

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİNDE TOPLUMUN ve HEKİMLERİN SEVK**  
**SİSTEMİ HAKKINDA GÖRÜŞLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Sertaç ÇANKAYA**

**TRABZON-2018**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİNDE TOPLUMUN ve HEKİMLERİN SEVK**  
**SİSTEMİ HAKKINDA GÖRÜŞLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Sertaç ÇANKAYA**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN**

**TRABZON-2018**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince birikimlerinden faydalandığım, meslek hayatım boyunca sevgi ve desteklerini yanımda hissedeceğim saygıdeğer hocalarım, sayın Prof. Dr. Gamze ÇAN, sayın Prof. Dr. Murat TOPBAŞ ve sayın Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a,

Tezimin hazırlanması sürecinde güler yüz gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışman hocam, sayın Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN 'a,

Uzmanlık tez savunmam için bizleri kırmayıp tez jürimde yer alan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın Prof. Dr. Selma KARABEY'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte güzel vakit geçirdiğim, tez çalışmamda emeği ve katkısı olan Uzm. Dr. Volkan KARABACAK'a, unutulmaz başasistanımız Uzm. Dr. Bekir BULUT ve tüm değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Laik bir birey olarak kendimi yetiştirmemdeki emeği ve yol göstericiliği için sayın Prof. Dr. Sedat IŞIK'a,

Bizlere manevi miras olarak akıl ve bilimi bırakan ulu önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Tez çalışmamın yürütülmesine desteklerini esirgemeyen başta sevgili eşim Uzm. Dr. Pınar KIZILAY ÇANKAYA olmak üzere sevgili aileme, gösterdikleri sabır ve anlayış için teşekkür ederim.

Dr. Sertaç ÇANKAYA

## ÖZET

### Trabzon İlinde Toplumun ve Hekimlerin Sevk Sistemi Hakkında Görüşlerinin Değerlendirilmesi Çalışması

**Amaç:** Çalışmanın amacı Trabzon’da toplum ve hekimlerin sağlıkta sevk sistemi hakkında görüşlerini ortaya çıkartmak ve değerlendirmek, ülkemizde uygulanması planlanan sevk sistemi ile ilgili olası eksikliklerin belirlenerek önerilerde bulunmak ve sevk sistemi ile ilgili yapılacak düzenlemelere dair bilgi kaynağı oluşturmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma nicel ve nitel kısımları olan tanımlayıcı bir araştırmadır, Haziran 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında Trabzon ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilde görev yapan; 243 aile hekimi, poliklinik hizmeti veren 248 uzman hekimler ve Trabzon’da ikamet eden 18 yaş ve üzeri 586910 kişi oluşturmaktadır. 586910 kişiden %95 güven aralığında ve %50 prevelans ile örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiş, Trabzon ili, ilçelerine göre tabakalandırılmış ve ilçelerindeki 18 yaş ve üzeri nüfusa göre ağırlıklandırılmıştır. Katılımcılara veri formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Araştırmanın nitel kısmında görüşmeye katılmayı kabul eden aile hekimleri ve uzman hekimler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nitel kısımda amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamında 199 aile hekimi, 179 uzman hekim ve 384 toplum üyesine veri formu uygulanmıştır. Toplumun %40,2’si sağlık sisteminde ilk başvuru yeri olarak hastaneyi belirtmiştir. Toplumun aile hekimliğine en sık başvuru nedenleri nezle, grip gibi rahatsızlıklar ve ilaç yazdırmak olarak belirtilmiştir. Toplumun %17,7’si aile hekimliğine hiç başvurmamıştır. Uzman hekim polikliniklerine günlük başvuru sayısı ortanca değeri 60’tır.

**Sonuç:** Sevk zinciri uygulamasını destekleme oranı uzman hekimlerde %89,9, aile hekimlerinde %68,8, toplumda ise %43,3’tür. Aile hekimleri ile uzman hekimler arasındaki iletişim çok sınırlıdır. Aile hekimleri sevk zinciri gelir ise, hastalarla sevk etme konusunda tartışmalar olabileceğini belirtmişler bu konuda kaygılı gözlenmişlerdir. Uzman hekimler, hastalarına ayırabildikleri zamanın çok kısıtlı olduğunu, başvuru yapan hastaların birçoğunun kendi uzmanlık alanı ile ilgili olmadığını bildirmişlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Sevk sistemi, sevk, kapı tutuculuk, aile hekimi, birincil bakım/birinci basamak sağlık hizmeti, kendi kendine sevk



## SUMMARY

### Evaluation of the Views of Physicians and the Public Regarding Referral System in Trabzon Province

**Objectives:** The aim of this study is to reveal and evaluate the views of physicians and the public regarding referral system in health care in Trabzon province; to determine and make suggestions about the possible shortcomings about the referral system which is intended to be implemented in our country and to provide a source of information related to the regulations to be carried out with regard to the referral system.

**Material and Method:** This study is a descriptive research which has quantitative and qualitative parts. It was carried out in Trabzon province between June 2017 and February 2018. The universe of this study was made up of 243 family physicians working in Trabzon province, 248 specialist physicians working in Trabzon province and providing polyclinic care and 586910 people residing in Trabzon province. Out of 586910 people the sample size was determined to be 384 with 95% confidence interval and 50% prevalence; Trabzon province was divided into its districts and weighted according to 18 years old and over population in its districts. The data form was carried out with the participants by face to face interviews. In the qualitative part of the study, in-depth interviews were carried out with the family physicians and specialist physicians who agreed to participate in the interviews. In the quantitative part of the study, maximum variation and criterion sampling methods, two methods of purposive sampling, were used.

**Results:** The data form was carried out with 199 physicians, 179 specialist physicians and 384 members of the public in the scope of the research. 40, 2% of the public stated the hospital as the primary place to seek treatment in health care. The most common reasons for visiting family physicians were ailments like cold and flu and prescription refills. 17,7% of the public have never visited family physicians. The median value of the daily number of visits to specialist physicians' polyclinics was 60. 89,9% of specialist physicians, 68,8%, of family physicians and 43,3 % of the public support the implementation of referral system.

**Conclusion:** The number of people who directly seek care in hospitals without visiting family physicians is high. The communication between family physicians and specialist physicians is very limited. Family physicians stated that if the referral chain

is implemented there could be arguments with the patients about referral and they were observed to be worried about it. Specialist physicians stated that the time they could allocate to their patients is very limited and most of the patients visiting them are not related to their specialty.

**Key Words:** Referral system, referral, gatekeeping, family physician, primary care/primary health care, self referral



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ .....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması .....	2
2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri .....	2
2.1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İşlevi .....	2
2.2. Sevk Zinciri Kavramı .....	6
2.2.1. Sevk Zinciri Tanımı .....	6
2.2.2. Sevk Zincirinin Etkileri ve Önemi.....	7
2.2.3. Aile Hekiminin Sevk Zincirindeki Rolü .....	11
2.2.4 Sevk Zinciri ile İlgili Planlamalar ve Raporlar .....	12
2.3. Farklı Ülkelerdeki Sağlık Sistemleri ve Sevk Zinciri .....	13
2.3.1. Birleşik Krallık .....	13
2.3.2. Hollanda.....	14
2.3.3. Danimarka.....	14
2.3.4. Almanya.....	15
2.3.5 Çek Cumhuriyeti.....	16
2.3.6. Finlandiya .....	16
2.3.7. İsveç .....	17
2.3.8. Fransa.....	17
2.3.9. Kanada .....	18
2.3.10. Amerika Birleşik Devletleri.....	19
2.3.11. Küba.....	19



2.2.12. Japonya .....	20
2.3.13. Güney Kore.....	20
2.3.14. Yeni Zelanda.....	21
2.3.15. Sierra Leone.....	21
2.3.16. Bulgaristan .....	22
2.4. Ülkemizde Sevk Zinciri ile İlgili Mevzuat.....	22
2.4.1 Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge .....	22
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	23
2.4.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu .....	24
2.4.4. Aile Hekimliği Kanunu .....	24
2.4.5. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği .....	25
2.4.6. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ .....	26
2.4.7. 2009 tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genelgesi .....	26
2.4.8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği .....	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırma Tipi .....	30
3.2. Araştırma Evreni .....	31
3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi .....	31
3.4. Verilerin Nasıl Toplandığı.....	32
3.5. Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri.....	33
3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri .....	33
3.6.1 Aile Hekimleri.....	33
3.6.2 Uzman Hekimler .....	34
3.6.3 Toplum .....	34
3.7. Etik Konular .....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	35
4.1.1. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimler .....	36
4.1.2. Toplum .....	36
4.2. Meslek ve İş ile İlgili Özellikler.....	38
4.2.1. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimler .....	38

4.2.2 Toplumun Meslek ve İş İle İlgili Özellikleri.....	40
4.3. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Mevcut Çalışma Pratiği .....	43
4.4. Toplumun Aile Hekimliği Birimini Kullanma Özellikleri.....	43
4.5 Aile Hekimleri, Uzman Hekimler ve Toplumun Birinci-İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Arasındaki İlişki ve Düzenlemeler ile İlgili Görüşleri .....	44
4.5.1 İlk Başvuru Yapılacak Sağlık Kuruluşu.....	44
4.5.2 Sevk Yolları.....	45
4.5.3 Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Geri Bildirim ile İlgili Görüşleri.....	46
4.6. Aile Hekiminin Sevk Kararını Etkileyen etmenler .....	49
4.7. Doğrudan Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sebepleri.....	52
4.8. Ekonomik ve Yasal Düzenlemeler .....	56
4.9. Toplumun, Hastanede Başvuracakları Bölüme Karar Verme Şekilleri .....	59
4.10. Sevk Oranına Göre Aile Hekimine Yaptırım Uygulanması.....	60
4.11. Sevk Zincirinin Etkileri .....	62
4.12. Sevk Zinciri Uygulanması Gerekli Nitelik ve Yeterlilikler .....	68
4.12.1 Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Doğru Verebilme Yeterlilikleri.....	68
4.12.2. Sevk Zinciri Uygulaması İçin Gerekli Alt Yapı ve Koşullar .....	70
4.13. Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme Durumları .....	72
4.14. Sevk Zinciri Dışında Kalacak Uzmanlık Dalları.....	73
4.15. Hekimlerin Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme/Desteklememe Nedenleri.....	75
4.16. Hekimlerin Sevk Zinciriyle İlgili Önerileri.....	78
5. TARTIŞMA .....	82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	91
7. KAYNAKLAR .....	94
8. EKLER .....	101

## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No

Tablo 1. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri .....	35
Tablo 2. Nitel Görüşme Gerçekleştirilen Aile hekimleri ve Uzman Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	36
Tablo 3. Toplumun Sosyodemografik ve Kişisel Özellikleri .....	37
Tablo 4. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Meslek Öyküleri.....	38
Tablo 5. Uzman Hekimlerin Uzmanlık Dallarına Göre Dağılımları .....	39
Tablo 6. Toplumun Mesleklere Göre Dağılımları .....	41
Tablo 7. Toplumun Yaptıkları İşe Göre Dağılımları .....	42
Tablo 8. Aile Hekimlerinin Mevcut Çalışma Pratiği İle İlgili Özellikler .....	43
Tablo 9. Uzman Hekimlerin Mevcut Çalışma Pratiği ile İlgili Özellikler.....	43
Tablo 10. Katılımcıların Aile Hekimine En Son Başvuru Nedenlerin Dağılımı .....	44
Tablo 11. Katılımcıların Aile Hekimine En Son Başvuru Zamanlarının Dağılımı .....	44
Tablo 12. Toplumun İlk Başvurulması Gereken Sağlık Kuruluşu ile İlgili Görüşleri .....	45
Tablo 13. Aile Hekimleri, Uzman Hekimler ve Toplumun Sevk Yolları ile İlgili Düşünceleri .....	45
Tablo 14. Uzman Hekim ile Aile Hekimi Arasındaki Geri Bildirim Yolları .....	46
Tablo 15. Hekimlere Göre Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkileyen Etmenler .....	50
Tablo 16. Aile Hekimleri, Uzman Hekimler ve Toplumun Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Başvurma Sebepleriyle İlgili Görüşleri .....	52
Tablo 17. Hekimlere Göre Aile Hekimine Uğramadan En Sık Başvurulan Uzmanlık Dalları .....	53
Tablo 18. Hekimlerin ve Toplumun Doğrudan Hastaneye Başvuranlardan Ek Katkı Payı Alınması ile İlgili Görüşleri .....	56

Tablo 19. Hekimler ve Toplumun Belirttikleri Ek Katkı Payı Tutarları.....	57
Tablo 20. Toplumun, Hastanelerde Başvuracakları Bölüme Karar Verme Şekilleri.....	60
Tablo 21. Aile Hekimleri, Uzman Hekimler ve Topluma Göre Sevk Zincirinin Etkileri .....	63
Tablo 22. Hekimlerin ve Toplumun Sevk Zincirini İsteme Durumları .....	73
Tablo 23. Hekimler ve Topluma göre Sevk Zinciri Dışında Kalması Düşünülen Uzmanlık Dalları .....	74
Tablo 24. Sevk Zinciri Uygulamasının Gelmesini Destekleme Nedenleri.....	75
Tablo 25. Sevk Zinciri Uygulamasının Gelmesini Desteklememe Nedenleri.....	77
Tablo 26. Hekimler ve Toplumun Sevk Zinciriyle İlgili Önerileri.....	78

## KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile Hekimi
ASE	: Aile Sağlığı Elemanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
CHF	: İsviçre Frangı
DH	: Devlet Hastanesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GP	: Genel Pratisyen
HASUDER	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KTÜ	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USH	: Ulusal Sağlık Sistemi
Uzm.	: Uzman Hekim
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgütü
YHS	: Yasal Hastalık Sigortası

# 1. GİRİŞ

Sağlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “yalnız hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil kişinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (1). DSÖ etkili birinci basamak sağlık sistemlerine her zaman olduğundan daha çok gereksinim olduğunu vurgulamakta ve birinci basamak ekibinin merkezde olduğu bir sağlık yapılanmasını önermektedir.

