları da değişebilmektedir. Yüksek sevk oranı yetersiz veya bilgisiz sağlık personeli olarak yorumlanabileceği gibi, düşük sevk oranı da deneyimli ya da umursamaz sağlık personeli olarak değerlendirilebilmektedir (Macintyre vd., 2003, s.24). Güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde 2. ve 3. basamağa yapılan sevk oranları %15'lere kadar düşebilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu birinci basamakta tedavi ve takip işlemlerini sağlayabilmekte ve hizmet ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir (Başer vd., 2015, s.28).

Pekçok ülkede çoğunlukla birinci basamaktan yapılan sevk oranlarının düşük olması istenmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunda, hizmetin kapsamının geliştirilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve etkililiğinin artırılması temel amaçlardır. Hastaların yaşadıkları yerlerde kolayca sağlık hizmeti sunucularına ve kurumlarına ulaşabilmeleri iyi işleyen sevk sistemleri ile sağlanabilmektedir. Sevk sistemleri hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için strateji sağlamaktadır. Ancak tüm hastaların öncelikle sevk gerekli olup olmadığının tespiti için birinci basamak hekimine başvurmaları gereklidir. Diğer bir ifade ile acil durumlar dışında hastane hizmetine ulaşabilmek için birinci basamak hekiminden geçmek gerekmektedir (Macintyre vd., 2003, s.25).

4.3. Doğrudan 2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru

Hastaların ve ailelerinin sevk sürecine aktif katılımları etkili çıktıların oluşmasını, hizmet sunucu ve hastalar için memnuniyet düzeyinin artmasını ve sağlık harcamalarının azalmasını sağlamaktadır. Aksi durumda, kendi kararlarıyla uzman hekime giden hastalar uzman hekimin iş yükünün artmasına neden olmakta ve

dezavantajlı grupların uzman hekimden yararlanması engellenebilmektedir. Bu durum ise kişisel ve sağlık sistemi açısından bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar (Rasoulynejad, 2004, s.2),:

1. Sistemde gereksiz maliyet artışı,
2. Hastalar için ödeme güçlüğü,
3. Hastalar için kapsamlı sağlık bilgisi eksikliği,
4. Hizmetin sürekliliğinin sağlanamaması ve sevk planı eksikliği,
5. Aşırı iş yüküne bağlı olarak uzman hizmetinin standardının düşmesi,
6. Yürütülen yerleşmiş sevk sistemi için risk oluşturma,
7. Hastanın uzmana ulaşım problemleri,
8. Hastalar için sağlık sistemi bileşenlerine erişiminde adaletsizlik yaratma,
9. Hastaların sevk sisteminin değeri algısında azalma,
10. Sağlık sistemine olan güvende azalma,
11. Hasta ve hekimlerin sevk uygulamasının gerekliliğinden ve amacından uzaklaşması,
12. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında hasta verisi iletimi ve iletişimde zayıflama,
13. Geri bildirim ve tedavi sonrası takip süreçlerinde azalma.

Hastaların birinci basamak hekimlerini atlayarak doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hizmete başvurmasına yönelik kararlarını üç temel faktörün etkilediği söylenebilir. Bunlardan ilki, hasta ile ilişkili faktörlerdir. Hastanın demografik özellikleri başvuracağı hekimi seçmede önemli olmaktadır. Hastanın yaşı, tıbbi problemlerinin tedavisi için birinci basamak hekiminden ziyade uzman hekim tercihinin sebep olabilmektedir. Bunun nedeni, hastaların sağlık sorunu için fazla endişeli olmaları ya da sorunu acil olarak değerlendirmeleri olabilmektedir.

İkincisi ise, hastanın sosyal ve ekonomik özellikleri, geliri, eğitimi ve yaşadığı bölge hastaya bazı kısıtlılıklar getirebilmekte bu durum hastanın uzmana doğrudan başvurusuna neden olabilmektedir. Yüksek gelirli hastalar için birinci basamak hekiminden sevk almadan uzman hekime gitmenin doğuracağı finansal maliyet önemsiz görülebilir. Ancak düşük gelirli hastalar sigorta kuruluşları tarafından ekstra maliyet doğabileceği düşüncesiyle uzman hekime başvurmayabilmektedirler. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan kişiler birinci basamak hekiminin yönlendirmesi olmadan uzman hekime başvurmanın bir hak olduğunu düşünmektedirler. Bu kişiler hastalıkları hakkında bilgi sahibi olabilmekte; bu sebeple başvuracakları uzman hekim için bir fikirleri olabilmektedir. Bu durum birinci basamak hekimine başvurmak için olumsuz bir motivasyon oluşturabilmektedir. Öte yandan, yüksek kentleşmenin olduğu yerlerde yaşayan kişiler daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre uzman hizmetine erişimde daha avantajlı olmaktadır ve bu da doğrudan uzman hekime başvurmaya neden olabilmektedir.

Üçüncüsü ise, hastaların sosyal ilişkileridir. Sosyal ilişkiler başvuru yeri açısından önemli olabilmektedir. Hastalar, uzman hekime daha kolay ulaşabilmelerini sağlayacak kişiler ile ilişki halinde olabilmekte bu sayede uzman hekime ulaşma da oluşacak bariyerleri (sevk veya bekleme listeleri gibi) aşabilmekte ve randevu alabilmektedirler (Glasgow vd., 1998, s.224).

Hastaların çoğunlukla birinci basamak düzeyini atlayarak üst basamaklara başvurusu ülkelerin ortak bir sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu da üst basamaklardaki sağlık kuruluşlarının kalabalıklaşmasına neden olmaktadır. Alt basamaklarda kaynak kullanılabilirliğinde ve bakım kalitesinde iyileşmenin ilk ve önemli önceliği BBSH'yi hastaların gözünde çekici ve inandırıcı kılmak için güçlendirmektir. Bunun için, hastanelere sevksiz olarak gelen hastaların daha fazla sıra beklemek zorunda kalacakları (acil ve ciddi vakalar hariç tutularak) hastalara açıklanmalıdır. Ayrıca, pahalı sağlık kurumları olan 2. ve 3. basamak kuruluşların gereksiz kullanımını önlemek için sevksiz gelen hastalara belirli bir cezai ödeme yaptırılabilir. Ayrıca, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının ayrı (fakat yakın) bölgelere kurulması sevk politikasının birinci basamak sağlık kuruluşlarında daha titizlikle uygulanmasını sağlar. Yoğun olarak toplumsal eğitim ve iletişim ile hastanın sağlık hizmeti ihtiyacında nereye, nasıl, ne

zaman başvuracağı ve hangi seviyelerde sağlık hizmeti alması gerektiğine yönelik bilgi vermek, alt basamaklardaki sağlık tesislerinin sundukları hizmete olan güveni sağlamak için önemlidir (WHO, 2015).

Sonuç olarak hastaların sağlık sorunlarını önemli görmeleri, onların hekime başvurularında ki kararlarını etkilemektedir. Hastalar, bu şikâyetlerini ciddi, hayatı tehdit edici ve acil olarak algıladıklarında, kendilerini daha fazla uzman hekime yönlendireceklerdir. Ayrıca hastalar bu sağlık sorunlarında birinci basamak hekiminin yetersiz kalacağını düşünüp, bunu da zaman kaybı olarak değerlendirebilmektedirler (Glasgow vd., 1998, s.231).

Hastanın birinci basamak hekimini atlayarak uzman hekime başvurması birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sevk zinciri uygulamalarında, hastanın uzman hekimi serbestçe seçimi engellenmektedir. Çoğu durumda uzman hekim seçimi, sevki yapan pratisyen hekime bırakılmaktadır. Pratisyen hekimin uzman hekim seçimi de bir dizi faktörden etkilenmektedir.

Uzman hekimin tıbbi becerisi ve pratisyen ile olan önceki deneyiminin yanı sıra pratisyen hekimin uzman hekimi tanıyıp tanımadığı, aralarındaki iletişim ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması uzmanın belirlenmesinde rol oynayabilmektedir. Ayrıca, hastanın uzman hekime olan uzaklığı da pratisyen hekimin uzman seçiminde etkili olabilmektedir.

Hastaneye kabul de, hastanın sevk edileceği uzmanı belirleyebilmekte ve taburculuk sonrasında hastaya randevu verilmesi durumunda, pratisyen hekimin başka seçeneği kalmamaktadır. Bir diğer belirleyici etken de hasta istekleridir. Hastalar sıklıkla akrabaları ya da arkadaşlarından uzman hekim konusunda tavsiye alabilmekte bu durumda da pratisyen hekim hasta isteklerine göre uzman seçebilmektedir (Kinchen vd., 2004).

4.4. Sevk Sisteminin Bileşenleri

Birçok gelişmekte olan ülkede ikinci basamakta ayakta tedavi alan hastaların yüksek bir oranı, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle birinci basamakta bakılabilir. Bu hastaların birinci basamaktan hizmet almalarının sağlanması için iyi işleyen bir sevk sisteminin oluşturulması gerekmektedir. İyi işleyen bir sevk sistemi ile; hastaların en uygun hizmet sunucudan, gereksiz maliyetlerin olmadığı optimal düzeyde hizmet alması sağlanabilir. Hastane hizmetleri optimal düzeyde ve maliyet etkili kullanılabilir. Uzman hekim hizmetine ihtiyaç duyan hastalar bu hizmete daha kolay ve zamanında erişebilir ve BBSH'den daha fazla yararlanma imkanı sağlanarak BBSH'nin önemi artırılabilir (WHO, 2015).

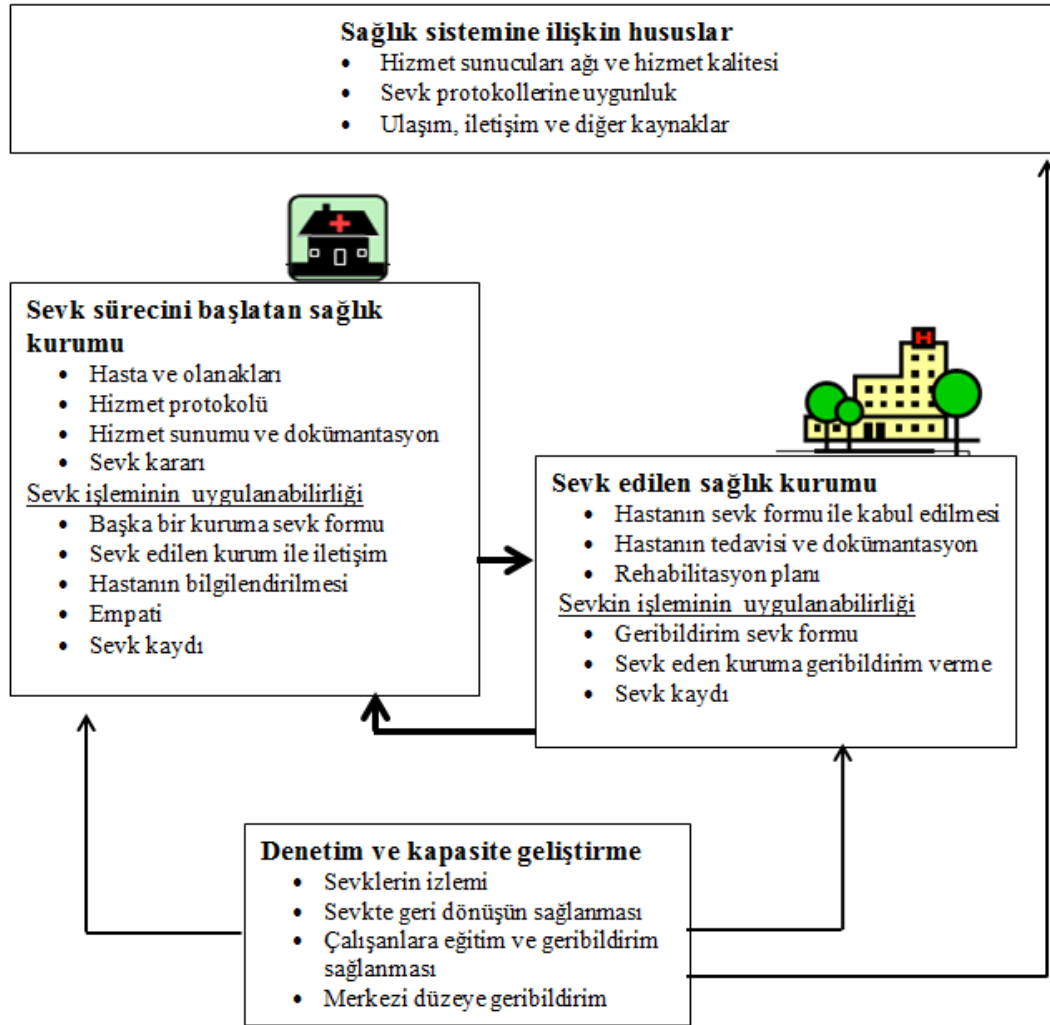
Sevk sisteminin tasarımı ve fonksiyonları ülkelerin sağlık sistemlerine özgü faktörlerden (uzman personelin mevcudiyeti, eğitim kapasitesi, örgütsel düzenlemeler, kültürel konular, siyasi konular ve gelenekler) ve genel faktörlerden (nüfus büyüklüğü ve yoğunluğu, kırsal ve kentsel nüfus dağılımı, hastalık yükü ve örüntüsü, talep ve ödeme kabiliyeti) etkilenebilmektedir. Bu faktörler çerçevesinde DSÖ tarafından sevk sisteminin önemli bileşenleri beş başlık altında incelenmektedir (bkz. Tablo 11) (WHO, 2015).

Hastanın sağlık kurumuna müracaatı ile yapılan değerlendirme sonucu, sağlık kurumunun hastayı sevk etme kararı ile başlayan süreç, sevk edilen hastanın sevk edildiği kurumdan hizmet alması ile devam etmektedir. Hastayı sevk eden kurum ile sevk edildiği kurum arasında hastaya ilişkin bilgi alışverişi sağlanmaktadır. Öte yandan sevk sistemin işlerliğinin devam etmesi ve geliştirilmesi için sevk sürecini başlatan kurum, sevk edilen kurum ve sağlık sisteminin diğer unsurlarına yönelik denetim ve geliştirme faaliyetlerinin de sürdürülmesi gerekmektedir. Sevk sistemi bileşenlerinin akışı Şekil 5'de verilmiştir.

Tablo 11. Sevk Sisteminin Bileşenleri

1. Sağlık Sistemine İlişkin Hususlar	
a.	Hizmet sunucular (kamu ve özel) ve hizmet kalitesi
	i. Güçlendirilmiş BBSH
	ii. Sağlık hizmetlerinde her basamağın ve kurumun rolünün netliği
	iii. Her sağlık kuruluşunun koşullarına uygun hizmet protokollerinin varlığı
	iv. İletişim ve ulaşım imkânlarının bulunması
b.	Performans beklentileri
	i. Hizmet protokollerine uygun başvuru ve takip beklentisi
	ii. Sağlık çalışanlarının ve hastaların sevk sistemi disiplinine bağlı kalmaları beklentisi
	iii. Düzenli denetim ve kapasite geliştirme
c.	Yapılanmaya katılım
	i. Sağlık Bakanlığı
	ii. Tıp ve hemşirelik okulları
	iii. Tıp ve hemşirelik profesyonellerinin işbirliği
2. Sevk Sürecini Başlatan Sağlık Kurumu	
a.	Hasta ve olanakları
b.	Hizmet veren kurumun hasta koşullarına yönelik protokolü
c.	Tedavi ve tedaviye ilişkin dokümanların oluşturulması
d.	Sevk kararı
3. Sevk Sisteminin Uygulanabilirliği	
a.	Başka bir kuruma sevk formu
b.	Sevk edilen kurum ile iletişim (hazırlıkların yapılması)
c.	Hasta ve ailesini bilgilendirme / destek ağı
	i. Sevkin önemi ve sebepleri, sevk etmemenin riskleri
	ii. Sevk edilen kurumun yeri ve ulaşım bilgisi
	iii. Kime başvurulacağı veya olması muhtemel durumlar
	iv. Geribildirimlerin takibi
d.	Empati, hasta ve ailesini anlama
	i. Genel korku
	ii. Ulaşım, tedavi ve hasta ailesinin konaklama maliyeti
e.	Sevk sürecinin kayıt edilmesi, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması
4. Sevk Edilen Sağlık Kurumu	
a.	Hasta kabul edilerek sevk formunun alınması
b.	Tedavi ve tedaviye ilişkin dokümanların oluşturulması
c.	Hasta ve ailesine yönelik rehabilitasyon ve izlem planlarının yapılması
d.	Sevk eden kuruma sevkin uygunluğunun geri bildirilmesi
e.	Sevk sürecinin kayıt edilmesi, izlenmesi ve istatistiksel veri toplanması
f.	Sevk geribildirim formu
5. Denetim ve Kapasite Geliştirme	
a.	Başka kuruma yapılan sevklerin izlenmesi
	i. Sevklerin sayısı ve protokollere uygunluğu
	ii. Kayıtların kalitesi
	iii. İzlem tutarlılığı ve sıklığı
b.	Çalışanlara geribildirim, destek ve eğitimin sağlanması
c.	Merkezi düzeye geribildirim sağlanması

Kaynak: WHO, (2015). Referral Systems - A Summary of Key Processes to Guide Health Services Managers. Erişim: 22 Mart 2015. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/>



Şekil 5. Sevk Sistemi Akış Şeması

Kaynak: WHO, (2015). Referral Systems - A Summary Of Key Processes To Guide Health Services Managers. Erişim: 22 Mart 2015. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/>

4.4.1. Sağlık Sistemine İlişkin Hususlar

Ülkelerin sevk sistemlerinin tasarımı ve işleyişine ilişkin önemli bir belirleyici olan sağlık sistemine ilişkin bileşenler, kamu ya da özel olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunum şekilleri ve bu hizmetlerin kalitesi ve uygulamaya ilişkin beklentilerin gerçekleşmesi ve işbirliğidir.

4.4.1.1. Hizmet Sunucular (Kamu, Özel) ve Hizmet Kalitesi

Sevk sistemlerinin en iyi şekilde çalışabilmesi için, hizmet sunucular arasındaki ilişkilerin resmi olması, sevk süreçlerinin kabul görmesi ve onaylanması, BBSH’de dâhil olmak üzere sağlık sisteminin her seviyesinde tüm kurumların uyumlu bir şekilde çalışması gerekir. Bunun sağlanması için, her basamaktaki sağlık hizmeti sunucularının; rollerinin, sorumluluklarının ve sınırlarının açık bir şekilde tanımlanması, hizmet sunumuna yönelik protokollere sahip olması ve uygun iletişim ve ulaşım araçlarına sahip olması gerekmektedir. Hizmet sunucular arasındaki iletişim genellikle sevk formları ile olmasına karşın ek olarak telefon, faks gibi araçlarla da olabilmektedir. Ancak kamu kurumlarınca hizmetin sağlanmasında yetersiz kalınan durumlarda (ulaşım, iletişim vb.) sivil toplum kuruluşları tarafından bu bu hizmetler sağlanabilmelidir. Bütün bu gerekliliklerin yanında sağlık sistemlerinde, sevk sistemlerinin iyi işleyebilmesi için hizmet sunan kurumların protokollere sahip olması, rol ve sorumluluklarının tanımlanmış olması ve yeterli iletişim ve ulaşım araçlarına sahip olmalarının yanında ayrıca toplumun sağlık okuryazarlığı konusunda eğitilmesi gereklidir (WHO, 2015).

4.4.1.2. İşbirliği ve Performans Beklentisi

Sevk sistemlerinin tasarımı ve işleyişine ilişkin, sağlık sistemlerinin önemli bir belirleyicisi de sevk sistemi performansı ve işbirliğidir. 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 süreçlerin izlemi sağlık otoritelerince belirlenecek uygun denetçiler ile yapılarak elde edilecek geribildirimler ile sağlanmalıdır. Sağlık sisteminde tüm basamaklarda beklenen performansın gerçekleştirilebilmesi, meslek kuruluşlarının da

dâhil edildiği sevk süreçlerinin standartlarının belirlenmesini ve bu standartların tıp ve hemşirelik gibi eğitim programlarında yer almasını gerektirmektedir (WHO, 2015).

4.4.2. Sevk Sürecini Başlatan Hizmet Sunucu

DSÖ tarafından önemli görülen sevk sisteminin beş bileşeninden ikincisi sevk sürecini başlatan sağlık kuruluşudur. Sevk sistemlerinde hastayı sevk ederek süreci başlatan sağlık kurumları için önemli hususlar şu şekildedir (WHO, 2015).

1. Hastanın sağlık hizmeti almak için hizmet sunucuya başvurduğu anda, hizmet sunucunun hastanın inançlarına, mahremiyetine, gizlilik kurallarına uygun davranarak hareket etmesi hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmetini belirlemek açısından önemlidir.
2. Sağlık kuruluşları arasında sevk sürecine ilişkin protokollerin bulunması durumunda, sağlık hizmeti sunan personelin bu protokollere erişebilmesi ve protokoller hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Protokollerde sevk sürecinde ihtiyaç duyulan bilgi ve belgelerin tanımlaması süreci kolaylaştırmaktadır.
3. Sağlık çalışanları hastayı değerlendirip gerekli bilgileri toplayarak, hastaya sağlık kuruluşunda mümkün olan gerekli tüm hizmetleri sağlamalıdır. Acil durumlarda sevk sürecine kadar tüm hayati fonksiyonların korunması ve oluşacak hasarı en aza indirmek önemlidir.
4. Sağlık çalışanları gerekli tüm bilgi ve belgeleri sağladıktan sonra ilgili hizmet protokolleri doğrultusunda sevk kararı verebilir. Sağlık çalışanının sevk kararı vermesi onun bilgisiz veya yetersiz olduğu anlamına gelmemelidir.

4.4.3. Sevk Sisteminin Uygulanabilirliği

Oluşturulan sevk sistemlerinin etkin bir şekilde çalışabilmesi için önemli olan bir diğer bileşen ise uygulanabilirliktir. Sevk sürecinde bazı araçların (sevk formu, randevu sistemi, kayıt mekanizması gibi) mevcudiyeti ve bu süreçte hastanın ruhsal ve sosyo ekonomik durumunun göz önünde bulundurulması sevk sisteminin uygulanabilirliğini artıracaktır. Sevk sisteminin uygulanabilirliğinin artırılması için dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanmaktadır (WHO, 2015).

1. Hizmet sunucuları için oluşturulmuş bir ağda standartlaştırılmış bir sevk formunun oluşturulması, her sevk işleminin başlatılmasında gerekli olan bilgiyi sağlar. Sevk formu her iki yönde iletişimi kolaylaştırmaktadır. Sevk formunda, her hasta için klinik bulguları teşhis ve tedavisi ve sevk kararının özel nedeni yazılmalıdır. Sevk formu mümkün olduğunca hasta tarafından başvuru kuruma iletilmeli ve hastayı gönderen sağlık kurumu bilgisi sevk formunda yer almalıdır. Dikkatle doldurulmuş bir sevk formu, hastanın gittiği sağlık kuruluşunda zamanında hizmet almasını sağlamaktadır.
2. 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.
3. Sevk kararı, hasta veya ailesi için endişe verici ya da üzücü olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanı hastaya sevk sebebi, önemi, gitmeme durumunda ki riskleri, sevk edilen yere ulaşımı sevk sonrası takip sürecine yönelik bilgi vermesi gerekmektedir.
4. Sağlık çalışanı, hastanın veya ailesinin duyacağı, ölüm ya da hastalığın ilerlemesi korkusu, tedavi ve konaklama masraflarının karşılanma endişesi, işinden ayrılma olasılığı gibi endişelerinin giderilmesi için empati kurmalı ve destekleyici yönlendirmeler yaparak bilgi vermelidir.
5. Sevk sistemi ağındaki her sağlık kuruluşunun tüm sevklerin sürecini takip edebilecek bir sisteme sahip olması gerekir. Bu sistem, tüm sevk kayıtlarını, sevk eğilimlerini kayıt altına almalıdır. Sağlık kuruluşlarında hastanın sevk edildiği anda kullanılacak bir standart yapı sevk sürecinin takibini kolaylaştıracaktır.

4.4.4. Sevкли Hastayı Kabul Eden Hizmet Sunucu

Sevk sistemlerinin bileşenlerinden bir diğeri de sevk edilen hastayı tedavi için kabul eden sağlık kurumudur. Bu kurum sevкли gelen hastaya gerekli hizmeti sunarak tedavi sürecini ya da sevk sürecini tamamlayabilmektedir. Sevk eden ve edilen kurumlar arasında hastaya verilen hizmetlere ilişkin iletişim sağlanması sevk sisteminin etkili

çalışmasına katkı sağlayacaktır. Sevk edilen kurumun sevk sürecine ilişkin uygulamaları aşağıdaki şekilde olabilmektedir (WHO, 2015).

1. Hastanın sevkine yönelik önceden yapılan bilgilendirme ile gelen hastayı kabul eden sağlık kuruluşu, hasta hakkında önceden bilgi sahibi olacaktır. Sağlık kuruluşu hastanın değerlendirilmesine ve tedavi sürecine başlamadan önce sevk formundaki bilgileri kullanabilir.
2. Hastayı kabul eden sağlık kuruluşu, yüksek kalitede hizmet sunmak ve kabul edilmiş standartlara göre bilgi ve belgeleri muhafaza etmek için kendi özel kaynaklarını kullanabilir.
3. Hastanın tedavi süreci ilerledikçe sağlık kurumu sonraki süreçler için hastaya veya ailesine yönelik programlar ve planlamalar yapabilir.
4. Hastanın üst basamakta tedavi sürecinin tamamlanması neticesinde tedaviyi tamamlayan kurum, teşhis, tedavi, özel uygulamalar ve hastanın takibi gibi bilgileri sevk eden kuruma bildirmesi önemlidir. İki kurum arasındaki bu geri bildirim yalnızca uygun hasta bakımı ve takibini sağlamakla kalmaz aynı zamanda sevk eden kurumdaki sağlık çalışanına da sürekli eğitim sağlar. Ancak denetim ya da izlem yapan kişilerce bu geri bildirim süreci takip edilmelidir.
5. Sevk başvurusunun uygunluğuna ilişkin olarak sevkin zamanlaması, hızı, içerdiği bilgiler konusunda herhangi bir sorun olması durumunda sevk edilen kurum, sevk kararını veren kuruma özel geri bildirim de verebilmelidir. Bu durum sevk eden kurumun sonraki sevklerinde yardımcı ve yapılan işlemlerden emin olmasını sağlayacaktır.

4.4.5. Denetleme ve Kapasite Geliştirme

Sevk sistemlerinde önemli bir diğer bileşen, sistemin kontrolü ve geliştirilmesidir. Sevk sistemlerine ilişkin tüm süreçlerin izlenmesi, sistemin geliştirilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Her basamakta ki sağlık kurumu yöneticileri ve deneticileri diğer sağlık kurumundan gelen tüm sevkleri aylık dönemlerde izlemelidir. Genellikle birinci basamak sağlık

kuruluşunda görülen hastaların %5 ile %10'u teşhis hizmetleri veya daha uzmanlaşmış bakım için daha üst basamağa sevk edilir. Bir başka kuruma yapılan sevkler izlenirken şu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır (WHO, 2015).

1. Uygun sevki bulunmayan hastalar için süreçlerin tanımlanması
2. Sevk edilmesi gereken fakat sevk edilmeyen hastaların tanımlanması
3. Sevk edilen hastaya ilişkin alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ve sevkle iletilen bilginin yeterliliğinin tespiti
4. Sevk edilen ancak geri bildirim alınmayan hastaların izlenmesi
5. Sevkte gönderilen bilginin bütünlüğü, zamanlama ve çabukluk konusunda bir sorun olup olmadığının kontrolünün sağlanması

Bu hususların analizi klinik ve sevk sürecine dahil olan diğer personel ile birlikte değerlendirilmelidir. Sevk sürecine ilişkin sorunların personel ile tartışılması bazı durumların geliştirilmesini sağlar. Bu durumlar, klinik eğitimler ya da sistemin ve prosedürlerin bir kısmının güçlendirilmesi olabilir. Düzenlenecek hizmet içi eğitimler ile kapasite geliştirilebilir.

Sevk sisteminin bileşenlerine yönelik süreçlerin izlenmesi, geliştirilmesinin yanısıra, sevk sistemleri pratik deneyimler doğrultusunda ve genel olarak sağlık sisteminin amaçlarını karşılamak için revizyona açık olmalıdır. Bu revizyonlar için istatistiksel modellere ve trendlere bakmanın ötesinde, işleyiş periyodik olarak analiz edilmelidir (WHO, 2015).

4.5. Sevk Sürecinde Hekim-Hekim ve Hasta-Hekim İletişimi

Hasta sevkinde pratisyen hekimin uzman ile iletişimde genellikle yazılı ya da elektronik sevk belgesi kullanılmaktadır. Yazılı sevk belgelerinin ideal hasta bilgilerini aktarmada yetersiz olduğu belirtilmektedir. Yazılı sevk belgesinin, uzmanın istediği hasta bilgilerini içeren standart formlar haline getirilmesi tedavi sürecini kolaylaştırabilir. Öte yandan, sevk belgeleri yazılı olmanın yanı sıra elektronik olarak da oluşturulabilir. Elektronik ortamda oluşturulan sevk belgelerinde hastanın geçmiş öyküsü, aile öyküsü, ilaçları ile test sonuçlarının otomatik şekilde sevk belgesine dâhil edilmesi sağlanarak sevk belgesinin içeriği ve kalitesi belirgin şekilde değiştirilebilir (Piterman ve Koritsas, 2005, s.493-496).

Bu süreçte hastaya ilişkin klinik bulgular sevk nedeni, ilişkili faktörler, ilaçlar ve hastanın sunamayacağı veya sunmak istemediği ancak hekimin bilgisi dahilinde olan durumların iletilmesi sevk edilen hekim tarafından elde edilmek istenen bilgilerdir (Piterman ve Koritsas, 2005, s.493-496).

Öte yandan, sevki yapan hekim tarafından ise, tedavinin öngörülen yararları ve risklerini ortaya koyan ayrıntılı tedavi planı, hastalığın veya tedavinin hastanın yaşam kalitesine ve fonksiyonel kapasitesine olası etkileri üzerine açık görüşler, tedaviden (ya da bu tedavinin başarısız olmasından) kaynaklanan yan etkilere karşı acil durum planları, takip düzenlemeleri, uzman hekim eylem ve önerileri, ilaç listeleri, hasta başvurusu ile uzman görüşü arasındaki geribildirim süresinin kısa olması beklenmektedir (Piterman ve Koritsas, 2005, s.493-496).

Hastaların uzman hekimden beklentileri, herhangi bir tıbbi başvurudaki beklentileri ile aynıdır. Hasta beklentileri iletişim, kişilerarası yaklaşım, hekim becerisi ve tedavi sonrası destek gibi geniş kategorilere ayrılabilir. Hasta memnuniyetini etkileyen temel faktörler ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığı, semptomlarının düzeliş düzelmediği, hekimin kendilerine istedikleri bilgiyi sağlayıp sağlamadığı ve destekleyici bir iletişim tarzı kullanıp kullanmadığıdır. Hastalar için büyük önem taşıyan hekim nitelikleri; tanı ve hastalığın seyri hakkında bilgilendirme, açık dille açıklama yapma, deneyim veya itibar, endişeleri dinleme ve tespit etme, dürüstlük, sabır, güvenilirlik, emniyet, düşüncelilik, duyarlılık, ilgi ve ayrıca hastalıktan başka sorunlara ilgi gösterme ve

iletişimde baskın olmama şeklindedir. Hastalar uzman hekimden beklentilerine benzer şekilde ilk olarak değerlendirildiği ve sevk sürecini başlatabilecek olan birinci basamak hekiminden de kapsamlı ve sürekli bakım, yakınma ve hastalık ayırımı yapılmaksızın kolayca erişim, empati yapması ve tıbbi kararlarda kendisine rehberlik etmesini beklemektedirler (Güldal vd., 2012, s.111).

Uzmanların hastalarla olan iletişiminin genellikle yeterli olmadığı belirtilmektedir. Uzmanlar genellikle, hastalığın öngörülen etkilerinin neler olduğunu ve/veya verdiği tavsiyelere uyma ve bunlara bağlı kalmanın bu kişilerin yaşam kaliteleri ve işlevsel kapasiteleri üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağını hastalarla paylaşmamaktadırlar. Hastalar sıklıkla bu bilgileri birinci basamak hekimlerinden talep etmektedirler. Ayrıca hastalar, uzman ile sevk eden hekim arasında hızlı bir iletişim beklemektedirler (Piterman ve Koritsas, 2005, s.493-496).

Uzman hekim ve sevki yapan hekim arasındaki iletişim optimum hasta bakımı için gerekli bir durumdur. Optimum hasta bakımı, tedaviyi veren doktorlar arasında zamanında ve yeterli bilgi alışverişini gerektirmektedir. Bu hekimler arasındaki yetersiz bilgi, teşhis sürecini zayıflatabilir, ek ziyaretlere veya gereksiz testlere ve bu nedenle maliyet artışına neden olabilir, klinisyenler ve hastalar için zaman alıcı hale gelebilir, bakımın devamlılığının yetersiz kalmasına, ayrıca hasta memnuniyetsizliğine ve hekimlere karşı güven kaybına sebep olabilir.

Sevk süreci boyunca ortaya çıkabilecek iletişim bozukluğu, sadece pratisyen hekimlerin ve uzmanların etkili bir değerlendirme yapmalarını değil, aynı zamanda tekrarlanan ziyaretlerden ve testlerden doğan ek masrafları ödemeleri gereken hastaları doğrudan etkilemektedir. Hastaların teşhis veya tedavilerinde gecikmelere neden olmakta ve bu süreçte hastaların tıp mesleğine olan inançlarını kaybetmelerine neden olmaktadır (Piterman ve Koritsas, 2005, s.493-496).

Hasta sevkini gerçekleştiren hekimlerden uzmanlara yapılan sevklerde iletişim ve işbirliğiyle ilgili birçok problemin olabileceği göz önüne alındığında, süreci iyileştirilebilecek araçları incelemek gerekmektedir. Sevk ve geribildirim süreçlerinin kalitesini artırmaya yönelik en yaygın müdahale form şeklindeki sevkler veya standart belgeler kullanmak ya da pratisyen hekime ve/veya uzmana eğitim vermektir.

4.6. Sevk Süreci Yönetim Stratejileri

Dünya genelinde demografik değişimler, hasta beklentilerinde ki değişimler ve hastalık yüklerinin artması, sağlık hizmetlerine olan talebin ve maliyetlerin artmasına sebep olmakta ve bu durumda sevk sistemlerine yönelik yönetim stratejilerinin benimsenmesine yol açmaktadır (Ball vd., 2016, s.18).

Bu stratejiler sevk süreçlerine farklı derecede aktif olarak müdahale gerektiren farklı yaklaşımlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşımlardan sevk sürecine en fazla müdahalede eden yaklaşım “sevk yönetim merkezleri” yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda sevk yönetim merkezlerinin bazıları tüm konsültasyonlar ve genel pratisyen sevkleri için klinik bir triyaj sürecini üstlenirken, bazıları ise sadece bir hasta için hekim ve merkez seçme şeklinde yönetim işlevini yürütmektedir (Imison ve Naylor, 2010, s.41). Sevk yönetim merkezleri İngiltere’de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu merkezler sevk süresine katkı sağlanmaktadır. Sevklerin gözden geçirilmesi, yönergelere uygunluğu ve önceliklerin belirlenmesine katkı sağlanmaktadır. Genel olarak sevk yönetim merkezleri, sevkleri gözden geçirmek, sevklerle ilgili bazı işlemleri yerine getirmek için sistemin dışından dahil olmuş bir hakem olarak hareket etmektedirler. Bu merkezlerin organizasyonları ve işlevleri konusunda çeşitlilikler bulunmaktadır. Bazı merkezler öncelikli olarak hasta randevularını veya hasta seçimini kolaylaştırmak için tasarlanmış olmasına rağmen, bir çoğunun amaçları arasında sevk sayısını düşürmek bulunmaktadır (Ball vd., 2016, s.18). Bir diğer sevk yönetim yaklaşımı, “klinik değerlendirme ve yönlendirme yaklaşımıdır”. Klinik değerlendirme hizmeti de denilen bu yaklaşımda, özel bir durum arz eden vakalarda hastaların değerlendirilmesinin yanı sıra tedavilerini de sağlayarak ileri düzeyde uzman hekime olan sevk sayısı azaltılmaktadır. Sevk sürecine müdahale eden bir diğer yaklaşım ise “bilirkişilik ve denetim yaklaşımıdır”. Bu yaklaşımla hekimlerin sevk uygulamalarını desteklemek ve önleyici tedbirler uygulamak için teşvikler yapılmaktadır. Ayrıca sevk oranlarının istenilen düzeyde olması sağlanmaktadır. Bu yaklaşımla, hekimler yerel uygulamalara ya da protokollere uymaya teşvik edilmektedir. Sevk sürecine en az müdahalede bulunan bir diğer yaklaşım ise denetim ve bilirkişilik fonksiyonlarının olmadığı durumlarda pasif olarak kullanılan sevk protokolleri ve elektronik karar destek araçları olarak kullanılan “klinik

rehberlerdir” (Imison ve Naylor, 2010, s.41). Bu yaklaşımların sevk süreçlerine yönelik farklı güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır (bkz. Tablo 12).

Tablo 12. Sevk Sistemi Yönetim Yaklaşımlarının Güçlü ve Zayıf Yönleri

Yaklaşım	Güçlü yönler	Zayıf yönler
Sevk yönetim merkezi	Uygun olmayan sevkleri filtreleme	Genel maliyetleri artırma
	En uygun yere sevk için doğrudan tavsiyede bulunma	Bölgesel birinci basamak hekimini zayıflatma
	Olası hastalık teşhisinin daha erken konulmasına yardımcı olma	Klinik bilgi yetersizliği ile yanlış yönlendirmeye sebep olma
	Sevkle aktarılan bilginin kalitesini artırabilme	Birinci basamak hekimi ile konsültan hekimin daha yakın çalışmasına engel olma
	Yerel hizmetlere yönelik gelişme sağlama	Yönetişim eksikliği sebebiyle sevkte kayıp ya da gecikmeler oluşturma
	Politik kararların uygulanmasına destek sağlama	
Klinik triyaj ve değerlendirme	En uygun yere sevk için doğrudan tavsiyede bulunma	Genel maliyetleri artırma
	Hizmetleri daha erişilebilir hale getirme	Klinik bilgi yetersizliği ile yanlış yönlendirmeye sebep olma
		Uzmana erişimde gecikme yaratma
Değerlendirme ve geri bildirim	Birinci basamak hekimin gerektiğinde sevk etme olasılığını artırma	Birinci basamak hekiminin davranışını değiştirmede etkili olamama
	Sevkle aktarılan bilginin kalitesini geliştirme	
	Hekimin en uygun şartlarda doğrudan sevk etme olasılığını artırma	
Finansal teşvikler	Hekimlerin sevke yönelik davranışlarını değiştirme	Uygun olmayan sevklerin yanında uygun sevkleri de azaltma
		Birinci basamak hekimi için bir çıkar çatışması yaratma
Yapısal sevk süreçleri şemaları ile desteklenmiş kılavuzlar	Birinci basamak hekimin gerektiğinde sevk etme olasılığını artırma	Hekimlerin davranışını değiştirmede etkili olamama
	Sevkle aktarılan bilginin kalitesini geliştirme	
	Hekimin uygun şartlarda doğrudan sevk etme olasılığını artırma	

Kaynak: Imison, C. ve Naylor, C. (2010, s.41). *Referral Management Lessons for Success*, United Kingdom: The King’s Fund.

5. BÖLÜM

MATERYAL METOD

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetleri tüm basamakları ile bir bütün olarak ele alındığında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanacak hasta sayısı, basamaklar arasındaki hasta hareketliliğinin düzeyi ve hasta tarafından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin nerede ve kim tarafından karşılanacağına yönelik koordinasyonun birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından şekillendirebileceği söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde birinci basamağın koordinasyon rolünü üstlenmesi iyi işleyen bir sevk zinciri ile mümkün olabilmektedir.

Son yıllarda dünya genelinde ve Türkiye’de sağlık sisteminde önemli reform çalışmaları yapılmaktadır. Özellikle, 1990’lardan başlayarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanma ve yeni düzenlemeler söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde yapılması planlanan reformlar kalkınma planlarında da yer almış, yedinci, sekizinci dokuzuncu ve onuncu kalkınma planlarında, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesi hedeflenmiş ve sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi için kademeli bir şekilde sevk uygulamasının gerekliliği vurgulanmıştır (DPT, 1995; 2000; 2006; Kalkınma Bakanlığı [KB], 2013).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, SDP kapsamında, Sağlık Bakanlığınca “kademeli hizmet” olarak da ifade edilen sevk uygulaması acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması, bu basamaktaki imkânlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanması şeklinde ifade edilmiştir (SB, 2005). Bu şekilde hastaların bağlı oldukları aile hekimlerine başvurmaları ve bu hekimin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gitmelerinin sağlanması planlanmıştır. Bu süreçle birlikte, TSH’nin güçlendirilmesi ile aile hekimlerinin koruyucu hekimlik rolünün artırılması ve ayaktan hasta bakımlarının azalarak, bakımın sürekliliğinin öneminin artırılması da amaçlanmıştır.

Türkiye’de, TSH’nin güçlendirilerek, diğer hizmet basamakları ile bütünleştirilmesi amacıyla 2003 yılında başlayan SDP’nin temel bileşenlerden biri olan Aile Hekimliğine, Düzce İlinde başlanmış ve her yıl belirli sayıda il aile hekimliği uygulamasına dâhil edilerek, 2010 yılı sonunda 81 ilin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile SDP’nin bir diğer bileşeni olan “Etkili, Kademeli Sevk Zinciri” ile birlikte hastanelerle entegre bir sağlık sistemine uygun bir sevk zincirinin geliştirilmesi amaçlanmış ve aile hekimliği ile daha fazla muayene ve üst basamaklara daha az sevk hedeflenmiştir (Akdağ, 2010, s.31).

Bu çerçevede, yapılan düzenlemelerden biri de sağlık kurumlarında performansa göre ek ödeme yöntemidir. Bu yöntem ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin şartları oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması ve hizmet talebinin giderek artan oranda karşılanması yoluyla bir üst kuruma sevk oranlarında makul seviyelere inilmesi de hedeflenmiştir (Akdağ, 2010, s.31).

Sevk oranları, hastaların sevke ihtiyaç duymadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurabilmelerinden doğrudan etkilenmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yıllara göre yapılan sevk oranları, 2002 yılında %22 iken, yıllar itibari ile düşerek 2003 yılında %18,2 ve 2004 yılında %13,2’ye düşmüştür. Aile hekimliğinin tüm Türkiye’de uygulanmaya başlandığı 2010 yılında %0,4 ve 2015 yılında ise %0,3 en düşük oran olarak gerçekleşmiştir (SB, 2015). Bu oranların düşmesinin nedeni olarak, hastaların aile hekimliği uygulamasını yeterli görüp tüm ihtiyaçlarının karşılandığı ve hastaların birinci basamakta tutulduğu şeklinde yorumlamak doğru olmayabilir. Çünkü hastalar doğrudan üst basamağa başvurabilmekte, dolayısıyla sevk sürecine dâhil olmamaktadırlar. Hastaların sevk sürecine dâhil olmaları durumunda bu oranların yüksek olacağı düşünülmüştür.

Zorunlu sevk zinciri uygulamasına yönelik atılan ilk adım, 2008 yılında, Denizli, Bayburt, Isparta ve Gümüşhane illerinde sevk zinciri uygulamasının yürürlüğe konulmasıdır. Hastaların birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa sevki zorunlu kılınmış ve bu sevklerin %15’i aşması durumunda aile hekimliği personelinin ücretlerinden kesinti yapılması öngörülmüştür (Aytekin, 2012, s.35; Çiçeklioğlu vd., 2013, s.22). Ancak uygulama, sistemde bazı sorunlara ve aile hekimlerinin iş yükünde

önemli artışlara neden olmuş ve 2008 yılında Anayasa Mahkemesi tarafından alınan bir kararla iptal edilmiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK], 2015; Dünya Bankası [DB], 2013).

Sevk zinciri uygulamasının durdurulması, birinci basamağın güçlendirilmesinin de gecikmesi, ikinci ve üçüncü basamağa olan talebin artışının devamına neden olmaktadır. Ayrıca, uygulamanın eksikliği BBSH'nin maliyet etkin sunumunu olumsuz etkilemenin yanı sıra aile hekiminin sağlık hizmetini koordine etmesini de güçleştirmektedir (Akman, 2014, s.76-77). Dolayısıyla, BBSH'nin güçlendirilmesi ve etkili bir aile hekimliği uygulaması için sevk zincirinin uygulanması bir önkoşuldur (Akdağ, 2008, s.144).

Türkiye'de sevk zinciri uygulamasına yönelik Çiçeklioğlu, (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, aile hekimleri, mevcut durumun devamı halinde sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmet sunumu ve koordinasyonuna yönelik olumlu bir katkı sunacağını düşünmemekte ve birlikte özellikle iş yükünün artacağı kaygısını taşımaktadırlar. Artacağı düşünülen iş yükünün büyük kısmını, sadece hastanede tedavi olmak isteyen hastaların sevk edilmesi veya ikinci ve üçüncü basamakta istenen tetkiklerin yapılması işlemleri olarak ifade etmişlerdir. Fakat sevk zincirinin uygulanmasının özellikle gebe takibi ve hasta kaydı gibi olumlu etkilerinin de olacağı vurgulanmıştır. Uygulamada olumsuzlukların yaşanmaması için her bir aile hekimine bağlı kişi sayısının yaklaşık 2000-2300 olması gerektiği önerilmiştir (Çiçeklioğlu, 2013, s.63).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 stratejik planında "BBSH'nin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek" şeklinde belirtilen stratejik hedef kapsamında 2011 yılında tüm müracaatlar içinde aile hekimliğine müracaat oranı %39 iken, bu oranın 2017 yılında %50 ve 2023 yılında ise %70'e çıkarılması hedeflenmiştir (SB, 2012, s.140).

Bu hedefin gerçekleşmesi için aile hekimlerinin donanım, personel gibi ihtiyaçlarının karşılanmasının yanında kişilerin aile hekimlerine başvuruyu teşvik edecek uygulamalar da geliştirilmelidir. Öte yandan bu hedef oranların gerçekleşmesi, zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlatılması ile de sağlanabilir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2014 yılında sevk zinciri uygulamasına yönelik hazırlık çalışmaları başlatılmış, 2015 yılında sistem için altyapının kurulacağı, 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve 2017 yılında da sevk sisteminin başlayacağı belirtilmiştir. Böylece basamaklar arası veri akışının etkin ve verimli hale getirilmesi ile sağlık hizmetinin bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde sunulması hedeflenmiştir (THSK, 2014).

Sağlık Bakanlığı 2015 yılı istatistik yıllığına bakıldığında, birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimi sayısı 21.696 ve ortalama bir aile hekimine bağlı nüfus ise 3.629 kişidir. Yine 2015 yılında bir aile hekimine toplam müracaat sayısı ortalama 9.889 hastadır. Ayrıca her bir hastaya ayrılan muayene süresi ise 2011 yılı itibarı ile 9,5 dakika olarak tespit edilmiştir (SB, 2012, s. 45; 2015)

Aile hekimi sayısı, hekim başına düşen kayıtlı nüfus ve bir hastaya ayrılması gereken yeterli muayene süresi ile birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki hekim açığı, yıllık mezun olan hekim sayısı, mezun olan hekimlerin birinci basamağı tercih etme oranları göz önünde bulundurulduğunda, sevk zincirinin uygulanması ile önemli sayıda hekim ihtiyacı olacağı söylenebilir. Oluşacak bu ihtiyacın giderilebilmesi kısa vadede oldukça zor olduğu görülmektedir. Bu sebeple mevcut durumda uygulanacak zorunlu sevk zinciri uygulamasının pek çok sorunu da beraberinde getireceği düşünülebilir. Oluşabilecek sorunların önlenmesi için, mevcut hizmet sunumunda gerek personel gerekse de ASM sayısı ve yapısı, ekipman gibi önemli yetersizlik oluşturabilecek alanlara yönelik iyileştirmeler geliştirmeler yapılmalıdır.

Basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastaların en uygun sağlık hizmetini en uygun hizmet sunucudan almasını sağlamak olarak ifade edilebilir. Basamaklandırmanın ilk düzeyi olan BBSH'nde görev yapan aile hekimleri hastanın yönlendirilmesi açısından ilk başvuru yeri olmaları nedeniyle sevk uygulamasında temel rolü üstlenecek grup olarak önemli bir yer tutmaktadırlar. Sevk zinciri uygulamalarında aile hekimleri sevk sürecini başlatan hekimler olarak sevk uygulamasından en çok etkilenecek grubu oluşturmaktadırlar. Sevk zincirinde aile hekimlerinin işyüklerinde artış olabileceği gibi, sağlık sisteminde yaşanan problemlerin de ilk yansıtacağı hekimler olabileceklerdir. Bu çerçevede, sevk zinciri konusunda önemli bir paydaş olan

aile hekimlerinin görüşleri birincil öneme sahip ve uygulamaya yönelik atılacak adımlarda göz önünde bulundurulması gereken görüşler olarak değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda, bu araştırmanın amacı Türkiye’de yetkili makamlarca geçmişten günümüze pek çok defa uygulanmak istenilen ve çeşitli raporlarda, stratejik planlarda, faaliyet planlarında ve hükümet programlarında yer alan ancak uygulanamayan veya uygulanması durumunda sorunlar ile karşılaşılıp vazgeçilen sevk zinciri uygulamasına yönelik bu uygulamanın önemli paydaşı olan aile hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmede aile hekimlerinin iyi bir sevk zinciri uygulamasının nasıl olması gerektiği, mevcut aile hekimliğinin uygulamaya cevap verebilme yeterliliği ve olası bir uygulamada karşılaşılabilecek sorunlara yönelik görüşleri değerlendirilerek karar vericilere bilgi sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca, yapılan değerlendirme ile sevk zinciri uygulamasına yönelik önerilerde bulunmak da bu araştırmanın bir diğer amacıdır.

Bu araştırma Ankara ilinde gerçekleştirilmiştir. Ankara ili sağlık hizmetleri alanında önemli referans hastanelere sahip, nüfus yoğunluğunun fazla olduğu, kentleşmenin ileri derecede yaşandığı bir şehirdir. Sağlık hizmeti kullanımında, ASM’lere, devlet hastanelerine, eğitim ve araştırma hastanelerine, üniversite hastanelerine ve özel sağlık kuruluşlarına erişimin kolaylıkla sağlandığı ve bu kurumların sayıca fazla olduğu bir şehir olarak Ankara ilinde görev yapan aile hekimlerinin sevk zinciri konusundaki görüşlerinin önem taşıdığı düşünülmüştür. Ayrıca sağlık hizmetleri alanında politika yapıcı ve uygulayıcı kurumların bakanlık ve bağlı kurum merkez teşkilatlarının Ankara ilinde olması, Ankara ilindeki aile hekimlerinin bakanlık ve bağlı kuruluş yöneticileri ile kolaylıkla iletişime geçebilmeleri ve bir araya gelmeleri sebebiyle politika üretme sürecinde yer alabilmeleri de araştırmanın Ankara ili aile hekimleri üzerinde gerçekleştirilmesinde belirleyici olmuştur. Araştırmada, Ankara ilinin en fazla nüfusa sahip 7 merkez ilçeleri olan, Çankaya, Keçiören, Yenimahalle, Mamak, Etimesgut, Sincan ve Altındağ ilçelerindeki aile hekimleri ile görüşülmüştür.

5.2. Amaca Yönelik Sorular

Bu çalışmanın, aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik araştırma soruları aşağıdaki şekildedir.

1. Aile hekimlerinin, sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımına etkilerine ilişkin görüşlerini nelerdir?
2. Aile hekimlerine göre sevk zinciri gerekli midir? Gerekliliğine ilişkin görüşleri nelerdir?
3. Mevcut ASM'lerin sevk zinciri uygulamasında işlevselliği ne olacaktır?
4. Aile hekimlerinin, sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda hastaların hizmet sunumundan etkilenme durumlarına ilişkin görüşleri nelerdir?
5. Sevk zincirinin uygulanması durumunda, aile hekimlerine ne gibi etkileri olacaktır?
6. Aile hekimlerinin sevk zincirinin sürdürülebilirliği hakkındaki görüşleri nelerdir?
7. Sevk zinciri uygulaması kapsamına alınmaması gereken tanılar hangileri olmalıdır?
8. İyi işleyen bir sevk zinciri için neler yapılmalıdır?

5.3. Evren Örneklem

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Araştırmanın örneklem grubunun belirlenmesinde amaçlı örneklem yönteminin maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi esas alınmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde araştırmaya dahil edilen kişilerin farklı niteliklere sahip olması, evreni yansıtmaya olasılığını artırmaktadır (Büyüköztürk, 2012). Ayrıca bu tür örnekleme yöntemi ile araştırılan konu ile ilgili farklı nitelikler taşıyan kişilerin görüşlerinin değerlendirilmesi evren değerleri hakkında önemli ipuçları da verebilmektedir. Patton'a göre maksimum çeşitlilik gösteren örneklem; örnekleme dahil her durumun kendine özgü niteliklerini ayrıntılı şekilde tanımlamakta ve heterojenlik gösteren nitelikler arasında ortaya çıkabilecek ortak temalar ve bunların değerlerini ortaya çıkarmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2003).

Bu araştırmanın evrenini Ankara ili metropolitan ilçeleri olan, nüfusu 300.000'den fazla ve Ankara'daki toplam aile hekimlerinin %76,5'inin görev yaptığı Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde görev yapan 1070 aile hekimi oluşturmaktadır. Seçilen ilçelerin hekim sayısı dağılımı Tablo 13'de verilmiştir. Araştırmada, bu ilçelerin kalabalık yerleşim bölgelerinde bulunan ASM'lerdeki

hekimlerin yanısıra, nüfusu az olan bölgelerde bulunan ASM'lerdeki hekimler ile görüşülmüştür. Ayrıca görüşülecek aile hekimlerinin belirlenmesinde, görev yaptıkları bölgelerin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyleri de göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmada görüşülen hekimlerin görev yerleri dağılımı Tablo 14'de verilmiştir. Farklı nüfus yoğunluğundaki ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinde olan bölgelerde görev yapan aile hekimlerinin seçilmesi ile bu aile hekimlerinin iş yükü, bağlı nüfusu, aile hekimliği gruplamasındaki yeri gibi özellikleri ile sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinde olabilecek farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırmada hekimler ile yapılan görüşmelerde tekrarlayan görüşlerin ortaya çıkması sebebiyle 124 aile hekimi ile görüşülmüştür (bkz. Tablo 13, 14). Bu 124 aile hekimi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Tablo 13. Evren Örneklem Dağılımı

İlçe	Evren		Örneklem		Örneklem sayısının evrene oranı (%)
	Sayı	%	Sayı	%	
Altındağ	110	10,28	9	7,26	8,18
Çankaya	205	19,16	30	24,19	14,63
Etimesgut	120	11,21	10	8,06	8,33
Keçiören	215	20,09	33	26,61	15,34
Mamak	140	13,08	14	11,29	10,00
Sincan	133	12,44	13	10,49	9,77
Yenimahalle	147	13,74	15	12,10	10,20
Toplam	1070	100,00	124	100,00	11,58

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Aile Hekimlerinin Görev Yeri Dağılımları

İlçe	Aile Sağlığı Merkezi	Görüşülen AH Sayısı
Altındağ	Feridun Çelik ASM	2
Altındağ	Doğumevi ASM	2
Altındağ	Aydınlıkevler ASM	3
Altındağ	2 No'lu ASM	2
Etimesgut	Bağlıca ASM	1
Etimesgut	Alsancak ASM	3
Etimesgut	1 No'lu ASM	2
Etimesgut	Ahi Mesut ASM	3
Etimesgut	Elvankent ASM	1
Çankaya	1 No'lu ASM	2
Çankaya	Cebeci ASM	1
Çankaya	Şahin Asm	2
Çankaya	Meşrutiyet ASM	3
Çankaya	3 No'lu Asm	2
Çankaya	Çayyolu 3 No'lu ASM	3
Çankaya	Çankaya 2 No'lu ASM	2
Çankaya	Hürriyet ASM	3
Çankaya	Sokullu M. Paşa ASM	3
Çankaya	Çankaya 4 No'lu ASM	2
Çankaya	Emek ASM	3
Çankaya	Maltepe ASM	2
Çankaya	Bahçelievler ASM	1
Çankaya	Misak-ı Milli ASM	1
Yenimahalle	Demetevler 2 No'lu ASM	5
Yenimahalle	Atatürk ASM	6
Yenimahalle	Demetlale ASM	2
Yenimahalle	Elife Mehmet Kahraman ASM	2
Mamak	Veli Gündüz Şahin ASM	5
Mamak	Gülveren ASM	3
Mamak	Mamak Kıbrıs ASM	1
Mamak	Kutlu ASM	2
Mamak	Ortaköy ASM	1
Mamak	Dr. Halil Ülgen ASM	2
Keçiören	Emrah ASM	5
Keçiören	İncirli ASM	7
Keçiören	Aşağı Eğlence ASM	3
Keçiören	Köşk ASM	5
Keçiören	Şehit Kubilay ASM	3
Keçiören	Şenlik ASM	3
Keçiören	Yurt ASM	5
Keçiören	Yıdırım Beyazıt ASM	1
Sincan	2 No'lu ASM	4
Sincan	9 No'lu ASM	3
Sincan	Bayrak ASM	3
Sincan	Temelli ASM	1
Sincan	Ahievran ASM	3

Araştırmada seçilen örneklemin evreni temsil etmesi için aile hekimlerine bağı nüfus, ünvanı ve gruplandırma sınıfının önemli olduğu düşünölmektedir. Ankara ilinde görev yapan aile hekimlerinin bağı nüfus ortalaması, ünvanı ve gruplandırma sayıları ve bu araştırmada ulaşılan aile hekimlerinin bağı nüfus, ünvanı ve gruplandırma sınıfının dağılımı karşılaştırılmış ve örneklemin evrene benzerlik gösterdiği görölmüştür (bkz. Tablo 15,16,17).

Tablo 15. Ankara, Seçilmiş İlçeler ve Araştırmada Görüşölen Aile Hekimlerinin Bağı Nüfus Ortalamaları

	Ankara*	Seçilmiş İlçeler*	Araştırma
Bağı Nüfus ortalaması	3.811	3.786	3.797

* **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (20.04.2015)

Tablo 15'e bakıldığında araştırmada görüşölen aile hekimlerinin kendilerine bağı nüfus ortalamasının Ankara genelindeki ve seçilmiş ilçelerlerdeki aile hekimlerinin ortalama nüfusuna oldukça yakın olduğu görölmektedir.

Tablo 16. Ankara, Seçilmiş İlçeler ve Araştırmada Görüşölen Aile Hekimlerinin Ünvanlarına Göre Dağılımı

Ünvan	Ankara*		Seçilmiş İlçeler*		Araştırma	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pratisyen	1230	88,05	975	91,12	89	71,77
Aile Hekimliği Uzmanı	129	9,23	87	8,13	27	21,77
Diğer Uzman Hekim	38	2,72	8	0,75	8	6,46
Toplam	1397	100,00	1070	100,00	124	100,00

* **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (20.04.2015)

Tablo 16'da Ankara genelindeki ve seçilmiş ilçelerlerdeki aile hekimlerinin ve bu araştırmaya katılan hekimlerinin ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında, birbirine yakın bir dağılımın elde edildiği görölmektedir. Örneğin tüm Ankara'da pratisyen aile hekimlerinin oranı %88,0 iken, bu araştırmada ulaşılan pratisyen aile hekimlerinin oranı

%71,7'dir. Örneklem ve evrenin benzerliği açısından yapılan bir diğer karşılaştırmada gruplama sayısına göre yapılmıştır (bkz. Tablo 17).

Tablo 17. Ankara, Seçilmiş İlçeler ve Araştırmada Görüşülen Aile Hekimlerinin Gruplarına Göre Dağılımı

AHB Grubu	Ankara*		Seçilmiş İlçeler*		Araştırma	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
A Grubu	241	17,25	190	17,75	20	16,13
B Grubu	452	32,35	339	31,68	60	48,39
C Grubu	28	2,00	15	1,41	5	4,03
D Grubu	357	25,55	298	27,85	28	22,58
Grupsuz	319	22,83	228	21,31	11	8,87
Toplam	1397	100,00	1070	100,00	124	100,00

* **Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (20.04.2015)

Tablo 17'ye bakıldığında, Ankara geneli ve seçilmiş ilçelerdeki aile hekimliği birimi (AHB) grupları dağılımı ile araştırmada görüşülen hekimlerin grup dağılımının birbirlerine yakın oranlarda olduğu görülmektedir.

Araştırmada görüşülen aile hekimlerinin bağlı nüfus ortalaması, unvanlarına göre dağılımı ve gruplarına göre dağılımları incelendiğinde Ankara geneli ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu durum örneklemin evren ile ortak özellikler gösterdiğini düşündürmektedir.

5.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veriler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşme yöntemi, araştırmacı ile görüşülecek kişi arasında gerçekleşen kontrollü ve sözel iletişim biçimidir. Araştırmacı, görüşme sırasında araştırılacak konu hakkında önceden belirlemiş ya da görüşme sırasında spontane gelişen sorular doğrultusunda görüşülecek kişinin konuya ilişkin görüş ve düşüncelerini sistematik olarak ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Araştırmacı görüşmeyi, yapılandırılmamış, yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanarak gerçekleştirebilir. Bu araştırmada da kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme yönteminde, araştırmacı tarafından önceden sormayı düşündüğü soruları içeren bir görüşme formu hazırlanmakta ve bu sorular

doğrultusunda yapılan görüşme esnasında değişik yan ya da alt sorularla görüşme detaylandırılabilir (Türnüklü, 2000, s.547).

Bu araştırmada, aile hekimlerinin sevk zinciri konusunda ki düşüncelerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Form oluşturulurken THSK bünyesinde görev yapan Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı çalışanları (daire başkanı, bir araştırmacı, bir sağlık memuru), Aile Hekimliği Uygulama Daire Başkanlığı çalışanları (daire başkanı, bir hekim ve bir sağlık uzman yardımcısı) ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bunun yanı sıra, DSÖ'nün sevk sistemleri konusunda belirleyici olarak vurguladığı faktörler ve sevk sistemlerini etkileyen hekim, hasta ve yapısal değişkenlere ilişkin literatür taraması esas alınmıştır (WHO, 2015; OECD, 2008; THSK, 2012b; Foot vd., 2010; Imison, 2010; Üstü, 2011; Macintyre vd., 2003).