Birinci basamağı güçlü sağlık sistemlerine sahip ülkelerin sağlıkta daha düşük maliyetlerle daha iyi sonuçlar elde ettiği bilinmektedir (2). Birinci basamak sağlık çalışanları tarafından sunulan, sevk zinciri sistemiyle yapısal olarak desteklenmiş, gereksinime dayalı koordinasyon ve sürekli bakımın aracılık ettiği hasta merkezli bakım kavramı birinci basamak sağlık hizmet sunumunun sağlayabileceği katkıların temelini oluşturmaktadır (3, 4).

DSÖ, ülkelerin sağlık sistemlerinin toplumun gereksinimlerine yanıt vermesi; bireylere toplum içinde, yaşadıkları ortamda hasta merkezli sağlık hizmeti sunması ve birinci basamağın en iyi nasıl örgütlenebileceği üzerine bilgi üretmesine olan gereksinimi vurgulamaktadır. Sağlık politika belirleyicileri ve yöneticiler, son zamanlarda, sağlık hizmetlerinin değişen hasta gereksinimlerine daha çok yanıt vermesini sağlayacak stratejilerde ve reform uygulamalarında kaydedilen ilerleme için kanıt aramaktadırlar (5).

Karar vericiler tarafından içinde yaşanılan ülke sağlık politikaları belirlenirken, toplumun ve aynı zamanda sahada çalışan hekimlerin sesine kulak verilmesi, görüş ve önerilerinin dikkate alınması yerinde olacaktır. Aksi halde, alınacak kararlar, getirilecek düzenlemeler sağlık çalışanlarında ve toplumda karşılık bulamayacaktır.

Ülkemiz, sağlık alanında son yıllarda bakanlık ve taşra teşkilat yapısından, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına kadar, birçok değişime sahne olmuştur. Sevk zinciri ile ilgili son olarak 2008 yılında kısa bir pilot uygulamanın ardından tüm ülkede sağlıkta sevk sistemine geçilmesi planlanırken, 2009 yılında hekim sayısının azlığı ve ilgili mevzuat düzenlemelerinin tam olmadığı gerekçesiyle ertelenmiştir.

Ülkemizde daha önce sevk sistemi ile ilgili hekimlerin ya da toplumun görüşlerini inceleyen bir araştırma yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı niceliksel ve niteliksel olarak sevk sistemi ile ilgili görüşlerin ortaya çıkartılmasıdır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması**

#### **2.1.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin pek çok farklı tanımı ile karşılaşılsa da, bunların büyük bölümünde ortak özellikler üzerinde durulduğu görülmektedir. Starfield tarafından yapılan tanıma göre; birinci basamak bir sağlık sisteminin bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız yaşam boyu devam eden ve uzun erimli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan aşamasıdır (6). Saltman ve arkadaşlarının tanımına göre ise birinci basamak; farklı disiplinler tarafından sunulan, seçilmemiş sağlık sorunları için ilk başvuru, erişilebilir, hastaların bireysel ve sosyal özelliklerini ele alan, sorunların bir kısmına yönelik tanı koyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve palyatif hizmet sağlayan, hizmet verilen toplumdaki riskli birey ve gruplara önleyici hizmet sunan ve sağlık sunucuları arasında süreç boyunca bakımın kesintisizliğini temin eden aşamadır (7). Her iki tanımda da yeni bir gereksinim için başvuru ilk aşama olması, hizmetlerin geniş bir yelpazede sunulması, ilişkinin uzun bir zaman süreci boyunca devam etmesi ve farklı yerlerden alınan hizmetlerin bir araya getirilmesi gibi birinci basamağın kendisine özgü özellikleri vurgulanmıştır (2).

#### **2.1.2 Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İşlevi**

Birinci basamak sağlık hizmetlerini, sağlık sisteminin diğer basamaklarından ayıran temel işlevleri ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdümdür. Bu işlevler sağlık sistemlerinin ne düzeyde birinci basamak yönelimli olduğunu gösterir ve diğer basamaklarda bulunmayan özelliklerini yansıtır. Bu işlevler birbirinden keskin sınırlar ile ayrılmamaktadır, karşılıklı ilişkileri ile birlikte bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminde sevk zinciri uygulamasının

anlaşılabilmesi için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru ve eşgüdüm işlevlerinin açıklanması gerekmektedir.

### **İlk Başvuru**

İlk başvuru fonksiyonu birinci basamağın en açık ve anlaşılır temel fonksiyonu olup bireylerin yeni ortaya çıkan bir sağlık sorunu ya da var olan sağlık sorununun yeni bir gereksinimi için hizmet almak amacıyla öncelikli olarak birinci basamağa başvurmalarını ifade eder (8, 9). Bu sebeple, tüm basamaklar içinde birinci basamağın merkezi bir rolü vardır (9). Pek çok kişi; herhangi bir sağlık sorunu olduğunda nereye başvurması gerektiği, sorunun hangi sistem ile ilgili olduğu, ne kadar ciddi ve acil olduğu ve bu sağlık sorunu için hizmet almasının gerekip gerekmediği konularında karar veremeyeceğinden bir sağlık profesyonelinin yardımına gereksinim duyar. Böyle bir durumda her zaman ve her yeni sorunda doğrudan erişilebilen bir giriş noktasının varlığı büyük önem taşımaktadır (6, 9). Kolayca erişilebilir bir giriş noktasının eksikliğinde uygun bakımın sağlanamayacağı, hizmet almanın gecikeceği ve gereksiz harcamalara neden olacağı belirtilmiştir. Bu olumsuz sonuçları engellemek için sağlık hizmetleri basamaklandırılmış bir şekilde örgütlenmiş ve birinci basamak ilk başvuru noktası olarak belirlenmiştir. Birinci basamağın ilk başvuru noktası olarak kullanılmasının; maliyeti azaltması, doğru yere sevk edilme olasılığını arttırması, uygun hizmete daha kısa sürede erişilebilmesini sağlaması, acil servis ve uzman hekim hizmetlerinin kullanımını azaltması gibi birçok yararı bulunmaktadır (6).

İlk başvuru işlevini desteklemek amacıyla birinci basamak hekiminin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi şeklindeki düzenlemeye kapı tutuculuk adı verilir (10).

Kapı tutuculuk sadece sevkten sorumlu bir hekimliği değil, bireylerin karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden izlemi de gerçekleştiren hekim kimliğini tanımlar (11). Kapı tutuculuk uygulaması; öncelikli hedefinin hastaların uzmanlara erişimini sınırlayarak maliyeti düşürmek olduğu gerekçesiyle eleştirilmektedir. Diğer yandan birinci basamak sağlık hizmetleri güçlü ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan, genel pratisyenlerin birinci basamakta ve birinci basamağa uygun olarak eğitim aldığı ülkelerde kapı tutuculuğun hedefi maliyetlerin düşürülmesi ile sınırlı değildir (11, 12). Bu gibi ülkelerde birinci basamak hekiminin bakımın kalitesini geliştirmek



ve tüm basamaklardan alınan hizmetleri bütünleştirmek için bir koordinatör olarak çalışmakta olduğu saptanmıştır (12). Kapı tutuculuk için bir zorunluluk bulunmasa bile, birinci basamak hizmet yelpazesinin geniş olduğu ve birinci basamak hekimlerinin toplumdaki statüsünün güçlü olduğu ülkelerde bireyler ilk başvuru noktası olarak birinci basamağı tercih etmektedir (11). Aşırı uzmanlaşmanın olduğu, birinci basamak hekiminin statüsünün daha düşük olduğu ve kapı tutuculuğun olmadığı ülkelerde ise hastalar hangi sağlık kurumuna ilk olarak başvuracaklarına ve nasıl bir yol izleyeceklerine tamamen kendi seçimlerine göre karar vermektedirler. Bu durumun bakımın kesintisizliğini ve eşgüdümünü tehlikeye atmakta olduğu belirlenmiştir (7).

### **Eş Güdüm**

Eşgüdüm; Türk Dil Kurumu'na göre kelime anlamı olarak belirli bir amaca ulaşmak için çeşitli işler arasında bağlantı, ilişki, düzen ve uyum sağlama, koordinasyon anlamına gelmektedir (13). Literatürde eşgüdümlerle ilgili çalışmalarda herkes tarafından kabul edilen, ortak bir tanım bulunmadığı ve bir tanım karmaşası yaşandığı görülmektedir (14, 15). Ancak hemen hemen tüm tanımlarda hastanın bilgilerini bir araya getirme, sağlık hizmeti almasını kolaylaştırma ve bakım sürecinin organizasyonu noktalarının ortak olduğu söylenebilir. Eşgüdüm, birinci basamağa merkezi bir rol vererek her bir bireyin daha önceki sağlık sorunları ve bu sorunlar için aldığı hizmetlerle ilgili tüm bilgilerin birinci basamak tarafından bir araya getirilmesi ve hastanın bakımı sırasında kullanılmasının sağlanması olarak tanımlanmıştır (6).

Bireyin gereksinim duyduğu ve aldığı tüm sağlık hizmetlerinin koordine edilmesi aile hekimliği uygulamasının başlıca işlevidir. Bakımın koordinasyonu; sevk zincirini, birinci basamakta takım çalışmasını, basamaklar arasındaki bütünlüğü ve iletişimi, halk sağlığı birimleri ile birinci basamak arasındaki bütünlüğü kapsamaktadır (3).

Sağlık hizmeti sunumuyla ilgili kaynaklar hem hizmeti sunan kişilerin sayısı hem de sunulan hizmetin çeşitliliği bakımından, yeni uzmanlıkların ve alt uzmanlık dallarının sisteme girişiyle birlikte her geçen gün daha da fazla genişlemektedir. Bu genişleme karşısında bütüncül bir örgütlenme modelinin var olmaması sağlık sisteminin parçalanması kavramını gündeme getirmektedir (16). Parçalanmış bir sağlık sisteminde hizmet sunanların otonom olarak çalıştığı ve işbirliğinden ziyade

paralel uygulamaların daha yaygın olduğu ifade edilmektedir (17, 18). Paralel uygulamalarda sorunlu bir sevk süreci karşımıza çıkmaktadır. Hastaların bir bölümden diğer bir bölüme; genellikle ne tıbbi öykü ve daha önceki süreçle ilgili tam bir bilgi, ne de reçete edilen ilaçların bilgisi olmaksızın yönlendirildikleri bildirilmiştir (19). Yönlendirme ne şekilde olursa olsun, her bir başvuru hastanın bakımına dahil olan sağlık çalışanı sayısının artmasına ve bunun sonucunda hasta ve sağlık çalışanları arasında çok taraflı bir ilişki modelinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (6, 17, 20).

Birçok sağlık sisteminde halen çözülmeyi bekleyen sorunlar olarak görülen parçalanma ve sevk süreci karmaşasının en temel çözüm yolunun eşgüdüm sağlanması olduğu ifade edilmektedir. Eşgüdüm hastanın bilgilerini bir araya getirmeyi, sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmayı ve bakım sürecinin organizasyonunu kapsayan bir anlama sahiptir (21-23). Bireylerin kendilerine uygun olan sağlık hizmetine ulaşmalarını kolaylaştıran, bu hizmetleri bütünleştiren ve uzmanlaşmanın artmasıyla gittikçe daha da merkezi bir fonksiyon haline gelen eşgüdüm, hizmet sunumunun geliştirilmesinde öncelikli konulardan biridir (9). Sağlık hizmetlerinin niteliğini değerlendiren çalışmalarda eşgüdümün en zor sağlanan bileşen olduğu ve sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltan anahtar bir mekanizma olduğu vurgulanmıştır (24, 25). Eşgüdüm gereksiniminin özellikle birinci basamak hekimine daha az başvurulması, aşırı uzmanlaşma ve ayaktan tedavi hizmetleri ile yatan hasta bakım hizmetlerinin birbirinden ayrılması sonucunda gittikçe daha ciddi bir düzeye ulaştığı belirtilmektedir (21, 23, 26).

Eşgüdüm sağlanmadığında gittikçe daha da genişleyen sağlık sisteminin içinde hastalar ve aileleri kendilerini yalnız ve kaybolmuş hissetmekle birlikte bazı risklerle de karşı karşıya kalabilirler (22). Aynı sebeple farklı sağlık kurumlarına başvuruların artması, hastanın bakımıyla ilgili kritik bilgilerin kaybolması, birçok tetkikin veya uygulamanın tekrar yapılması, en gerekli olan tetkik veya uygulamanın ise hiç yapılmamış olması, engellenebilir hastane yatışları ve acil başvurularının artması ve tüm bunların sonucunda bakımın kesintisizliğinin sağlanamaması, tedavi planlarında çelişkiler, ilaç uyum sorunları, güvenli olmayan çoklu ilaç kullanımı, hastanın etkin bir sağlık bakımına ulaşamaması veya geç ulaşması, komplikasyonların, memnuniyetsizliğin ve maliyetlerin artması ortaya çıkabilecek risklerden bazılarıdır (6, 7, 21, 22, 27).