Form, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcı aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesinin yanı sıra, sevk zincirine ilişkin durum tespitini amaçlayan 25 soru bulunmaktadır. Bu sorular açık uçlu olduğu gibi seçenekler arasından tercih edilme şeklinde (kapalı uçlu) sorular da yer almaktadır.

İkinci bölüm ise, aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması konusundaki görüşlerinin değerlendirmesine yönelik 13 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Açık uçlu sorular; uygulamanın sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımına etkisi, uygulamanın gerekliliği, mevcut ASM'lerinin uygulamaya cevap verebilme durumları, uygulama ile hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinin nasıl etkileneceği, iyi işleyen bir sevk zinciri için nelerin yapılması gerektiği, uygulamanın başlaması durumunda hasta yoğunluğunun nasıl olacağı ve sevk yazılım programının olanaklarına yönelik değerlendirmeleri kapsayacak şekilde oluşturulmuştur.

Görüşme formu, saha araştırması öncesinde, ön deneme amacıyla aile hekimi olarak görev yapan ve THSK tarafından 2016 Şubat ayında 7 günlük olarak düzenlenen Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimine katılan 5 aile hekimine uygulanmış ve alınan geri bildirimler ile formda küçük değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca anketin ikinci bölümünde yer alan açık uçlu sorularda araştırmacı tarafından aile hekimine, açıklamalar yapılması, alınacak cevapların daha kapsamlı olacağını göstermiştir.

Araştırmanın saha uygulaması Mart 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında aile sağlığı merkezleri ziyaret edilerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmede, iki bölümden oluşan görüşme formunun ilk bölümünü oluşturan 25 sorunun katılımcı hekim tarafından cevaplanması istenmiş, ardından formun ikinci bölümünü oluşturan 13 soru için ise hekimlerin ayrıntılı değerlendirmelerini almak üzere hekim ile görüşme yapılmış ve görüşleri not edilmiştir. Aile hekimleri ile görüşmelerin tamamı, hekimlerin muayene odalarında yüz yüze görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme ncesi aile hekimlerine araştırma hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca grüşlen hekimlere araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan iznin THSK'dan alınmış olduğu belirtilmiş ve izin belgesi gösterilmiştir. Aile hekimleri ile yapılan görüşme süresi her bir hekim için 15 dakika ile 45 dakika arasında gerçekleşmiştir. Bazı aile hekimleri görüşmede sorulara kısa yanıtlar verirken bazı aile hekimleri ile kapsamlı değerlendirmeler yapılmıştır. Görüşme ncesi aile hekimlerine görüşmenin elektronik olarak kayıt altına alınması nerisi sunulmuş ancak grüşlen pek çok aile hekimi bunu kabul etmemiştir. Bu nedenle yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından yazılı olarak kaydedilmiştir.

5.5. Verilerin Analizi

Araştırmada görüşme formunun ilk bölümünde yer alan 25 soru Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20) programı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın görüşme formunun ikinci bölümünde yer alan 13 açık uçlu soru ise nitel araştırmalarda veri analizinde kullanılan Maxqda 11 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen görüşme notları her bir katılımcı için ayrı bir Word belgesine aktarılmış ve bu belgeler Maxqda programına aktarılmıştır. Programda her bir açık uçlu soru için verilen ifadeler (kelimeler, cmlerler) kodlanmış ve sorulara verilen cevaplar içinde aynı anlamı veren ifadeler bir araya getirilerek içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi sözel, yazılı ve diğer materyallerin nesnel ve sistematik bir şekilde incelenmesine olanak tanıyan bilimsel bir yaklaşımdır (Tavşancıl ve Aslan, 2001). İçerik analizinin temel amacı, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Sert ve Seferoğlu, 2012, s. 2-3).

Bu araştırmada, görüşme formunun ikinci bölümünde yer alan 13 açık uçlu soruya verilen yanıtlar Maxqda programı ile tek tek ele alınarak değerlendirilmiştir.

İkinci bölümün ilk sorusu, aile hekimlerinin sevk zinciri uygulamasının şu an için acil ve öncelikli olup olmadığı ve öncelik olarak ifade edebilecek diğer hususların belirtilmesi yönünde görüşlerinin alınmasına yönelik olmuştur. Katılımcı aile hekimlerinin yanıtları önce tek tek sonra diğer yanıtlar göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Her yanıt önce sevk zincirinin öncelikli olarak görülüp görülmediği yönünden değerlendirilmiş ve öncelikli görenler ve görmeyenler olmak üzere iki Şekilde sınıflandırılmıştır. Sonraki aşamada, bu sınıflandırma temelinde, ifade edilen sevkten önce çözüm bekleyen başka sorunlar irdelenmiştir. Verilen yanıtların “bağlı nüfusun düşürülmesi, hastaların bilinçlendirilmesi, iş yükünün azaltılması, aile hekimliğinin iyileştirilmesi” gibi ortak ifadeler içermesi nedeniyle bu ifadeler anahtar ifade olarak belirlenmiş ve sıklıkları bulunmuştur (bkz. Tablo 22).

Aile hekimleri ile yapılan görüşmede ikinci soru, zorunlu sevk zincirinin aile hekimliği için gerekli olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği yönünde olmuştur. Aile hekimlerinin bu konudaki görüşleri evet, hayır ve kısmen Şeklinde st başlık olarak ayrılmıştır. Sonrasında, bu başlıklar kendi içinde tüm ifadeler değerlendirilerek aynı ifadeye vurgu yapan görüşler için anahtar kelimeler belirlenmiştir. Gereksizlik, hizmet aksaması, hekim seçme özgürlüğünün kısıtlanması gibi ifadeler olumsuz görüşler için kullanılırken, hasta takibi, doğru yönlendirme, ilk başvuru ve geribildirim gibi anahtar kelimeler de olumlu görüşler arasında sıklıkla kullanılmıştır (bkz. Tablo 23).

Aile hekimlerine ayrıca, sevk zinciri uygulamasının aile hekimliğini nasıl etkileyeceği sorulmuştur. Aile hekimlerinin bu soruya verdikleri cevaplar öncelikle olumlu, olumsuz Şeklinde sınıflandırılmış, sonrasında bu sınıflandırmaya göre görüşler irdelenmiştir. Bu görüşlerde ifade edilen etkilenme durumlarına göre anahtar kelimeler belirlenmiştir. Olumlu olarak, hasta takibi, hastaya hkimiyet, doğru hizmet gibi kelimeler, olumsuz olarak ise, iş yükü, hasta ile tartışma, gelir kaybı, şiddet, baskı gibi kelimeler anahtar kelimeler olarak belirlenmiştir (bkz. Tablo 24).

Yapılan görüşmede ayrıca sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımına etkisine yönelik aile hekimlerinin görüşleri alınmış ve bu görüşler

değerlendirilirken, görüşülen hekimlerin yanıtları tek tek irdelenmiştir. Öncelikle ifade edilen görüşler, uygulamanın kaynak kullanımına etkisini “olumlu”, “olumsuz”, “hem olumlu hem olumsuz” ve “kaynak kullanımına etkisi olmaz” şeklindeki temel yaklaşımlarına göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma yapıldıktan sonra, belirtilen olumlu ve olumsuz görüşler ayrı ayrı değerlendirmeye alınmıştır. Aynı temel yaklaşımı ifade eden görüşlerin tamamı bir arada değerlendirilerek aynı hususlara vurgu yapan görüşler tek bir ifadenin altında gösterilmiştir. Katılımcı görüşleri değerlendirilirken olumlu olarak, hasta yoğunluğunun azalması, verimliliğin artması, gereksiz işlemlerin azalması gibi ifadeler anahtar ifadeler olarak belirlenmiştir. Öte yandan, olumsuz görüşlerde ise hasta artışı, verimsizlik, hasta için zaman kaybı gibi ifadeler de sıklıkla belirtilmiş ve bu ifadeler anahtar ifade olarak seçilmiştir (bkz. Tablo 25, 26).

Bir diğer görüşme sorusu ise sürdürülebilir bir sevk zinciri uygulaması için neler yapılması gerektiği şeklinde olmuştur. Bu sorunun yanıtları değerlendirilirken öncelikle her hekimin yanıtı tek tek ele alınmıştır. Verilen yanıtlara göre anahtar ifadeler belirlenmiştir. Örneğin “*hasta sayımız çok fazla, bu kadar hasta olunca iş yükümüz de çok artıyor, bu hasta sayısı ve yoğunluğu ile sevk işlemez...*” şeklinde ki görüşler için “hasta sayısı azaltılmalı” şeklinde anahtar ifade, ya da “*hastaların ve toplumun genelinin hangi hizmeti nereden alacağı yönünde bilgisi yok...*” şeklindeki görüş için ise “toplum/hasta eğitilmelidir” anahtar ifadesi kullanılmıştır. Her hekim için anahtar ifadeler belirlendikten sonra, tüm anahtar ifadeler bir arada değerlendirilerek sıklıkları bulunmuştur (bkz. Tablo 27).

Aile hekimlerinin sevk zincirinin elektronik olarak işlemlerini sağlayacak yazılım programında olmasını istedikleri özelliklerin neler olduğu sorusuna verdikleri cevaplar ise listelenerek, ortak olarak ifade edilen özellikler belirlenmiştir. Bunların yanı sıra ayrıca belirtilen görüşler de değerlendirilmiştir. Değerlendirmede geribildirim, entegrasyon, kullanım kolaylığı, hasta bilgileri saklama gibi ifadeler belirlenmiştir (bkz. Tablo 28).

Hastaların aile hekimine başvurmama nedenlerini içeren bir diğer soruda, hekimlerin oldukça fazla neden sıraladıkları görülmüştür. Hekimlerin cevapları değerlendirilirken her hekimin ifade ettiği başvurmama nedeni listelenmiş sonra tüm yanıtlardan aynı nedenleri belirten hekimler, belirlenen anahtar ifadenin altında toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda, aile hekimine güvenmeme, tanımama, alışkanlıklar, uzman hekim isteği gibi anahtar ifadeler belirlenmiştir (bkz. Tablo 29).

Görüşme formunun bir diğer sorusunda ise, hastaların ASM'leri daha etkin kullanmalarına yönelik neler yapılması gerektiği konusunda aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır. Soruya verilen yanıtlar, iki aşamada değerlendirilmiştir. İlk aşamada, tüm yanıtlar değerlendirilmiş ve ASM'lerin hastalar tarafından yeterince kullanıldığını belirtenler ve ASM'lere hasta başvurusu sağlanması için en az bir durum belirtenler olarak sınıflama yapılmıştır. İkinci aşamada ise, ASM'lere hasta başvurusu sağlanması için en az bir durum belirtenlerin görüşleri irdelenmiştir. ASM'lerin nasıl daha cazip hale getirilip hasta başvurusunun sağlanacağı yönünde ki görüşler hem hekim bazında verilen cevap, hem de tüm cevaplar ele alınarak anahtar ifadeler belirlenmiştir. Hekimlerin en çok belirttiği toplum eğitimi, laboratuvar imkânları sağlama, medya kullanımı, kamu spotları, hasta eğitimi, hasta hekim ilişkisinin geliştirilmesi, ASM şartlarının iyileştirilmesi gibi ifadeler anahtar ifadeler olarak alınmış ve bu ifadeler doğrultusunda tüm yanıtlar sınıflandırılmıştır. Herhangi bir anahtar ifade kapsamına girmeyen görüşler ise ayrıca belirtilmiştir (bkz. Tablo 30).

ASM'lerin sevk zincirinin uygulanması durumunda oluşacak hasta yoğunluğuna cevap verebilirlik durumunun sorgulandığı diğer bir soruda, aile hekimlerinin soruyu cevaplarken personel, fiziki alan, eğitim gerekliliği ve alet ekipman yönünden ASM'lerini değerlendirmeleri istenmiştir. İlk aşamada sorulara verilen yanıtlar yeterli diyenler, yetersiz diyenler ve kısmen yeterli diyenler olarak gruplandırılmıştır. Sonraki aşamada, yetersiz olarak belirtilen alanlar anahtar ifade olarak seçilmiştir. Bu anahtar ifadeler soru yöneltirken de göz önünde bulundurulması istenen ve hekimlerce de belirtilen (personel, fiziki alan, eğitim, ekipman) ifadelerdir. Ancak personel yetersizliğinde, ihtiyaç duyulan personel unvanı da ifade edilmiştir (bkz. Tablo 31).

Sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetine etkisinin nasıl olacağı yönünde aile hekimlerinin görüşlerinin alındığı bir başka soruda, hekimler tarafından bildirilen görüşler kalite ve memnuniyet olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar altında yer alan görüşlerde olumlu, olumsuz ve değişim yaratmayacağı şeklinde alt gruplar altında toplanmıştır. Bu soruya ilişkin yanıtlar sevk

zincirinin aile hekimine olan etkisinin sorulduğu 10. soruya verilen yanıtlar ile uyumluluk gösterdiğinden 10. soru altında ayrıntılı irdelenmiştir (bkz. Tablo 32, 33).

Sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda zorunlu sevk zincirinden muaf olması gereken tanılara ilişkin görüşlerinin sorulduğu diğer bir açık uçlu soruda, hekimlerin büyük çoğunluğu en az bir tanı ifade etmiştir. Belirtilen bu tanıların hepsi listelenerek sıklıkları bulunmuştur. Belirtilen görüşlerde 10 farklı tanı grubu listelenmiştir (bkz. Tablo 34).

Açık uçlu olarak sorulan bir diğer soru ise, sevk zincirinin uygulanması durumunda 2. ve 3. basamağa sevklı başvurular ve sevksiz başvurular için uygulanacak yaptırım ya da teşvik konusunda olmuştur. Aile hekimlerinin bu soruya yönelik belirttikleri görüşleri iki aşamada değerlendirilmiştir. İlk aşamada, hekimlerin cevapları, hastalara yönelik bir yaptırım ya da teşvik olması ve olmaması şeklinde görüşler olarak ikiye ayrılmıştır. Sonrasında ise, bu görüşler kendi içinde değerlendirilerek anahtar ifadeler elde edilmiştir. Bunlar, öncelik, katkı payı, cepten ödeme gibi anahtar ifadeler olarak ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 35).

5.6. Kısıtlılıklar ve Varsayımlar

Araştırmada, ulaşılması planlanan kişilerin aile hekimi olmaları ve ancak mesai saatlerinde ulaşılacak olmaları nedeniyle sınırlı zaman diliminde görüşülmüştür. Aile hekimleri, 08:00'de mesaiye başladıkları ve mesainin başlaması ile hasta gelişlerinin başladığı ve yoğunlukla öğlen saatlerine kadar kesintisiz hasta baktıkları görülmüştür. Öğlen sonrası mesaide tekrar hasta yığılmaları olmaktadır. Ancak aile hekimlerinin gün içinde saat 15:00'dan sonra hasta yoğunluğu azaldığından bu saatten sonra aile hekimleri ile görüşme fırsatı elde edilmiştir. Aile hekimlerinin yoğun olması araştırmada aile hekimlerine erişimde güçlükler doğurmuştur. Araştırmada Ankara ilinde bulunan aile hekimlerinin görüşleri değerlendirilmiş olup, sevk zinciri hakkında aile hekimlerinin tamamının görüşleri olarak genellenemez.

Araştırmada, aile hekimlerinin görüşleri yüz yüze görüşme ile alınmış ve aile hekimlerinin konu hakkında beyan ettikleri ifadelerin gerçekleri yansıttığı ve konuya ilişkin bilgiye sahip oldukları varsayılmıştır.

6. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma kapsamında yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen veriler iki bölümde değerlendirilmiştir. Birinci bölümde, katılımcı hekimlerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 25 soru değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise açık uçlu 13 soruya verilen cevaplar içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

6.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve günlük yapmış oldukları iş ve işlemlere yönelik hasta sayısı, muayene süresi, sürenin yeterliliği, sevk edilen hasta sayısı gibi tanımlayıcı özellikler incelenecektir.

6.1.1. Katılımcı Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan aile hekimi sayısı 124'tür. Katılımcıların %29,8'i 45-49 yaş %26,6'sı ise 50-54 yaş aralığındadır. Katılımcı hekimlerin yaş ortalaması $48,35 \pm 7,24$ olarak bulunmuştur. Katılımcı aile hekimlerinin %54,8'i erkek ve %73,3'ü ise evlidir (bkz. Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcı Aile Hekimlerinin Kişisel ve Demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
30-34	6	4,84
35-39	9	7,26
40-44	15	12,10
45-49	37	29,84
50-54	33	26,61
55-59	17	13,71
60-64	5	4,03
65+	2	1,61
Toplam	124	100,00
Cinsiyet		
Erkek	68	54,84
Kadın	56	45,16
Toplam	124	100,00
Medeni Durum		
Evli	91	73,39
Bekâr	31	25,00
Diğer	2	1,61
Toplam	124	100,00
Branşı		
Pratisyen hekim	89	71,77
Aile Hekimi Uzmanı	27	21,77
Diğer Uzman	8	6,46
Toplam	124	100,00
İlçe		
Keçiören	33	26,61
Çankaya	30	24,19
Yenimahalle	15	12,10
Mamak	14	11,29
Sincan	13	10,48
Etimesgut	10	8,06
Altındağ	9	7,26
Toplam	124	100,00

Araştırmaya katılan hekimlerin branşlarına bakıldığında, %71,8'ini pratisyen hekimler oluşturmakta olup, %28,2'sini ise uzman hekimler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %26,6'sı Keçiören ilçesinde görev yapmaktadırlar (bkz. Tablo 18).

6.1.2. Katılımcıların Yürüttükleri İş ve İşlemlere İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Katılımcı aile hekimlerinin görev yaptıkları birimlerindeki iş ve işlemlerine yönelik tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde (bkz. Tablo 19), hekimlerin %79,8'inin aile hekimliği görev süresinin 60-71 ay aralığında değiştiği görülmüştür.

Katılımcı hekimlerin kendilerine bağı nüfusları değerlendirildiğinde, %61,3'ünün bağı nüfusunun 3000-3999 arasında olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin nüfus ortalaması 3797 ± 386 olarak bulunmuş ve en düşük nüfus 1250 en yüksek nüfus 4700 olarak bildirilmiştir.

Katılımcıların, aile hekimliği birimi gruplandırmasında ise en fazla %48,3 ile B grubunda, en az %4,0 ile C grubunda yer aldıkları bulunmuştur (bkz. Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Yürüttükleri İş ve İşlemlere İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Aile hekimliği görev süresi (ay)		
1-11	14	11,29
12-23	2	1,61
24-35	5	4,03
36-47	1	0,81
48-59	3	2,42
60-71	99	79,84
Toplam	124	100,00
Aile hekimliği birimine bağlı nüfus		
1000-1999	1	0,81
2000-2999	3	2,42
3000-3999	76	61,30
4000-4999	44	35,47
Toplam	124	100,00
Birim grubu		
A Grubu	20	16,13
B Grubu	60	48,39
C Grubu	5	4,03
D Grubu	28	22,58
Grupsuz	11	8,87
Toplam	124	100,00
Bir günde bakılan hasta sayısı		
10-19	1	0,81
20-29	1	0,81
30-39	8	6,45
40-49	22	17,74
50-59	36	29,03
60-69	32	25,81
70-79	14	11,29
80-89	9	7,26
90-99	1	0,81
Toplam	124	100,00
Bir hastaya ayrılan muayene süresi (dk.)		
1-5	37	30,33
6-10	63	51,64
11-15	18	14,75
16-20	3	2,46
21-25	1	0,82
Toplam	122	100,00
Bir hastaya ayrılan sürenin yeterli görülme durumu		
Evet	30	24,20
Hayır	48	38,70
Kısmen	46	37,10
Toplam	124	100,00

Ayrıca, katılımcı hekimlerin günlük olarak muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 55 ± 14 olarak bulunmuştur. Katılımcı aile hekimlerinin %29'u bir günde en çok 50-59 arasında hasta baktığını belirtmiştir. Hekimlerin %25,8'i ise günde 60-69 arası hastayı

muayene ettiğini belirtmiştir. Günlük bakılan hasta sayısı yanında bir hastaya ayrılan süreye bakıldığında, hekimlerin %51,6'sı bu sürenin 6-10 dakika arasında olduğunu belirtmiştir. Hastaya 20 dakikanın üzerinde süre ayırdığını ifade eden hekim sayısı ise sadece 1'dir. Hastaya ayrılan sürenin yeterli olup olmadığına ilişkin ise, hekimlerin %38,7'si hastaya ayırdığı sürenin yetersiz olduğunu, %37,1'i sürenin kısmen yeterli olduğunu, %24,2'si ise sürenin yeterli olduğunu ifade etmiştir (bkz. Tablo 19).

6.1.3. Katılımcıların Sevk Uygulamasına İlişkin Genel Görüşleri

Katılımcı hekimlerin sevk uygulamasına ilişkin genel görüşleri değerlendirildiğinde (bkz. Tablo 20) %68,2'sinin günde 4 hastaya kadar sevk yaptığı belirlenmiştir. Hekimlerin %26,8'i ise günde 5-9 arasında hasta sevk ettiğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcı hekimlere zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda günlük gelebilecek hasta sayısına yönelik öngörüler sorulmuş ve katılımcı hekimlerin %33,3'ü günlük 90-109 aralığında hastanın gelebileceğini belirtmişlerdir. Zorunlu sevk zinciri uygulamasında günlük hasta sayısının 190 ile 209 arasında olabileceğini belirtenlerin yüzdesi ise 2,5 tir.

Öte yandan sevk zinciri uygulaması ile hasta sayısında ki artışın bir hastaya ayrılacak muayene süresini değiştirebileceği göz önünde bulundurularak, uygulamanın başlaması durumunda bir hastaya ayrılacak muayene süresinin ne kadar olacağına yönelik katılımcıların görüşleri alınmıştır. Katılımcı hekimlerin %58,1'i bu sürenin 5 dakikanın altında olacağını belirtmişlerdir (bkz. Tablo 20).

Katılımcı hekimlerin %86,0'sı zorunlu sevk zinciri uygulamasında, hastaların sevk edilmek yönünde hekime baskı uygulayacaklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, ASM'lerin bulunduğu coğrafik konumun hekimlerin hastayı sevk etmesinde belirleyici olup olmadığı sorusuna, hekimlerin %45,9'u hayır cevabını vermiştir.

Zorunlu sevk zinciri uygulamasında kota istemeyen hekimlerin oranı %71,8 olarak bulunmuştur. Katılımcı hekimlerin %25'i ise sevkte kotanın olması gerektiğini belirtmiş ve bunların %36,0'ı kotanın %1-10 arasında olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcı hekimlerden 6'sı sevk zincirinde kota olması gerektiğini belirtmiş ancak olması gereken kota yüzdesine ilişkin herhangi bir yüzde verememiştir. Katılımcı

hekimlerin %45,1'i yazılı sevk zinciri uygulamasında sevk kağıdının da kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir (bkz. Tablo 20).

Öte yandan, uygulanacak bir zorunlu sevk zinciri uygulamasının aile hekimliğini nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz şeklinde ki soruya, katılımcı hekimlerin %56,2'si aile hekimliğini zayıflatır şeklinde görüş belirtirken, %28,1'i güçlendireceği yönünde görüş belirtmiştir. Katılımcıların %71,7'i hastaların zorunlu sevk zinciri uygulamasına kolayca adapte olamayacağını belirtmiştir. Uygulanacak bir zorunlu sevk zincirinin sürdürülebilir olmayacağını düşünenlerin oranı ise %72,9'dur. Ayrıca Tablo 20'ye bakıldığında katılımcı hekimlerin, %27,3'ünün aile hekimine bağlı nüfusun 2000 kişi olması gerektiğini belirtirken %23,0'ünün ise ideal nüfusun 2500 olması gerektiğini belirttikleri görülmektedir. Hekimlerin belirttikleri ideal nüfusun ortalaması ise 2331 ± 625 'dir.

Tablo 20. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Uygulamasına İlişkin Genel Görüşleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Bir günde sevk edilen hasta sayısı		
0-4	84	68,29
5-9	33	26,83
10-14	3	2,44
15-19	3	2,44
Toplam	123	100,00
Sevk zinciri uygulanmasında günlük gelebilecek hasta sayısı		
10-29	4	3,33
30-49	5	4,17
50-69	13	10,83
70-89	19	15,83
90-109	40	33,33
110-129	17	14,17
130-149	5	4,17
150-169	11	9,17
170-189	3	2,50
190-209	3	2,50
Toplam	120	100,00
Sevk zinciri uygulamasında bir hastaya ayrılacak süre		
0-4,99	68	58,12
5-9,99	33	28,21
10-14,99	8	6,84
15-19,99	7	5,98
20+	1	0,85
Toplam	117	100,00
Sevk zinciri uygulamasında hastadan sevk edilme yönünde baskı görme durumu		
Evet	105	86,07
Hayır	1	0,82
Kısmen	16	13,11
Toplam	122	100,00
ASM'nin hastaneye uzaklığının sevk kararını etkileme durumu		
Evet	38	30,65
Hayır	57	45,96
Kısmen	29	23,39
Toplam	124	100,00
Sevk zinciri uygulamasında kota olma durumu		
Evet	31	25,00
Hayır	89	71,80
Fikrim yok	4	3,20
Toplam	124	100,00
Sevk zinciri uygulamasında olması gereken kota yüzdesi		
1-10	9	36,00
11-20	5	20,00
21-30	7	28,00
31 +	4	16,00
Toplam	25	100,00

Tablo 20. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Uygulamasına İlişkin Genel Görüşleri (Devam)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Sevk zinciri uygulamasında sevk kâğıdı kullanılma durumu		
Evet	56	45,16
Hayır	54	43,55
Fikrim yok	14	11,29
Toplam	124	100,00
Sevk zincirinin AH uygulamasını etkileme durumu		
Güçlendirir	34	28,10
Zayıflatır	68	56,20
Değiştirmez	19	15,70
Toplam	121	100,00
Hastaların sevk zincirine adapte olabilme durumu		
Evet	10	8,07
Hayır	89	71,77
Kısmen	25	20,16
Toplam	124	100,00
Sevk zincirinin sürdürülebilirliği		
Evet	19	15,57
Hayır	89	72,95
Fikrim yok	14	11,48
Toplam	122	100,00
Sevk zinciri uygulaması için AH bağlı ideal nüfus		
2000	32	27,35
2500	27	23,08
3000	15	12,82
2250	12	10,26
1500	10	8,55
4000	5	4,27
1750	4	3,42
1000	3	2,56
3500	3	2,56
1200	1	0,85
1800	1	0,85
2200	1	0,85
2600	1	0,85
2750	1	0,85
3250	1	0,85
Toplam	117	100,00

Araştırmaya katılan aile hekimlerinden zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda aile hekimlerinin iş yüklerinin artacağı öngörüsüyle, gelen hastaların daha iyi hizmet alabilmeleri ve iş yoğunluğunun azaltılması ile ilgili olarak yapmakta oldukları ancak, varsa devredilmesinin faydalı olacağını düşündükleri işleri belirtmeleri istenmiştir (bkz. Tablo 21). Katılımcı aile hekimlerinin %77,2'si en az bir işin

devredilmesi yönünde görüş bildirirken, %19,5'i herhangi bir işin devredilmesi gerekmediği yönünde görüş ifade etmiştir. İşlerin devredilmesi şeklinde görüş bildiren hekimlerin, birden fazla görev bildirmekle birlikte, belirtmiş oldukları görevlerin %25,4'ünü evde sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.

Tablo 21. Katılımcıların ASE ya da TSM'lere Görev Devrine İlişkin Görüşleri

Sevk zincirinin uygulanması durumunda ASE ya da TSM'lere devredilmesi istenilen görevlerin olup olmama durumu	Sayı	Yüzde
Evet	95	77,24
Hayır	24	19,51
Fikrim yok	4	3,25
Toplam	123	100,00
Devredilmesi istenilen görevler		
Evde sağlık hizmetleri	41	25,48
Kanser taramaları	23	14,29
Ehliyet, spor, işe giriş sağlık raporları	19	11,80
Aşı ve çocuk izlemlerinde hastalara ulaşma	10	6,23
Filyasyon	8	4,97
İdari görevler	8	4,97
Taramalar	7	4,35
Evrak işleri	5	3,11
Aile planlaması hizmetleri	3	1,86
Aylık çalışma formlarının doldurulması	3	1,86
İzlemler	3	1,86
Kronik hastalıkların takibi	3	1,86
Nöbetler	3	1,86
Sürveyans çalışmaları	3	1,86
Veri girişleri	3	1,86
0-36 ay çocuk göz taramaları	3	1,86
Gebe muayeneleri	2	1,24
Koruyucu sağlık hizmetleri	2	1,24
Gezici sağlık hizmeti	2	1,24
Kuduz aşısı takibi	1	0,62
Online işlemler	1	0,62
Raporlu ilaç yazımı	1	0,62
Halkın eğitimi	1	0,62
Reçete planı tekrarı	1	0,62
Yabancı uyruklu ve misafir hasta muayenesi	1	0,62
Adli tabiplik	1	0,62
FKÜ kanları ve TSH kan alımı	1	0,62
Gizli kan testi	1	0,62
Asker muayeneleri	1	0,62
Toplam	161	100,00

6.2. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI

Bu bölümde, görüşme formunun 2. bölümünü oluşturan ve karşılıklı görüşme sonucu tutulan notların içerik analizi sonuçlarına yer verilmiştir. İçerik analizi Maxqda 11 programı ile yapılmıştır. Programda analiz yapılmadan önce görüşme notları Word belgesine aktarılmış, sonra programa aktarılarak, sorulara verilen cevaplar için anahtar ifadeler kodlanmış ve bu kodlamalar doğrultusunda görüşme notları analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarının raporlamasında araştırmaya katılan aile hekimlerinin görüşlerinden de alıntılar yapılmıştır. Görüşme formundaki açık uçlu sorulara toplam 117 hekim cevap vermiş, 7 hekim ise görüşmeye yeterli zaman ayıramayacağı gerekçesi ile katılmamıştır.

6.2.1. Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulaması İçin Acil ve Öncelikli Olma Durumu

Sağlık Bakanlığı'nın SDP çerçevesinde uygulamayı planladığı ve bugüne kadar gelinen süreçte hala uygulanamayan sevk zincirinin, bir öncelik teşkil edip etmediği hususunda katılımcı hekimlerin görüşleri alınmıştır. Katılımcı hekimler sevk zinciri uygulamasının öncelikli ve acil olup olmadığı konusunda görüşlerini ve ayrıca önceliklerini belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin %30'u sevk zincirinin aile hekimliği için acil ve öncelikli bir konu olduğunu belirtirken, %70'i ise sevk zinciri uygulamasının öncelikli bir konu olmadığını belirtmiştir. Sevk zincirinin acil ve öncelikli bir konu olmadığını düşünen aile hekimlerinin %36,3'ü öncelikle aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi gerektiğini, %20,7'si aile hekimliğinin geliştirilmesi gerektiğini ve %12,9'u ise halkın sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini öncelik olarak ifade etmiştir (bkz. Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Acil ve Öncelikli Olma Durumuna İlişkin Görüşleri

Sevk zinciri uygulaması aile hekimliği için acil ve öncelikli midir? *	Sayı	Yüzde
Evet, acil ve önceliklidir	30	30,0
Hayır, acil ve öncelikli değildir	70	70,0
Toplam	100	100,00
Sev zincirinin öncelikli olma nedeni		
Hastanelerdeki yoğunluğun azalması	20	60,61
Hasta hakkında geribildirim sağlanması	4	12,12
Hekimin hastayı yönlendirmesinin sağlanması	3	9,09
Sağlık harcamalarının düşmesi	3	9,09
ASM'lerin etkin kullanılmasının sağlanması	2	6,06
Aile hekimliğinin temelini oluşturması	1	3,03
Toplam	33	100,00
Sevk zincirinden daha öncelikli görülen konular		
AH'lere bağlı nüfus düşürülmelidir	28	36,36
Aile hekimliği geliştirilmelidir	16	20,78
Halkın sağlık okuryazarlığı artırılmalıdır	10	12,99
AH'lerin iş yükü azaltılmalıdır	7	9,09
Koruyucu hekimlik ve bağışıklamaya önem verilmelidir	5	6,49
AH sayısı artırılmalıdır	2	2,60
Serbest ilaç alımı önlenmelidir	2	2,60
AH'lerin motivasyonu artırılmalıdır	2	2,60
AH'lerin nöbet uygulaması kaldırılmalıdır	1	1,30
Performans sistemi değiştirilmelidir	1	1,30
ASM sayısı artırılmalıdır	1	1,30
2. ve 3. basamak hizmeti doğru planlanmalıdır	1	1,30
Hekim ücretleri iyileştirilmelidir	1	1,30
Toplam	77	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Sevk zinciri uygulamasının önceliği konusunda, katılımcı bir aile hekimi sevk zinciri uygulamasının 2. ve 3. basamakta gereksiz hasta yoğunluğunun azaltılması için gerekli olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri aile hekimliğinde gereklidir ve öncelikli bir konudur. Bunun nedeni, hastanelerin acil servislerinin ve polikliniklerinin birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları bulunan hastalarla çok fazla meşgul edilmesidir. Bunlara örnek olarak, gebelik testi, üriner sistem enfeksiyonu, viral üst solunum yolu enfeksiyonu gibi sağlık sorunları nedeniyle hastanelere yapılan başvurular sayılabilir.”