Ülkemizde de bireylere sunulan sağlık bakımının eşgüdümü yetersiz görülmektedir. Eşgüdüm açısından temel özelliklerden biri olan sevk zinciri bulunmamaktadır. Hastaların sağlıkları ile ilgili bilgilerin/ kayıtların basamaklar arası, hatta birçok hastanede aynı hastane içindeki poliklinikler arası paylaşımının yetersiz olduğu ve hastanelere başvuran hastalar hakkında aile hekimlerine geri dönüşümün çoğu zaman yapılmadığı, yapılsa da hekimin bireysel çabası ve ısrarıyla gerçekleşiyor olduğu gözlenmektedir. Bireyler sağlıklarıyla ilgili kararları çoğunlukla kendileri vermektedir. Sağlık sistemimizdeki herhangi bir kuruluşa doğrudan başvurma olanağı nedeniyle, hastalarla ilgili aynı laboratuvar incelemeleri sık aralıklarla yinelenenmekte, aynı klinik durumlar için benzer ilaçlar yazılabilmektedir. Bunda hastaların laboratuvar incelemesi ve ilaç için kendi talepleri önemli bir rol oynamaktadır. Eczaneler tarafından kişilerin daha önce almış oldukları ilaçlar görüntülenebilirken, aile hekimlerince bu bilgilere ulaşamamaktadır. Tüm bunlar bireylere sunulan bakımın eşgüdümünü zayıflatmakta, kalitesini azaltmakta ve hatta onların sağlıklarıyla ilgili zararlı sonuçlara yol açabilmektedir (28).

## **2.2. Sevk Zinciri Kavramı**

### **2.2.1. Sevk Zinciri Tanımı**

Sevk zinciri, acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki imkânlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak, aynı zamanda hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır (29).

Kademeli hizmet de birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun

görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevki esastır. Kademeli hizmetin amacı, kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en yakınlarındaki sağlık kuruluşundan rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hasta yükünden kurtarılması, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir (29).

### **2.2.2. Sevk Zincirinin Etkileri ve Önemi**

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bu hizmetleri herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmak bugün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir (4). Bu ilkelerin hayata geçirilmesi, ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, hastaların sağlık hizmetine erişebilmek için başvurmak zorunda kaldığı sistem dışı erişim yollarını da ortadan kaldıracaktır. Aile hekimliği kayıtları, sağlıkla ilgili araştırmalarda doğru bir sistem kurulması halinde iyi bir veri kaynağı olacaktır. Alt yapısı iyi oluşturulan sevk zincirinde önemli oranlarda başarılar elde edilebilecektir. Sevk zincirinin uygulanması sonucunda yüksek maliyetli üst basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin ve ekonomik biçimde kullanımını sağlanabilecektir.

Gelecekte sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması için başlatılmış olan aile hekimliği sisteminden beklenen fayda, toplum sağlığının iyileşmesinin yanı sıra, vatandaşların birinci basamağa yönlendirilmeleri ile sağlığa ayrılan kaynağın daha etkin ve verimli kullanılması olacaktır. Sağlık hizmet sunucuları arasında en düşük maliyetler aile hekimliği birimlerindedir. Mevcut durumda vatandaşlar birinci basamakta tedavi edilebilecek rahatsızlıkları dolayısıyla doğrudan üst basamaklara da başvurabildikleri için, birim maliyetleri yüksek olan kuruluşlarca tedavi edilmekte, kamu kaynakları israf edilmektedir.

Vatandaşın zorunlu olarak birinci basamağa yönlendirilmesi durumunda, yalnızca tedavisi birinci basamakta yapılamayan hastalar üst basamaklara gidebilecektir. Böylelikle hem hastane polikliniklerinde aşırı yığılmalar olmayacak, hem harcamalarda mükerrerlikler yaşanmayacak, hem de sağlığa ayrılan kaynak en etkin şekilde kullanılmış olacaktır. Ancak aile hekimliği sisteminden beklenen etkinin güçlendirilmesi için, kurulması istenen sevk zinciri sistemi tek yönlü bir yol olmamalıdır. Tedavi için üst basamak kuruluşlarına sevk edilen hastaların çoğu, tedavinin devamı, izlenmesi ve bakımı için birinci basamak sağlık kuruluşlarına geri gönderilebilmelidir. Hastasının kayıtlarını tutmakta olan aile hekimlerinin, sevk ettiği hastalarına üst basamaklarda konulan tanıları ve uygulanan tedavilerini takip etmeleri, daha kısa sürede ve düşük maliyetli sağlık hizmetinin sunumunu mümkün hale getirebilecektir. Zorunlu sevk zinciri mekanizmasının oluşturulmasının ardından, bazı ek düzenlemeler de sisteme dahil edildiği takdirde, uygulamada bütünlük sağlanacaktır (30).

Birinci basamak sağlık hizmetlerin maliyeti, ikincil ve özel bakım hizmetlerine göre daha düşüktür bu nedenle maliyet kontrolü için birinci basamak üzerine yapılan vurgu anlaşılmalıdır. En açık maliyet kontrol perspektifi birinci basamak hekiminin kapı tutucu işlevidir. Amerika ve pek çok Avrupa ülkesindeki sağlık planlamalarına göre hastalar yalnızca birinci basamak hekiminden sevk edildikten sonra ileri basamak sağlık hizmetine ulaşabilmektedir (31).

Diane ve ark. çalışmasında ABD’de (Amerika Birleşik Devletleri) sevk zinciri olan ve olmayan sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetleri kullanımı ve maliyetleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada sevk zinciri modelinde ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinde kişi başı yıllık sağlık harcama tutarı 197 dolar iken bu tutar sevk zinciri olmayan modelde 216 dolar olarak saptanmıştır. Tüm sağlık harcamaları birlikte değerlendirildiğinde sevk zinciri uygulaması olan modelde yıllık toplam sağlık harcaması 239 dolar iken sevk zinciri uygulaması olmayan modelde 254 dolar olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sevk zinciri uygulaması olan modelde hastaneye başvuru ve hastane yatış süreleri de sevk zinciri uygulaması olmayan modele göre daha düşük bulunmuştur (32).

Meyer ve ark. randomize kontrollü çalışmasında birinci basamak hekiminin kapı tutucu işlevinin hasta memnuniyeti ve sağlık giderleri üzerine etkisi incelenmiştir.

Buna göre, birinci basamakta kapı tutucu işlevi olan modelde ilaç kullanımı ve ilaç giderleri daha düşük bulunmuştur. İlaç giderleri sevk sisteminin olduğu kapı tutucu modelde kişi başı yıllık 491,7 dolar; kapı tutucu işlevi olmayan modelde ise kişi başı yıllık 754,8 dolar olarak saptanmıştır (33).

Schwenkglens ve ark. İsviçre’de sevk zincirinin sağlık giderlerine etkisini inceledikleri çalışmalarında 1996 yılında, kapı tutucu işlevi olan modelde yıllık, yatan hasta giderleri 390 İsviçre Frangı (CHF), ayaktan hasta giderleri 1284 CHF, toplam hasta giderleri ise 1674 CHF; kapı tutucu olmayan modelde ise yıllık, yatan hasta giderleri ortanca 789 CHF, ayaktan hasta giderleri 1648 CHF, toplam sağlık giderleri ise 2436 CHF olarak saptanmıştır. 2000 yılında ise kapı tutucu modelde ortanca yatan hasta giderleri, 680 CHF, ayaktan hasta giderleri 1815 CHF, toplam sağlık giderleri ise 2496 CHF; kapı tutucu işlevi olmayan modelde ise yatan hasta giderleri 535 CHF, ayaktan hasta giderleri 2192 CHF, toplam sağlık giderleri ise 2727 CHF olarak saptanmıştır (34).

Garrido ve ark. 2011 yılında yayınladığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapı tutuculuğun etkilerini inceleyen sistematik derleme çalışmasına göre literatürdeki araştırmalarda genel olarak sevk zinciri ve kapı tutucu işlevi olan sağlık sistemlerinde sağlık harcamaları, olmayanlara göre %6 ila %80 oranında daha düşüktür (35).

Schoen ve ark. çalışmasında sevk zinciri uygulaması olan Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ile sevk zinciri uygulaması olmayan ABD ve Almanya’da hastaların bu 6 ülke sağlık sistemleriyle ilgili deneyimleri karşılaştırılmıştır. Buna göre, daha önce yapıldığı için gereksiz görülen tektik oranları sevk zinciri uygulanan Avustralya’da %11, Kanada’da %10, Yeni Zelanda’da %9, Birleşik Krallık’ta %6; sevk zinciri uygulanmayan ABD’de %18, Almanya’da %20 olarak bulunmuştur (36).

Hastaların sağlık sisteminde herhangi bir eşgüdüm problemi yaşama ortalamaları Avustralya’da %19, Kanada’da %24, Yeni Zelanda’da %21, Birleşik Krallık’ta %19; ABD’de %33, Almanya’da %26 olarak bulunmuştur. Bu konuda sistemde küçük değişiklikler yapılmalı diyenlerin oranı Avustralya’da %11, Kanada’da %14, Yeni Zelanda’da %15, Birleşik Krallık’ta %13; ABD’de %51, Almanya’da %28 iken; sistemi yeniden inşa etmek gerekir diyenlerin oranı

Avustralya'da %34, Kanada'da %26, Yeni Zelanda'da %38, Birleşik Krallık'ta %13; ABD'de %51, Almanya'da %28'dir (36).

Ücretler nedeniyle herhangi bir basamakta sağlık hizmetlerine erişim problemi yaşayanların oranı Avustralya'da %11, Kanada'da %14, Yeni Zelanda'da %15, Birleşik Krallık'ta %13; ABD'de %51, Almanya'da %28 olarak bulunmuştur. Bu konuda sistemde küçük değişiklikler yapılmalı diyenlerin oranı Avustralya'da %13, Kanada'da %22, Yeni Zelanda'da %21, Birleşik Krallık'ta %7; ABD'de %37, Almanya'da %14 iken; sistemi yeniden inşa etmek gerekir diyenlerin oranı Avustralya'da %48, Kanada'da %29, Yeni Zelanda'da %48, Birleşik Krallık'ta %27; ABD'de %67, Almanya'da %38'dir (36).

Hasta olduklarında randevu alabilmek için altı gün ve üzerinde bekleme ya da hiç randevu alamama oranları Avustralya'da %10, Kanada'da %36, Yeni Zelanda'da %3, Birleşik Krallık'ta %15; ABD'de %23, Almanya'da %13 olarak bulunmuştur. Bu konuda sistemde küçük değişiklikler yapılmalı diyenlerin oranı Avustralya'da %7, Kanada'da %27, Yeni Zelanda'da %0, Birleşik Krallık'ta %8; ABD'de %16, Almanya'da %11 iken; sistemi yeniden inşa etmek gerekir diyenlerin oranı Avustralya'da %15, Kanada'da %40, Yeni Zelanda'da %0, Birleşik Krallık'ta %36; ABD'de %33, Almanya'da %15'dir (36).

Ülkemizde kişi başına bir yılda hekime başvuru sayısı artmaktadır. 2002 yılında 3,1 olan bu sayı 2016 yılında 8,6'ya yükselmiştir. 2016 yılında kişi başı yıllık 8,6 başvurunun; 2,7'si birinci basamağa, 5,9'u ikinci ve üçüncü basamaklara olmuştur. 2016 yılında 215.990.739 başvuru birinci basamağa; 469.718.440 başvuru ise ikinci ve üçüncü basamaklara olmak üzere genel toplamda 685.709.179 başvuru yapılmıştır; 2002 yılında tüm basamaklara yapılan başvuru sayısı ise genel toplamda 208.966.049'dur (37).

Sağlık bakanlığı verilerine göre birinci basamak kuruluşlarındaki sevk hızı 2002 yılında, 22,0 iken 2016 yılında %0,3 olarak gerçekleşmiştir (37). Bu verilere ülkemizde hastanelerin kullanılma oranları oldukça yüksek gözükmektedir. Aile hekimlerine uğramadan doğrudan hastanelere başvurulması söz konusudur.

### 2.2.3. Aile Hekiminin Sevk Zincirindeki Rolü

Sağlık sistemlerinin birinci basamağındaki hizmet sunumunun temel özelliklerine en uygun disiplin olarak aile hekimliğinin ve aile hekimlerinin, kişilerin tüm sağlık sistemi içinde aldıkları sağlık hizmetlerinin koordinasyonundaki rolü oldukça önemlidir.

Aile hekimliğinin ilk resmi tanımlamalarından bu yana genel pratisyen ya da aile hekiminin, gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan, mesleki görevlerini doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getiren hekim olduğu ifade edilmiştir (4, 38, 39).

Aile hekiminin bireylere sunulan bakımı koordine ederek ve diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlaması aile hekimliği disiplininin temel özelliklerindedir (4, 39).

Kapsamlı birinci basamak sağlık hizmeti, hasta sağlık sistemine ilk başvurduğunda, genellikle yerel düzeyde gerekli hizmetleri sağlamaya ve kaynakların uygunluğu doğrultusunda birinci basamak ile diğer basamakları bütünleştirmeye çalışır. Sağlık sisteminin karmaşık yapısı içinde hastalar için bakımın koordinasyonunu sağlayacak bir hekimin olması vazgeçilmezdir.

Aile hekimleri, sağlık sisteminin bütün aşamalarını bilmeleri ve hastaları yalnızca hastalıkları ile değil; aileleri, yaşadıkları çevre ve kültürleri bağlamında tanıyabilmeleri nedeniyle birinci basamakta koordinatör olarak çalışmak için en ideal gruptur.

Aile hekimi, uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, aile hekiminin temel görevidir (4).

Kroneman ve ark., 2006 yılında yayınladıkları çalışmalarında 18 Avrupa ülkesinde, belirledikleri 17 sağlık birimine (aile hekimi/genel pratisyen, acil servis, diş hekimi, pediyatrist, jinekolog, ebe, hastane uzmanları, toplum hemşiresi, evde bakım birimi, fizyoterapist, hastane yataklı servisleri, konuşma terapisti, fizik tedavi ve egzersiz terapisi merkezi, iş terapisti ve rehabilitasyon klinikleri) doğrudan



ulaşılabilirliği araştırmışlardır. Araştırmaya dahil edilen bütün ülkelerde aile hekimlerine doğrudan ulaşabilme oranı %100 olarak saptanmıştır (40). Aile hekimlerine doğrudan ulaşabilme oranlarının %100 olması sevk zinciri uygulanmasa da aile hekimlerinin ilk tıbbi temas noktası olma olasılıklarını artırmaktadır.

#### **2.2.4 Sevk Zinciri ile İlgili Planlamalar ve Raporlar**

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001-2005; hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamadığı belirtilmiş, sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirileceği ifade edilmiştir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007-2013; birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin alıştırılmamasının, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olduğu ve oluşan yığılmaların hastanelerin hizmet kalitesini düşürdüğü, sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacağı ve sağlık harcamalarının kontrolünün sağlanacağı ifade edilmektedir (41).

Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018; daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyaçlarının devam etmekte olduğu, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirileceği ve kademeli bir şekilde sevk zinciri uygulamasına geçileceği ifade edilmektedir (42)

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011); hastanelerimizle entegre bir sağlık sistemi ve uygun sevk zinciri oluşturabileceğimiz yeni bir yapının geliştirilmekte olduğu ifade edilmiştir (43)

## 2.3. Farklı Ülkelerdeki Sağlık Sistemleri ve Sevk Zinciri

### 2.3.1 Birleşik Krallık

Ulusal Sağlık Hizmetinde (USH) zorunlu sevk zinciri uygulaması sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kaynak verimliliğini sağlamaktadır. Genel pratisyen (GP) gerektiğinde hastasını ikinci basamak tanı ve tedavi hizmeti sunan bir sağlık kurumuna sevk eder. Kişiler kayıtlı oldukları genel pratisyen tarafından sevk edilmek koşulu ile USH kapsamında tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Hastalar Nisan 2008'den itibaren USH kapsamında sözleşme yapılan Birleşik Krallık'taki herhangi bir kamu veya özel sağlık kurumuna (hastane/dal merkezi) sevk edilebilmektedir. Bu konuda hastaların ve genel pratisyenlerinin genellikle bölgelerinde hizmet sunan bir sağlık kurumunu tercih ettiği söylenebilir. USH kapsamında ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevklerin oldukça düşük olduğu gözlenmektedir. İngiltere ve Galler'de GP/GP gruplarına Birleşik Krallık Sağlık Sistemi ayakta tanı ve tedavi amacıyla gerçekleşen başvuruların yalnızca %6'sı ikinci basamağa sevkle sonuçlanmaktadır. Her 100 kişiden 16,6'sı ise bir yıl içinde ikinci basamağa en az bir kez sevk edilmektedir. Sevk edilecek ikinci basamak sağlık kurumu tercihi ile ilgili olarak Ocak 2004'da "Seç ve Randevunu Al (Choose and Book)" uygulaması başlatılmıştır. Bu kapsamda hastalar ve genel pratisyenleri Nisan 2008'e kadar bölgelerindeki sözleşme yapılmış olan hastanelerin en yakın randevu tarihleri ve bazı hizmet kalitesi göstergelerini telefonla veya elektronik ortamda birlikte değerlendirerek hastane seçmekteydi. Bu uygulamanın kapsamı Nisan 2008'den sonra genişletilerek "Hasta Tercihi (Patient Choice)" uygulaması ile kişilere USH kapsamında sözleşme yapılmış Birleşik Krallık'taki herhangi bir hastane ya da dal merkezini tercih etme hakkı tanınmıştır. Hastalara erken dönemde hizmet sunulabilmesi için bazı klinik durumlarda yerel düzeyde tercih edebilecek kurumlara sınırlamalar getirilmiştir. Bu durumlar göğüs ağrısına acil müdahale, doğum hizmetleri ve akıl/ruh sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerdir. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile doktoru ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Her bir genel pratisyenin yılda 1.800 kayıtlı birey ile toplam 9.000 görüşme yaptığı görülmektedir (44, 45).

Birleşik Krallık'ta ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri için yapılan hasta başvurularının %85'inin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları tarafından verilen ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin ise %91'i aile hekimleri, %4'ü acil servis hizmetleri, %2'si mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar, %2'si Alo Ulusal Sağlık Hizmetleri ve kalanları ise sağlık istasyonları ile sağlık kabinlerince sunulmaktadır. Yani birinci basamakta sunulan ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin neredeyse tamamı aile hekimleri tarafından verilmektedir (44)

### **2.3.2. Hollanda**

Hollanda'da hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdür. Hastalık sigortası sisteminde acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hasta, dalında uzman olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadır. Hemen hemen bütün özel sigorta şirketleri bu kuralı uygulamaktadır. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir.

Bir aile hekimine düşen kişi sayısı ortalama 2.300'dür. Aile hekimliğinde, vakaların yarısında sorun telefon ile çözülmekte, %35'i sağlık merkezin çağrılmakta, %15'ine ev ziyareti yapılmaktadır (46, 47).

### **2.3.3. Danimarka**

Danimarka'da sağlık sigortası sistemi bütün vatandaşları kapsamaktadır. Ancak iki tip sigorta mevcuttur. Toplumun %97'sini kapsayan birinci tip sigortalılar, öncelikle kendilerine bir aile doktoru seçmek zorundadır. Aile hekimine veya aile hekiminin sevk ettiği serbest uzmana ya da hastaneye herhangi bir ücret ödemezler. Aile doktorlarını 6 aydan sonra değiştirme hakları vardır. İkinci tip sigortalılar ise aldıkları sağlık hizmetinin bir kısmını ödemektedirler. Bunların aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde bir sınırlama yoktur. Herhangi bir aile doktoruna veya diğer branşlardaki uzman hekime doğrudan başvurabilirler. Aile hekiminden sevk

zorunlulukları yoktur. Bu tür sigortalılar başvurdukları doktorun ilave ücret talebini kendileri karşılarlar. Doktor temel ücreti hizmet başına ücretlendirerek sigortadan alır.

Aile hekimi olabilmek için tıp fakültesinden sonra 6 yıl uzmanlık eğitimi almak gereklidir. Danimarka'da her aile doktoru ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. Bir aile hekimi her hasta ile yılda ortalama 6 defa buluşmaktadır. Hastaların öncelikle kendi bölgelerindeki doktorları seçmesi tercih edilmektedir. Ancak anlaşmazlık olması halinde hasta uzaktaki bir doktoru da aile doktoru olarak tercih edebilmektedir. Genellikle doktorların 2.066'dan fazla hasta kaydetmemesi öngörülse de, doktor sayısının yoğun olmadığı yani alternatif sıkıntısı çekilen yerlerde bu sınır aşılmaktadır. Birinci tip sigortalı sayısının aile doktoru başına 1.306'yı geçmesi durumunda o bölgede yeni bir aile doktorunun çalışmasına izin verilmektedir (48, 49).

#### **2.3.4. Almanya**

Ayaktan sağlık hizmetleri özel kazanç yönelimli olan hekim, diş hekimi, eczacı, fizyoterapistler, psikoterapist, diş teknisyenleri vb. serbest çalışan sağlık meslek grupları tarafından sunulmaktadır. Hastalar hekimlerini, diş hekimlerini, psikoterapistlerini ve eczanelerini seçebilirler. Diğer sağlık çalışanlarından Yasal Hastalık Sigortası (YHS) kapsamında hizmet alabilmek için sandık hekiminin sevk zorunludur.

Aile hekimlerinin %54'ü bu alanda bir uzmanlık eğitimi almıştır, %19'unun herhangi bir uzmanlığı yoktur, %18'i iç hastalıkları, %9'u ise çocuk hastalıkları uzmanıdır. 1994 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmeti verecek doktorlar için aile hekimliği uzmanlığı zorunlu hale getirilmiştir. Çocuk hekimlerine ve iç hastalıkları uzmanlarına da aile hekimi olarak çalışma olanağı verilmiş, fakat 2002 yılına kadar aile hekimliği alanında mı yoksa kendi uzmanlık alanlarında mı hizmet vereceklerini seçme zorunluluğu getirilmiştir (50).

### 2.3.5. Çek Cumhuriyeti

Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta; erişkinler için pratisyen hekimler, çocuk ve gençler için pratisyen hekimler, mobil jinekoloji hizmeti veren pratisyen hekimler ile ağız ve diş sağlığı hekimleri hastalarla temas kurmaktadır. Doktorların birinci basamak sağlık hizmeti verme lisansları Çek tıp odası tarafından kontrol edilmekte ve bölge sağlık bürolarınca onay verilmektedir. Doktorlar daha sonra sigorta fonlarıyla anlaşma imzalamaktadır. Genelde tek başlarına çalışmaktadırlar ya da birkaç doktor bir araya gelerek sağlık merkezi veya poliklinik şeklinde uzmanlık gerektiren hizmetler yanında temel sağlık hizmeti verebilmektedirler.(51, 52)

Sağlık hizmet sunumunda sevk zorunluluğu yoktur. Uzman hekimden hizmet almak kişilerin talep etmesi durumunda mümkündür. Birinci basamak ilk başvuru yeri olma özelliğini bu anlamda yitirmiştir (51).

### 2.3.6. Finlandiya

Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sağlık merkezlerinde verilir. Bu merkezler, bir veya birçok belediyeye ait olabilir. Sağlık merkezleri kâr amacı gütmeyen organizasyonlardır.

Sağlık merkezleri; ayakta ve yatarak hasta tedavisi, koruyucu tedavi, diş bakımı, ana-çocuk ve okul sağlığı, aile planlaması, fizyoterapi ve meslekî sağlık hizmeti gibi çok çeşitli alanlara hizmet vermektedir. Sağlık merkezlerinde çalışan personelin sayısı ve türü, sağlık merkezlerinin bölge nüfus ve yerel şartlarına göre farklılık gösterebilir. Personel genellikle pratisyen, bazen uzman hekim, hemşire, halk sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diş hekimi psikolog ve idari personelden oluşur (46, 53).

Hasta ilk başvurusunu sağlık merkezinde çalışan ve kendi yaşadığı bölgedeki nüfustan sorumlu bir doktora yapmak zorundadır, Finlandiya'daki sağlık merkezlerinin çoğunda doktor ve hemşireler, 1500 ile 5000 kişiyi kapsayan coğrafi alandan sorumlu bir ekip halinde çalışırlar (46).

Sigortalı hastanın, hastanede bir uzman tarafından ayakta ve yatarak tedavi görebilmesi için kendi aile hekimi tarafından sevk edilmesi gerekir. Acil durumlarda

hastalar aile hekiminin sevk etmesine gerek kalmadan doğrudan hastanenin acil bölümüne başvurabilmektedir. Özel ödemelerde doğrudan özel uzmanlara gidilebilir. Özel doktorlar da hastalarını devlet hastanelerine sevk edebilirler. Hastalar tedavi olacakları hastaneyi seçemezler (46).

### **2.3.7. İsveç**

Birinci basamak sağlık kurumları “health center” denilen sağlık merkezleridir. Toplam 1100 adet sağlık merkezi vardır. İl konsüllerince yönetilen bu sağlık merkezlerinin yaklaşık 300’ü özeldir. Sağlık merkezlerinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, jinekolog istihdam edilir. 1995 yılında çıkarılan bir yasayla sağlık merkezlerinde istihdam edilen pratisyen hekimlerin uzman olması zorunluluğu getirilmiştir. Hemşirelerin sorumluluğu içerisine sağlık merkezine gelen hastayı ilk görme ve sağlık merkezi hekimine ya da hastaneye yönlendirme yetkisi vardır. Ayrıca yaşlılar için ev ziyaretleri yaparlar. Hekimlerin denetiminde çalışırlar. Hemşirelerin bazı ilaçları, ebelerin de kontraseptifleri reçete etme yetkileri vardır. Okullardaki birinci basamak hizmetlerini belediyeler sunar. İşyerlerinde ise işyeri sağlık birimleri vardır. Genel pratisyenler ve sağlık merkezlerinin diğer sağlık personeli il konsüllerinde ücret alırlar. Hastadan ücret almazlar. Genel pratisyenin günde ortalama 15-20 hasta bakabilmesi, ayrıca genel pratisyen azlığı birinci basamaktan randevu almayı güçleştirmektedir. Doğrudan hastaneye başvuruda ise ödenecek katkı payı daha fazladır (54, 55).

### **2.3.8. Fransa**

Fransa sağlık sisteminde 2006 yılında düzenlemeler yapılmış ve sevk zinciri uygulamasına geçilmiştir. Kişiler bir aile hekimine kayıt olarak düzenli sağlık hizmeti alırlar. İlk başvuru aile hekimine yapılır, aile hekimi gerekli görürse hastasını uzman hekime sevk eder. Göz hastalıkları ve jinekoloji alanları sevk zincirine dahil değildir ve hastalar bu bölümlere doğrudan başvuru yapabilirler. Aile doktoru seçmemiş ya da aile doktorundan geçmeyenler "eşgüdüksüz hizmet"lere ait uygulamaya tabi olurlar ve kendilerine geri ödeme daha az olur. Sigortalı, aile doktorunu seçmekte ve istediği

anda değiştirmekte serbesttir. Bu seğim 16 yaşından büyükler için geğerlidir. Kişi, sevk edileceği hekimini de seçmekte serbest olup aile doktoru bu konuda öneride bulunur.

Hastaneye sevksiz dışarıdan her başvuruda 1 Euro katkı payı ödenir. 1 Ocak 2005'ten beri ek sağlık sigortalarının yaptığı "sorumluluk sözleşmeleri"ne göre, kişilerin sigortaları her başvuru için denen 1 Euro'luk katkı payını, sevk zinciri dışında alınan hizmetleri ödememektedir. demekle zorunlu oldukları hizmetler; aile doktorunun vizitesi ve sevk ettiği "ilgili hekim"in vizitesi, aile doktoru tarafından yazılan ilaçların %30-65'ini, aile doktoru ya da sevk edildiği doktorun yaptırdığı tetkiklerin %35'i, iki koruyucu hizmet bedeli olarak belirlenmiştir (56).