Sevk zincirinin gerekliliğini belirten bir diğer aile hekimi geribildirim sağlanmasına vurgu yaparak görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri sağlık hizmetlerinde kaynakların daha iyi kullanılması açısından gereklidir. Aile hekimliğinde hizmet alan ve sonrasında hastaneye sevk edilen bir hasta hakkında, hastanede yapılan işlemlerin sevk süreci ile geri bildirimini sağlanması biz aile hekimleri açısından önemlidir. Hasta hakkında aile hekimine verilecek geribildirim hastanın tedavisi ve sonraki süreçlerinde aile hekimlerine bilgi sağlayacaktır.”

Bir diğer aile hekimi ise sevk zincirinin hastanın doğru yerde gerekli hizmeti almasını sağlamak için gerekli olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“şu anda hastalar sağlık kurumları arasında sürekli dolaşmaktadırlar. Bir hastanede işlemlerine başlayıp ayrıca bir diğer hastanede tekrar teyit için muayene olmaktadır. Sevk zinciri uygulamasının gelmesi durumunda hastaları aile hekimleri yönlendirecektir. Dolayısıyla hasta en uygun yere başvurmuş olacaktır.

Sevk zincirinin öncelikli olduğunu belirten aile hekimlerinin yanısıra, sevk zincirinin öncelikli olmadığını belirten bir aile hekimi, sevk zinciri uygulamasının, bağlı hasta sayısının düşürülmesi ile uygulanabilir olabileceğini ve böylece aile hekimlerinin koruyucu hizmetlere daha fazla zaman ayırabileceğini ifade etmiştir:

“Sevk zinciri gelecekte önce hasta sayısı azaltılmalıdır. Aile hekimlerinin görevi tedavi hekimliği değil, koruyucu hekimliktir. Tedavi, aile hekimliğinde ikinci plana bırakılmalıdır. Aile hekimleri aşı, sağlık taramaları gibi koruyucu hizmetlere yönelmelidir. Sevk, hasta sayısı azaltıldıktan sonra mantıklı ve işlevsel olacaktır. Hasta sayısının düşmesiyle bir aile hekiminin günde 30 poliklinik yapması hekim için verimlilik sağlayacaktır. Bu durum ancak hasta sayısının 2000-2500’e düşmesi ile sağlanabilecektir. Böylece aile hekimi bütün hastalarını görmüş olacak ve bunun sonucunda hem hekime hem de sisteme doğru bilgi sağlanacaktır.”

Bir diğer aile hekimi sevk zinciri uygulamasının hasta hekim iletişiminde sorunlar oluşturacağını, öncelikli olarak halkın eğitilmesinin gerektiğini belirtmiştir:

“Sevk zinciri sağlığın acil ve öncelikli konusu değildir. Öncelikle halkın ASM’lerde sunulan hizmet hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Halkta ASM’de her ihtiyacının karşılanacağı ve aile hekimlerinin hastaları kapı kapı gezmesi gerektiği algısı bulunmaktadır. Dolayısıyla aile hekiminin hem hastaya gitmesi, hem de sevk için

gelecek hastaya hizmet vermesi düşünülürse sevk zinciri mümkün olmayacaktır. Uygulanacak bir sevk zinciri şu anda bize iş yükü ve hasta hekim ilişkisinde iletişim ile ilgili sorunlar getirecektir.”

ASM’lerin fiziki şartları göz önüne alınarak yapılan bir değerlendirmede sevk zinciri uygulamasının acil ve önce yapılması gereken bir uygulama olmadığı, ASM’lerin şartlarının iyileştirilmesinin gerekliliği bir diğer hekim tarafından ifade edilmiştir:

“Sevk zinciri sağlık sisteminin acil ve öncelikli bir konusu değildir. Öncelikle aile hekimliği sisteminin iyileştirilmesi, çalışanların ve hizmet alanların taleplerine odaklanması gerekir. ASM’lerin fiziki koşullarının eksikliği, çalışan aile hekiminin yapabileceklerini ve yapma isteğini azaltmaktadır. Fiziki imkânların düzeltilmesi, yapılan işin verimliliğini ve prestijini artıracaktır. Ayrıca hastalar hekimin bilgisine güvenmediği için ASM’ye başvurmamaktadırlar. Aile hekimliği birinci basamak hekimliğidir. Teknik donanım olarak sınırlıdır. Sevk uygulaması ile ancak hastanede çözülebilecek sorunların, birinci basamağa uğrayarak zaman kaybına neden olacağını ve bu sebeple sevk zincirine gerek olmadığını düşünüyorum.”

Bir başka hekim de sevk zincirinin öncelikli olmadığı konusunda görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri acil ve öncelikli değildir. Öncelik birinci basamak hekimliğinin asli görevlerinin üst birimlerce doğru yorumlanması ve uygulamasının doğru yapılması konusudur. Sevk zinciri sadece birinci basamak hekimlerine yönelik baskıyı, sözel ve fiziksel şiddeti artıracaktır. Eğitim düzeyi düşük toplumlarda böyle bir uygulamanın başarılı ve verimli olabileceğini düşünmüyorum. Ayrıca hekime bağlı hasta sayısının da fark edeceğini sanmıyorum. Sevk zincirinin, hali hazırda üstünde çok ciddi iş yükü olan aile hekimlerinin yıpranmışlığını artırmaktan öte bir etkisi olmayacaktır.”

Aile hekimliği sisteminin geliştirilmesine yönelik öncelik vurgusu yapan bir diğer aile hekimi ise sistemin henüz iyi işlemediğini, politik kararların sistemi zorladığını belirtmiş ve görüşünü aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulaması sağlık sisteminin acil ve öncelikli bir konusu değildir. Çünkü aile hekimliği henüz tam olarak işlevselliğini kazanmış bir sistem haline gelmemiştir.

Her geçen gün yeni bir görev eklenmekte ve sistem işleyişi giderek daha da zorlaştırılmaktadır. Gündelik hesaplarla ve siyasi rant düşünceleriyle yapılan değişiklikler sisteme zarar vermektedir. Öncelikle sistemin bilimsel verilere uygun yeniden şekillendirilip sonra bu tür değişikliklerin hayata geçirilmesi gerekir diye düşünüyorum.”

6.2.2. Sevk Zincirinin Gerekliliğinin Değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin sevk zincirinin acil ve öncelikle uygulanması hakkındaki görüşlerine bakıldığında (bkz. Tablo 22) ifade edilen görüşlerde çoğunlukla sevk zincirinin acil olmadığı öne çıkmıştır. Aile hekimlerinin çoğunluğu her ne kadar uygulamanın acil ve öncelikli olmadığını belirtmiş olsalar da, bir takım değişiklikler sonrasında gerekli bir uygulama olduğunu belirtenler de bulunmaktadır. Bu kapsamda, aile hekimlerinin sevk zincirinin gerekli bir uygulama olup olmadığı konusunda ki görüşleri de alınmıştır. Soruya 98 aile hekimi görüş belirtmiştir. Bu hekimlerin %58,1'i uygulamanın gerekli olmadığı şeklinde görüş bildirirken, %41,8'i ise gerekli olduğu yönünde görüş belirtmiştir. Sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığını belirten hekimlerin %76,3'ü hastaların ASM'leri yeterince kullandıklarını bu sebeple sevk zinciri ile hastaların yönlendirilmesine gerek olmadığını belirtmiştir. Sevk zinciri gereklidir şeklinde görüş bildirenlerin %15,7'si hastaların doğru yere yönlendirilmesi ve %15,7'si ise hasta takibi için gerekli olduğunu belirtmişlerdir (bkz. Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Gerekliliği Konusundaki Görüşleri

Sevk Zinciri Uygulaması Aile Hekimliğinde Gerekli midir? *	Sayı	Yüzde
Hayır	57	58,16
Evet	41	41,84
Toplam	98	100,00
Gerekli Görülmeme Nedenleri		
ASM'ye yeterince başvuru var, sevk zinciri sorunlar yaratacaktır	42	76,36
ASM'ler oldukça aktif çalışmaktadır	9	16,36
Aile hekimlerince hastalar zaten yönlendirilmektedir	2	3,64
Doğrudan 2. ve 3. basamağa başvuruda ücret alınması yeterlidir	2	3,64
Toplam	55	100,00
Gerekli Görülme Nedenleri		
Hastanın doğru yere yönlendirilmesi	6	15,79
Hasta takibinin sağlanması	6	15,79
Hastanelerin yoğunluğunun azaltılması	6	15,79
Aile hekimine ilk başvurunun sağlanması	5	13,16
Aile hekimliği disiplininin temeli olması	4	10,53
İş gücü kaybının önlenmesi	2	5,26
Gereksiz maliyetlerin önlenmesi	2	5,26
Hastaneler ile entegre sistematik bir yapı sağlanması	2	5,26
Gereksiz hizmet kullanımının azalması	2	5,26
Hastalara erişimin sağlanması	1	2,63
Zaman kaybının önlenmesi	1	2,63
Geribildirim sağlanması	1	2,63
Toplam	38	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bu konuda aile hekimlerinin görüşleri değerlendirildiğinde bir hekim hasta başvurusunun yeterli sayıda olduğu gerekçesiyle sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Hastalarımızın aile hekimlerine başvuru oranları oldukça yüksek olmaktadır. Hasta ASM’lerden iyi hizmet aldığı ve hekim ile uygun iletişim kurduğunda aile hekimine başvurusu daha yüksek olmaktadır. Bunun için ayrıca bir uygulamaya veya sevk zincirine gerek olmadığını düşünüyorum. Mutlu aile hekimi, optimum hasta başvurusu ve hasta memnuniyetini sağlamaktadır”

Bir diğer aile hekimi ise sevk zincirinin aile hekimliği için uygun şartların sağlanması durumunda gerekli olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri ileri düzey (gelişmiş) ülkelerde aile hekimliği için gereklidir. Cevap evettir. Ama biz de hayır. Çünkü toplumumuz aile hekimleri tarafından yapılacak yönlendirme veya tavsiyelere uymayacaktır. Uzman doktor isteği yüzünden en basit sağlık sorunlarında bile sevk edilmeleri konusunda aile hekimleri ile ciddi tartışmalar olacaktır. Bu sebeple mevcut durumun kötüleşmesine neden olacağından gerekli değildir.”

Diğer bir aile hekimi ise, sevk zincirinin uygulanması ile pek çok sorunun yaşanacağını belirtmiştir:

“Sevk zinciri aile hekimliği uygulaması için gerekli değildir. Sevk zinciri birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini, iş ve işlem süreçlerini, zamanı ve güvenliği olumsuz etkileyecektir. Şu an da sonuçları tam olarak planlanmamış, altyapısı yeterince kurulamamış uygulamaların olumsuz sonuçları varken, üzerine yenileri eklenmemelidir. Ayrıca, hastaların sevk zinciri uygulamasına sağlık kurumu seçme serbestliklerinin kısıtlanması nedeniyle olumsuz yaklaşımları olacaktır.”

Aile hekimlerinin nüfusunun fazlalığı nedeniyle sevk zincirinin gerekli olmadığını belirten bir aile hekimi görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri aile hekimliği için gerekli değildir. Sevk zorunluluğu uygulandıkça sorunlar çıkacaktır. Öncelikle iyi kurgulanmalıdır. Aile hekimlerinin nüfusu düşürülmelidir. Sevklı olarak göndermiş olduğumuz hastaların gittikleri sağlık kurumlarında aldıkları hizmete ilişkin bilginin bize iletilmesi sağlanmalıdır. Sevk zinciri ancak Avrupa ülkelerindeki şekliyle, yaklaşık 1500 hasta ile uygulanabilir.”

Sevk zincirinin birinci basamak sağlık hizmetleri için gerekli olduğunu belirten bir aile hekimi ise görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“ASM’lerin en büyük sorunlarından biri hastaneye giden hastanın orada aldığı hizmetten, gördüğü tedaviye ilişkin geribildirim alamamasıdır. Basamaklar arasında kurulacak bir entegrasyon ile hasta hakkında geri bildirim sağlanması aile hekimleri için oldukça önemlidir. Bu geribildirim iyi işleyen bir sevk zinciri ile sağlanabileceğini düşünüyorum.”

Zorunlu sevk uygulamasının gerekli olduğunu belirten bir diğere aile hekimi ise şu şekilde görüş ifade etmiştir:

“Normal şartlarda kesinlikle sevk zinciri gereklidir. Gereksiz iş gücü, zaman ve maddi kayıpları önleyecektir. Örneğın, benim muayene etmem gereken farenjit hastası, kulak burun boğaz polikliniğine veya çocuk polikliniğine başvurmamalıdır. En önemlisi acil polikliniğine başvurmamalıdır.”

6.2.3. Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulamasını Etkileme Durumu

Sağlık Bakanlığı tarafından sevk zincirinin kısa vadede uygulanması planlanmaktadır. Araştırmada sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda aile hekimliğinin nasıl etkileneceğine ilişkin katılımcı aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır. Katılımcı aile hekimleri yürürlüğe girecek bir sevk zinciri uygulamasının kendilerine olumlu etkilerinden çok olumsuz etkilerinin olacağını ifade etmişlerdir. Bu konuda görüş bildiren katılımcı hekimlerin %5,9’u sevk zincirinin olumlu etkileri olacağını ifade ederken, %75,2’si ise olumsuz etkileri olacağı yönünde görüş bildirmiştir. Olumsuz etkileri olur şeklinde görüş bildiren hekimlerin ifade ettikleri görüşlerin %51,2’si iş yükünün artacağı şeklinde olup, sonrasında en çok ifade edilen olumsuz görüş ise %15,2 olarak hastalar ile tartışmalar yaşanacağı şeklinde olmuştur (bkz. Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Etkileyeceğine İlişkin Görüşleri

Katılımcıların Sevk Zincirinin Aile Hekimliği Uygulamasını Nasıl Etkileyeceğine İlişkin Görüşleri*	Sayı	Yüzde
Olumsuz görüş bildirenler	76	75,25
Hem olumlu hem olumsuz görüş bildirenler	19	18,81
Olumlu görüş bildirenler	6	5,94
Toplam	101	100,00
Olumlu Görüş Bildirenler		
Hasta izleminde kolaylık sağlar	11	39,29
Hastanın doğru yerde hizmet almasını sağlar	4	14,30
İş yükü azalır	2	7,14
Tüm hastalara erişim imkânı sağlar	2	7,14
Mesleki tatmini ve gelişimi artırır	2	7,14
Aile hekimine olan talep artar	2	7,14
Toplum sağlığı ön plana çıkar	2	7,14
Aile hekimi önem kazanır	1	3,57
Birçok hastanın sorunu birinci basamakta çözülür	1	3,57
Hasta hakkında geribildirim sağlar	1	3,57
Toplam	28	100,00
Olumsuz Görüş Bildirenler		
İş yükü artar	64	51,20
Hasta ile tartışmalar yaşanır	19	15,20
Kota uygulaması ile aile hekiminin gelir kaybı olur	7	5,60
Aile hekimlerine şiddet uygulanır	7	5,60
Hasta baskısı oluşur	6	4,80
Aile hekimlerinin verimi ve toleransı azalır	6	4,80
Koruyucu hekimlik uygulamalarına zaman ayrılmaz	5	4,00
Hastaya ayrılan muayene süresi azalır	4	3,20
Hekimler sekreteryası işleri ile uğraşmak zorunda kalır	4	3,20
Acil hastaların göz ardı edilmesine sebep olur	1	0,80
Aile hekimine güven azalır	1	0,80
Zaman ve kaynak israfı olur	1	0,80
Toplam	125	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Yapılan görüşmelerde hekimler çoğunlukla sevk zinciri uygulamasının olumsuz etki yapacağı yönünde görüş bildirmişlerdir. Ancak önceki görüşme sorularında verilen yanıtlarda da ifade edilen bir takım düzenlemelerin yapılması durumunda sevk zincirinin bu olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabilmesi görüşü de ifade edilmiştir.

Katılımcı bir aile hekimi sevk zincirinin olumsuz etkilerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Bakanlık düzeyinde, aile hekimlerine bağlı nüfusun azaltılması ile aile hekimi başına yaklaşık 2500 kişilik bir nüfusun bağlanmasına yönelik çalışmaların tamamlanması durumunda sevk zinciri uygulamasında herhangi bir sorun olmayacaktır. Ancak bu

gerçekleşmeden uygulanacak sevk zinciri iş yükü ile beraber birçok soruna da sebep olacaktır.”

Bir katılımcı aile hekimi, sevk zinciri uygulamasının olumsuz etkisini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri şu anda bize iş yükü ve hasta hekim ilişkisinde iletişim ile ilgili sorunlar getirecektir. Bununla beraber ayrıca sevk edilmesi gereken hasta kotası uygulaması olursa daha kötü bir durum ortaya çıkacaktır. Sevk zinciri, kota uygulaması gibi uygulamalar genellikle hekime iş yükü getirir. Gelecek olan iş yükü ve hasta yoğunluğu aşulamalar, kronik hastalıklar ve kanser takipleri gibi aile hekiminin görevleri arasında yer alan birtakım işlerin, aksamasına yol açacaktır.”

Sevk zinciri uygulamasında hastalar ile tartışmalar yaşanacağını ifade eden bir diğer katılımcı ise şunları belirtmiştir:

“Hastalar şu anda bile kuyruk beklemek istemiyorlar. Bir hasta muayenede biraz fazla kaldığında hemen kapıda tartışmalar başlıyor. Bu bölge insanının kapıda saatlerce muayene olmak için bekleyebileceğini sanmıyor. Bu yüzden sevk zincirinde hasta muayene sırasında fazla beklemek zorunda kalırsa, bu durum hastalar arasında ve hekim-hasta arasında sorunlara yol açacaktır. Yani ASM’lerde verimli iş yapılamaz, sürekli gereksiz tartışmalar ile uğraşılabilir.”

Bir diğer katılımcı ise sevk zincirinin uygulanması durumunda oluşabilecek iki hususu şöyle ifade etmiştir:

“Sevk zinciri ile;

- 1. İş yükümüzün artacağı kesindir.*
- 2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin öneminin artması için kişiye yönelik hizmet planlamalarından ziyade topluma yönelik hizmet planlamaları ön plana çıkmalıdır. Tedavi hizmetleri yerine koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir.”*

Sevk zinciri uygulamasının olumlu etkisini hastalarına erişebilme olarak ifade eden bir aile hekimi ise görüşünü aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulaması bana kayıtlı olduğu halde hiç görmediğim veya bana gelmemiş hastalarımın bana başvurmasını sağlar. Böylece kayıtlı tüm hastalarım rahatlıkla erişmiş olurum. Ayrıca sevk zinciri hastalarımın bana bağlılığını ve güvenini de artıracaklarını düşünüyorum.”

6.2.4. Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımını Etkileme Durumu

Sevk zincirinin temel amaçlarından biri gereksiz kaynak kullanımının önlenmesidir. Aile hekimleri ile yapılan görüşmede zorunlu sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımını nasıl etkileyeceği, kaynakların (insan gücü, malzeme kaynağı, mali kaynak vb.) daha verimli kullanılıp kullanılmayacağını değerlendirmeleri istenmiştir. Bu konuda 105 hekim görüş bildirmiştir. Hekimlerin %47,5’i sevk uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynakların daha iyi kullanılmasını sağlayacağı yönünde görüş belirtirken, %37,6’sı uygulamanın kaynak kullanımını olumsuz etkileyeceği yönünde görüş bildirmiştir (bkz. Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımına Etkisine İlişkin Görüşleri

Zorunlu sevk zinciri uygulaması sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımını nasıl etkiler? *	Sayı	Yüzde
Olumlu görüş bildirenler	48	47,52
Olumsuz görüş bildirenler	38	37,62
Olumlu olmakla birlikte olumsuz etkileri olur diyenler	12	11,88
Kaynak kullanımını değiştirmez diyenler	3	2,98
Toplam	101	100,00

Tablo 26. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Kullanımına Etkisine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Olumlu Görüşler	Sayı	Yüzde
2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu azalacağından verimlilik artar	53	59,55
ASM'ler daha etkin kullanılmış olur	21	23,60
Sağlık kurumlarındaki gereksiz tetkikler/kullanımlar azalır	9	10,12
Kamunun sağlık harcamaları azalır	4	4,49
2. ve 3. basamaktan geribildirimler ile aile hekimine zaman kazandırılır	1	1,12
Genel ilaç tüketimi azalır	1	1,12
Toplam	89	100,00
Olumsuz Görüşler		
ASM'ler için hasta sayısı artacağından verimsizlik olur	35	47,95
Sevk zinciri ASM ve hastanelerin iş yüklerini olumsuz etkiler	23	31,50
ASM'lerde hastalar ile tartışmalar yaşanacağından verimlilik düşer	7	9,59
Kamunun sağlık harcamaları artar	4	5,48
Hastaların sağlık harcamaları artar	4	5,48
Toplam	73	100,00
Olumlu olmakla birlikte olumsuz etkileri olur diyenler		
Hastanelerin iş ve işlemleri azalırken, ASM'lerde tersi yönde etki olur	12	100,00
Toplam	12	100,00

*Bu soruya birden fazla görüş bildirilmiştir.

Araştırmada, katılımcı aile hekimleri tarafından sevk zincirinin kaynak kullanımına olumlu etkileri olacağı yönünde ifade edilen görüşlerin %59,5'i 2. ve 3. basamakta hasta yoğunluğunun azalacağı yönünde olmuştur (bkz. Tablo 26). Öte yandan, sevk zincirinin kaynak kullanımına olumsuz etkileri olacağı yönünde ifade edilen görüşlerin %47,9'u ASM'lerin iş yüklerinin artacağı, bu durumun da ASM'leri verimsizleştireceği şeklinde olmuştur (bkz. Tablo 26).

Araştırmaya katılan bir aile hekimi sevk zincirinin 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarının hasta yoğunluğunu azaltacağı ve kaynakların daha iyi kullanılacağı yönündeki değerlendirmesini aşağıdaki gibi ifade etmekte ve bir öneri de getirmektedir:

“Sevk zinciri sağlıkta kaynak israfını azaltır. Hastaneye başvuran hastaların bir kısmının birinci basamakta ayrılması sistemin daha verimli çalışmasını sağlar. Gereksiz ve mükerrer tetkik, tahlil ve muayeneler azalır. Ancak, hastaneler, birer kâr sağlayan kurumlar olarak planlandığı için bu uygulama muhtemelen başarılı olmayacaktır. Şu anda sağlık idarecileri ASM'lerin daha uzun mesailerle çalışması için (örneğin 7/24) çalışmalar yapmaktadır ve aile hekimlerine ek sorumluluklar yüklemektedir. Ancak hizmet alan kişiler için hiçbir kısıtlama, zorunluluk getirilmemektedir. Sağlık idarecileri

bu konuda da yani hastaları da bağlayıcı politikalar oluşturarak sistemin çalışmasını sağlamalıdır.”

Bir katılımcı aile hekimi ise, ASM'lerin kısmen yetersiz kalabileceğini ancak uygulamanın geliştirilmesiyle daha verimli çalışacağını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulamasında, ASM'lerde özellikle teknik donanım açısından bazı yetersizlikler doğal olarak ortaya çıkabilecektir. Ancak bu tür yetersizliklerde hasta uzman görüşü ve ileri tetkik ihtiyacından dolayı 2. veya 3. basamak sağlık kurumlarına yönlendirilebilir. Ancak zamanla ASM'ler, eksiklikleri karşılanarak daha iyi hizmet sunacak duruma geleceklerdir ve böylece her hasta hastaneye yönlendirilmemiş olacaktır.”

Araştırmaya katılan bir diğer aile hekimi sevk zincirinin sağlık harcamalarını azaltacağını aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulanırsa hastaların birçoğu birinci basamakta ve ileri tetkik gerektirmeyecek şekilde bakılacaktır. Dolayısıyla bu hastaların doğrudan 2. veya 3. basamağa gitmeleri engellenmiş olacaktır. Böylece kamunun 2. veya 3. basamak için yapacağı harcamalar azalacaktır.”

Bir diğer katılımcı aile hekimi ise sevk zincirinin ASM'ler için yoğunluk oluşturacağını bu merkezlerin tedaviye yöneleceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla koruyucu sağlık hizmetlerinden oluşmalıdır. Zorunlu sevk zincirinin uygulanması durumunda koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade ASM'lerde hasta yoğunluğu nedeniyle daha çok muayene/tedavi hizmetine yönelim olacaktır. Bu da maliyet artışı ve ASM'lerin koruyucu sağlık hizmetleri işlevselliği anlamında etkin çalışmamasına sebep olacak, aile hekimlerinin ve ASE'lerin yürüttükleri işlerde aksaklıklara yol açacaktır.”

Araştırmaya katılan bir aile hekimi ise sevk zincirinin uygulanması durumunda hasta hareketliliğinin oluşturacağı etkiyi aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulanırsa hastaların büyük çoğunluğu ASM'lerde bakılacağından hastanelerin hasta sayıları azalacak gelirleri düşecektir. Ancak bu durum diğer taraftan

ASM'lerin iş yükünü artıracaktır. ASM'lerde hekim ve hemşire kırtasiyecilikle uğraşacak, sekreteryaya işleri artacak, hekim veya hemşire evde bakım hastalarına gidemeyecek ve hem sağlık yönünden hem de tıbbi yönden olumlu bir katkısı olmayacaktır.”

Diğer bir katılımcı aile hekimi ise sevk zinciri uygulanması durumunda 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarının prosedürlere ilişkin işlerinin artacağını şu şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zincirinin uygulanması durumunda üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin, yapmış oldukları işlemlerle ilgili prosedürleri artacaktır. Çünkü hastane çalışanlarının sevki gelen hasta için geri bildirim vermesi gerekecektir. Bu sebeple bir hasta için yapılması gereken işler artacaktır. Örneğin, teşhisi yazarken daha fazla dikkat edecek veya tekrar kontrol etmesi gerekecektir. Ayrıca yapılan her işlemin kayıt edilmesi gerekecektir”

Bir diğer hekim sevk zinciri uygulaması ile ASM'lerde hasta hekim ilişkilerinin bozulacağı ve hekimlerin verimli çalışamayacağını aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“Mevcut durumda hastalar rahatlıkla hastanelere başvurabilmektedirler. Sevk zinciri uygulamasında bunun engellenmesi ve ASM'deki hekimin, hastanın sevk talebini karşılamaması nedeniyle sorunlar oluşacaktır. Ayrıca yoğunluk nedeniyle hastaların ASM'lerde muayene için daha fazla beklemeleri tartışmalara sebep olacaktır. Sevk zinciri ASM'lerde hasta-hekim çatışmalarına sebep olacak ve aile hekimlerinin performansları düşecektir.”

6.2.5. Uygulanabilir ve Sürdürülebilir Bir Sevk Zinciri İçin Yapılması Gerekenler

Araştırma kapsamında uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için neler yapılması gerektiğine ilişkin aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır. Bu konuda 107 aile hekimi görüş belirtmiştir. Aile hekimlerinin, sevk zincirinin uygulanabilir ve sürdürülebilir kılmak için nelerin yapılması gerektiğine ilişkin önerilerinin %23,3'ünü bağlı nüfusun azaltılması ve %21,9'unu ise toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi oluşturmaktadır (bkz. Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcı Aile Hekimlerinin Uygulanabilir ve Sürdürülebilir Bir Sevk Zinciri İçin Yapılması Gerekenlere İlişkin Görüşleri

Uygulanabilir ve Sürdürülebilir Bir Sevk Zinciri İçin Neler Yapılmalıdır? *	Sayı	Yüzde
Aile hekimlerine bağlı nüfus azaltılmalıdır	32	23,36
Toplum/hastalar eğitilmelidir	30	21,90
ASM'ler geliştirilmelidir	14	10,21
Aile hekimlerinin görev tanımları net olmalıdır	10	7,30
Sürdürülebilirlik için AR-GE çalışmaları yapılmalıdır	11	8,03
İyi hazırlanmış bir altyapı ile başlanmalıdır	6	4,38
ASM'ler, 2. ve 3. basamak ile entegre edilmelidir	5	3,65
Sevk zincirinin işlerliğini sağlamak için yaptırımlar olmalıdır	4	2,92
ASM'lerde uzman hekim sayısı artırılmalıdır	4	2,92
Günlük sevk edilecek hasta kotası olmamalıdır	3	2,19
Aşamalı geçiş uygulanmalıdır	3	2,19
Geribildirim olmalıdır	2	1,46
Bölge laboratuvar ve görüntüleme merkezleri olmalıdır	1	0,73
Hastaya sorumluluk yüklenmelidir	1	0,73
Hekim hasta iletişimi artırılmalıdır	1	0,73
Koruyucu hizmetler ayrı bir merkezden verilmelidir	1	0,73
Günlük sevk edilecek hasta kotası olmalıdır	1	0,73
Sağlık kurumlarının teknik donanımı yeterli, personeli eğitilmiş olmalıdır	1	0,73
Randevulu sisteme geçilmelidir	1	0,73
Sağlık çalışanlarının motivasyonu artırılmalıdır	1	0,73
Aile hekimlerine yapılan iş üzerinden ücretlendirme olmalıdır	1	0,73
"Aile hekimi uygun görürse sevk edebilir" ifadesi halka benimsetilmelidir	1	0,73
Genç hekimler istihdam edilmelidir	1	0,73
Sevklerin uygunluğu denetlenmelidir	1	0,73
Performansa dayalı ücretten vazgeçilmelidir	1	0,73
Toplam	137	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir aile hekimi iyi işleyen ve uygulanabilir bir sevk zinciri uygulaması için ASM'lerin geliştirilmesi gerektiğinin aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

"Uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri uygulaması için;

- 1. ASM'ler için bölge laboratuvarları/görüntüleme merkezleri kurulabilir ya da yakın hastanelerin bu merkezleriyle entegrasyon sağlanarak, sadece tetkik için hasta hastaneye yönlendirilip sonuçları ASM'de takip edilebilir.*
- 2. Her ASM'nin entegre olduğu bir hastane olmalı ve aile hekimlerinin hastanedeki uzmanlardan konsültasyon isteme imkânı olmalıdır.*

3. *Hastanın sevk, bulunduğu bölgedeki hastanelerle sınırlı olmalı ancak bu bölgedeki hastanelerin uzman/merkez açığı vs. olmamalıdır.*
4. *Sevk zincirine ısrarla uymak istemeyen hastalar için ciddi anlamda yüksek katkı payı gibi yaptırımlar olmalıdır. Ancak hastanın sevk edilmeden 2. ya da 3. basamağa başvurusu tamamen engellenmemelidir. Çünkü bu durumda aile hekimleriyle çatışmalar kaçınılmaz olur ki, bir süre sonra hekimler bu durumdan kaçınmak için hastaları sürekli sevk etmek zorunda kalacaklardır.”*

Bir diğer aile hekimi ise çok fazla iş yüklerinin olduğunu ifade etmiş ve iş yükünün azaltılması durumunda sevk zinciri uygulamasını destekleyeceğini belirtmiştir:

“Mevcut durumda aile hekimlerinin sorumlu olmadığı, ancak yapmakta olduğu pek çok iş bulunmaktadır. Aile hekimlerinin ayrıca yapmakta olduğu bu işlerin aile hekimlerinden alınmasıyla hastaların tüm tanı ve tedavileri rahatlıkla yapılabilir ve sevk zincirinin işlerliği de sağlanabilir.”