### **2.3.9. Kanada**

Sağlık sistemi, birinci basamak sağlık hizmetleri odaklıdır. Ülkedeki hekimlerin %51'ini genel pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Kanada'da, devletin hekimleri istihdam ettiği sosyalleşmiş bir sağlık sistemi yoktur. Hekimlerin çoğu özerk ve özel hekimlerdir, bağımsız ya da grup olarak ęalıřmaktadırlar. Özel hekimlere genellikle hizmet başı ödeme yapılmakta ve sundukları hizmetlerin ücretleri eyalet sağlık sigortası planlarına göre ödenmektedir.

Hastanelerin %95'inden fazlasında yönetim kurulları, gönüllü örgütler ya da belediyelerce işletilen, kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Birinci basamakta genel pratisyenler (aile hekimleri), liste yöntemi ile ęalıřmaktadır. İnsanlar aile hekimlerini seğerken uzun süreli grşebilecekleri, iletişim kurabilecekleri hekimleri tercih etmektedir. Kanadalılar sağlık hizmetine ihtiyağ duyduklarında genelde bir sağlık hizmetleri ekibi olan, aile hekimini, hemşire, hemşire pratisyen, psikoterapist ve eczacıdan oluşan birinci basamak sağlık hizmetleri profesyonelleri ile temas kurmaktadır. Bu ekip yaklaşımını yanında tıbbi telefon ęaęrı merkezleriyle danışmanlık hizmetleri verilmektedir (57).

### 2.3.10. Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de basamaklara ayrılmış bir sağlık hizmeti ve sevk zinciri yoktur. Sağlık sigortası olan hastalar kendi seçimlerine göre istedikleri bir kurumdan sağlık hizmeti alabilmektedirler.

Sayıları yetersiz olan birinci basamaktaki hekimler, pratisyen hekimler pek talep görmemektedir. Birinci basamaktakilere “Genelciler” denmekte ve genel pratisyenler, aile hekimleri yanında genel iç hastalıkları uzmanları ve genel pediatri uzmanları bu gruba girmektedir. Genelciler toplam doktorların 1/3’ünü kapsamaktadır. Bu oran Kanada ve pek çok Avrupa ülkesinde 2/3 ve üzerinde pratisyen hekimler lehinedir. ABD sağlık hizmetinin genel piramidine bakıldığı zaman, 1. basamağın yer aldığı alt kısmın genel eğilimin tersine dar olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü basamakta yer alan uzmanlaşmış hekim sayısı ise daha fazladır. Haliyle sağlık şemasının ikinci ve üçüncü basamak olması gerekenden daha şişkindir. Bu da sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olmasının nedenlerindedir (58, 59).

ABD’de birinci basamağa yönelik hasta memnuniyeti azalmaktadır, hekimlerin çoğunluğu da amaç belirsizliği, geri ödemelerin yetersizliği nedeniyle pek memnun değildir ve birinci basamakta çalışmayı giderek daha az hekim tercih eder olmuştur. Hekimler iş yüklerinin çok fazla oldukları düşüncesindedir, iş tanımlarının içeriği genişletilmiştir. Geri ödeme sistemi hizmet kalitesinden çok, hizmet miktarına bağlanmıştır ki bu durum hekimleri hastalarına daha az süre ayırmaya yöneltmektedir. Hasta memnuniyetsizliğinin bir sebebi de budur. Aile hekimleri ortalama 2500 kişilik nüfustan sorumludur (54).

### 2.3.11. Küba

Küba’da aile hekimliği sistemi vardır. Aile hekimi başına düşen ortalama nüfus yaklaşık 500’dür. Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile doktorlarına, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile doktorları bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile doktorları toplum ile iç içe çalışmaktadır. Halk doğrudan hastanelere başvurma hakkına sahip olmasına rağmen başvuruların çoğu aile doktorlarına olmaktadır (60).



### 2.3.12. Japonya

Japonya'da birinci basamak ile bütünleşmiş bir sağlık sistemi söz konusu olmayıp, sevk zorunluluğu olmadığı için her hangi bir hasta doğrudan üçüncü basamak hastanelere başvurabilmektedirler (61).

Bir Japon vatandaşı yılda ortalama 14 defa doktora gider. Hekime gitmek istedikleri günde muayene olabilmektedirler. Sigorta hizmeti sunucuları rekabet etmezler. Hepsi aynı hizmetleri ve ilaçları aynı fiyattan sağlarlar. Hastalar istedikleri sunucuyu, doktorlar da istedikleri prosedürleri, testleri ve ilaç tedavilerini hastaları için seçebilmektedir (62).

Japon hükümeti tüm tıp kurumlarına olan serbest erişimi, küçük semptomları olan hastaların büyük hastaneleri meşgul etmemesi için bir miktar sınırlamıştır. Bu kapsamda aile hekimleri tarafından yönlendirilmeyen kişilerin doğrudan hastaneye başvurduklarında ödedikleri ücretler arttırılmıştır. Hükümet, hastanelere de bazı inisiyatifler tanımıştır. Hastanelere başvuruların %30'undan fazlası sevk yolu ile gelen hastalar ise, hastaneler hükümetten ek ödenekler alabilmektedir. Ayrıca hükümet, büyük hastanelerin hastalarını aile hekimlerine yönlendirilmesini sağlayan bir ters referans sistemini de uygulamaktadır (63).

### 2.3.13. Güney Kore

Kapı tutucu ve sevk zinciri olmadığından hastalar farklı basamaklarda değişik hekimler arasında seçme özgürlüğüne sahiptir ve hem hizmet sunanlar hem de hizmeti kullananlar sağaltım hizmetlerini koruyucu hizmetlere, uzman bakımını birincil sağlık hizmetlerine yeğlemektedir. Özellikle hastaneler tercih edildiği için ayaktan ve yatarak bakım klinikleri kalabalıktır.

Güney Kore'de birincil sağlık hizmetleri kavramı pek bulunmamakta, hatta çoğu Koreli ve bazı sağlık bürokratlarınca yoksullar için düşük nitelikli hizmet olarak algılanmaktadır (64). Kore halkı hafif hastalık ve basit yaralanmalarda dahi büyük hastaneleri tercih etmektedir (65). Sevk zinciri ve kapı tutucu olmaması nedeni ile basit hastalıklar daha yüksek eder karşılığı sağaltılmaktadır. Bireyler kliniklerde uzman ya

da genel pratisyenleri seçebilmektedir. Aralarında kesin bir işlevsel farklılık olmadığı için klinik ve hastaneler arasında eşgüdünden çok rekabet bulunmaktadır (64).

#### **2.3.14. Yeni Zelanda**

Birinci basamak sağlık hizmetleri, “Primary Health Organizations (PHO)” denilen sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır. Burada genel pratisyenler (aile hekimleri) hizmet karşılığı ödeme yöntemiyle görev yapmaktadır. Aile hekimleri kamu hastanelerine yapılan sevkleri gerçekleştirir, laboratuvar testleri, fizyoterapi ve tanısal görüntülemeler gibi hizmetlerin ilk basamağını oluşturur.

Yeni Zelanda’da 1938’den beri vergilerle yürütülen bir kamu sağlık sistemi vardır. Çoğu hastane hizmetleri devletin sahip olduğu hastanelerde ücretsiz olarak verilmektedir. Bir dizi küçük özel hastane de mevcuttur. Bunlar genelde yaşlılar için uzun dönemli hizmetler vermekte ve insanların masraflarını kendilerinin karşıladıkları elektif cerrahi müdahaleler yapmaktadır. Kamu hastanelerinde görev yapan uzman hekimlerin çoğu, ayrıca verdikleri hizmetlerden ücret almak kaydıyla yarı zamanlı şekilde özel konsültanlar olarak da çalışmaktadır (66).

#### **2.3.15. Sierra Leone**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda üç aşamalı bir yapı vardır. Periferik sağlık birimleri temel sağlık hizmetlerini sağlamakta, bölge hastaneleri ve bölgelerdeki özel hastaneler ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Üçüncü basamağı ise başkentte ve bölgesel düzeydeki referans hastaneleri oluşturmaktadır. Farklı basamaklar arasında tanımlanmış bir sevk zinciri olmadığından referans hastaneler genellikle yakın bölgede yaşayanlara hizmet vermektedir.

Sağlık birimlerine yılda kişi başı başvuru oranı 0.5 ile uluslararası standartların çok altındadır. Resmi sağlık kurumlarının kullanımının düşük olmasında ücret, kalite ve coğrafi olarak ulaşılabilirlik etkenleri gösterilmektedir (67).

### **2.3.16. Bulgaristan**

Birinci basamak sağlık hizmetleri özel olarak ya da grup pratiğiyle çalışan genel pratisyenler ve ayakta tedavi hizmeti sunan departmanlarınca verilmektedir, kişiler bunlardan istediğini seçebilmektedir. 1999 yılında başlayan reform süreci ile birlikte sağlıkta sevk sistemi uygulamasına geçilmiştir. Genel pratisyenlerin kapı tutucu fonksiyonları vardır; gerektiğinde yataklı tedavi kurumlarında ya da ayakta tedavi sağlayan kurumlarda görev yapan uzman hekimlere sevk ederler. Uzman muayenelerinde asgari ücretin %2'si kadar katkı payı alınır. Uzman hekime sevk almadan giden hastalar, tüm giderleri cepten karşırlar. Çocuklar ve gebeler ise doğrudan ocuk ve jinekoloji uzmanlarına gidebilirler. Sevk oranları düşüktür, sevk oranları yüksek olan hekimlere negatif performans uygulamasıyla, ücret kesintisi yapılır (54, 68)

## **2.4. Ülkemizde Sevk Zinciri ile İlgili Mevzuat**

### **2.4.1 Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**

Ülkemizde sağlık ocağı döneminde sevk zinciri, o dönemde yürürlükte olan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin 99. Maddesi ile düzenlenmişti. Bu yönergede tedavi edici hizmetler açısından sağlık ocaklarının görevi; başvuran hastaları muayene ederek hastalıklarını teşhis edip tedavi etmek, tanı ve tedavisi ocak koşullarında mümkün olmayanları da bir üst basamak olan hastanelere sevk etmek olarak tanımlanmıştır. Sağlık ocağında tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların, genellikle ikinci basamak olarak kabul edilen sağlık merkezi ya da devlet hastanelerine sevk edilmeleri gerektiği belirtilmiş ancak, tanısı açıkça belli olan hastalar, o yılın bütçe uygulama talimatı da dikkate alınarak, doğrudan üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan özel dal hastanelerine (onkoloji hastanesi, akıl hastalıkları hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, doğumevi gibi) ya da eğitim hastanelerine sevk edilebilecekleri belirtilmiştir (29).

Yönergede; "Sevk edilen her hasta için bir Form 019 doldurup hastaya teslim edilir. Bu form üç parçadan (A, B, C) oluşmaktadır. Sevk edilen hastaya (resmi

hastalar dahil) bu formun B ve C parçaları verilir. Sevk edilen kuruluş (hastane) B parçasını alır, C parçasının tarih, bulgu, tanı, sonuç ve diğer bölümlerini doldurarak en kısa zamanda sağlık ocağına, ya hastanın kendisi ile ya da diğer yollarla gönderir. Sağlık ocağı hekimi geri gelen parçayı inceler ve hastanın kişisel sağlık fişine işler.

Hastanelere başvuran hastalara 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3 üncü maddesinin (d) bendine göre işlem yapılır. Bu cümleden olarak sağlık kurum ve kuruluşları kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar. Bu miktar "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine göre Sağlık Bakanlığı'na belirlenir" ifadeleri ile sevk zincirinin işleyişi düzenlenmiştir (29).

#### **2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**

5/1/1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un, sağlık hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili 13. Maddesi "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevki gereken acil vakaları hastaneye yollarlar. Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları -kendi yetkileri dahilinde olan müdahaleyi uyguladıktan sonra gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya uzman müdahalesini gerektiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir." şeklindedir.

14. Madde de ise; "...Acil vakalar hariç, sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenlerin ücrete tâbi oldukları " belirtilmiştir (69).

### **2.4.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**

31/5/2006 tarihli, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 70. Maddesi; "Bu kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılır. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasında sevk zinciri; tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınmak suretiyle tüm yurtda veya il ya da ilçe bazında Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak kurum tarafından belirlenir. Aile hekimleri birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer alır. Kurumca sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır. (Ek cümle: 17/1/2012-6270/10 Md.) 60'ncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) ve (3) numaralı alt bentlerinde sayılanlar ile aynı maddenin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların, kurumla sözleşmeli üniversite ve istisnai hallerde özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edebilme koşulları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar kurum tarafından belirlenir." şeklindedir (70).

### **2.4.4. Aile Hekimliği Kanunu**

24/11/2004 tarihli, 5258 sayılı, Aile Hekimliği Kanunu 5. Maddesinde; "...Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevk olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır." ifadesi yer almaktadır (71).

Kanunun ilk halinde "...Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılacağı belirtilmiştir." ifadesi yer almakta idi. Bu ifade 7 Kasım 2008 tarihli, 2008/63 sayılı Anayasa Mahkemesi kararı ile iptal edilmiştir. Anayasa Mahkemesinin ilgili kararının incelemesinde "Aile hekiminin sevk oranı ile kendisine yapılacak ödeme tutarı arasında bağlantı kuran dava konusu düzenleme, ihtiyacı olan kişilerin sağlık

hizmetlerine ulaşmalarını ve bu hizmetlerden gereği gibi yararlanmalarını güçleştirecek öte yandan devletin kişilerin yaşamını ruh ve beden sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamak görevini gereği gibi yerine getirmesini zorlaştıracak nitelikte bir düzenleme olduğundan Anayasa'ya aykırılık oluşturmaktadır.” ifadesi yer almaktadır (72).