Diğer bir aile hekimi ise aile hekimleri arasında da iş yükü açısından dengesizlikler olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Aile hekimlerine bağlı nüfus azalmadığı sürece sevk sisteminin getirilmesi aile hekimliği uygulamasını olumsuz yönde etkiler. Ancak aile hekimlerinin nüfusu düşürülürse, aile hekimleri sevk edilmemesi gereken hastaları sevk etmemekte direnebilir. Aksi durumda, hastalar sürekli olarak sevk edilmeleri yönünde aile hekimlerine baskı uygulayacaklardır. Dolayısıyla bu hasta yoğunluğu ile sevk zinciri uygun olmayacaktır. Uygulamanın yürütülebilmesi için aile hekimlerinin sayısı artırılmalı ve nüfus azaltılmalıdır. Ayrıca, iyi işleyen bir sevk zinciri uygulaması için aile hekimlerine pozitif performans sistemi getirilerek (belirlenmiş bazı tanı gruplarının ya da kişilerin izlemi ve belirli sayıda hasta bakılmasının ayrıca ücretlendirilmesi) uygulanabilir. Örnek olarak, bazı aile hekimleri günde 90 hasta bakmakta iken bazı aile hekimleri günde 20-30 hasta bakmaktadır. Ancak ikisi de aynı ücreti almaktadır. Dolayısıyla aile hekimlerine yaptıkları iş üzerinden de ücretlendirme yapılmalıdır.”

Diğer bir aile hekimi ise sevk zinciri uygulamasında sürekliliğin sağlanması için görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“ASM’lerde hekimlerin sorumluluk ve yetkileri iyi tanımlanmalıdır. Özellikle ASM’ler arasında önemli iş yükü farklılıkları bulunmaktadır. Bazı ASM’lere gelen hasta sayısı fazla iken bazı ASM’lerin az olmaktadır. Çalışanlar arasında adaletsizlik ve hasta sayısına göre de aile hekimleri arasında ücret dengesizlikleri bulunmaktadır. ASM’lerde hekimlerin de hasta seçme hakkı olmalıdır. Ayrıca, aile hekimliğinde hekimler çoğunlukla 40 yaşın üzerinde olduklarından sevk zinciri uygulamasında iş yükü açısından zorlanacaklardır. Bu durum sevk zinciri uygulamasının sürekliliğinin sağlanmasına engel olabilecektir.”

Bir diğer hekim ise sevk zincirinin aşamalı olarak uygulanmasının hastalar ve hekimler için daha uygun olacağını belirtmiştir:

“Aile hekimlerine bağlı hasta sayısı düşürülürse sevk zinciri faydalı olacaktır. Ayrıca sevk zinciri uygulamasına geçiş aşamalı bir şekilde olur ise bizim de işimizi kolaylaştıracaktır. Örneğin, çocuk ve gebe hastalar 2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuramazlar ise bize faydası olacaktır. Sevk zincirinde geri bildirim de olmalıdır. Aile hekimi hastasının 2. ya da 3. basamak sağlık kuruluşlarından randevusunu alır ve randevu sonucunda hastanın hastanedeki işlemlerine yönelik geri bildirim alırsa, sevk zincirinin hem hastanın takibi hem de hastanın uygulamaya adaptasyonu için olumlu katkıları olacaktır.”

Bir diğer katılımcı hekim ise hastaların bilinçlendirilmesine dikkat çekmiştir:

“Aile hekiminin sevk ettiği hasta ile ilgili olarak aile hekimine geri dönüş olmalıdır. Sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, “aile hekimi uygun görürse sevk edebilir” ifadesi halka benimsetilmelidir. Hasta sevk edilmek istediğinde aile hekiminin uygun görmesi durumunda sevkin olabileceğini öğrenmelidir.”

6.2.6. Sevk Zinciri Uygulamasında Kullanılacak Yazılım Programı Olanakları

Araştırmada, aile hekimleri tarafından yapılacak hasta sevkleri için kullanılacak bir yazılım programının hangi niteliklere sahip olması gerektiği konusunda katılımcıların görüşleri alınmıştır. Katılımcı aile hekimlerinden 80'i bu konuda görüş belirtmiştir. Katılımcı aile hekimlerinin ifade ettikleri, yazılım programının sahip olması gereken özelliklerin %32'si hasta hakkında geribildirim almaya uygun olması şeklindedir. Ayrıca katılımcı aile hekimlerinin bu konudaki önerilerinin %20,9'u ise yazılım programının tüm kurumlar ile entegrasyonu sağlaması gerektiğine yöneliktir (bkz. Tablo 28). Ancak görüşülen aile hekimlerinden 18'i şu an hasta kayıtlarının tutulduğu ve işlemlerin yapıldığı AHBS'nin sevk zinciri uygulaması için yeterli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 28. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasında Kullanılacak Yazılım Programı Olanaklarına İlişkin Görüşleri

Sevk Zinciri Uygulamasında Kullanılacak Yazılım Programında Olması Beklenen Olanaklar*	Sayı	Yüzde
Hasta hakkında geribildirim almaya uygun olmalıdır	26	32,10
Diğer sağlık kurumları ve programları ile entegre olmalıdır	17	20,99
Basit, anlaşılır olmalıdır	16	19,75
Hastaya ait tüm bilgiler görülebilmelidir	8	9,88
Epikriz sağlamalıdır	2	2,48
Hekim hastasına randevu alabilmelidir	2	2,48
Sevk edilebilecek her kurum / bölüm olmalıdır	2	2,48
2. veya 3. basamaktaki hekimlerle ön değerlendirme yapılmasına imkân sağlamalıdır	1	1,23
Güvenli olmalıdır	1	1,23
Manuel giriş gerektiren alan olmamalıdır	1	1,23
Sevk edilmemesi gereken tanıların sevki sistemde engellenmelidir	1	1,23
Tanı tedavi uygulamaları sevke girilebilmelidir	1	1,23
Hekim dışı sağlık personeli de kullanabilmelidir	1	1,23
Ayrıntılı olmalıdır	1	1,23
Bilgiler tek sayfada görülmelidir	1	1,23
Toplam	81	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Aile hekimlerinin ifade ettiği, sevk için kullanılacak yazılım programında olması gereken özellikler konusunda bir hekim birden fazla özellik belirtmiş ve şu şekilde görüş bildirmiştir:

“Sevk zincirinde kullanılacak program kolay kullanılabilir olmalıdır. Hastaya ikinci basamakta yapılan tanı ve tedavilerinin birinci basamakta görülebilmesini sağlamalıdır. Ayrıca hekim dışında ASM’deki diğer sağlık personeli tarafından da kullanılabilmelidir.”

Bir diğer aile hekimi ise kullanılacak programın Bakanlığın kullanmakta olduğu diğer programlar ile entegre olmasını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Kullanılacak program hastane yönetim bilgi sistemleri ile entegre olmalıdır. Hastanın hastanede almış olduğu her hizmet aile hekimleri tarafından görülebilmeli ve takip edilebilmelidir. Ayrıca programa işlenecek bilgiler Sağlık Net Online, E-Nabız gibi programlara yansımalıdır.”

Bir diğer aile hekimi ise entegrasyonu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zincirinde kullanılacak yazılım programının bütün sağlık hizmeti sunan birimler arasında entegrasyonu sağlayan özelliğe sahip olması gerekmektedir. Kullanılacak yazılım programı ile hastanın sağlık verilerinin hizmet sunan sağlık birimlerince ulaşılabilir olması ve verilerin korunmasını sağlayacak nitelikte olması gerekir.”

Bir diğer aile hekimi ise kullanmakta olduğu yazılım programının yeterli olduğunu aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

“Sevk programı için şu an kullandığımız AHBS yeterlidir. Ancak programda yer alan çok fazla işlem sayfası oldukça yorucu olmaktadır. Kullanılacak program tek bir modülden kurumlar arası entegrasyon sağlamalıdır. Örneğin, Sağlık Net’e entegre edilebilir.”

6.2.7. Aile Hekimlerine Kayıtlı Kişilerin Aile Hekimlerine Başvurmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma kapsamında aile hekimlerinin, kendilerine bağlı nüfusta yer alan, ancak hiç aile hekimine başvurmamış kişilerin neden kendilerine başvurmamış olabileceğine yönelik görüşleri alınmıştır. Katılımcı hekimlerden 103'ü bu konuda görüş belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin ifade ettikleri aile hekimlerine başvurmama nedenlerinin %20,6'sını bu kişilerin aile hekimliği hizmetlerini bilmemeleri ve %14,5'ini ise bu kişilerin aile hekimlerine güvenmemeleri oluşturmaktadır (bkz. Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcı Aile Hekimlerinin Kayıtlı Kişilerin Aile Hekimine Başvurmama Nedenlerine İlişkin Görüşleri

Kayıtlı kişilerin aile hekimine başvurmama nedenleri	Sayı	Yüzde
Aile hekimliği hizmetlerini bilmeme	34	20,61
Aile hekimine güvenmeme	24	14,55
Hastanelere başvurma alışkanlığı	15	9,09
Hastane imkânlarının fazla olması	13	7,88
Özel hastane tercihleri	13	7,88
Sağlık hizmeti ihtiyacı duymama	12	7,24
Uzman hekime muayene olma isteği	9	5,45
ASM'nin yetersiz görülmesi	8	4,85
Genç nüfus olması	7	4,24
Hastaneye yakın ikamet veya işyerinin olması	6	3,64
Acil servise başvurma	5	3,03
ASM'yi önemsememe	5	3,03
Hastaların bilgi düzeyleri ve tutumları	4	2,42
Özel sağlık sigortasına sahip olma	2	1,21
ASM'de tetkik sonuçlarının geç alınması	1	0,61
Hastaların ikametgah yerlerinin değişmesi	1	0,61
ASM'lerde tedavi öncelikli hizmet sunulması	1	0,61
Hastanelerin sosyal alan olarak kullanılması	1	0,61
Aile hekiminin ilgisizliği	1	0,61
ASM'lerde hizmet kalitesinin düşük olması	1	0,61
Sağlık sorununun hastaneye başvurmayı gerektirmesi	1	0,61
Sevk zorunluluğunun olmaması	1	0,61
Toplam	165	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların neden aile hekimine başvurmadıkları konusunda bir aile hekimi, hastaların ASM'deki hizmetleri yetersiz görmesi nedeniyle hastaneleri tercih ettiklerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Gerçekten sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişiler hali hazırda ASM’yi tercih etmektedirler. Bence ASM’ler hastaların başvurması için yeterli merkezlerdir. Ancak röntgen çekilmemesi, her zaman tahlil yapılmaması ve insanlarımızın uzman hekim merakı hastaneleri daha cazip kılmaktadır. Hastalar ASM’lere genellikle ilaç yazdırmak, rapor almak ya da basit şikâyetleri nedeniyle başvurmaktadırlar. Ayrıca hastalar aile hekimlerine güvenmediklerinden, uzman hekim tercihlerinden ve daha iyi sağlık hizmetinden yararlanma istekleri olduğundan aile hekimlerine başvurmayabiliyorlar.”

Bir başka katılımcı aile hekimi ise, hastaların farklı pek çok nedenden dolayı aile hekimlerini tercih etmediklerini belirtmektedir:

“Aile hekimine hiç gelmeyen nüfusun çoğunun ailesinde bir hekim ya da tanıdığı bir hekim vardır. Bu kişilerin çoğu sağlık hizmeti ihtiyaçlarını hastanede ya da tanıdığı hekimler vasıtası ile karşılamaktadırlar. Bazı hastalar ise sosyoekonomik durumu ve sosyal imkânları sebebiyle aile hekimine başvurmamaktadırlar. Aile hekiminin bilgisine güvenmediğinden dolayı ASM’ye gelmeyenlerin çok fazla olduğunu düşünüyorum. Ayrıca kişilerin ikametgahlarının değişmiş olması, emeklilik güvencelerinin özel sigortalar ile sağlanması ASM’lere başvurmamalarının nedenleri olabilir. Öte yandan, ASM’de hangi hizmetlerin verildiğinin topluma anlatılması gerekmektedir. Çünkü ASM’de hangi hizmetlerin verildiğini bilmeyen hastalar da bulunmaktadır.”

Bir diğer aile hekimi hastaların ASM’ler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından dolayı başvurmadıklarını ve başvurunun artırılması sorumluluğunun aile hekimlerine verilmesi gerektiğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Aile hekimine gelmeyen hasta ya aile hekimliğini bilmiyordur ya da ekonomik durumu çok iyi olduğu için, özel hastane ve özel doktor kullanıyordur. Bu hastalara aile hekimliğini, ASM’lerin hizmetlerini iyi anlatmak gerekir. Bunu da aile hekimleri üzerinden yapmak gerekir. Ayrıca aile hekimlerine bunun sorgusu da yapılmalıdır.”

Senin hastan niçin sana gelmiyor? sorusu aile hekimine sorulmalıdır ve aile hekimi hastasının kendisine başvurmasını sağlamalıdır.”

Katılımcı hekimlerce ifade edilen bir diğer görüş ise aşağıdaki şekildedir:

“Hastaların çalıştığı veya ikamet ettikleri yerler üniversite veya diğer hastanelere yakın olduğundan ASM’lere gitmek yerine bu hastaneleri tercih etmektedirler. Ayrıca bazı hastalar aile hekimlerine güvenmediklerinden ve ASM’lerde ne yapıldığını bilmediklerinden aile hekimlerine gelmemektedirler.”

Bir başka aile hekimi ise hastaların aile hekimine gelmeme nedenini, acil servislerdeki kolaylıklar olduğunu aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

“Hastaların aile hekimleri yerine hastanelere başvurmasının nedeni hastanelerin sundukları hizmetin kapsamlı olmasından ziyade, acil servislerdeki imkânların daha cazip olmasıdır. Hastalar herhangi bir ücret alınmaması ve daha kısa sürede muayene olmaları nedeniyle acil servislere başvurmaktadır.”

6.2.8. ASM’lere Hasta Başvurusunun Sağlanması

Araştırmada aile hekimlerinin hastaların ASM’yi tercih etmemelerinin nedenleri yönündeki görüşlerinden hareketle, hastaları ASM’leri daha fazla kullanma konusunda teşvik etmek için neler yapılabileceği de sorulmuştur. Katılımcı aile hekimlerinin %34,2’si herhangi bir teşvik edici uygulamaya gerek olmadığını, ASM’lerin hastaların başvurmaları için yeterince cazip olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %65,7’si ise toplumun ASM’leri daha fazla kullanmalarını sağlamak için önerilerde bulunmuş ve bu önerilerin %27,1’i toplumun ASM’lerde sunulan hizmetler konusunda bilgilendirilmesi gerektiği şeklinde olmuştur (bkz. Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcı Aile Hekimlerinin ASM'lere Hasta Başvurusunu Sağlamak İçin Yapılması Gerekenlere İlişkin Görüşleri

ASM'lere Hasta Başvurusunu Sağlamak İçin Ne Yapılmalı? *	Sayı	Yüzde
ASM'ler yeterince kullanılmakta, ayrıca birşey yapmak gerekmez	36	34,29
Hasta başvurusunu sağlamak için bir takım önlemler alınmalı	69	65,71
Toplam	105	100,00
Yapılması gerekli olarak ifade edilen faaliyetler		
Toplum bilgilendirilmeli	28	34,57
Aile Hekimine gitmenin yasal zorunluluğu olmalı	12	14,81
Laboratuvar imkânları artırılmalı	10	12,34
ASM'lerin fiziki şartları iyileştirilmeli	8	9,88
Hasta hekim ilişkisi geliştirilmeli	4	4,94
Hizmet çeşitliliği artırılmalı	3	3,70
Hizmet kalitesi yükseltilmeli	2	2,48
Koruyucu hekimlik geliştirilmeli	2	2,48
Uzman aile hekimleri istihdam edilmeli	2	2,48
Teknolojik destek sağlanmalı	2	2,48
Sağlık personeli eğitilmeli	1	1,23
ASM'ler ulaşılabilir olmalı	1	1,23
Hastalara ücret prim ödeme gibi yaptırımlar olmalı	1	1,23
ASM'ler semt polikliniğine dönüştürülmeli	1	1,23
2. ve 3. basamak ile entegrasyon olmalı	1	1,23
Hasta ile sürekli iletişim sağlanmalı	1	1,23
Aile hekimlerinin ilaç raporları verme yetkileri geliştirilmeli	1	1,23
Hasta konforu önemsenmeli	1	1,23
Toplam	81	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Katılımcı bir aile hekimi hastaların ASM'lere gelmesini sağlamak için ayrıca çaba sarf etmeye gerek olmadığını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Mevcut durumda hastaların ASM'lere başvurusu için ASM'lerde gerekli olan her şey bulunmaktadır. Bu sebeple bizim hastalarımız sıklıkla ASM'mize gelmektedir. Hatta, 2. ve 3. basamakta tedavi olup tetkik yaptıran bazı hastalarımız tetkiklerini ayrıca bizlere de göstermek için gelmektedir. Ancak ASM'lerde diyetisyen ve diş hekiminin de bulunması hastaların ASM'lere daha çok başvurmalarını sağlayacaktır.”

Bir diğer aile hekimi ise hasta başvurusunun yeterli olduğunu aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“ASM'miz hasta başvurusu konusunda herhangi bir sorun yaşamamakta ve hastalarımız fazlası ile merkezimize gelmektedirler. ASM'lerde hastalarınıza ne kadar

olumlu yaklaşırsanız sizden memnuniyetleri de o derece artmaktadır. ASM olarak hasta memnuniyetimiz ve yoğunluğumuz oldukça yüksektir. Ancak aile hekimleri olarak bağlı nüfusumuz üzerinden ücret aldığımız için bu yoğunluk sadece yorgunluğa neden olmaktadır.”

Katılımcı aile hekimlerinden biri ise, hastaların ASM'ye gelmelerini sağlamak için hizmetten memnun olmalarını sağlamak gerektiğini belirtmiştir:

“ASM'lere başvurmayanların çoğunluğu, işyerlerinde işyeri hekimliği olanlar ve genç yaşta olmaları sebebiyle sağlık hizmeti ihtiyacı duymayan kişilerden oluşmaktadır. Ancak, sağlık hizmeti ihtiyacı olup da ASM yerine hastaneleri tercih edenler de bulunmaktadır. Bu kişilerin ASM'leri tercih etmelerinin sağlanması için ASM'de verilen hizmetler hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir. Yoğunlukla gelen hastalara bu bilgilendirmeyi biz yapmaktayız. Ayrıca hastaneye giden hastaların orada aldıkları hizmetin aile hekimlerine geribildirimini de ASM'deki hekimin hastayı takip edebilmesini kolaylaştıracak ve bu durum hasta da memnuniyet yaratarak hastanın ASM'ye gelmesini sağlayacaktır.”

Bir diğer hekim ise, çeşitli medya araçlarının kullanılarak toplumun bilinçlendirilmesi ve yanlış algıların giderilmesi gerektiğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Aile hekimlerinin yoğunluğu düşünülürse ASM'lere başvurmayan hastaların, başvurmalarının aile hekimlerince sağlanması pek olabilecek bir durum değildir. Biz aile hekimleri bunu sağlayamayız. Çünkü bu yoğunlukta hastayı ASM'ye gelmeye zorlamak doğru bir uygulama olmayacaktır. Ancak aile hekimlerinin iş yüklerinin azaltılması durumunda bu sağlanabilecektir. Ayrıca, hastalara ASM'lerin işleyişi ve hizmetleri de anlatılmalıdır.”

Bir başka aile hekimi ise ASM'lerin sadece hastalarınca gidilecek yerler olmadığına vurgu yapılması gerektiğini belirtmiş ve aile hekimlerinin sağlık danışmanı fonksiyonuna değinmiştir:

“ASM'lerde ne gibi işlemlerin yapıldığı (tahlil ve tetkikler, obezite izlem, çocuk izlem, kanser tarama gibi) topluma anlatılmalıdır. ASM'lerin sadece ilaç yazılan ve zorunlu olan zamanlarda değil (ilaç raporu, ehliyet raporu, sağlık raporu gibi zorunluluklar)

diğer zamanlarda ve problemlerde de ücretsiz başvurabilecekleri yerler oldukları anlatılmalıdır. Aile hekimi ailenin sağlık danışmanıdır. Zorunlu sevk zincirinden ziyade vatandaşın bir bilene danışmak için dahi olsa aile hekimine başvurması sağlanmalı cazip hale getirilmelidir.”

6.2.9. Aile Sağlığı Merkezlerinin Mevcut Kapasite İle Sevk Zinciri Uygulamasına Yeterlik Durumu

Araştırmada ayrıca katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin mevcut durumda uygulanması halinde ASM’lerin yeterli olup olmama durumuna ilişkin görüşleri alınmıştır. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%72,3) uygulamanın başlaması durumunda hasta yoğunluğunun artacağını ve ASM’nin talebi karşılamakta yetersiz kalacağını belirtmişlerdir. Hekimler ASM’lerin yetersiz kalacakları alanları da, çoğunlukla personel ihtiyacı (%38,4), fiziki alan yetersizliği (%33,7) ve eğitim ihtiyacı (%20,9) olarak ifade etmişlerdir (bkz. Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Uygulanması Durumunda ASM’nin Mevcut Kapasitesi İle İhtiyaca Cevap Verebilme Durumuna İlişkin Görüşleri

Sevk zinciri uygulanırsa ASM ihtiyaca cevap verebilir mi? *	Sayı	Yüzde
Evet, ASM’miz yeterlidir	20	19,05
Kısmen yeterlidir	9	8,57
Hayır, ihtiyaca cevap veremeyiz	76	72,38
Toplam	105	100,00
Yetersizlik alanı		
Personel yetersizliği*	33	38,37
Fiziki alan yetersizliği	29	33,73
Eğitim (bilgi, beceri) yetersizliği	18	20,93
Teknik yetersizlik	6	6,97
Toplam	86	100,00

*19 Aile hekimi ihtiyaç duyulacak personeli de belirtmiştir. Bunlar, %21,4 hekim, %21,4 tıbbi sekreter, %21,4 röntgen teknisyeni, %10,4 ASE, %10,4 güvenlik personeli, ve %5 oranında diyetisyen, %5 dış hekim ve %5 hasta kabul personeli olarak belirtilmiştir.

**Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir aile hekimi sevk zinciri uygulamasında ASM'lerinin yeterli olabileceğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Bizim ASM'miz yeterli fiziki alana sahiptir. Sevk zinciri uygulamasında oluşacak bir yoğunluğu bekleme salonları, emzirme odası gibi alanlarımız ile karşılayabilecek düzeydeyiz. Çünkü, ASM'miz A grubunda bulunan bir ASM olduğundan sevk zinciri uygulaması durumunda yeterli alacağımızı düşünüyorum.”

Bir diğer katılımcı aile hekimi sevk zinciri uygulamasında ASM'de ihtiyaç duyulabilecek hususlar konusundaki görüşünü aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

“Sevk zincirinin uygulanması durumunda ASM'mize yaklaşık olarak ayda 1000-1500 hasta fazladan gelecektir. ASM olarak mevcut hasta sayımızın üzerine ayrıca bu sayıda hasta gelmesi durumunda hem fiziki alan hem de hekim sayısı olarak yetersiz kalacağız. Ayrıca gelecek hasta sayısı ile beraber hastalık çeşitliliğinde de artış olabileceği göz önüne alınırsa eğitim ihtiyacı da doğabilir. Bu sorunların yaşanmaması için ASM'lerin çalışma koşullarının ve fiziki şartlarının iyileştirilmesi gerekir.”

Bir başka aile hekimi ise, ASM'de mevcut durumda zaten sorunların olduğunu belirtmiş ve sevk uygulaması ile bu sorunlarla beraber bir takım yetersizliklerin de ortaya çıkacağını ifade etmiştir:

“ASM'miz bu haliyle sevk zinciri uygulamasına cevap verebilecek durumda değil. Çünkü aile hekimi ve aile sağlığı elemanının iş yükü oldukça fazladır. Ayrıca sevk zinciri uygulamasında hasta artışı da olacağından mevcut iş yükü ile birlikte personel yetersizliği oluşacaktır. Özellikle hekim ve ASE ihtiyacı olacaktır.”

Bir diğer aile hekimi ise ASM'nin yetersiz kalacağını şu şekilde ifade etmiştir:

“Mevcut durum ile sevk zincirinin uygulanması hasta sayımızı artıracaktır. Bunun sonucunda ASM'miz teknik kapasite ve fiziki kapasite açısından yetersiz kalacaktır. Öncelikle hasta yoğunluğu nedeniyle personel ihtiyacımız oluşacaktır. Ayrıca bir takım idari düzenlemeler de (çalışma saatleri, esnek mesai saatleri gibi) gerekecektir.”

6.2.10. Sevk Zinciri Uygulamasının ASM'lerde Sunulan Hizmetlerin Kalitesini ve Memnuniyetini Etkileme Durumu

Araştırmada sevk zincirinin uygulaması durumunda ASM'lerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin nasıl etkileneceğinin değerlendirilmesi konusunda aile hekimlerinin görüşlerinin alınması amaçlanmıştır. Katılımcı aile hekimleri çoğunlukla sevk zinciri uygulamasının hizmet kalitesinde ve hasta memnuniyetinde yapacağı etkiyi birlikte değerlendirmişlerdir. Katılımcı aile hekimlerinin %77,4'ü sevk zincirinin ASM'lerde sunulan hizmetin kalitesini olumsuz etkileyeceğini ifade etmiştir. Hizmet kalitesinin düşeceğini ifade eden aile hekimlerinin %29,2'si hasta sayısının hizmet sunumunda aksaklıklara neden olacağını belirtirken, %22,2'si ise işlemlere ilişkin prosedürlerin artacağını ifade etmiştir (bkz. Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının ASM'lerde Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Etkileme Durumu Hakkındaki Görüşleri

Hizmet Kalitesinin Etkilenmesine İlişkin Görüşler*	Sayı	Yüzde
Hizmet kalitesi olumsuz etkilenir / düşer	79	77,45
Hizmet kalitesi olumlu etkilenir / artar	19	18,63
Hizmet kalitesi değişmez	4	3,92
Toplam	102	100,00
Hizmet Kalitesinin Olumsuz Etkilenme Nedenleri		
Hasta sayısının artması hizmetleri aksatır	29	29,30
İşlem prosedürleri artarak zaman kaybı olur	22	22,22
Hasta muayene süresi kısaldır	17	17,17
Hasta hekim iletişimi bozular	15	15,15
Güvenlik kaynaklı problemler olur	7	7,07
Hastalar ihmal edilir	6	6,06
Koruyucu sağlık hizmetleri zayıflar	2	2,02
Hasta beklentileri karşılanamaz	1	1,01
Toplam	99	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Çalışma kapsamında aile hekimlerinin, sevk zinciri uygulamasının ASM'lere başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini nasıl etkileyeceğine yönelik görüşleri de alınmıştır. Katılımcı aile hekimlerinin %83,4'ü sevk zincirinin ASM'lere başvuran hastalarda memnuniyetsizlik yaratacağını ifade etmiştir. Aile hekimlerinin %12,6'sı ise sevk zincirinin hasta memnuniyetini artıracığını belirtmiştir. Sevk zinciri uygulamasının

hasta memnuniyetini düşüreceğine yönelik ifade edilen nedenlerin %32'si hastaların muayene için bekleme sürelerinin artması şeklinde ifade edilmiştir (bkz. Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zinciri Uygulamasının Hasta Memnuniyetini Etkileme Durumu Hakkındaki Görüşleri

Hasta Memnuniyetinin Etkilenmesine İlişkin Görüşler*	Sayı	Yüzde
Hasta memnuniyeti olumsuz etkilenir / düşer	86	83,49
Hasta memnuniyeti olumlu etkilenir / artar	13	12,63
Hasta memnuniyeti değişmez	4	3,88
Toplam	103	100,00
Hasta Memnuniyetinin Olumsuz Etkilenme Nedenleri		
Hastaların muayene için bekleme sürelerinin artması	33	32,04
Hastaların sağlık kurumu seçme serbestliğinin kısıtlanması	28	27,18
Hasta hekim iletişiminde sorunlar ortaya çıkması	27	26,22
Hastaya ayrılan muayene süresinin azalması	15	14,56
Toplam	103	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Aile hekimleri uygulamanın ASM'lerde aksaklıklara neden olacağını ve hizmet sunumunda ASM'lerin yetersiz kalabileceğini değerlendirerek bu yetersizliklerin de hasta memnuniyetine olumsuz yansıtacağını belirtmişlerdir.

Katılımcı bir aile hekimi sevk zinciri uygulamasının hizmet kalitesini artıracığını belirtmiş, hasta memnuniyetinin de beklentilerine en yakın sağlık hizmeti alması ile şekillenebileceğini vurgulamıştır:

“Sevk sağlık hizmetlerinde kaliteyi artıracaktır. Hastanelerde yığılmalara sebep olan hastaların ASM'lerde daha az kaynak kullanımıyla hizmet almaları sağlanacaktır. Hastaların sağlık hizmeti kullanımındaki bilinci ve diğer sağlık sunucularının sisteme olan karşı duruşları nedeniyle sevk zinciri uygulamasında ilk dönemlerde birçok olumsuzluklar görülebilir. Ancak, sevk zincirinde amaç hasta memnuniyeti olmamalıdır. ASM'lerde verilen sağlık hizmetinin iyi olduğunun hasta tarafından değerlendirilmesi önemli bir ölçüt değildir. Çünkü, hasta hizmetin kalitesi ile ilgilenmemektedir. Hasta için ilacının yazıldığı, raporunu aldığı, az zamanda işleminin bittiği bir sistem yeterli olmaktadır. Burada hastanın isteği ile sağlık sisteminin hedeflerinin yakınlaştırılması amaçlanmalıdır.”

Diğer bir aile hekimi sevk zinciri uygulamasının zamanla işlevsel olacağını ve bunun da hem kaliteye hem de hasta memnuniyetine olumlu etkilerinin olacağını ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulaması ile başlangıçta hizmet kalitesinde bir artış sağlanamaz. Tam aksine ASM’lerde güvenlik sorunu oluşacaktır. Ayrıca hastaya ayrılacak muayene süresi azalacaktır. Bu durumlar hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini olumsuz etkileyecektir. Ancak sevk zinciri hakkında hastalara gerekli bilgilendirme yapılırsa ve tüm hastaların aile hekimi tarafından görülebilmesi sağlanırsa hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti de zamanla artacaktır.”