#### **2.4.5. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**

29 Eylül 2008 tarihli, 27012 (Mükerrer) sayılı resmi gazetede yayınlanan; “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nin Sağlık hizmeti sunucularına müracaatı düzenleyen 3. Maddesi 2. fıkrasında; “Aile hekimliğine geçilen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki “Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesi”nde (Bayburt, Isparta, Gümüşhane, Denizli) belirtilen illerde 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine yapılması zorunludur. Acil haller dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderler kurumca ödenmez. Acil hal nedeniyle aile hekimliğinden sevk alınmaksızın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatlara ilişkin giderlerin ödenebilmesi için acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve kurumca kabul edilmesi şarttır. SUT eki EK-4 listesinde belirtilen iller (Bayburt, Isparta, Gümüşhane, Denizli) dışındaki sağlık kurumundan yapılan sevklerde ayrıca aile hekimliği sevk belgesi aranmaz.” şeklindedir. Aynı maddenin 3. Fıkrasında; “1 Ocak 2009 tarihinden itibaren aile hekimliğine geçilen tüm illerde sevk zinciri uygulanacaktır.” ifadesi yer almaktadır.

Tebliğin 6. maddesinde katılım payı alınacak hizmetler;

“6.1. Ayakta bakımda hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz.

Katılım payı;

İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında..... 3 TL,

Eğitim ve araştırma hastanelerinde ..... 4 TL,

Üniversite hastanelerinde.....6 TL,

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında ..... 10 TL,  
olarak uygulanır.” şeklinde belirtilmiştir (73).

#### **2.4.6. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ**

“2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nde yer alan Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesinde yer alan Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli illeri dışında kalan öbür aile hekimliğine geçilen illerde sevk zinciri uygulamasına 1 Ocak 2009 tarihinde başlanacak hükmü 31 Aralık 2008’de 27097 sayılı 7. Mükerrer resmi gazetede yayınlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” ile değiştirilerek 1 Temmuz 2009’a ertelenmiştir (74).

#### **2.4.7. 30 Haziran 2009 tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genelgesi**

30 Haziran 2009 tarihli 2009/85 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Politikalarını Geliştirme Ve Mevzuat Daire Başkanlığı genelgesi ile 01 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu uygulaması ve dolayısıyla sevk zinciri uygulanacak illerin duyurulması hususları ertelenmiştir. Söz konusu genelgede; “...Sağlık Bakanlığı’nın 06/5/2009 tarih, 13530 sayılı yazısında özetle; halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu, 2010 yılı sonuna kadar bütün ülkede uygulamanın başlatılmasının planlandığı, mevcut durumda ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkânsız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelenmesi talep edilmektedir.

Sağlık Bakanlığının görüşleri de dikkate alınmak suretiyle kurumumuzca yapılan değerlendirme neticesinde, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu uygulaması ve dolayısıyla sevk zinciri uygulanacak illerin duyurulması hususları ertelenmiştir.” ifadeleri yer almaktadır (75)

#### **2.4.8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği**

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen 4. Maddesinde; “Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirim yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.” ve “İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.” ifadeleri yer almaktadır (76).

Sevk evrakı, reçete düzenlenmesi ve aile hekiminin bilgilendirilmesini düzenleyen 28. Maddesinde; “Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.

Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir.

Aile hekimi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.” ifadeleri yer almaktadır (76).

Devlet planlamalarında mevcut olan sevk zinciri hakkındaki görüşlere odaklanmış ülkemizde herhangi bir araştırma mevcut değildir. Sevk zinciri özelindeki bu çalışma konuya ışık tutacak ve getirilmesi muhtemel düzenlemelere katkı



sağlayacaktır. Araştırmamız Trabzon'da toplum ve hekimlerin sağlıkta sevk sistemi hakkında görüşlerinin ortaya konması ve değerlendirilmesi amacıyla planlanmaktadır. Orta ve uzun vadede ise ülkemizde sevk sistemi ile ilgili yapılacak düzenlemelere dair bilgi kaynağı oluşturmak hedeflenmektedir. Ülkemizde uygulanması planlanan sevk sistemi ile ilgili olası eksikliklerin belirlenerek, sağlıkta sevk zinciri uygulaması ile ilgili önerilerde bulunularak yapılacak düzenlemelere katkı sağlanacaktır.



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Haziran 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında Trabzon ilinde gerçekleştirilmiştir.

#### 3.1. Araştırma Tipi

Araştırma nicel ve nitel kısımları olan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Nitel araştırma, gözlem görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanır. Başka bir deyişle nitel araştırma, kuram oluşturmayı temel alan bir anlayışla sosyal olguları bağlı buldukları çevre içerisinde araştırmayı ve anlamayı ön plana alan bir yaklaşımdır (77).

Nitel araştırma, bireylerin yaşamlarındaki rutin ve problematik anları ve anlamları tanımlayan çalışmaları ve çeşitli ampirik materyal setini-vaka incelemesi, kişisel deneyim, içebakış, yaşam öyküsü, görüşme, gözlemsel, tarihsel ve görsel metinler içermektedir. Nitel araştırmalarda yaygın kullanıma sahip teknikler, katılımlı gözlem ve görüşmedir (78).

Nitel araştırmada bireysel görüşme- mülakat, grup görüşmesi, gözlem olmak üzere üç veri toplama yaklaşımı vardır. Çalışmamızda bireysel görüşme yaklaşımı kullanılmıştır. Bireysel görüşme yöntemi ile veri toplama da kendi arasında; yapılandırılmış görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşmeler ve yapılandırılmamış görüşmeler olmak üzere üçe ayrılır. Çalışmamızda yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, sahip olduğu belli düzeydeki standartlığı ve esnekliği nedeniyle, yazmaya ve doldurmaya dayalı testler ve anketlerdeki sınırlılığı ortadan kaldırması ve belirli bir konuda derinlemesine bilgi edinmeye yardımcı olması nedeniyle araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ne tam yapılandırılmış görüşmeler kadar katı, ne de yapılandırılmamış görüşmeler kadar esnektir, iki uç arasında yer almaktadır.

Çalışmanın niteliksel kısmı fenomenolojik (olgu bilim) araştırma deseninde kurgulanmıştır. Bu tasarımın tercih edilmesinin nedeni fenomenolojik çalışmaların farkında olunan ama hakkında derin ve ayrıntılı bir bilgiye sahip olunmayan olguların anlaşılması ve araştırılması için uygun bir zemin oluşturmasıdır. Fenomenolojik araştırmaların temel amacı bir olgu hakkında insanların öznel yaşantılarını, bir diğer ifade ile esas deneyimlerini anlamaya çalışmaktır. Bu nedenle de veri kaynaklarını araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışa vurabilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplar oluşturur. Olgu bilim araştırmalarında başlıca veri toplama aracı görüşmedir. Olgu bilim araştırmaları nitel araştırmanın doğasına uygun olarak kesin ve genellenebilir sonuçlar ortaya koyamayabilir ancak bir olguyu daha iyi tanımamıza ve anlamamıza yardımcı olacak sonuçlar sağlayacak örnekler, açıklamalar ve yaşantılar ortaya koyabilir. Bu yönüyle hem bilimsel literatüre hem de uygulamaya yönelik önemli katkılar getirebilir (77).

Çalışmanın nitel kısmında, araştırma konusunu derinlemesine aydınlatabilmesi amaçlanmış, bu nedenle örnekleme tekniklerinden “maksimum çeşitlilik” ve ölçüt örnekleme yöntemleri uygulanmıştır.

Maksimum çeşitlilik tekniğinin amacı küçük bir örnek grup aracılığı ile çalışılan probleme taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini gerçeğe en yakın düzeyde yansıtabilmektir. Maksimum çeşitliliğe dayalı bir örnekleme oluşturmada hedef, genelleme yapmak için bu çeşitliliği sağlamak değildir. Tam aksine çeşitlilik gösteren durumlar arasında herhangi ortak ya da paylaşılan olguların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır (77).

Ölçüt örnekleme yöntemindeki temel anlayış önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan durumların çalışılmasıdır. Burada sözü edilen ölçüt veya ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabilir ya da daha önce hazırlanmış bir ölçüt listesi kullanılabilir (77).

### 3.2. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini Trabzon'da görev yapan tüm aile hekimleri, devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde poliklinik hizmeti veren tüm uzman hekimler ve Trabzon'da ikamet eden 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır.

### 3.3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Araştırmanın nicel kısmında; Trabzon'da görev yapan 243 aile hekiminin tümüne ulaşılmaya çalışılmış, 199 aile hekimine veri formu uygulanmıştır. Trabzon'da poliklinik hizmeti veren 248 hekimin tümüne ulaşılmaya çalışılmış ve 179 uzman hekime veri formu uygulanmıştır.

Trabzon'da ikamet eden 18 yaş ve üzeri 586910 kişiden %95 güven aralığında ve %50 prevalans ile örneklem büyüklüğü OpenEpi 3.01 versiyon sonucuna göre 384 olarak belirlenmiş ve 384 kişiye toplum anket formu uygulanmıştır. Trabzon ili, ilçelerine göre tabakalandırılmış ve ilçelerindeki 18 yaş ve üzeri nüfusa göre ağırlıklandırılmıştır. Bu kapsamda Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Trabzon'un ilçelerindeki 18 yaş ve üzeri nüfusları ve ilçelerden seçilen kişi sayıları; Ortahisar ilçesinde 244076 kişiden 160, Akçaabat ilçesinde 89673 kişiden 59, Araklı ilçesinde 33052 kişiden 22, Of ilçesinde 30638 kişiden 20, Yomra ilçesinde 27267 kişiden 18, Arsin ilçesinde 20381 kişiden 14, Sürmene ilçesinde 19723 kişiden 13, Maçka ilçesinde 18836 kişiden 13, Beşikdüzü ilçesinde 17381 kişiden 12, Tonya ilçesinde 11430 kişiden 8, Çarşıbaşı ilçesinde 11425 kişiden 8, Düzköy ilçesinde 10450 kişiden 7, Çaykara ilçesinde 10255 kişiden 7, Şalpazarı ilçesinde 9158 kişiden 6, Hayrat ilçesinde 5591 kişiden 4 ve Köprübaşı ilçesinde 3646 kişiden 3'tür.

Araştırmanın nitel kısmında görüşmeye katılmayı kabul eden aile hekimleri ve uzman hekimler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nitel kısımda nitel araştırmalarda kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Aile hekimleri için niteliksel görüşme ölçütleri; sevk zincirini desteklemek, sevk zincirini desteklememek, aile hekimi uzmanı olmak, pratisyen aile hekimi olmak, il merkezinde çalışmak, devlet hastanesi olmayan bir ilçede çalışmak, tek aile sağlığı

biriminde çalışmak, aile sağlığı merkezinde çalışmak, aile hekimliğinde 1 yıldan daha kısa süre çalışıyor olmak, aile hekimliğinde 5 yıldan uzun süredir çalışıyor olmak, entegre ilçe devlet hastanesinde çalışıyor olmak, daha önce sağlık yöneticiliği yapmış olmak, daha önce sağlık yöneticiliği yapmamış olmak, yeni açılan bir aile sağlığı biriminde çalışıyor olmak, 4000 nüfus üzerinde bir aile sağlığı biriminde çalışıyor olmaktadır.

Uzman hekimler için niteliksel görüşme ölçütleri; farklı uzmanlık alanlarında çalışıyor olmak, devlet hastanesinde çalışıyor olmak, eğitim araştırma hastanesinde çalışıyor olmak, sevk zincirini desteklemek, sevk zincirini desteklememek, merkez ilçede çalışıyor olmak, perifer ilçede çalışıyor olmaktadır.

### **3.4. Verilerin Nasıl Toplandığı**

Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Trabzon'daki tüm aile sağlığı merkezleri ve birimlerini kapsayan araştırma izni alınmıştır.

Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne başvuru yapılmış, bu kapsamda ildeki tüm devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri başhekimliklerinden uygunluk yazıları istenmiştir. Araştırmaya Araklı Bayram Halil İlçe Devlet Hastanesi (DH) hariç tüm hastaneler olumlu yanıt vermiştir.

Trabzon Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Vakfikebir Devlet Hastanesi, Sürmene Devlet Hastanesi, Of Devlet Hastanesi, Maçka Ömer Burhanoğlu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp Damar ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tonya Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi, Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde araştırmanın yapılması iznini içeren protokol imzalanmıştır.

Araştırmanın nicel kısmı için aile hekimlerine çalıştıkları aile sağlığı birimlerinde ulaşılmış, araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Sözlü onamı alınan aile hekimlerine veri formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Uzman hekimlerin çalıştıkları hastanelerde ilgili hastane yöneticisi

bilgilendirilmiş, uzman hekimlere çalıştıkları polikliniklerde ve doktor dinlenme odalarında ulaşılmış, sözlü onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uzman hekim veri formu uygulanmıştır. Toplum veri formlarının uygulanması için anketörlük hizmeti alınmıştır. 3 anketöre çalışma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş, veri formları tanıtılmış ve sahada anket uygulaması ile ilgili eğitim verilmiştir. Anketörler katılımcılara kendilerini tanıtmış, çalışma ile ilgili bilgiler vermiş ve sözlü onamlarını alarak veri formunu uygulamıştır. Anketörler çalışmanın etik kurul ve kurum izinlerini yanlarında bulundurmuş ve isteyen katılımcılara göstermiştir. Katılımcılara evlerinde ulaşılmıştır.

Araştırmanın nitel kısmında görüşmeye katılmayı kabul eden, aile hekimleri ve uzman hekimlerden randevu alınmış, mesai saatleri dışında; aile hekimleriyle görev yaptıkları aile sağlığı birimlerinde, uzman hekimler ile görev yaptıkları polikliniklerinde derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 40 dakika ile 65 dakika arasında sürmüştür. Sessiz ve uygun ortamlarda yapılan görüşmelerde aile hekimlerinin kimlik bilgileri alınmaksızın ses kayıtları yapılmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

### **3.5. Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri**

Elde edilen veriler SPSS Statistical Package® 23.0 (Karadeniz Teknik Üniversitesi lisanslıdır) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde; ölçümle elde edilen veriler ortalama ve standart sapma ya da ortanca ile minimum, maximum ve ortalamanın %95 güven aralığı ile ifade edilmiştir. Sayımla elde edilen verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

### **3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

#### **3.6.1 Aile Hekimleri**

Araştırmaya Trabzon ilinde fiilen bir aile sağlığı biriminde aile hekimi olarak görev yapmakta olan hekimler dahil edilmiştir.