Bir diğer aile hekimi ise sevk zincirinin hizmet kalitesine ve 2. ve 3. basamağa olumlu etkilerinin olacağını belirtmiştir:

“Sevk zinciri ile sağlık hizmet kalitesi özellikle gebe ve çocuk izlemleri daha etkin hale gelir. Ancak kendi düşüncesi ile karar vererek hastaneye giden hasta için sevk zorunluluğunun gelmesi memnuniyetsizlik oluşturur. Ayrıca sevk zinciri uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri toplumda daha ön plana çıkar ve sağlık kurumları daha verimli kullanılır. Sağlık harcamaları da azalır. Yine sağlık kuruluşlarında özellikle de 2. ve 3. basamakta hasta yığılmaları sevk zinciri uygulaması ile engellenebilir.”

Bir diğer aile hekimi sevk zinciri uygulaması ile hasta beklentilerinin karşılanamayacağını ifade ederek oluşabilecek olumsuzluklara vurgu yapmış ve bunun kalite ve memnuniyete etkisini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri bu aşamada hasta ve hekim arasında iletişim kopukluklarına, tartışmalara ve iletişimsizliğe yol açacağından hizmet kalitesi düşecektir. Hastalar her ihtiyacının karşılanacağı önyargısı ile ASM’lere başvurmaktadırlar. Sevk zinciri, hastaların ASM’lerde hastaneye sevk edilme talebinde bulunmaları durumunda ve bu talebin karşılanmaması üzerine olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Ayrıca hastaların muayene için bekleme süresi artacak ve huzursuzluklar başlayacaktır. Bu sorunlar da tabii ki hasta da memnuniyetsizlikler yaratacaktır.”

Başka bir aile hekimi toplumun alışkanlığının ve kolaycılığa yönelmesinin sevk zinciri ile aşılmasının zor olduğunu ifade etmiş ve memnuniyetsizliğin oluşacağını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulaması hizmet kalitesini düşürecektir. Hastanın sevki ile uğraşırken esas sorumluluğumuz olan tanı ve tedaviye vakit kalmayacaktır. Bu sebeple hastaların da memnun olacaklarını sanmıyorum. Çünkü topluma sağlık hizmeti için istediği zaman istediği yere başvurabilme olanağı tanınmıştır. Bunun sevk zinciri ile kısıtlanmaya çalışılması hastada memnuniyetsizlik yaratacaktır.”

Diğer bir aile hekimi ise sevk zinciri uygulaması ile kalite ve memnuniyetin azalacağını belirtmiş ve çözüm önerilerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevk zinciri ile birinci basamakta işlem süresi uzayacağından sağlık çalışanına şiddet artacak ve güven azalacaktır. Bu durum beraberinde hizmet kalitesini ve memnuniyeti de düşürecektir. Bu sorunların yaşanmaması için hasta sayıları azaltılıp sağlık çalışanları ve hastaların eğitilmesi, sürekli karşılıklı iletişimle, çalışanın kendine güveni artırılarak sistem geliştirilmelidir. Aksi takdirde uygulama başarısız olacaktır.”

6.2.11. Sevk Zinciri Uygulamasından Muaf Olması Gereken Tanılar

Katılımcı aile hekimlerinin zorunlu sevk zincirinin uygulanması durumunda, bütün tanıların ilk olarak ASM’ye başvurmalarının gerekip gerekmediği hakkındaki görüşleri alınmıştır. Aile hekimleri, çoğunlukla ASM’de müdahale edilemeyecek, hastanede takibinin veya tedavisinin daha uygun olacağını düşündükleri tanıların, sevk zincirine tabi olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu konuda 100 aile hekimi görüş vermiştir. Görüş ifade eden aile hekimlerinin %91’i zorunlu sevk zincirinde bazı tanıların sevkten muaf olması gerektiğini belirtmişlerdir. İfade edilen ve sevk zincirinden muaf olması gereken tanı çeşitliliği göstermektedir. Bu tanıların arasında kronik hastalıklar %55,7 ile en çok ifade edilen tanı grubu olmuştur. Kanseri tanısı da %21,4 ile sevk zincirinden muaf olması gereken ikinci tanı olarak belirtilmiştir (bkz. Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinden Muaf Olması Gereken Tanılar Hakkındaki Görüşleri

Sevk Zincirinden Muaf Olması Gereken Tanılar Olmalı mı? *	Sayı	Yüzde
Evet, olmalı	91	91,00
Hayır, olmamalı	9	9,00
Toplam	100	100,00
Sevk Zincirinden Muaf Olması Gerektiği Belirtilen Tanılar		
Kronik hastalıklar	78	55,71
Kanser	30	21,43
Acil vakalar	11	7,86
Kalp hastalıkları	10	7,14
ÜSYE	4	2,86
Psikoz	2	1,14
Genetik hastalıklar	2	1,43
Travmalar	1	0,72
Hiperlidemi	1	0,72
Alerjiler	1	0,72
Toplam	140	100,00

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Katılımcılar zorunlu sevk uygulamasının başlaması durumunda muaf olması gereken tanılara ilişkin çoğunlukla birden fazla tanı ifade etmişlerdir. Bir katılımcı bazı tanıların birinci basamakta zaman kaybetmesinin doğru olmadığını belirterek görüşünü şöyle ifade etmiştir:

“Kronik hastalıklar, kanser hastalıkları ve kardiyolojik hastalıklarda hastayı birinci basamakta bekletmenin hasta açısından sorun yaratacağını düşünüyorum. Ayrıca şu an belirtmediğim ancak diğer bazı acil durum hastalıklarında da sevk konusunda hastalara kolaylık sağlanması ya da muaf tutulmaları gerektiğini düşünüyorum.”

Diğer bir katılımcı kırmızı alan (acil durum) kapsamına girebilecek tanıların sevk zincirine tabi olmaması gerektiğini aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

“Kırmızı alan yani, hayati tehlikesi bulunan, hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren, hastanede müdahalenin zorunlu olduğu durumlar sevk zincirine tabi olmamalıdır.”

Bir diğer katılımcı aile hekimi ise, takip gerektiren hastaların sevk zincirinden muaf olması gerektiğini ifade ederek görüşünü aşağıdaki şekilde ifade etmiştir.

“Sevk zincirinde kanser hastaları ve rutin takibi olan hastaların aile hekimine gelmeden 2. veya 3. basamağa gidebilmeleri gerekir. Ayrıca, kanser tanısı konmuş, kemoterapi veya radyoterapi alan hastalar bize gelmeyebilir.”

Kronik hastalıklar dışında kalan diğer tanıların aile hekimliğinde izleminin sağlanması açısından sevk zincirine tabi olması gerektiğini ifade eden bir katılımcı görüşlerini aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

“Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili her sağlık sorunu, hastaların takibinin sağlanması açısından sevk zincirine tabi olmalıdır. Çünkü bu sağlık sorununa sahip hastalar aile hekimlerine başvurmadan hastaneye gitmeleri durumunda hastanelerin yoğunluğundan dolayı yeterince sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Ancak kronik hastalıklarda sevk zorunlu olmamalıdır.”

6.2.12. Sevk Zincirinin Uygulanmasında 2. ve 3. Basamağa Sevklı ve Sevksiz Başvuru Yapan Hastalara Yönelik Yaptırımlar ve Kolaylaştırıcı Uygulamalar

Zorunlu sevk zinciri uygulamasında hastaların sevksiz doğrudan 2. veya 3. basamağa başvurmaları durumunda uygulanacak yaptırım veya teşvik edici uygulamalara ilişkin aile hekimlerinin görüşü alınmıştır. Bu konuda 84 aile hekimi görüş bildirmiştir. Aile hekimlerinin ifade ettiği uygulamaların %41,4’ü hastaneye sevksiz giden hastaların katkı paylarının artırılması şeklinde olmuştur. Aile hekimlerinin belirttiği uygulamaların %40’ı ise sevklı olarak hastaneye giden hastalara öncelik tanınması şeklindedir (bkz. Tablo 35). Katılımcı aile hekimlerinden 8’i, sevklı ve sevksiz hastaneye yapılan başvurularda kolaylaştırıcı ya da zorlayıcı yaptırımlar olması gerektiğini belirtmiş ancak bunlara yöneticilerce karar verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca 6 aile hekimi de yaptırımın olması gerektiğini ifade etmiş, ancak ne olması gerektiği konusunda görüş belirtmemişlerdir.

Tablo 35. Katılımcı Aile Hekimlerinin Sevk Zincirinin Uygulanmasında 2. ve 3. Basamağa Sevklı ve Sevksiz Başvuru Yapan Hastalara Yönelik Yaptırımlar ve Kolaylaştırıcı Uygulamalara İlişkin Görüşleri

Aile hekiminden sevklı ve sevksiz hastaneye başvurularda hangi uygulamalar olmalıdır?	Sayı	Yüzde
Hastaneye sevksiz giden hastanın katkı payı artırılmalı	29	41,43
Hastaneye sevklı giden hastanın önceliği olmalı	28	40,00
Hastaneye sevksiz giden hastanın tedavi ücretleri karşılanmamalı	10	14,29
Hastaneye sevklı giden hastanın katkı payı azaltılmalı	2	2,86
Belirli tanılar dışında ki sevksiz başvuruların tedavi ücretleri karşılanmamalı	1	1,42
Toplam	70	100,00

Aile hekiminden sevklı ya da sevksiz olarak hastaneye giden hastaya ilişkin uygulanabilecek düzenlemelere ilişkin bir katılımcı hekim, katkı payının artırılması gerektiğini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevklı ve sevksiz olarak hastaneye giden hastalar arasında kesin bir fark olmalıdır. Aile hekimliği başladıktan sonra 2. ve 3. basamağa başvuru sayısı 6 kat artmıştır. Hastalara başvuru imkânı tanırırsanız hasta bunu kullanacaktır. Bir hastaya ben neden hastaneye gidiyorum sorusu sordurulmaz ise hasta acil servise de, hastaneye de istediği zaman başvuracaktır. Bunu önlemek için ilk olarak sevk sistemi ikinci olarak da katkı payı artırımı getirilmelidir.”

Bir diğer aile hekimi ise sevklı hastaya öncelik tanınmasına ilişkin şu değerlendirmeyi yapmıştır:

“Sevk zincirinin uygulanması durumunda, sevklı olarak hastaneye giden hastalara öncelik verilmelidir. Ancak hastanede sevklı hastaya öncelik imkanı, hastanın gereklilikten ziyade hastanede öncelik sırasını almak için aile hekiminden sevk edilmesi yönündeki talepleri artıracaktır. Bu da ayrı bir sorun olarak ortaya çıkabilir.”

Diğer bir katılımcı ise sevksiz giden hastaya ek bir maliyetin çıkarılması gerektiğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Sevksiz hastaneye giden bir hastaya, ayrıca ödemesi gereken bir ücret çıkarılmasının sevk zincirinin sağlıklı yürümesinde faydası olabilir. Herhangi bir ücret ödemeyen

hasta gereksiz şekilde sağlık kuruluşlarını meşgul etmektedir. Bu da ayrıca eğitimle çözülebilecek bir sorundur.”

Bir başka aile hekimi hastaya sorumluluk yüklenmesi yanında, tedavi giderlerinin de karşılanmaması gerektiğini belirterek şunları ifade etmiştir:

“Sevk zinciri uygulamasının başlaması ve hastanın sevk almadan hastaneye başvurması durumunda tüm hastane ücretlerini kendi ödemelidir. Bu katkı payı ile de olabilir. Sevklı giden hasta için ise Merkezi Hasta Randevu Sisteminden öncelikle randevu alma gibi öncelikler getirilmelidir. Eğer kota uygulanacaksa hastanın hastaneye sevksiz gitmesi de engellenmelidir. Burada sevk kotası koyularak cezalandırılan kişi ben olmamalıyım. Vatandaşın tutumu bana yansımamalıdır.”

Bir diğer aile hekimi ise sevklı ve sevksiz olarak hastaneye giden hastalar arasında bir ayırım olması gerektiğini belirtmiş ancak bunun ilgili kurumlarca belirlenmesinin uygun olacağını aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

“Sevklı ve sevksiz olarak hastaneye giden hastalar arasındaki ayırım Sosyal Güvenlik Kurumu'nun uygulamaları kapsamındadır. Eğer sevk zinciri yerleştirilmek isteniyorsa bir zorunluluk olmalıdır. Hastayı birinci basamağa başvurarak hastaneye gitmeye teşvik edici uygulamalar olmalıdır.”

7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulması planlanan zorunlu sevk zinciri uygulaması hakkında, uygulamanın en önemli paydaşı olan aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koymaktır. Araştırma ile aile hekimlerinin uygulamaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesinin yanı sıra, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya yönelik planlamalarına önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

Sevk zinciri hakkında aile hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan bu çalışmada, aile hekimlerinin günlük iş ve işlemlerine ilişkin değerlendirmeler de yapılmıştır. Araştırmada, aile hekimlerinin, zorunlu sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımına nasıl etki edeceği, sevk zincirinin öncelikli olarak uygulanmasının gerekip gerekmediği, ASM'lerin mevcut kapasitesi ile sevk zincirine uygun olup olmadıkları, ASM'lerin daha fazla tercih edilebilir sağlık merkezleri haline getirebilmek için neler yapılabileceği, sevk uygulamasının sağlık hizmetinde kaliteyi ve hasta memnuniyetini nasıl etkileyeceği, sevk zincirinin aile hekimliği için gerekli bir uygulama olup olmadığını, sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda tanı muafiyetinin olması gerekip gerekmediği, hastaların ilk başvurularını ASM'lere yapmamalarının nedenlerinin ne olabileceği, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk sistemi için neler yapılması gerektiği, sevk zincirinin aile hekimliğine yararları ya da olumsuz etkilerinin neler olacağı, 2. ve 3. basamağa sevkli ve sevksiz giden hastalara yönelik hangi farklı uygulamaların olacağı ve sevkte kullanılacak yazılım programında hangi olanakların olması gerektiğine ilişkin görüşleri görüşme yöntemi ile analiz edilmiştir.

Araştırmada, Ankara merkez ilçeleri olan Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde görev yapan 124 aile hekimi ile görüşülmüştür. Genel olarak bakıldığında çalışmada yapılan görüşmelerde yeterli

yanıtlar alınmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular ve ilgili tartışmalar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Bulgu 1: Aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması sevk zinciri uygulamasının önünde önemli bir engel olarak görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de 2015 yılında aile hekimlerine bağlı nüfus ortalaması 3.629 iken, bu sayı 2016 yılı Kasım ayı itibarı ile 3.520 kişiye düşmüştür (SB, 2016b). 2015 yılı Ankara ili aile hekimliği nüfus ortalaması ise 3.811 olarak belirtilmiştir (SB, 2015). Araştırmada ise katılımcı hekimlere bağlı nüfus ortalaması 3797 ± 386 olarak bulunmuş olup, katılımcı aile hekimlerine bağlı nüfusun Türkiye ortalamasından yüksek olduğu ancak Ankara’da görev yapan aile hekimleri nüfus ortalamasına ise oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması günlük gelen hasta sayısında belirleyici olmaktadır. Araştırmada aile hekimlerinin günlük bakılan ortalama hasta sayısı 55 ± 14 kişi ve her bir hastaya ayrılan ortalama süre $8,4 \pm 3,7$ dakika olarak bulunmuştur. Katılımcı hekimlerin %38,7’si hastaya ayırdıkları sürenin yeterli olmadığını belirtirken, %37,1’i ise hastaya ayırdığı sürenin kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin %51,6’sı bir hastaya 6-10 dk. arasında zaman ayırdığını belirtirken, %30,3’ü hastaya ayırdığı süreyi 1-5 dk. arasında olduğunu belirtmiştir. Güldal vd., (2005) tarafından İzmir ilinde 106 sağlık ocağı hekimi ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %68,9’u bir hasta için yeterli süreyi 20 dk. olarak ifade etmişken, %18,8’i 30 dk. %12,3’ü de 10 dk. olarak belirtmiştir. Bu çalışmada ayrıca 37 hekim gözlenmiş ve %81,9’unun hastasına 5 dk. dan daha az süre ayırdığı tespit edilmiştir.

Erzurum ilinde pratisyen hekimlere yönelik yapılan bir diğer çalışmada, hekimlerin hasta muayenesi için ortalama 8,2 dakika ayırdıkları bulunmuştur (Vançelik vd., 2006, s.73). Konrad vd. (2010, s.97) tarafından yapılan bir çalışmada ise Almanya, İngiltere ve Amerika’da birinci basamak hekimlerinin ilk kez başvuran bir hasta için ayırdıkları muayene sürelerinin Almanya için 16, İngiltere için, 11 ve Amerika için 32 dakika olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu ülkeler için rutin hasta muayene süreleri ise sırasıyla 6, 10, 18 dakika olarak belirtilmiştir. Birinci basamakta hekimin hasta hakkındaki ön bilgisi o hastaya ayrılacak sürenin kısa ya da uzun olmasına neden olabilmektedir.

Dolayısıyla rutin takip edilen bir hasta ile ilk başvuru yapan bir hastaya ayrılacak süre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu araştırmada katılımcı hekimlerin %51,6'sının bir hastaya 6-10 dk. gibi kısa bir süre ayırması, aile hekimine kayıtlı nüfusun fazla olması ile birlikte hasta başvurusunun fazla olması ve bu hastaların çoğunluğunun mevcut ilaçlarını reçeteleme amacıyla geldikleri ve hekiminde hastayı tekrar muayene ihtiyacı duymadığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmada katılımcı hekimler günde ortalama $3,7 \pm 2,7$ hastayı sevk ettiğini ya da hastaneye gitmesi yönünde tavsiyede bulunduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada, aile hekimlerinin ifade ettikleri günlük bakılan hasta sayısı ortalaması göz önüne alındığında, günlük sevk hızı %6,7 olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2015 yılında sevk hızı %0,3 olarak gerçekleşmiştir. Bu araştırmada sevk hızının yüksek olarak bulunmasının temel sebebi, katılımcı hekimlerin cevaplarının, kullanmış oldukları AHBS üzerinden gerçekleştirdikleri sevklerin yanında ayrıca sistemi kullanmayıp 2. veya 3. basamağa gitmeleri yönünde tavsiyede buldukları hastaları da kapsamı olarak değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ise sevk hızı hesaplamasında ilgili sistemler üzerinde gerçekleştirilen sevkleri esas almaktadır. Bu kapsamda, sevk hızının düşük olması, hastaların sağlık sorunlarının aile hekimleri tarafından çözümlendiği şeklinde değerlendirilemeyeceği düşünülmüştür. Türkiye'de sevk zinciri uygulamasının olmayışı ve hastaların istediği sağlık kurumuna doğrudan erişebilmesi sebebiyle, aile hekimi tarafından sevk edilebilecek hastaların da doğrudan üst basamağa başvurmasına sebep olmaktadır. Bu durum sevk hızının düşük olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla düşük sevk hızı yanlıtıcı olabilmektedir. Sevk zincirinin uygulanması durumunda 2. ve 3. basamağa doğrudan giden hastalar aile hekimine gelmek zorunda kalacağından, hasta sayısının artışıyla sevk edilecek hasta sayısı da artacaktır. Öte yandan sevk edilen hasta oranının yüksek olması da birinci basamağın kapsayıcılığının yetersiz kaldığını göstermekle birlikte birinci basamak sistemi güçlü olan ülkelerde diğer ülkelere göre sevk oranlarının önemli düzeyde düşük olduğu belirtilmektedir (Başer vd., 2015, s.27).

Araştırmada, katılımcı aile hekimleri sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda günlük gelecek hasta sayısının ortalama $98,5 \pm 38,5$ olacağını belirtmişlerdir. Sevk zinciri uygulamasında günlük gelecek hasta sayısının 160'a kadar çıkacağı, benzer bir diğer

çalışmada belirtilmiştir (Çiçeklioğlu vd., 2013). Nitekim 2005 yılında uygulamanın pilot olarak başlatıldığı Düzce ilinde aile hekimlerine gelen hasta sayısının belirgin bir şekilde arttığı ifade edilmiştir (TTB, 2006a). ASM'lerde kullanılan AHBS programlarında bulunan sevk menüsünün 2. ve 3. basamak ile entegre edilememiş olması sevk sistemine yeterince önemin verilmemesine ve dolayısı ile kullanılmamasına sebep olmaktadır. Bu kapsamda sevk zincirinin uygulanması durumunda katılımcı hekimler günde ortalama 98 ± 38 hastanın geleceğini belirtmiş ve uygulama ile aile hekimine gelecek hasta sayısı artacağından dolayı bir hastaya ayrılacak muayene süresi de buna bağlı olarak azalacaktır. Araştırmada sevk zincirinin uygulanması durumunda hekimlerin bir hastaya ayıracakları sürenin ortalama $4,9\pm 4,3$ dk. olacağı ifade edilmiştir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde hastaların her düzeyde hizmete sevksiz erişebilme imkânına sahip olması birinci basamağa yapılan başvuru sayısını da etkilemektedir. Hastaların 2. ya da 3. basamaktan hizmet alma alışkanlıklarının olması, birinci basamağın hastada yarattığı izlenim gibi sebeplerden dolayı sevk zincirinin uygulanması durumunda, hastaların aile hekimine, sevk edilme konusunda baskı uygulayacağı kaçınılmazdır. Araştırmada, katılımcı hekimlerin %86,0'sı hastalarından sevk edilme yönünde baskı görececeklerini belirtmiştir. TTB, (2006b) aile hekimliğinin pilot uygulandığı Düzce iline yönelik değerlendirmesinde hastaların istediği hekimi seçebileceği düşüncesinin aile hekimleri üzerindeki sevk baskısını artırdığı tespit etmiştir. Little vd. (2004) tarafından hasta veya ailesinin istekleri ve baskılarının, hekimin sevk davranışında güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmiş olup, bu araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Langely, vd. (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta ve ailesinin hekime uyguladıkları baskı ve istekler hekimin sevk kararını etkileyen tıbbi durum dışı faktörler arasında yer almaktadır. Tıbbi durum dışında bir diğer etken de piyasa unsurlarının baskın olduğu sistemlerdir. Bu sistemlerde hekimin sevk kararını belirleyen temel faktörün tüketici baskıları olmakta ve BBSH'ye güvenmeyen uzmanlık kültürünün hâkim olduğu toplumlarda sevk zinciri zorunluluğu sorunlara yol açmaktadır (Çiçeklioğlu vd., 2013).

Bulgu 2: ASM'ler mevcut durumu itibarı ile sevk zinciri uygulamasında yetersiz kalacaklardır.

Aile hekimlerinin ASM'lerin fiziki yetersizliği, bilgi beceri yetersizliği ve yetki sınırlılığı nedeniyle gelen hastaların bir kısmını sevk etme ihtiyaçları sıklıkla beklenen bir durumdur. Ancak 2005 yılında sevk edilecek hasta sayısına sınırlama getirilmesi ve gereksiz hasta sevkini önlemek ve hastaların birinci basamakta tutulmalarına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Bu kapsamda, 2004 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un personelin statüsü ve mali haklar bölümünde sevk oranının yüksek olması durumunda aile hekimine yapılacak ödeme tutarından %20'sine kadar kesinti yapılacağı belirtilmiş ancak bu sınırlama aile hekimleri tarafından tepki ile karşılanmış ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Bu araştırmada katılımcı hekimlerin %71,8'i sevk zinciri uygulamasında kota uygulamasının olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Hekimlerin büyük çoğunluğunun sevk edilecek hasta sayısında sınırlama istememelerinin temel nedeni, ASM'lerin yetersiz olabileceği düşüncesiyle sevkte uygulanacak sınırlamanın aşılması durumunda gelirlerinin azalması kaygısı olduğu söylenebilir.

ASM'lerin şu an ki mevcut personel sayısı, fiziki kapasitesi, aile hekimi ya da ASE'nin bilgi beceri düzeyi ve teknik imkânları uygulanacak sevk zincirinin işlerliğini de önemli derecede etkileyecektir. Araştırmada, aile hekimlerinin %72,3'ü mevcut durumda sevk zincirinin uygulanması halinde ASM'lerin yoğunlaşacağı ve hastalık çeşitliliğinin de artabileceğini ifade ederek ASM'lerin yetersiz kalacağını belirtmekte ve özellikle personel (hekim, tıbbi sekreter, röntgen teknisyeni ağırlıkta olmak üzere) fiziki alan ve eğitim gereksinimi olacağını ifade etmektedirler. Saultz, (2003, s.140) birinci basamakta sürekliliğin sağlanması için ekip halinde hizmet sunumunun gerekli olduğunu belirtmektedir. Ekip, en az iki kişiden oluşmakla birlikte teorik olarak bir üst sınırı bulunmamaktadır. Özel statüde birinci basamak hizmet sunumu yapan daha dar kapsamlı hizmet sunumu, genellikle küçük ekip şeklinde olup, bu ekip iki ile beş arasında hekim ve yine iki ile beş arasında ofis asistanından oluşmaktadır. Kurumsal olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunum organizasyonları ise çoğunlukla büyük ekipler olup, bu ekipler aile hekimi, hemşire, asistan hekim, diğer uzman hekimler

(pediatrist, iç hastalıklar gibi) ve hekim dışı diğer sağlık personelinden oluşmaktadır (Creary ve Yen, 1987).

Aile hekimlerinin görev tanımlarında kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin yanı sıra çevre sağlığı hizmetleri de yer almaktadır. Sevk zinciri uygulanması durumunda aile hekimlerinin daha çok klinik hizmetlere yöneleceği düşünülmüşse diğer koruyucu veya çevre sağlığı hizmetleri için ayrıca personele ihtiyaç duyulacaktır. Öte yandan ASM'ler için Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde A,B,C,D olan tüm AHB'ler için en az 14 m² lik bekleme alanı gereklilik olmasına rağmen, aşılama, bebek emzirme ve aile planlaması odaları her AHB için değişiklik gösterebilmektedir. Bu sebeple sevk zincirinde oluşacak bir hasta yoğunluğuna standartları düşük olan ASM'ler yetersiz kalabilecektir. Bunun önlenmesi için ASM'ler standart tek model üzerinden inşa edilmelidir. Ayrıca sevk zinciri ile birinci basamağı kullanmayıp doğrudan 2. ya da 3. basamağa giden hastalar aile hekimlerine gelecek ve bu durumda aile hekimleri ve ASE'ler için bilgi ve beceriye yönelik eğitim ihtiyacının oluşması yanında uygulamanın kullanımı veya prosedürleri için de eğitim gerekecektir.

Bulgu 3: Sevk zinciri uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcut durumu nedeniyle yararlı olmayacaktır.

Sevk zinciri uygulamasının başlamasının ön şartı olarak aile hekimliği uygulamasının gerekliliği belirtilmektedir (Akdağ, 2008, s.144). Öte yandan, aile hekimliği uygulamasının sağlık sistemlerinde koordinasyonu sağlayıcı ve ilk başvuru yeri olmaya ilişkin fonksiyonları yerine getirebilmesi için de iyi işleyen bir sevk sistemi gerekmektedir. Bu çerçevede aile hekimliği uygulaması ile sevk zincirinin işleme tamamlayıcı iki bileşen olarak ifade edilebilir. Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında, basamaklar arasında sevk zinciri zorunluluğu öngörülmesine karşın, aile hekimi yetersizliği ve geçiş sürecinde yaşanan sorunlar gerekçesi ile ertelenerek, açık sistem olarak adlandırılan sistem yürütülmektedir. Araştırmada, katılımcı aile hekimlerinin %56,2'si tarafından mevcut olanaklar çerçevesinde sevk zincirinin uygulamaya konulmasının aile hekimliği uygulamasını zayıflatacağı belirtilirken, %28,1'i ise sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını güçlendireceğini belirtmiştir.

Öte yandan aile hekimlerinin %58,1'i sevk zincirinin aile hekimliği uygulaması için gerekli bir uygulama olmadığını ifade etmiş, uygulanması durumunda sistemin işlerliğini olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir. Sevk zincirini gerekli görmeyen bu hekimlerin %76,3'ü ise hastaların mevcut durumda ASM'leri kullandıklarını ve bu sebeple sevk zincirinin gerekli olmadığını ifade etmişlerdir. Buna karşılık aile hekimlerinin %41'8'i ise sevk zincirinin aile hekimliği için gerekli bir uygulama olduğunu belirtmişler ve uygulamanın hasta takibi, yönlendirme, ilk başvuru, gereksiz kullanımı önleme gibi imkânlar sağlayacağı için gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Aktürk vd. (2013), sevk zincirinin hastalar için bürokratik bir engel olarak görülüp rahatsızlık uyandırması ve ek yük getirmesi nedeniyle aile hekimlerince benimsenmediğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada katılımcı aile hekimlerinin yarısının zorunlu sevk zinciri uygulamasını destekledikleri ve katılımcıların %10'unun da uygulamaya karşı oldukları belirtilmiştir. Katılımcıların bir kısmının ise zorunlu sevk zinciri uygulaması konusunda kararsız olduklarını ortaya çıkarmıştır.

Gerek sağlık sisteminin hizmet sunumunda ki sorunları gerekse de hastaların doğrudan istedikleri hekime ulaşabilme serbestliği ve aile hekimliği konusunda ki algıları ve alışkanlıkları uygulanacak bir sevk zincirinin hastalar tarafından benimsenmesinde sıkıntılar oluşturacaktır. Araştırmada aile hekimlerinin %71,7'i hastaların sevk zincirine uyum sağlayamayacağını ifade etmiş ve hekimlerin %72,9'u uygulanacak sevk zincirinin sürdürülebilir olmayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca araştırmada aile hekimleri sevk zincirinin uygulanabilmesi için aile hekimlerine bağlı ideal nüfusun ortalama $2331 \pm 625,17$ kişi olması gerektiğini belirtmişlerdir. Çiçeklioğlu vd. (2013, s.63) çalışmalarında aile hekimine bağlı nüfusun 2.000-2.300 olması durumunda sevk sisteminin işlevsel olabileceğini belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı 2017 yılında aile hekimine bağlı nüfusu ortalama 2.954 kişiye düşüreceğini belirtmektedir (THSK, 2014). Avrupa ülkelerinde ise birinci basamak hekimi başına düşen ortalama nüfus; İngiltere'de 1.200-2.200, Fransa'da 1.000-1.500, Almanya'da 1.500-2.000, İtalya'da 1.800, Hollanda'da 2250, Romanya'da 1.200-1.500, Danimarka'da 1.400-1.500 aralığında değişmektedir (Masseria vd., 2009).

Türkiye'de sevk zincirinin hekim yetersizliği, geçiş dönemi sorunları gibi nedenlerle ertelenmesi göz önünde bulundurulursa, 2011 yılında 20.216 olan aile hekimi sayısı

2015 yılında 21.696'ya ulaşmıştır. Öte yandan, 2011 yılında 3.696 olan aile hekimi başına düşen nüfus, 2015 yılında 3.629 olarak tespit edilmiştir (SB, 2011; 2015). Sevk zincirinin hekim azlığı ve hekime bağlı nüfus çokluğu gibi nedenlerle bakanlıkça ertelendiği düşünülürse, şu an ki durumda da şartların sevk zinciri uygulanması lehine değiştiği söylenemez. Bu sebeple bu verilerin katılımcı aile hekimlerinin mevcut durumda sevk sisteminin aile hekimliği uygulamasını zayıflatacağı ve mevcut koşullarda aile hekimliği için gerekli olmadığı yönünde ki görüşünün desteklemiş olduğu söylenebilir.

Türkiye'de hekim sayısındaki yetersizlik, mezun olan hekimlerin aile hekimliğinden ziyade diğer uzmanlık dallarına yönelmesi, nüfus artış hızı gibi sebeplerden dolayı hekim başına düşen nüfusun yakın zamanda aile hekimlerince belirtilen düzeye inmesi mümkün görünmemektedir.

Araştırmada aile hekimleri tarafından, bazı işlerin ASM'lere veya TSM'lere devredilmesi gerektiği belirtilmiştir. Aile hekimlerinin devredilmesini istedikleri işlerin %25,4'ünü evde sağlık hizmetleri, %14,2'sini kanser taramaları ve %11,8'ini ise sağlık raporları (işe giriş, ehliyet, spor gibi) oluşturmaktadır. Gün içerisinde gelen hasta sayısının fazla olması, aile hekimlerinin evde sağlık hizmeti için zamanlarının kalmamasına neden olmakta ve bu durumda evde sağlık hizmetinin aksamasına neden olabilmektedir. Öte yandan hekimler spor, ehliyet ve işe giriş raporlarını hem bilgi hem de ASM olanaklarından dolayı kendilerini yetersiz gördükleri için bu işlerin farklı sağlık merkezlerinde verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne bakıldığında aile hekiminin, ASM'nin yönetimi, hasta teşhis tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik ASM'de ve evde sağlık hizmeti sunumu, hasta kaydı, takibi ve çevre sağlığı gibi pek çok iş tanımının yapıldığı görülmektedir (SB, 2013a). Literatürde aile hekimlerinin iş yüküne yönelik yapılan çalışmalarda, bu araştırmayı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Baykan vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin çalışma şartları konusunda sorunlar yaşadıkları iş yükünün sosyal hayatlarını ve çalışma koşullarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Uğurlu vd., (2012, s.5) aile hekimleri tarafından yürütülen evde sağlık hizmetlerinin aile hekimlerinden alınması, düzenlenen sağlık raporlarına yönelik standartların belirlenmesi, gebe-bebek bölgesel izlemlerinin TSM ya da müdürlükler tarafından

denetlenmesi, resmi yazışmaların sistemler üzerinden yapılması gerektiğini belirtilmişlerdir.

Aile hekimliği uygulamasının bir gerekliliği olarak da düşünülen sevk zincirine ilişkin Sağlık Bakanlığı 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve 2017 yılında da sevk sisteminin uygulamaya konulacağı ifade edilmiştir (THSK, 2014). Bu araştırmada aile hekimleri tarafından, sevk zinciri uygulamasının mevcut durumda acil ve öncelikli bir uygulama olup olmadığı da değerlendirilmiştir. Aile hekimlerinin %70'i uygulamanın acil ve öncelikli bir konu olmadığını belirtmiştir. Aynı hekimler sevk zincirinden önce aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi, günlük iş yükünün azaltılması, ASM'lerin geliştirilmesi ve halkın bilinçlendirilmesinin daha öncelikle üzerinde durulması gereken konular olduğunu belirtmişlerdir. Nitekim aile hekimlerinin yüksek bağlı nüfusa sahip olduğu Düzce ilinde uygulanan sevk zinciri pek çok sorunlara yol açmış, aile hekimleri ile hastalar arasında tartışmalar olmuş, iş yükü oldukça artmıştır (TTB, 2006b). Aile hekimine bağlı nüfusun fazla olması memnuniyetsizliklere, maliyet artışına da sebep olabilmektedir (Üstü vd., 2012). Aile hekimine bağlı nüfusun yüksek olduğu dönemde uygulanan sevk zincirinde ortaya çıkan sorunlar sevk zinciri öncesinde hasta sayısının düşürülmesinin daha öncelikli bir konu olduğunu ortaya koymuş ve bu durum bu araştırmada ortaya çıkan önceliklerle de uyumluluk göstermiştir.

Bulgu 4: Hastaların ASM'leri kullanmalarında pek çok belirleyici faktör bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2010-2014 yılları arasındaki hekime müracaat sayılarına bakıldığında, birinci basamağa müracaatın, 2. ve 3. basamağa müracaatın gerisinde kaldığı görülmektedir. 2014 yılı sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarına bakıldığında, hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, birinci basamağa 2,8 iken, 2. ve 3. basamağa müracaat sayısı 5,5 olmuştur (SB, 2014). Bu çerçevede, hastaların birinci basamağı tercih etmeleri beklenirken 2. ve 3. basamağı daha fazla tercih ettikleri görülmektedir. Bu araştırmada, aile hekimlerinin %65,7'si hastaların ASM'lere ilk başvuruyu yapmaları için bazı iyileştirmelerin yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin önerileri arasında toplumun ASM'lerdeki hizmetler ve sağlık okuryazarlığının artırılması için eğitilmelerinin gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Bu araştırmada ayrıca hastaların ASM'lere başvurmama nedenlerine yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Katılımcı hekimlere kendilerine bağlı nüfusun bir kısmının hiç aile hekimlerine başvurmadığı göz önünde bulundurularak bunun nedenlerinin neler olabileceği şeklindeki soruya aile hekimlerinin %20,6'sı aile hekimliği hizmetlerini bilmeme, %14'5'i aile hekimine güvenmeme ve %9,0'ı eski alışkanlığı sebebiyle hastaneye gitme ve %4,2'si ise genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama gibi sebepler belirtilmiştir. Çiçeklioğlu vd. (2013, s.137) yaptığı bir çalışmada 17 aile hekimi kendilerine kayıtlı nüfusun %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını ve bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimler hastaların kendilerine başvurmama nedenleri arasında bu araştırma ile benzer olarak, genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama, uzman hekime başvurma, hastaneye erişimin kolay olmasını belirtmişlerdir. Hastaların birinci basamağı tercih etmemelerinin nedenleri arasında hastanın demografik özellikleri, ekonomik ve sosyal özellikleri ve sosyal ilişkileri de belirleyici olmaktadır (Glasgow vd., 1998, s.231).

Araştırmaya, katılan hekimler sevk zincirinin sunulan hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini doğrudan etkileyeceğini düşünmektedirler. Bu konuda aile hekimlerinin %77,4'ü mevcut durumda uygulanacak sevk zincirinin hizmet kalitesini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir. Hekimlerin %83,4'ü de uygulamanın hasta memnuniyetini olumsuz etkileyeceğini ifade etmiştir. Sevk zinciri uygulaması ile aile hekimlerine başvuran hasta sayısındaki artış düşünülürse bunun bir sonucu olarak hastaya ayrılan süre azalacağı gibi, hekim kapısında hasta yığılmalarında neden olacaktır. Ancak gerekli altyapının oluşturularak iyi işleyen bir sevk zinciri uygulamasının hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabileceği düşünölmektedir.

Bulgu 5: Mevcut durumda sevk zinciri uygulaması kaynak kullanımını olumsuz etkileyecekken, gerekli altyapının sağlanması halinde hizmet sunumunda verimliliği artıracaktır.

Araştırmada katılımcı hekimlerin %47,5'i sevk zincirinin sağlık sisteminde kaynak kullanımına özellikle 2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğunun azalmasına, daha çok teknoloji ve uzmanlık içeren sağlık kuruluşlarının verimli kullanılmasına sebep olacağından olumlu etki yapabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, hastanın birinci basamakta yapılacak tetkiklerinin 2. ve 3. basamakta tekrarlanmasının önlenmesi açısından da

kaynakların boşa kullanımının engelleneceği ve basamaklar arasında koordinasyonun sağlanacağını belirtmişlerdir. Sağlık sistemlerinde, sevk sistemleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanacak hasta sayısı, basamaklar arasındaki hasta hareketliliğinin düzeyi ve hasta tarafından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin nerede ve kim tarafından karşılanacağına yönelik kararların birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmesi sebebiyle bu basamak, pozitif sonuçlar elde edecek sağlık sistemlerinin inşasında “köşe taşı” olarak da ifade edilmektedir (Shi, 2012, s.1-2). Bu çalışmada katılımcı aile hekimlerinin %47,9’u, sevk zincirinin kaynak kullanımına olumsuz etkisini, aile hekimliğinde oluşacak hasta yoğunluğu kaynaklı olacağını belirtmiştir. Katılımcı hekimle, bu yoğunluğun birinci basamak kaynaklarının etkin kullanımına engel olacağını ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin hasta yoğunluğunda verimli çalışamayacakları görüşü Akman, (2014, s. 71) tarafından da vurgulanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, katılımcıların belirttiği olumsuz etkilerin %9,5’i sevk zincirinde oluşacak yoğunluğun hasta hekim ilişkilerinde olumsuzluğa sebep olacağını ve bu durumun verimsizliğe neden olacağı şeklinde olmuştur. Aile hekimlerinin sevk zincirinin kaynak kullanımına etkisine verdikleri cevaplarda, sevk zincirinin çoğunlukla 2. ve 3. basamağın verimliliği açısından pozitif bir etki yaratacağı ancak bunun aksine fazla olan bağlı nüfus dolayısıyla birinci basamağın verimliliği açısından negatif etkilerinin olacağı görüşü öne çıkmaktadır. Bu çerçevede, sevk zincirinin amacının hastaların birinci basamakta tedavi edilerek 2. ve 3. basamağın yükünün azaltmak olduğu gözönünde bulundurulursa, aile hekimlerinin 2. ve 3. basamak kaynak kullanımı yönünde ki görüşlerinin sevk zincirinin amacına yönelik yerinde bir tespit olduğu söylenebilir. Çünkü hastaların önce birinci basamakta görülmesi, 2. ve 3. basamağa gidecek hasta sayısının ve gereksiz işlemlerin azalması anlamına gelecektir.

Araştırmada ayrıca sevk zincirinin uygulanması durumunda hangi tanıların sevkten muaf olması gerektiğine yönelik katılımcı hekimlerin görüşleri alınmıştır. Katılımcı aile hekimlerinin %91,0’i bazı tanıların sevk zincirinden muaf olması gerektiğini belirtmiştir. Bu tanıların başında kronik hastalıklar, kanser, acil vakalar ve kalp hastalıkları gelmektedir. İkinci ya da üçüncü basamakta tedavi gerektiren ve rutin bakımlarını bu basamaklarda yapan hastaların sevke tabi olması, bu hastalar için zaman, maliyet ve istenmedik sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Ayrıca aile hekiminin yetkisinin olmadığı bazı özellikli ilaçları kullanan ve bu ilaçların uzman hekim tarafından

yazılmasının zorunlu olduğu hastaların sevke tabi olması bu hastaları olumsuz etkileyecektir.

Bulgu 6: Uygulanabilir ve sürdürülebilir sevk zinciri uygulaması için birtakım önlemler alınmalıdır.

Türkiye’de sevk zincirinin mevcut koşullar altında yürütülmesi oldukça zor görünmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından sevk zincirinin uygulanabilmesine yönelik 2014 yılında hazırlık çalışmalarına başlanmış, 2015 yılında sistem altyapısının kurulması, 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının yapılması planlanarak 2017 yılında da sevk sisteminin uygulamaya konulacağı belirtilmiştir (THSK, 2014). Ancak gelinen noktada aile hekimi sayısında planlamanın gerisinde kaldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bu yöndeki çalışmalarına aile hekimi sayısını 2017 yılında 1000 hekim istihdamı ile artırarak bir hekime düşen nüfus sayısının 2954 kişiye düşürülmesi hedefiyle başlamıştır (THSK, 2014). Bu araştırmaya katılan aile hekimlerine göre de uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için, öncelikle aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi gerekmektedir. Ayrıca toplumun sağlık hizmeti kullanımı konusunda eğitilmesi ve ASM’lerin geliştirilmesi, görev tanımlarının netleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Aile hekiminden sevk almadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılacak başvuruların engellenmesi ve bunun için katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi, aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yürürlüğe konması sağlık harcamalarının ve kaynakların verimli kullanımını sağlayacaktır (OECD, 2008, s.110). Hastaların birinci basamağı geçerek doğrudan 2. ve 3. basamağa başvurusunu engelleyecek düzenlemeler, sevk zincirinin daha işler olmasını sağlamanın yanında, birinci basamağın da temel özellikleri olan ilk başvuru, koordinasyon ve sürekliliğin de yerine getirilmesini sağlayacaktır. Araştırmada, katılımcı aile hekimlerin %41,3’ü aile hekimlerinden sevk almadan hastaneye başvuran hastaların daha fazla katkı payı ödemeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Diğer taraftan, katılımcı aile hekimleri hastaneye sevkli giden hastalara yönelik ise hastanede öncelik sırası tanınabileceğini ve katkı paylarının da düşürülebileceğini ifade etmişlerdir. Her ne kadar, Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği’nde ayakta tedavide her bir hekim ve diş hekimi muayenesi için, katılım payını belirleme ve 10 katına kadar

artırmaya yetkili kılınmış ve Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin belirlenen sevk zincirine uymaları zorunluluğu ve sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri, yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmayacağı belirtilmiş olsa da bu yönde herhangi bir uygulama yürürlüğe konulmamıştır (SGK, 2014).

Aile hekimleri hastalarının kayıtlarını lisans hakları Sağlık Bakanlığı'na ait olan veya Bakanlıkça belirlenip ilan edilen, standartlara sahip bir aile hekimliği bilgi sistemi yazılımı kullanarak tutmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın AHBS olarak adlandırdığı bilgi sistemi bütün aile hekimlerince kullanılmaktadır. Hastaya ait tüm bilgilerin yer aldığı bu sistemi aile hekimleri, özel yazılım firmaları aracılığı ile de temin etmektedirler. Aile hekimlerinin sisteme girdiği tüm veriler Sağlık Bakanlığı'nın merkezi sunucularına iletilmektedir. AHBS'de sevki uygun görülen hastalar için sevk seçeneği ilgili menüde bulunmaktadır. Araştırmada, hasta sevkinin yapılacağı bir programda hangi olanakların olması gerektiği sorusuna yönelik olarak aile hekimlerinin %26'sı programda hastanın sevk edildiği hastaneden geribildirim işlenebilmesi gerektiğini belirtmiştir. Kullanılacak programda geribildirim alınabilmesi için programın 2. ve 3. basamak ile entegre bir şekilde çalışması ve sevk edilen kurumda hastaya yapılan işlemlerin sisteme girilmesi gereklidir. Bu özellik aile hekiminin hastaya ilişkin bilgiye erişimini sağlayacaktır. Aile hekimlerinin %18,0'i ise mevcut kullandıkları AHBS programının yeterli olduğunu, ancak programın 2. ve 3. basamak ile entegrasyonunun gerektiğini belirtmişlerdir. AHBS'nin teknik destek yetersizliği, hekimler arası iletişim sağlama özelliğinin bulunmaması, bazı işlemlerin pratik bir şekilde yapılamaması, tıbbi malzeme yönetiminin AHBS'den yapılamaması, izlemlerin sağlıklı bir şekilde takip edilememesi gibi eksik yönleri de ifade edilmektedir (Uğurlu vd., 2012, s. 5).

Sevk sistemlerinde hastaların 2. veya 3. basamağa sevki elektronik olarak sistem üzerinden yapılmakla birlikte hastaların sevk kağıdı/formu ile yönlendirilmesi de yapılabilmektedir. Araştırmada, aile hekimlerinin %45,1'i sevk formuna gerek olduğunu belirtirken, %43,5'i de sistem üzerinden hasta sevkinin yapılmasının yeterli olduğunu belirtmiştir. Bell vd., (2012), tarafından 295 birinci basamak hekimi ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %89,0'u elektronik sevk kağıt formu ile yapılan sevke göre sevk sürecini izlemek açısından daha iyi olduğunu belirtmiştir. DSÖ'ye göre

hizmet sunucularının ağında standartlaştırılmış bir sevk formunun oluşturulması, her sevk işleminde aynı gerekli bilgiyi sağlayacağından dolayı önemli grlmştr. Sevk formu, hastayı sevk eden ve sevk edilen sağlık kurumu arasında iki yönde iletişimi kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Sevk formunda, her hasta için klinik bulguların teşhis ve tedavisinin ve sevk kararının özel nedeninin bulunması, hastanın gittiği sağlık kuruluşunda zamanında ve doğru hizmet almasını sağlamaktadır (WHO, 2015).

8. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Güçlü sağlık sistemleri, her düzeyde hizmetin, insan kaynakları, teknolojik donanım, fiziksel yapılar ile etkili ve verimli bir şekilde sunulması ve ihtiyacı karşılayabilir olması ile sağlanabilir. Sağlık sistemlerinde insan kaynakları, donanım, hizmet sunum yerlerinin dağılımı gibi kaynakların varlığı ve geliştirilmesi ülkede uygulanan sağlık politikalarının bir sonucu olarak şekillenmektedir. Pek çok ülkede son yıllarda, demografik yapıların değişmesi, hastalık yapılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşürülmesi, tedavi hizmetlerine olan ihtiyacın koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ile azaltılması ve hizmete erişimin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmektedir.

Türkiye’de de SDP adıyla 2003 yılından sonra sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine, sunumuna, finansmanına ve geliştirilmesine yönelik önemli düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Bu düzenlemelerin en önemlilerinden birisi birinci basamak hizmet sunumunun aile hekimliği uygulamasına dönüştürülmesi olarak görülebilir. Aile hekimliği uygulamasına yönelik ilk yasal ve altyapı düzenlemelerinin yapıldığı 2004-2005 yıllarında pek çok çevrelerce uygulamaya karşı çıkmış ve işlevsiz kalacağı yönünde değerlendirmelerde bulunulmuştur. Ancak Sağlık Bakanlığı uluslararası kuruluşlarının da desteğiyle uygulamayı başlatarak 2010 yılında tüm Türkiye’ye yaygınlaştırmıştır.

Aile hekimliği uygulamasının tüm Türkiye’de hayata geçirilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinde geçmişten gelen insan kaynağı sorunu, altyapı sorunları gibi sorunlar ve uygulamaya adaptasyonda yaşanan sıkıntılar sebebiyle uygulamanın ilk yıllarında pek çok sorun da ortaya çıkmıştır. İlerleyen süreçte uygulamanın sorunlu alanları tespit edilerek giderilmesine yönelik yeni düzenlemeler yapılmıştır. Ancak gelinen aşamada birinci basamak hizmet sunumunda hala birtakım sorunlar devam etmektedir.

Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemlerinin ana unsuru olarak değerlendirilebileceğinin ülkelerce kabul görmüş olması, bu basamakta yaşanan

sorunların çözümünün önemini ortaya koymaktadır. Hastanın sağlık sistemi ile ilk temas yeri olan birinci basamaktahastaların karşısına sorunlar çıkması sistemin diğer basamaklarını da olumsuz etkilemektedir.

Gerek bu araştırmada, gerekse literatürde, Türkiye’de BBSH alanında önemli gelişmeler kaydedildiği belirtilse de, henüz çözümlenmemiş ve acil çözüm gerektiren pek çok sorun bulunmaktadır. Bu araştırmanın da konusu olan ve birinci basamağın temel özelliklerini yerine getirmesinde önemli rol oynayan sevk zinciri de uygulanması gereken bir düzenleme olarak beklemektedir. Ancak araştırmada elde edilen bulgulardan da anlaşılacağı gibi sevk zincirinin işler bir şekilde uygulanabilmesi için öncesinde pek çok konuda düzenlemeler, iyileştirmeler ve önlemler alınması gerekmektedir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda çıkarılabilecek en önemli sonuç, aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması ve bu nüfus fazlalığının pek çok sorunu da beraberinde getirmesidir. Aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olmasının sevk zinciri uygulamasının önündeki en büyük engel olduğu söylenebilir. Bu sebeple uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için atılması gereken en büyük adım bağlı hasta sayısının düşürülmesi olacaktır. Aile hekimlerine bağlı hasta sayısının yüksek olması sevk zinciri gibi gelecekte uygulanması planlanan uygulamalara engel olduğu gibi, ayrıca mevcut durumda da ASM’lerde hizmetin aksamasına ve yavaşlamasına sebep olabilmektedir.

Araştırmada katılımcı hekimlerin görüşleri doğrultusunda çıkarılacak bir diğer önemli sonuçta, ASM’lerin standart bir yapıda olmaması nedeniyle yaşanan sorunlar olmuştur. Uygulanabilir bir sevk zinciri için bağlı nüfusun düşürülmesinin yanı sıra ASM’lerin fiziki ve teknik kapasitelerinin iyileştirmesi de gerekmektedir. Bu düzenlemelerin ortak kullanım alanlarına, teşhis ve tedavi odaları ve ekipmanlarına, bilgilendirici ve yönlendirici görsellere yönelik olması gerekmektedir.

Araştırmada elde edilen bir diğer sonuç ise, topluma yönelik uygulamaların da olması gerektiğidir. Katılımcı aile hekimleri her ne kadar kendi çalışma koşulları ve iş yüklerine yönelik görüşler ifade etmişlerse de, öte yandan hastalara yönelik atılması gereken adımlara da vurgu yapmışlardır. Özellikle hastaların sağlık okuryazarlıklarının düşük olması sevk zinciri ya da diğer uygulamaların işlerliğinde önemli olmaktadır.

Hastalar sağlık sorununun birinci basamakta çözüleceğine inanmamakta ve üst basamak sağlık kurumlarına sevk edilme yönünde ya da doğrudan başvuru ile sistemi zorlamaya devam edeceklerdir. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu toplumlarda, kişiler sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda kendisine en uygun hizmeti nereden alacağına karar veremediği için her düzeyde hizmet kuruluşunda aşırı ve gereksiz yığılmalar ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple hizmet sunumu tarafında yapılacak geliştirme faaliyetlerinin yanında topluma yönelik atılacak adımlar da ayrıca tamamlayıcı olacaktır.

Araştırmada aile hekimleri sevk zincirinin uygulanması gerekliliğini belirtmekte birlikte öncelik olmadığını, uygulama öncesinde çözülmesi gereken pek çok sorunun bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırma neticesinde elde edilen bulgular doğrultusunda sevk zincirinin uygulanabilmesi, sürekliliğinin ve işlerliğinin sağlanması için şu önerilerde bulunmak mümkündür:

- Aile hekimleri koruyucu hizmetlere yöneltilmelidir. BBSH tanı, tedavi, koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin tamamını kapsayan bir yapıdadır. Türkiye’de aile hekimleri tarafından sunulan hizmetlerin çoğunlukla hatta bütünüyle klinik hizmete dönmüş olduğu söylenebilir. Kişi ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmekle de sorumlu olan aile hekimleri bu hizmetlere çokta zaman ayıramamaktadırlar. Dolayısıyla koruyucu ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler (evde bakım hizmetleri, taramalar, izlemler gibi) aksayabilmektedir. Bu sebeple bu hizmetlerin TSM’ler tarafından sağlanması aile hekimlerinin iş yüklerini azaltabileceği gibi etkililiği de artıracaktır.
- Aile hekimlerine bağlı nüfus sayısı düşürülmelidir. Aile hekimlerinin gerek hastaya daha fazla zaman ayırabilmeleri, gerekse sorumluluğu kapsamındaki görevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için bağlı nüfusun düşürülmesi gereklidir. Bağlı nüfusun düşürülmesi ise aile hekimi sayısının artırılması ile mümkün olabilmektedir. Aile hekimi sayısı da tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin aile hekimliğini tercih etmesi ile sağlanabileceği gibi, uzmanlık

eğitiminde aile hekimliği uzmanlığına açılan kontenjanın artırılması ile de sağlanabilir. Aile hekimliğinin tercih edilmesi için ise çalışma şartlarının iyileştirilmesi, ücret düzenlemeleri, eğitim olanaklarının sağlanması, yerleştirme işlemleri, birim değişikliği, devlet hizmet yükümlülüğü süresi, uzmanlık eğitimi süresi ve kapsamına yönelik düzenlemeler yapılabilir.

- Gereksiz yapılan sevkler için bir tolerans değeri olmalıdır. Aile hekimlerinin yaptıkları sevklerden gereksiz olanların engellenebilmesi için, belirli bir sayıya kadar tolerans değeri olmalıdır. Aile hekimleri bu sayının üzerinde gereksiz hasta sevki yapmaları durumunda kendilerini negatif yönde etkileyecek (cret kesintisi, puan vb.) yaptırımlar uygulanmalıdır.
- Hastaların birinci basamağı tercih etmeleri sağlanmalıdır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde geçmişte bir sevk zinciri uygulaması bulunmaması sebebiyle hastalar istedikleri hekime başvurma alışkanlığı edinmişledir. Dolayısı ile uygulamanın başlaması ile hastaların sevk zincirine adaptasyonu ve ilk başvuruda aile hekimini tercih etmeleri zaman alabilecektir. Bu sürecin iyi yönetilmesi için bir takım teşvikler ya da zorunluluklar getirilebilir. Bu teşvikler, sevkli olarak st basamağa giden hastadan katkı payı alınmaması, ilaç farkı ödememesi, st basamakta öncelik tanınması, aile hekimliği randevu sisteminin işletilmesi gibi uygulamalar geliştirilebilir. Öte yandan, görsel medya aracılığı ile toplum bilinçlendirilmeli, halk eğitimi gerçekleştirilmeli, sağlık okuryazarlığı yükseltilmelidir.
- ASM’ler güçlendirilmelidir. ASM’ler hastaneler ile entegre edilerek tetkik ve tedavi işlemlerinde destek sağlanacak şekilde yeni hizmet modelleri geliştirilebilir. ASM’lerin hastaneler ile bağı sağlanmalıdır. Gerektiğinde akademisyen desteği ya da ekipman desteği olabilmelidir. Hastaların birinci basamakta sağlık sorunlarına zm bulabilmeleri için birinci basamağın kapsayıcılığı genişletilmelidir. ASM’ler standart bir yapıya kavuşturulmalı, bölgeler arası ASM farklılıkları giderilmelidir. ASM’lerin bina temini hekimlere bırakılmamalı, standart yapıda ASM binaları inşa edilmeli ve hekimlerin kullanımına sunulmalıdır..

- Aile hekimliği hizmeti bir ekip anlayışı içerisinde yürütülmelidir. ASM'lerde görev yapan hekim, ASE ve istihdamı durumunda diğer personelın hizmetlerin en iyi Şekilde sağlanması için uyumlu ve tamamlayıcı Şekilde görev yapmaları sağlanmalıdır.
- Tüm basamaklar arasında entegre bilgi sistemleri kurulmalıdır. Hastaların sevk edildiği sağlık kuruluşunda yapılan işlemlerin aile hekimlerince görülebilmesini, geri bildirim alınabilmesini sağlayan bilginin sürekliliğinin sağlanmasına yönelik entegre sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin basamaklar arası bilgi akıŐını sağlaması yanında hasta bilgilerinin de güvence altına alınmasını sağlamalıdır. OluŐturulacak entegre sistemin tüm hekimler için, erişimi ve kullanımını kolay olmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının görev tanımları amaca uygun yapılmalıdır. TSM'ler de yer alan birimlerin aktif olarak işlevlerini eksiksiz yerine getirmeleri sağlanmalıdır. Aile hekimlerinin idari işlerinin (yazıŐmalar, malzeme yönetimi, ASM yönetim işleri vb.) ASM'de istihdam edilecek bir personel tarafından yapılması sağlanabilir.
- Belirlenmiş bazı tanılar sevk zincirinden muaf tutulmalıdır. Birinci basamak sağlık kuruluŐlarınca tedavi veya izlemine yönelik müdahalede bulunulamayacak tanılar (acil durumlar, kanser, ileri düzeyde psikiyatrik hastalar, bazı kalp hastalıkları gibi) sevke tabi olmamalıdır. Aile hekimleri bu tanıları almış hastaları sevk zinciri muafiyeti hakkında bilgilendirmelidirler. Bu muafiyet hastalara zaman ve maliyet açısından yarar sağlayacaktır. Bu durum aile hekimlerinin bu hastaları hakkında bilgi sahibi olmamaları anlamına gelmemeli, aile hekimleri entegre edilmiş bilgi sistemleri üzerinden bu hastalarını da takip edebilmelidir. Zira bu tanılardan herhangi biri ile cerrahi operasyon geçirmiŐ hastalara aile hekimleri tarafından evde sağlık hizmeti sunma durumu da söz konusu olabilecektir.
- Sevk zinciri pilot uygulamalar ile baŐlamalıdır. Uygulanacak sevk zincirinin öncelikle aile hekimlerine bağlı nüfusun veya sevk oranının düşük olduğu illerde başlatılması ve bu illerde yaŐanacak olası olumsuzlukların hızla

giderilmesi ile geliştirilmesi gerekir. Pilot illerde yaşanan sorunlar göz önünde bulundurularak diğer illerde uygulamaya geçiş sağlanmadan önce gerekli tedbirler alınmalıdır. Uygulama pilot illerle başlayabileceği gibi, pilot hasta grupları ile de başlatılabilir. Öncelikle 15-49 yaş nüfus uygulamaya tabi olabileceği gibi, gebe lohusa ya da çocuk hastalar ile de başlanabilir. Böylece ASM'lerin yoğunluk durumu tespit edilebilecek ve belli nitelikteki hastaların takibi de sağlanabilecektir.

- Tüm paydaşlar sürece dâhil edilmelidir. Sevk zinciri uygulaması, ilgili kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri ile ortak çalışmalar sonucunda hayata geçirilmelidir. Bu kapsamda, personel, bina, tıbbi malzeme, araç gereç planlaması, maliyetler ve gelir-gider dengesi, entegre bilgi sistemlerinin oluşturulması, toplumun ve personelin eğitim gereksinimlerinin karşılanması, izleme ve değerlendirmenin yapılması, yasal mevzuatın oluşturulması gibi hususlar tüm paydaşların özellikle uygulamanın temel ögesi olan aile hekimlerinin görüşleri doğrultusunda oluşturulmalıdır.
- Toplumun sağlık okuryazarlığı yükseltilmelidir. Herhangi bir sağlık sorununda herhangi bir sağlık kurumuna doğrudan başvuru imkânının bulunması hastaların her türlü sağlık hizmeti kaynağını kolayca tüketmelerine sebep olabilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde zaman, maliyet, işgücünün israfına yol açmaktadır. Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması bu noktada önemli olmaktadır. Sevk zinciri sağlık okuryazarlığın yetersizliğinden kaynaklanan gereksiz kullanımları önleyecektir.
- Uygulama öncesi hazırlıklar bilimsel araştırmalarla desteklenmelidir. Türkiye'de, sağlık hizmetine olan talep ve hizmet sunumu coğrafik, demografik ve sosyo kültürel yapı, kaynak dağılımı gibi nedenlerle bölgeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple aile hekimlerinin ve ASE'lerin iş ve iş yükü analizlerinin yapılması sevk zincirine yönelik planlamalarda önem teşkil edecektir.
- Sevk süreci izlenmelidir. Sevk zinciri uygulamasında hastanın ilk sevk edildiği andan itibaren, sevk sürecini başlatan merkezden başlayarak sevk edildiği

merkezde alınan hizmetlere kadar tüm işlemlerin entegre bir sistem üzerinden takibi sağlanmalıdır. Bu takip sevk sürecinde geribildirim sağlayacağı gibi, sistemin aksayan yanlarının bulunması ve sürekli geliştirilmesine de olanak sağlayacaktır.