### **3.6.2. Uzman Hekimler**

Araştırmaya Trabzon ilinde uzman doktor olarak ile görev yapmakta olan ve poliklinik hizmeti vermekte olan uzman hekimler dahil edilmiştir.

### **3.6.3. Toplum**

Araştırmaya Trabzon ilinde ikamet etmekte olan 18 yaş ve üzerindeki kişiler dahil edilmiştir.

### **3.7. Etik Konular**

Çalışmanın etik kurul izni, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakóltesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 23/05/2016 tarih ve 242378859-325 sayısıyla alınmıştır. Çalışma, KTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Tıpta Uzmanlık İçin Lisans Üstü Tez Projesi (BAP06) Destek Programı tarafından desteklenmiştir (Proje No: TTU-2017-6851).

Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonu'nun 04.05.2017 tarihli ve 2017/4 sayılı kararı ile Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır.

Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bilimsel Çalışma Değerlendirme İnceleme Komisyonu'nun 19.06.2017 tarihli ve 2017/10 sayılı kararı ile Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile araştırma izinleri işbirliği protokolü imzalanmıştır.

## 4. BULGULAR

Araştırmaya 199 aile hekimi, 179 uzman hekim ve toplumu temsil eden 384 kişi katılmıştır.

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

#### 4.1.1. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimler

Aile hekimlerinin ve uzman hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	129	64,8	132	73,7
Kadın	70	35,2	47	26,3
<b>Yaş (Ortalama±SS)</b>	48,35±5,93		44,64±8,80	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	187	94,0	163	91,0
Bekâr	12	6,0	16	9,0
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>				
Evet	185	93,0	159	10,2
Hayır	14	7,0	18	89,8
<b>Çocuk Sayısı</b>				
Ortanca (Min-Max)	2(1-4)		2(1-3)	
<b>Gelir (TL) (Ortalama±SS)</b>	7736±2171		9487±1585	



Araştırmanın nitel kısmında görüşme gerçekleştirilen hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur;

**Tablo 2.** Nitel Görüşme Gerçekleştirilen Aile hekimleri ve Uzman Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Erkek</b>	7	70,0	8	66,7
<b>Kadın</b>	3	30,0	4	33,3
<b>Medeni Durum</b>				
<b>Evli</b>	8		10	83,3
<b>Bekâr</b>	2		2	16,7
<b>Yaş</b>	42±9,15		36,75±3,31	
<b>Aile Hekimi / Uzman Hekim</b>				
<b>Olarak Çalışma Yılı</b>	5±3,05		5,58±3,26	
<b>Meslekte Toplam Çalışma Yılı</b>	16,85±9,48		13,67±3,55	

#### 4.1.2. Toplum

Toplumun sosyodemografik ve kişisel özellikleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Toplumun Sosyodemografik ve Kişisel Özellikleri

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	215	56
<b>Erkek</b>	169	44
<b>Yaş (Ortalama±SS)</b>	40,24±14,72	
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	246	64,4
<b>Bekâr</b>	136	35,6
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>		
<b>Evet</b>	242	63,2
<b>Hayır</b>	141	36,8
<b>Çocuk Sayısı</b>		
<b>Ortanca (Min-Max)</b>	2 (1-7)	
<b>Eğitim Durumu</b>		
<b>Okur-Yazar Değil</b>	4	1,0
<b>Okur-Yazar</b>	17	4,4
<b>İlkokul Mezunu</b>	47	12,2
<b>Ortaokul Mezunu</b>	24	6,3
<b>Lise Mezunu</b>	168	43,8
<b>Yüksek Okul/Üniversite Mezunu</b>	124	32,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
<b>Çalışıyor</b>	227	59,1
<b>Çalışmıyor</b>	157	40,9
<b>Hanehalkı Geliri (Ortalama±SS)</b>	4047±2209 TL	
<b>Sağlık Sigortası</b>		
<b>Sigorta Yok</b>	8	2,1
<b>Sigorta Var</b>	373	97,9
<b>Sigorta Çeşitleri</b>		
<b>SSK</b>	177	46,7
<b>Bağ-Kur</b>	38	10,2
<b>Emekli Sandığı</b>	146	39,2
<b>Özel Sağlık Sigortası</b>	11	3,0
<b>Kronik Hastalık</b>		
<b>Var</b>	112	29,7
<b>Yok</b>	265	70,3
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>		
<b>Var</b>	78	20,6
<b>Yok</b>	299	79,4

## 4.2. Meslek ve İş ile İlgili Özellikler

### 4.2.1. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimler

Aile hekimleri ve uzman hekimlerin meslek öyküleri Tablo 4'te sunulmuştur.

**Tablo 4.** Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Meslek Öyküleri

Özellik	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
<b>Aile Hekimi/Uzman Hekim Olarak</b>				
<b>Çalışma Süresi (Yıl)</b>				
Ortanca (Min-Max)	8 (1-8)		8 (1-33)	
<b>Hekim Olarak Toplam Çalışma</b>				
<b>Süresi (Yıl)</b>				
Ortanca (Min-Max)	24 (2-36)		18 (7-39)	
<b>Sağlık Ocağında Görev Yapma</b>				
Hayır	12	6,0	55	31,1
Evet	187	94,0	122	68,9
<b>Sağlık Yöneticiliği Yapma</b>				
Hayır	85	42,7	119	71,3
Evet	114	57,3	48	28,7
<b>Sağlık Yöneticiliği Görevi</b>				
Sağlık Grup Başkanı	70	61,4	17	35,4
TSM Başkanı	15	13,2	3	6,3
Başhekim	17	14,9	24	50,0
Başhekim Yardımcısı	16	14,0	12	25,0
Müdür Yardımcısı	12	10,5	0	0,0
Şube Müdürü	12	10,5	2	4,2

Uzman hekimlerin uzmanlık dallarına göre dağılımları Tablo 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Uzman Hekimlerin Uzmanlık Dallarına Göre Dağılımları

Uzmanlık Dalı	n	%
Ortopedi ve Travmatoloji	17	9,5
Genel Cerrahi	17	9,5
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	14	7,8
İç Hastalıkları	14	7,8
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	14	7,8
Nöroloji	12	6,7
Kardiyoloji	11	6,1
Göğüs Hastalıkları	10	5,6
Göz Hastalıkları	10	5,6
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	9	5,0
Deri ve Zührevi Hastalıkları	8	4,5
Üroloji	8	4,5
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	6	3,4
Kalp ve Damar Cerrahisi	5	2,8
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	5	2,8
Çocuk Cerrahisi	3	1,7
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	3	1,7
Göğüs Cerrahisi	3	1,7

Araştırmanın nitel kısmında görüşme yapılan uzman hekimlerin, uzmanlık dalları sırası ile şu şekildedir;

1. Ruh sağlığı ve Hastalıkları
2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
3. Kadın Hastalıkları ve Doğum
4. Deri ve Zührevi Hastalıkları
5. Göz Hastalıkları
6. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
7. İç Hastalıkları
8. Kardiyoloji
9. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

10. Ortopedi ve Travmatoloji

11. Göğüs Hastalıkları

12. Genel Cerrahi

#### **4.2.2. Toplumun Meslek ve İş İle İlgili Özellikleri**

Çalışmaya katılan toplumun mesleklere göre dağılımları Tablo 6'da sunulmuştur.



**Tablo 6.** Toplumun Mesleklere Göre Dağılımları

<b>Meslekler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Öğrenci	56	14,6
Öğretmen	36	9,4
Mühendis	30	7,8
İşletme/İktisat/Maliye	26	6,8
Memur	13	3,4
Esnaf	9	2,3
Şoför	6	1,6
Hemşire/Paramedik/Ebe/Sağlık Memuru/ATT	6	1,6
Teknisyen	6	1,6
Tekniker	4	1,0
Özel Güvenlik Görevlisi	4	1,0
Hekim	3	0,8
Eczacı Kalfası	3	0,8
Mimar	3	0,8
Emekli	2	0,5
Bankacı	2	0,5
Optisyen	2	0,5
Öğretim Üyesi	2	0,5
Kuaför	1	0,3
Eczacı	1	0,3
Temizlik Personeli	1	0,3
Kasap	1	0,3
Sigortacı	1	0,3
Sosyolog	1	0,3
Belediye İşçisi	1	0,3
İtfaiyeci	1	0,3
Polis	1	0,3
Sosyal İncelemeci	1	0,3
İnşaat Ustası	1	0,3
Tente Ustası	1	0,3
Marangoz	1	0,3
Avukat	1	0,3
Biyolog	1	0,3

Toplumun yaptıkları işlere göre dağılımları Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Toplumun Yaptıkları İşe Göre Dağılımları

<b>Yapılan İş</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Esnaf	42	10,9
Öğretmen	35	9,1
Emekli	30	7,8
Mühendis	20	5,2
İşletmeci/Maliyeci	6	1,6
Diğer Asgari Ücretli İşçi	16	4,2
Özel Güvenlik	7	1,8
Bankacı	5	1,3
Şoför	3	0,8
Garson	3	0,8
Öğretim Üyesi	3	0,8
Hekim	3	0,8
Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	3	0,8
Eczacı Kalfası	3	0,8
Belediye İşçisi	3	0,8
Mimar	3	0,8
Şirket Yöneticisi	3	0,8
Optisyen	2	0,5
Eczacı	1	0,3
Kasap	1	0,3
Sigortacı	1	0,3
Kuaför	1	0,3
Nakliyecisi	1	0,3
İtfaiyecisi	1	0,3
Muhtar	1	0,3
Aşçı	1	0,3
Sosyal Hizmet Uzmanı	1	0,3
Sosyal İncelemeci	1	0,3
Satış Temsilcisi	1	0,3
İnşaat Ustası	1	0,3
Tente Ustası	1	0,3
Marangoz	1	0,3
Çiftçi	1	0,3
Polis	1	0,3
Avukat	1	0,3
Dönerci	1	0,3

### 4.3. Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Mevcut Çalışma Pratiği

Aile hekimlerinin mevcut çalışma pratiği ile ilgili özellikler Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8.** Aile Hekimlerinin Mevcut Çalışma Pratiği ile İlgili Özellikler

Özellikler	Ortanca (Min-Max)	%95 G.A.
<b>Birimine Kayıtlı Toplam Nüfus Sayısı</b>	3600 (800-4180)	3254-3446
<b>Polikliniğe Günlük Başvuru sayısı</b>	50 (15-105)	50,6-56,0
<b>Sevk Oranı</b>	4 (1-50)	5,2-7,2
<b>Kayıtlı Nüfusunda Doğrudan Hastaneye Başvurma Oranı</b>	20 (5-80)	25,5-38,7

Uzman hekimlerin mevcut çalışma pratiği ile ilgili veriler Tablo 9’da sunulmuştur;

**Tablo 9.** Uzman Hekimlerin Mevcut Çalışma Pratiği ile İlgili Özellikler

Özellikler	Ortanca (Min-Max)	%95 G.A.
<b>Polikliniğe Günlük Başvuru Sayısı</b>	60 (25-135)	60,8-69,3
<b>Doğrudan Hastaneye Başvurma Oranı</b>	82,5 (50-98)	78,3-83,1
<b>Başvurularda Uzmanlık Hizmeti Endikasyonu Oranı</b>	40 (3-90)	35,9-43,9
<b>Aile Hekiminin Yönlendirdiği Hastalarda Uzmanlık Hizmeti Endikasyonu Oranı</b>	55 (1-100)	55,7-65,0

### 4.4. Toplumun Aile Hekimliği Birimini Kullanma Özellikleri

Katılımcıların %82,3’ünün (n=316) aile hekimine başvurusu olmuş; %17,7’si (n=68) ise daha önce hiç aile hekimine başvurmamıştır.

Aile hekimine başvuru yapmış olan katılımcıların aile hekimlerine en son başvuru nedenleri 10’da sunulmuştur.



**Tablo 10.** Katılımcıların Aile Hekimine En Son Başvuru Nedenlerin Dağılımı

Başvuru Nedeni	n	%
Nezle/Grip	88	28,2
İlaç Yazdırmak/İlaç Raporu Çıkartmak	79	25,3
Muayene Olmak	64	20,5
Sağlık Raporu/İstirahat Raporu Almak	46	14,7
Tahlil/Tetkik Yaptırmak	17	5,4
Gebelik Takibi Yaptırmak	6	1,6
Aşı Yaptırmak	6	1,6
Enjeksiyon/Pansuman Yaptırmak	6	1,6

Aile hekimine başvuru yapmış olan katılımcıların en son başvuru zamanları Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11.** Katılımcıların Aile Hekimine En Son Başvuru Zamanlarının Dağılımı

Başvuru Zamanı	n	%
1-7 Gün Önce	35	12,2
8-30 Gün Önce	75	26,0
1-6 Ay Önce (6 ay dahil)	88	30,6
6-12 Ay Önce (12 ay dahil)	68	23,6
1 Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	7,3

#### 4.5 Aile Hekimleri, Uzman Hekimler ve Toplumun Birinci-İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Arasındaki İlişki ve Düzenlemeler ile İlgili Görüşleri

##### 4.5.1 İlk Başvuru Yapılacak Sağlık Kuruluşu

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %98’i (n=196) sağlık sisteminde acil durumlar dışında ilk başvuru yeri olarak Aile Sağlığı Merkezi’ni (ASM); %1’i (n=2) ASM ve iş yeri hekimini, %0,5’i (n=1) hastaneyi belirtmiştir. Uzman hekimlerin tamamı ASM’yi ilk başvuru yeri olarak belirtmiştir.