- Bu araştırma ile sevk zincirinde temel rolü üstlenecek aile hekimlerinin sevk zincirine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir. Bu konuda gelecekte yapılacak araştırmaların, birinci basamakta görev yapan diğer personelin görüşlerini de değerlendirmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ağartan, T. (2005). Health Sector Reform in Turkey: Old Policies New Politics. In ESPANET Young Researchers Workshop, April 7-10, 2005, Chicago.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2010). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları. Ankara: TUBA Yayınları.
- Akın, A. (2012). Türkiye’de Nüfus, Doğum Kontrol Yöntemi ve İsteyerek Düşüklere Yönelik Politikalar: Nedenleri ve Sonuçları. *Toplum ve Hekim*, 27, 323-336.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.
- Aktürk, Z., Set, T., Erdal, M. ve 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), 1-6.
- Alazri, M., Heyword, P., Neal, R. D. ve Leese, B. (2007). Continuity of Care, Literature Review And Implications. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 7(3), 197-206
- Awofeso, N. (2004). What Is The Difference Between ‘Primary Care’ And ‘Primary Healthcare’? *Quality in Primary Care*, 12, 93–94.
- Aytekin, S. (2012). Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Harcamalar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 33-44.
- Ball, S. L., Greenhalgh, J. ve Roland, M. (2016). Referral Management Centres As a Means of Reducing Outpatients Attendances: How Do They Work And What Influences Successful Implementation And Perceived Effectiveness? *BMC Family Practice* 17, 37.
- Barnes, D., Eribes, C., Juarbe T., Nelson M., Proctor, S., Sawyer ve diğerleri. (1995). Primary Health Care and Primary Care: A Confusion of Philosophies. *Nursing Outlook*, 43(1), 7-16.

- Başak, O. (2007). Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 11(3), 135-139.
- Başak, O. (2013). Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliğinin Ülkemizdeki Gelişim Özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17, 29-36.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A. ve Işıldak, M. Ü. (2014). Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları Ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 122-133.
- Beasley, W., Starfield, B., Well, C. V., Rosser, W. W. ve Haq, C. L. (2007). Global Health and Primary Care Research. *Journal of Applied Biomaterials & Functional Materials*, 20, 518-526.
- Bell, D. S., Straus, G. S., Wu, S., Chen, A. Hm. ve Kushel M. B. (2012). Use of an Electronic Referral System to Improve the Outpatient Primary Care–Specialty Care Interface Final Report (Rapor No: 11(12)-0096-EF). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bodenheimer, T., Bernard Lo. ve Lawrence, C. (1999). Primary Care Physician Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *Journal of the American Medical Association*, 281(21), 2045-2049.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). Örneklem Yöntemleri. Erişim: 02 Ağustos 2016. <http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/wp-content/uploads/2012/03/BAY-Final-Konulari.pdf>
- Chan, B. T. B. ve Austin, B. C. (2003). Patient, Physician, and Community Factors Affecting Referrals to Specialists in Ontario, Canada. *Medical Care*, 41(4), 500-511.
- Creary, L. ve Yen, E. (1987). Urban Family Medicine. S. K. Rothschild (Ed.). *Primary Care Team* (s. 135-138). New York: Springer.
- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Çiçeklioğlu, M. (1997). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi*. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

- Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z., Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M. ve Taner, Ş. (2013). Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Erişim: 03 Ağustos 2016 <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2000). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. Erişim: 03 Ağustos 2016 <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2006). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. Erişim: 03 Ağustos 2016 <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>
- Kalkınma Bakanlığı, (2013). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. Erişim: 03 Ağustos 2016 <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx>
- Dikici, M. F., Kartal, M., Apteğin, S., Çubukçu, M., Ayanoglu, A. S. ve Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27, 412-418.
- Dünya Bankası, (2013). Türkiye Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması-Tasarım ve Kazanımlar Raporu, Washington: Dünya Bankası Yayınları.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12, 33-44.
- Emet, M., Uzkeser, M., Aslan, Ş., Sarıtaş, A. ve Aköz, A. (2008). Sevk Zinciri Protokolüne Uymayan Hastalar, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 7(1), 13-17.
- Erci, B. ve Tuncel, Ş. (1991). Temel Sağlık Hizmetleri, *Ankara Üniversitesi Tıp Bülteni*, 23(3), 181-187.
- Etiler, N. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Yatay ve Dikey Örgütlenme. Erişim: 09 Nisan 2017. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik2.pdf
- Flynn, B. C. (1992). Healthy Cities A Model of Community Change. *Family and Community Health* 15(1), 13-23.
- Foot, C., Naylor, C. ve Imison C. (2010). The Quality of GP Diagnosis And Referral. Erişim: 17Aralık2016. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Diagnosis%20and%20referral.pdf>
- Forrest, C. B., Nutting, P. A., Starfield, B. ve Schrader, S. (2002). Family Physicians' Referral Decisions. *The Journal of Family Practice*, 51(3), 215-222.

- Gay, B. (2013). What's New in The Updated European Definition of General Practice/Family Medicine? *Journal of General Practice*, 1, 1-3.
- Glasgow, I. K., Deljoni, D. ve Bakker, D. (1998). Self-Referral In A Gatekeeping System: Patients' Reasons For Skipping The General-Practitioner, *Health Policy*, 45, 221-238.
- Grembowski, D. E., Cook, K., Patrick, D. L. ve Roussel, E. A. (1998). Managed Care and Referral. *Medical Care Research and Review*, 55(1), 3-31.
- Gutierrez, C. ve Scheid, P. (2002). The History of Family Medicine And It's Impact In Us Health Care Delivery. In Primary Care Symposium, University of California, San Diego, CA, May (Vol. 29).
- Güldal, D., Günvar, T., Mevsim, V., Kurtoğlu, E. ve Yıldırım, E. (2012). Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16, 107-112.
- Güldal, D., Ulusel, B., Özçakar, N., Yeniçeri, N. ve Dontlu C. The Challenge of Clinical Interviewing And Physical Examination Performance For General Practitioners in Turkey. (2005). *International Family Medicine*, 37(5), 354-359.
- Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 60, 323-365.
- Haggerty, L. J., Reid, R. J., Freeman, G. K., Strafield, B. H., Adair, C. E. ve McKendry, R. (2003). Continuity of Care: A Multidisciplinary Review, *British Medical Journal*, 327, 1219-1221.
- Imison, C. ve Naylor, C. (2010). *Referral Management Lessons for Success*, United Kingdom: The King's Fund.
- Kars, H. Z. (2003). 1929 Polemikleri Tıp Tarihi Notları. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (2007). Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Kinchen, K. S., Cooper, L. A., Levine, D., Wang, N. Y. ve Powe, N. R. (2004). Referral of Patients To Specialists: Factors Affecting Choice of Specializes By Primary Care Physicians. *Annals Family Medicine*, 2, 245-252.
- Kohlwes, S. (2014). Governing Health, Transformations in The Turkish Health Care System (Rapor No:8). Berlin: Department of Social Sciences Humboldt-Universität zu Berlin.

- Konrad, T. R., Link, C. L., Stackelton, R. J., Marceau, L. D., Von Dem Ksenebeck, O., Siegrist, J. vd. (2010). It's About Time; Physicians' Perceptions of Time Constraints in Primary Care Medical Practice in Three National Healthcare Systems. *Medical Care*, 48(2), 95-100.
- Kringos, D. S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A. ve Saltman, R. B. (2015). Building Primary Care In a Changing Europa. Case studies. United Kingdom: WHO Regional Office for Europe.
- Kroneman, M. W., Maarsa, H. ve Zee, J. V. D. (2006). Direct Access In Primary Care And Patient Satisfaction: A European Study. *Health Policy*, 76, 72-79.
- Lağarlı, T. (2011). *Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K. ve Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 Years On: Revolutionary, Relevant, And Time To Revitalise. *The Lancet*, 372, 917-927.
- Little, P., Dorward, M., Greg, W., Stephens, K., Senior, J. ve Moore, M. (2004). Importance of Patient Pressure And Perceived Pressure And Perceived Medical Need For Investigations, Referral, And Prescribing In Primary Care: Nested Observational Study. *British Medical Journal*, 328(7437):444.
- Macinko, J., Starfield, B. ve Shi, L. (2003). The Contribution Of Primary Care Systems To Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38, 831-865.
- Macintyre, K., Lochigan, M. ve Letipila, F. (2003). Understanding Referral From Primary Care Clinics In Rural Kenya: Using Health Information Systems To Prioritize Health Services. *International Journal of Health Planning And Management*, 18: 23-39.
- Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M. ve Mossialos, E. (2009). Primary Care in Europe Policy Brief. European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1 – Social and Demographic Analysis December 2009.
- McWhinney, I. R. ve Freeman, T. (2009). *Tektbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Meleis, A. (1992). Community Participation And Involvement: Theoretical And Empirical Issues. *Health Service Management Research*, 5(1), 5-16.

- Muldoon, L. K., Hogg, W. E. ve Levitt, M. (2006). Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), 409-411.
- OECD, (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Erişim: 02 Aralık 2016. www.oecd.org/publishing/corrigenda
- OECD, (2016a). Fast-Track Paper on Organisational Models of Primary Care Doctors Across OECD Countries. DELSA/HEA(2016)12.
- OECD, (2016b). Health at Glance, Europa 2016. Erişim: 12 Ocak 2016. <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8116231e.pdf?expires=1484142846&id=id&accname=guest&checksum=92B30533F64ACDFF35FFD66A8AF778EB>
- OECD, (2016c). Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.
- Olesen, F., Dickinson, J. ve Hjortdahl, P. (2000). General Practitioner-Time for a New Definition. *British Medical Journal*, 320, 354-357.
- Öcek, Z. (2005). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk, Erişim:24 Ekim 2016. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2005-06/KapiTutuculuk_ZO.pdf
- Öcek, Z., Çiçeklioğlu, M. ve Türk, M. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapı Tutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(8), 144-148.
- Öztek, Z. (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25, 1-6.
- Öztek, Z. (2009). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 6-12.
- Öztek, Z. (2014). Sağlıkta Altın Olaylar. Ankara: Miki Matbaacılık.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics. OECD Health Working Paper No. 50. OECD Publishing.
- Peker, M. (2009). Türkiye’de Nüfusbilimin Kurumsallaşması ve Bu Süreçte Prof. Dr. Nusret H. Fişek’in Yeri. *Memleket Siyaset Yönetim*, 4, 132-162.
- Piterman, L. ve Koritsas, S. (2005). General Practitioner–Specialist Referral Process. *Internal Medicine Journal*, 35, 491–496.
- Rakel, R. E. ve Rakel, D. P. (2007). Textbook of Family Medicine. China: Elsevier.

- Rasoulynejad, S. A. (2004). Study of Self-Referral Factors in The Three-Level Healthcare Delivery System, Kashan, Iran, 2000. *Rural and Remote Health*, 4, 237.
- Rifkin, S. B., Muller, F. ve Bichmann, W. (1988). Primary Health Care: On Measuring Participation. *Social Science & Medicine*, 26(9), 931-940.
- Saatçi, E., Bozdemir, N. Ve Akpınar E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2), 79-86.
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 Haber Bülteni. Erişim: 27 Ocak 2017. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_Bulteni.pdf
- Sağlık Bakanlığı, (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1993). Ulusal Sağlık Politikası. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2004). Aile Hekimliği Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 25665, 9 Aralık 2004.
- Sağlık Bakanlığı, (2005). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Erişim: 27 Mart 2015 <http://www.saglik.gov.tr/>
- Sağlık Bakanlığı, (2010a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2010). Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 27801, 31 Aralık 2010.
- Sağlık Bakanlığı, (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2012). Stratejik Plan 2013-2017. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2013a). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C Resmi Gazete, 28539, 25 Ocak 2013.
- Sağlık Bakanlığı, (2013b). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını.

- Sağlık Bakanlığı, (2016a). Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması. Erişim 23 Ocak 2017. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>
- Sağlık Bakanlığı, (2016b). 2017 Yılı Bütçe Sunumu TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Erişim: 31 Ocak 2017, <http://www.saglik.gov.tr/TR,2655/2017-yili-butce-sunumubrtbmm-plan-ve-butce-komisyonu.html>
- Saltman, R. B., Rico, A. ve Boerma, W. (2006). Primary Care in The Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care, Open University Press, England.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *The Annals Of Family Medicine*, 1, 134-143.
- Sezer, T. (2008). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Sert, G. ve Seferoğlu, S. S. (2012). Öğretmenlerin Teknoloji Kullanma Durumlarını İnceleyen Araştırmalara Bir Bakış: Bir İçerik Analizi Çalışması. *Computers & Education*, 14, 46.
- Shi, L. (2012). The Impact of Primary Care: A Focused Review Hindawi Publishing Corporation Scientifica Volume 2012. Article ID 432892, 22.
- Smith, J., Holders, H., Edwards, N., Maybin, J., Parker, H., Rosen, R. ve diğerleri. (2013). Securing The Future of General Practice: New Models of Care. The King's Fund, Nuffield Trust. Erişim: 11 Ağustos 2016. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130718_securing_the_future_summary_0.pdf
- Sosyal Güvenlik Kurumu, (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. T.C Resmi Gazete, 28597, 24 Mart 2013.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, (2014). Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, Erişim:23.07.2015. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/yonetmelikler/
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 179-182.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? (Birinci Basamak Gerekli midir?). *The Lancet*, 344, 1129-1133.
- Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology, Oxford University Press. New York.

- Starfield, B. (2009). Comprehensiveness of Care: Concept and Importance, Erişim:27 Ekim 2016. <http://www.slidecover.net/comprehensiveness-of-care-concept-and-importance>
- Starfield, B., Shi, L. ve Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health (Birinci Basamak Hizmetinin Sağlık Sistemlerine ve Sağlığa Katkısı). *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502.
- Sweeney, B. (1994). The Referral System, Prevents Overmedicalisation And Keeps Costs Down. *British Medical Journal*, 309, 1180-1181.
- Tatar, M. (1994). Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış. *Toplum ve Hekim*, Nisan 1994, 78-88.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-133.
- Tavşancıl, E., ve Aslan, A. E. (2001). İçerik Analizi ve Uygulama Örnekleri. Epsilon Yayıncılık. Ankara.
- Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M. ve Yazıcı, S. E. (2009). Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta ve Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 23-36.
- Tekin, N., Başak, O. ve Yıldırım, A. (2010). Türkiye’de Aile Hekimliğinin Kökenleri Ve Gelişimi: Yarım Yüzyıllık Bir Hekim Deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14,13-21.
- Trisha, G. (2007). Primary Health Care: Theory and Practice. London: Blackwell Publishing.
- Türk Tabipleri Birliği, (2006a). Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, Ankara: TTB Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği, (2006b). Aile Hekimliğinde Son Durum Raporu, Ankara: TTB Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği, (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Topoğrafı, Ankara: TTB Yayınları
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1961). T.C. Resmi Gazete,10859, 20 Temmuz 1961.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (1982). T.C. Resmi Gazete,17863, 07 Kasım 1982.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2012a). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatları Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkında Yönerge. Erişim: 27 Kasım 2016.

http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2012b). Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi Denetim Formları. Erişim: 02 Aralık 2012. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102-gorusler/1618-aile-sal-merkezi-ve-2-aile-hekimlii-birimi-denetim-formlar-guncel.html>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2013). Aile Hekimliği Veri Kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Daire Başkanlığı.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2014). 2013-2017 Stratejik Plan. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 Faaliyet Raporu. Erişim: 26 Temmuz 2016. <http://www.thsk.gov.tr/guncel/duyurular/thsk-2015-faaliyet-raporu.html>
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Organizasyon Şeması. Erişim: 23 Ocak 2017. <http://www.thsk.gov.tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html>
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 6(4), 543-559.
- Uğurlu, M., Eğici, M. T., Yıldırım, O., Örnek, M. ve Üstü, Y. (2012). Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – 2. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 4-10.
- Uğurluoğlu, Ö. (2013). Sağlık Kurumları Mevzuatı. Ö. Uğurluoğlu (Ed). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Mevzuat (s.36-65). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 1-26.
- Üstü, Y., Uğurlu M., Kasım, İ ve Eğici, M. T. (2012). Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(2), 48-53.
- Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M. ve Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Balkan Medical Journal*, 28, 55-61.

- Vançelik, S., Okşan, Ç., Güraksın, A. ve Beyhun, E. (2006). Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları. *Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(2), 65-75.
- WHO, (1978). Declaration of Alma Ata. Erişim: 28 Haziran 2016, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- WHO, (1994). Making Medikal Practice And Education More Relevant To People's Needs: The Contribution of The Family Doctor. Erişim: 14 Temmuz 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62364/1/55633.pdf>
- WHO, (2000). The World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance, Geneva
- WHO, (2004). What Are The Advantages and Disadvantages of Restructuring A Health Care System To Be More Focused On Primary Care Services? Erişim: 28 Haziran 2016, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf
- WHO, (2008a). Evaluation of The Organizational Model of Primary Care in Turkey. Erişim: 07 Temmuz 2016, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53863/E92219.pdf?ua=1
- WHO, (2008b). The World Health Report 2008, Now More Than Ever, Erişim: 02.07.2016, http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
- WHO, (2010). Primary Care Evaluation Tool. Erişim:24 Ekim 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf?ua=1
- WHO, (2015). Referral Systems - A Summary of Key Processes To Guide Health Services Managers. Erişim: 22 Mart 2015. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/>
- Willems, L. (2001). Balancing Rationalities: Gatekeeping in Health Care. *Journal of Medical Ethics*, 27, 25–29
- WONCA, (2002). Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Erişim, 15 Kasım 2016. <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>
- WONCA, (2011). The European Definition of General Practice/Family Medicine. Erişim: 14 Temmuz 2016, <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

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

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2003). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

EK-1 GÖRÜŞME FORMU

Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Sayın, Aile Hekimi

Bu anket formu, sizlerin zorunlu sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinizin değerlendirilmesi amacıyla, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi doktora programı tezi kapsamında hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında vereceğiniz yanıtlar büyük önem taşımakta olup, vereceğiniz yanıtlar ve ilave görüşleriniz, araştırma amacının dışında kullanılmayacaktır.

Sinan BULUT

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü

E-posta:sinan.062@hotmail.com

I. BÖLÜM

1. Doğum Yılıınız? Lütfen belirtiniz.....

2. Cinsiyetiniz?

1. Erkek

2. Kadın

3. Medeni durumunuz?

1. Bekar

2. Evli

4. Mesleğiniz?
 1. Aile Hekimi Uzmanı
 2. Diğer Uzman Hekim
 3. Pratisyen Hekim
5. Görev Yaptığınız ilçe? Lütfen belirtiniz.....
6. Birinci basamakta ne kadar süredir aile hekimliği yapıyorsunuz? Lütfen belirtiniz.....(ay)
7. Biriminize bağlı nüfus kaçtır? Lütfen belirtiniz.....
8. Biriminiz hangi grupta yer almakta?
9. Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz? Lütfen belirtiniz.....
10. Muayene için bir hastaya ayırdığınız süre kaç dakikadır? Lütfen belirtiniz.....
11. Şu anda aile hekimliği biriminize başvuran kişilere yeterli zaman ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır 3-Kısmen

12. Günde ortalama kaç hasta sevk ediyorsunuz? Lütfen belirtiniz.....

13. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının yürürlüğe girmesi durumunda günlük hasta sayınız kaç olabilir? Lütfen belirtiniz.....

14. Zorunlu sevk zinciri uygulanırsa bir hastaya ayıracağınız süre kaç dakika olabilir? Lütfen belirtiniz.....

15. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, hastalarınızdan sevk edilme konusunda baskı göreceğinizi düşünüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır 3-Kısmen

16. Hasta sevkinizde, ASM'nizin hastaneye olan uzaklığı sevk kararınızı etkiler mi?

1-Evet 2-Hayır 3-Kısmen

17. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, günlük hasta sevk sayısında kota uygulaması olmalı mı? (**Yanıtınız hayır ise 18. soruyu cevaplamayınız**)

1-Evet 2-Hayır 3-Fikrim yok

18. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, günlük hasta sevk sayısında kota uygulaması yüzde kaç olmalı? Lütfen belirtiniz.....

19. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, kağıt çıktı kullanılmalı mı?

1-Evet 2-Hayır 3-Fikrim yok

20. Zorunlu sevk zinciri uygulaması, aile hekimliği uygulamasını nasıl etkiler?

1-Güçlendirir 2-Zayıflatır 3-Değişmez

21. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, hastaların uygulamaya kolayca adapte olabileceğini düşünüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır 3-Kısmen

22. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, sürdürülebilir olacağını düşünüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır 3-Fikrim yok

23. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, aile hekimlerinin yapmakla yükümlü olduğu bazı görevlerin ASE'lere veya TSM'lere devredilmesini ister misiniz? **(Yanıtınız hayır ise 24. soruyu cevaplamayınız)**

1-Evet 2-Hayır 3-Fikrim yok

24. Hangi görevlerin devredilmesini istersiniz?

1-

2-

3-

25. Sizce zorunlu sevk zincirinin iyi işleyebilmesi için, bir aile hekimine bağlı nüfusun en fazla kaç olması gerekir? Lütfen belirtiniz.....

II. BÖLÜM (YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI)

1. Zorunlu sevk zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımına etkisini nasıl değerlendirirsiniz? ASM ler, hastaneler daha mı verimli kullanılır?
2. Zorunlu sevk zinciri uygulaması sağlık sisteminin acil ve öncelikli bir konusu mudur? Neden?
3. Zorunlu sevk zinciri uygulanırsa aile sağlığı merkezinin mevcut kapasitesi ile ihtiyaca cevap verebileceğini düşünüyor musunuz? (Fiziki durum, Teknik kapasite, Personel ihtiyacı, Tıbbi yada idari eğitim açısından)
4. Hastalara aile hekimliğine başvurmayı özendirmek için neler yapmak gerekir? (Topluma yönelik ne yapılabilir, ASM ler nasıl daha cazip hale getirilebileceğini değerlendirerek cevaplayınız)
5. Sevk zinciri birinci basamakta sunulan sağlık hizmetinin kalitesini nasıl etkiler? (Güvenlik, iş ve işlem süreçleri, prosedürler, zaman ve sunulan hizmetin özelliklerini göz önünde bulundurarak cevaplayınız)
6. Sevk zinciri birinci basamaktan hasta memnuniyetini nasıl etkiler? (Hasta beklentileri daha iyi mi karşılanır, birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış toplumda daha mı ön plana çıkacağı gibi hususları göz önünde bulundurarak cevaplayınız.)
7. Sevk zinciri aile hekimliği uygulaması için gerekli midir? Neden?
8. Sevk zinciri uygulamasının başlaması durumunda, sevk muafiyeti olması gereken tanımlar olmalı mı? Hangi tanımları almış hastalar sevke tabi olmamalıdır?
9. Şu anda nüfusun bir kısmının hiç aile hekimine uğramadığı göz önünde bulundurulursa bu hastaların ilk başvuruyu size yapmayıp doğrudan hastaneye gitme nedeni ne olabilir?
10. Sizce uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri uygulaması için neler yapılmalıdır?
11. Sevk zinciri uygulamasının size/aile hekimliğine ne gibi yararları ya da olumsuz etkileri olabilir?
12. Aile Hekiminden sevk edilmeden hastaneye giden hasta ile aile hekiminden sevkli giden hasta arasında ne gibi farklılıklar olmalı?
13. Sevk zinciri uygulamasında kullanılacak yazılım programında hangi olanakların olmasını istersiniz?

EK-2 MAXQDA PROGRAM ÇIKTILARI

C:\Users\Thsk\Desktop\Max\Yeni Proje.mx12 - MAXQDA Analytics Pro 12 (Release 12.3.1)

Proje Görüntüle Belgeler Kodlar Değişkenler Analiz Karma Metotlar Görsel araçlar Raporlar Stats MAXDicto Help

Hastaların sağlık harcamaları artar

Belge Sistemi

- Belgeler 248
 - Sevk Zincirinin Kaynak Kullanımına Etkisi 248
 - Kümelere 0

Kod Sistemi

- Kod Sistemi 248
 - Olumlu Görüş 48
 - 2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu azalacağından verimlilik artar 53
 - ASM'ler daha etkin kullanılmış olur 21
 - Sağlık kurumlarındaki gereksiz tetkikler/kullanımlar azalır 9
 - Kamunun sağlık harcamaları azalır 4
 - 2. ve 3. basamaktan geribildirimler ile aile hekimine zaman kaz 1
 - Genel ilaç tüketimi azalır 1
 - Olumsuz Görüş 38
 - ASM'ler için hasta sayısı artacağından verimsizlik olur 35
 - Sevk zinciri ASM ve hastanelerin iş yüklerini olumsuz etkiler 23
 - ASM'lerde hastalar ile tartışmalar yaşanacağından verimlilik düşer 7
 - Kamunun sağlık harcamaları artar 4
 - Hastaların sağlık harcamaları artar 4
 - Kümelere 0

Belge Tarayıcısı: Sevk Zincirinin Kaynak Kullanımına Etkisi

Calibri 11 B / U

Sevk zinciri ASM ve hastanelerin iş yükleri
Hastaların sağlık harcamaları artar
Olumsuz Görüş

80 Sevk zinciri ile sağlık kurumları daha verimli kullanılacaktır. ASM'ler de hasta yığılmaları oluşacaktır hastaneleri de olumsuz etkileyebilecektir.

81 Sevk sağlık kurumlarında verimliliği kesinlikle sağlık zinciri uygulamasına adaptasyonu oldukça zor olacaktır. ASM'ler deki hasta sayısı artacak ve hekimlerin veri olacaktır.

82 Birinci basamak sağlık hizmeti koruyucu sağlık hizmetleri muayene hekimliği değildir. Zorunlu sevk zinciri ile hekimin ilk görevi muayene olarak öne çıkacaktır. Sağlık hizmetleri ikinci plana atılmaktadır. Böyle bir görev aksaklığı olacağından birinci basamak hekimleri

Geriçatırılan Bölümler

VEYA-Kombinasyonu (standart analiz)

Kodlu Bölümler

Tümü



	Yorum	B...	Belge adı	Kod	Başla	So...	Ağ...	Önizleme	Alan	Kapsam %	Yazar
U			Sevk zincirinin kaynak kulla...	Olumsuz görüş	//	//	U	Sevk zinciri ile asm ler ve nastaneier dana ...	115	0,57	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	78	78	0	Sistem düzgün işlerse hastalar ve sağlık çalı...	236	1,18	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	79	79	0	Sevk zinciri ile asm ler verimli kullanılmaz. Dir...	135	0,67	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	80	80	0	Sevk zinciri ile sağlık kurumları daha iyi kulla...	70	0,35	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	81	81	0	Sevk sağlık kurumlarında verimliliği kesinlikle...	196	0,98	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	82	82	0	Birinci basamak sağlık hizmeti koruyucu sağl...	672	3,36	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	83	83	0	Sevk zinciri ile bence asm veya hastaneleri...	83	0,41	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	84	84	0	Sevkle sağlık kurumlarının verimliliği daha d...	58	0,29	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	85	85	0	Bence zorunlu sevk zinciri olunca hasta dah...	160	0,80	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	86	86	0	Aile hekimlerine bağlı nüfuz düşmediği süre...	432	2,16	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumsuz Görüş	87	87	0	Sevk ile sağlık kurumlarında verimlilik azalır.	47	0,23	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumlu Görüş	2	2	0	Sevk zinciri ile hastanelerin işlevselliği artab...	141	0,70	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumlu Görüş	3	3	0	Sevk kriterleri getirilirse olumlu ve verimli ol...	55	0,27	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumlu Görüş	8	8	0	Sevk zinciri uygulaması ile kamu sağlık harc...	75	0,37	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Olumlu Görüş	7	7	0	Daha verimli kullanılır. Hastanelerdeki gerek...	116	0,58	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	2	2	0	Sevk zinciri ile hastanelerin işlevselliği artabilir	52	0,26	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	2	2	0	Gereksiz yere 2. Ve 3. Basamakta görülen ...	87	0,43	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	3	3	0	Gereksiz işlemler azalır.	25	0,12	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	4	4	0	Sevk zinciri ile hem asm ler hem de hastane...	77	0,38	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	4	4	0	Hastanelerin hasta sayısı azalır.	33	0,16	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	5	5	0	hastaneler için bakılması gereken hastaya ...	70	0,35	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	6	6	0	Düşük hasta başvurusuyla hastaneler dah...	63	0,31	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	7	7	0	Hastanelerdeki gereksiz yönlendirmeler azalacak...	47	0,23	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Sağlık kurumlarındaki gereksiz tetkikler/kull...	7	7	0	Hastanelerdeki gereksiz yönlendirmeler azalacak...	47	0,23	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Kamunun sağlık harcamaları azalır	8	8	0	kamu sağlık harcamalarının maliyetleri düşü...	46	0,23	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktan geribildirimler ile aile ...	9	9	0	Verilecek geri bildirim hastanın muayeneye ...	93	0,46	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	Sağlık kurumlarındaki gereksiz tetkikler/kull...	10	10	0	hastaneye gitmesi gerekmeyen asm de çöz...	75	0,37	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	10	10	0	hastaneye gitmesi gerekmeyen asm de çöz...	75	0,37	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	2. ve 3. basamaktaki hasta yoğunluğu az...	10	10	0	hastanelerdeki yoğunluk önlenmiş olur.	38	0,19	Sinan
O			Sevk Zincirinin Kaynak Kulla...	ASMLer daha etkin kullanılmis olur	11	11	0	Sevk zinciri hastanelerde ve asm lerle kav...	82	0,41	Sinan



EK-3 ORJİNALLİK RAPORU



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 03/07/2017

Tez Başlığı / Konusu: AİLE HEKİMLERİNİN ZORUNLU SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 176 sayfalık kısmına ilişkin, 03/07/2017 tarihinde çabım/tez danışmanım tarafından Turnitin adı altında tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %8'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç.
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dihil
- 4- 5 kelimeden daha az üretilmiş içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir imihâl içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğa kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Siran BULUT
Öğrenci No: N12148301
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Programı: Sağlık Yönetimi
Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünlük Dr.

03/07/2017

DANISMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
THESIS/DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
TO THE DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT**

Date: 03/07/2017

Thesis Title / Topic: EVALUATION OF FAMILY PHYSICIANS' OPINIONS ABOUT REFERRAL

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options stated below on 03/07/2017 for the total of 176 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 89%.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Name Surname: Sinan BULUT
Student No: N12148301
Department: Health Management
Program: Health Management
Status: Masters Ph.D. Integrated Ph.D.

03/07/2017

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

EK-4 ETİK KURUL İZİN BELGESİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172/ 431-685

29 Şubat 2016

İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Sağlık İdaresi Bölümü Öğretim Üyesi **Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU** danışmanlığında, doktora programı öğrencisi **Sinan BULUT** tarafından yürütülen "**Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **09 Şubat 2016** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. A. Haluk ÖZEN
Rektör

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad-Soyad: : Sinan BULUT
E-Posta : sinan.062@hotmail.com

Eğitim Bilgileri:

Lisans : Hacettepe Üniversitesi
Sağlık İdaresi Y.O. (2000-2005)

Önlisans: : Anadolu Üniversitesi AÖF
Sosyal Hizmetler Bölümü (2013-2015)

Yabancı Dil : İngilizce

İş Deneyimleri : Çankaya Dikmen Karapınar Sağlık Ocağı (2000-2005)

: İstanbul Erenköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi
(2006-2008)

: Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma
Hastanesi (2009-2012)

: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)
Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Daire Başkanlığı
(2012-...)

Yayınlar

1. **Bulut S.** (2013). Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4):205-214.
2. **Bulut S.** (2017). Evde Sağlık Hizmeti Sunan Halk Sağlığı Personelinin Eğitim İhtiyacı Saptama Araştırması. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, (Yayın Aşamasında).
3. **Bulut S.** Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(2): 67-70.

Katkı Sağlanan Yayınlar

1. Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi, Eğitimci ve Katılımcı Rehberleri (THSK 2015).
2. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri (Ankara 2015).

Üyelikler

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Araştırma İzin/Onay Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Üyeliği (06.2012-....)