Toplumun acil durumlar dışında ilk önce başvurulacak sağlık kuruluşu ile ilgili yanıtları Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Toplumun İlk Başvurulması Gereken Sağlık Kuruluşu ile İlgili Görüşleri

<b>İlk Başvurulması Gereken Sağlık Kuruluşu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ASM/Sağlık Ocağı</b>	224	59,7
<b>Hastane</b>	139	37
<b>Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi</b>	6	1,6
<b>Acil Servis</b>	5	1,3
<b>Özel Hastane</b>	1	0,3

#### 4.5.2 Sevk Yolları

Aile hekimleri, uzman hekimler ve toplumun sevk sistemi gelmesi halinde aile hekimlerinin sevk yol/yolları ile ilgili düşünceleri Tablo 13’te sunulmuştur.

**Tablo 13.** Hekimler ve Toplumun Sevk Yolları ile İlgili Düşünceleri

<b>Sevk Yolları</b>	<b>Aile Hekimleri</b>		<b>Uzman Hekimler</b>		<b>Toplum</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Poliklinikte Muayene Ettikten Sonra</b>	199	100,0	175	98,0	364	94,8
<b>Ev Ziyaretinde Hastasını Görerek</b>	116	58,3	77	43,0	78	20,3
<b>Hastasıyla Telefonda Görüşerek</b>	62	31,2	19	10,6	29	7,6
<b>Hasta Yakınıyla Poliklinikte Görüşerek</b>	41	20,6	19	10,6	27	7,0
<b>Hasta Yakınıyla Telefonda Görüşerek</b>	26	13,1	11	6,1	6	1,6

### 4.5.3 Aile Hekimleri ve Uzman Hekimlerin Geri Bildirim ile İlgili Görüşleri

Aile hekimlerinin %99'u (n=197) sevk edilen hastayla ilgili uzman hekimin geri bildirim yapması gerektiğini düşünürken; uzman hekimlerde bu oran %87,7 (n=157) olarak saptanmıştır. Aile hekimleri ve uzman hekimlerin geri bildirim yolları ile ilgili görüşleri, Tablo 14'te sunulmuştur.

**Tablo 14.** Hekimlerin, Uzman Hekim ile Aile Hekimi Arasındaki Geri Bildirim Yolları ile İlgili Görüşleri

Geri Bildirim Yolları	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
Bilgisayarda Sistem Üzerinden	191	96,0	152	84,9
Telefonda Görüşerek	88	44,2	45	25,1
Yazılı Form/Epikriz Göndererek	12	6,0	3	1,7
Belirli Günlerde Aile Hekimliği Biriminde	9	4,5	9	5,0
E-posta	4	2,0	6	3,4
Toplantı	2	1,0	3	1,7

#### Nitel Bulgular

Aile hekimleri, uzman hekimleri ile aralarında etkin ve sistemli bir iletişimin olmadığını, bu eksikliğin kesinlikle giderilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

“Aile hekimliği ilk çıktığı dönemde, bizim çıkarttığımız sevk kâğıdını uzman hekime götürecekti, onun altındaki bölümü uzman hekim dolduracaktı formda, hasta geri getirecekti böyle olması doğru olur.” (AH 2)

“Elektronik sistemde hastanın dosyası oluşturulabilirse bu sorunu çözer, her seferinde tüm bilgileri tekrar alınmasıyla uğraşılmaz.

“Şu an sadece hastanın eczaneden aldığı ilaçları görebiliyoruz diğer bilgileri alamıyoruz. Hastanın sistemden sadece son 6 aydaki ilaç ve raporlarını görebiliyoruz. Sistemler ağır aksak işliyor, yoğun olan yerlerde onlara da ulaşmak zor.” (AH 3)

“Ben kendi uygulamamdan söyleyeyim size. Eğer ben hastayı gönderdiysem gönderdiğim hekimle birebir diyalogum var ise o zaman iletişim oluyor bunun dışında

iletişim yok. Eline sevk kâğıdı versek de hastaya ancak çok ısrar edersek geri geliyor.” (AH 4)

“Uzman hekimden geri bildirim olmuyor. Bunu yoğunluklarına bağlıyorum, haksız değiller yani. Geri bildirim hastadan almaya çalışıyoruz. Hastalar gelmez ise bilgi alamıyoruz. Sistemi olması lazım” (AH 5)

“Şu an en çok geri bildirim aldığımız bölüm kadın doğum, takipleri genelde kadın doğum polikliniklerinde oluyor. İşte ellerinde NST sonuçları, kan tahlilleriyle geliyorlar. Bir de özellikle hastalara rica ediyoruz çıkan sonuçlardan haberimiz olsun diye o şekilde geri gelen hastalar oluyor. Onun dışında uzmanlarla bir iletişimimiz yok.” (AH 7)

“Şimdi hastam bana geldiğinde verilen otomatik protokol numarasından sonra e-nabız üzerinden ben yaptığım işlemleri birkaç dakika sonra görebiliyorum, demek ki buna benzer bir sistem ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yapılan işlemlerde entegre edilerek bu sistemi bilgiler görülebilir ya da sağlık net üzerinden bu bilgileri almamız mümkün olabilir. Basamaklar arasında mutlaka sağlıklı bir iletişimin olması gerekir ki sevk zinciri işleyebilsin. Bu şu anda sağlıklı olarak işlemiyor, sevk ettiğimiz hastalarla ilgili geri dönüş alamıyoruz. Hatta örneğin bana herhangi bir resmi bilgi için mesela akli meleke raporu ya da lisans muayenesi için başvuran hastalarda yaptığımız muayenelerde belli bir branş açısından eksiklik gördüğümüzde onu sevk ediyoruz onlarla ilgili bile evrak bize geri dönmüyor yani bu belirli bir noktaya eline imzalı kâğıt verip de istediğimiz halde geri dönüşü olmuyor sürücü olup olamayacağı ile ilgili ya da spor yapıp yapamayacağı yönünden ilgili uzman görüşü istediğimizde yazılı geri dönüş alamıyoruz.” (AH 8)

“Ben yurt dışında görmüştüm, hasta sevk edilecekse hastanın bilgileri resmi yazıyla dilekçe formatında hastaneye fakslanıyor, hastanede hasta kurulda değerlendirilirken birinci basamaktaki ilgili kişiler de toplantıda oluyor, uzman hekim haftanın belirli günü birinci basamakta semt polikliniği yapıyordu.

Bizde de ara ara hizmet içi eğitim ve toplantılar da olmalı, bağ kurmak yalnızca sistem üzerinden mekanik bir şekilde olmaz, bire bir de ilişkiyi sağlamlaştırmak gerekir. Yani sadece siz ne yapıyorsunuz biz ne yapıyoruz diye karşılıklı konuşulsa bile iyi olur. Poliklinik pratiğinde bizde o yoğunlukta telefon olmuyor mesela. Hastanın eline not yazıp vermek bile telefonda etkili olabilir.” (Uzm. 1)

Uzman hekimler de, aile hekimi ile nadir durumlar dışında bir iletişimin ve geri bildirim olmadığını, bu konunun düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“Şu an bir iletişim yok. Küçük yerlerde aynı mahallede yaşamak gibi, sosyal anlamda tanışıklıktan doğan iletişim var, profesyonel bir şey yok. Biz sınırları net çizsek de birinci ve ikinci basamak arasında olan hastalar da oluyor. Bunlara, benlik değilsin deyip savuşturmakta arada yazılı ya da telefonla bir ilişki olsa bunlar halledilir. Hasta açısından da iyi olur. Sağlık ekibi arası dayanışmayı arttırır.” (Uzm. 4)

“Şu an bu konuda bizim branşta şöyle bir iletişim var, çocukların taramaları oluyor, hastalar geliyor biz muayenesini yapıp, form doldurup gönderiyoruz.” (Uzm. 5)

“Ortak bir sistemden, konsültasyon formu gibi bilgiler yazılarak gönderilmeli, pratikte geri dönüş pek olmuyor ancak hastalar kendisi giderse haberleri oluyor aile hekimlerinin. Ortak sistem şart.” (Uzm. 6)

“Aile hekiminden gelen yazılarda; işte hemogram, CRP, tiroid hormonları, anemi parametreleri yazıyor, rica edilir demek bile yok, altta da kaşe, imza; arama falan zaten yok.” (Uzm. 7)

“Hiçbir diyalog, bildirim, not koyma hiçbir şey yok. Yani en azından hastada şu var, ben şunu düşündüm diye notu olsa bizim için de iyi olur, şimdi hasta derdini ne kadar anlatabilirse o kadarıyla değerlendiriyoruz. Biz de günlük pratiğimizde hastanın aile hekimine bilgi veremiyoruz ondan sonra ne oluyor, işte hastaya deniyor ki sen sana anjiyoyu yapan doktoruna git, o ne derse o; yani sistem bu.” (Uzm. 8)

“Bizde aile hekimi yönlendirmesiyle gelen hasta az, öyle bir iletişim olmuyor açıkçası, nadiren not yazarak gönderen aile hekimi oluyor, onlara yazıyorum ama bunun sayısı çok az.” (Uzm. 9)

“Günlük pratiğimizde birinci basamakla hiç ilişkimiz yok; tamamıyla kopuk çalışıyoruz, haberdar değiliz, hiçbir şekilde bilgi alışverişimiz bağlantımız olmuyor. Biz birbirimizi tanımıyoruz. Kesinlikle olması lazım.

Bizim mesela Trabzon gibi dağınık bölgelerde, mesela biz Tonya’dan, Eynesil’den de hasta görüyoruz. Bu hastaların takibiyle ilgili, özellikle post-op dönemdeki takibiyle ilgili görüşmemiz olamıyor. Şimdi bir ameliyat yaptığımızda, hastanın dikişlerini 20. günde alıyorum, bu 20. Güne kadar hasta iki günde bir bana

gelmek durumunda kalıyor. Yara yeri enfeksiyonu değerlendirmek ve pansuman yapılması gerekiyor, aslına bakarsanız bu uzman hekimlik teknik bir konu değil, bunu pratisyen hekim aile hekimi rahatlıkla yapabilir. Hasta kendi aile hekimine 2 günde 1 gidip bunu halledebilir. Yani bu hastalarımıza bunu sağlık ocağında/aile hekiminde yaptırabilirsin diyorum ama hastaların büyük bir kısmı; ‘doktor bey biz oraya gittik ama seni ameliyat eden doktorunun görmesi lazım dediler’ diyorlar, aile hekimleri de sorumluluk almak istemiyor. İşte karşılıklı tanışıklık olmadığı zaman böyle oluyor.’ (Uzm. 10)

#### **4.6. Aile Hekiminin Sevk Kararını Etkileyen Etmenler**

Aile hekimlerinin ve uzman hekimlerin, aile hekimlerinin sevk kararını etkileyen etmenler ile ilgili düşünceleri Tablo 15’te sunulmuştur.

**Tablo 15.** Hekimlere Göre Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkileyen Etmenler

Sevk Kararını Etkileyen Etmenler	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
ASM'nin Tanı Olanakları	176	88,4	92	51,1
ASM'nin Tedavi Olanakları	143	71,9	74	41,3
Hastanın Sevk Edilme Talebi	126	63,3	81	45,3
Üst Basamak Sağlık Kuruluşlarının Ulaşılabilirliği	97	48,7	46	25,7
Hastanın Sosyo-Ekonomik Durumu	78	39,2	52	29,1
Sevkle İlgili finansal Teşvik ve Kesintiler	62	31,2	51	28,5
Sevk Edeceği Hastanenin Niteliği	49	24,6	38	21,2
Başvuru Yapan Hasta Sayısı	49	24,6	23	12,8
Güncel Pratik Tıbbi kılavuzların Varlığı	42	21,1	22	12,3
Hekimin Yaklaşımı/Bilgisi/Tecrübesi	2	1,0	8	4,5
Malpraktis Korkusu	2	1,0	2	1,1

Topluma aile hekimlerinin sevk kararını etkileyen etmenlerin neler olduğu sorulduğunda; %35,7'si (n=137) hastalığın ciddiyeti/şiddeti, %33,6'sı (n=129) aile hekiminin bilgisi/yeterliliği/tecrübesi, %9,1'i (n=35) ASM'nin tanı/tedavi araçlarının yetersizliği; %1,3'ü hastanın talebi (n=5) yanıtını vermiştir.

Topluma aile hekiminin hastanın isteğiyle sevk edip etmemesiyle ilgili görüşü sorulduğunda %44,5'i (n=171) "evet", %37,0'ı (n=142) "hayır"; %8,3'ü de "fikrim yok" yanıtını vermiştir.

### Nitel Bulgular

Aile hekimleri ve uzman hekimler aile hekiminin sevk kararını etkileyecek etmenlerle ilgili nicel bulgularda saptanan, aile hekimliği merkezlerinin tanı ve tedavi olanakları etmenleri değil de, hastaların sevk konusunda ısrar etme durumlarını, medikolegal endişeleri vurgulamışlardır. Ayrıca güncel kılavuzların bu konuda belirleyici olması gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır.

"En önemli şey defansif tıp dediğimiz olaydır, hekim önce kendi güvenliğini düşünüp bir sorun olmasın diye hastayı yolluyor" (AH 3)

“Öncelikle hastalığı etkiler tabi, onun dışında hastanın ekonomik durumu, hastaneye gidebilecek durumda mı değil mi yani hastaneye gidemem diyorsa siz bir şekilde elinizi taşın altına koymak durumundasınız.

Her türlü tetkik imkânımız yok, risk almak istemiyorsa aile hekimi sevk ediyor.

Şu an birinci basamakta yapılabilecek birçok şey yapılmıyor onu söyleyeyim. Mesela penisilin enjeksiyonu yapılmıyor, acillere gönderiliyor. Şu an çocuklara sefalosporin enjeksiyonu yapılmayan birçok aile sağlığı merkezi biliyorum ben, yani bu hastaneye gitmemeli, alerji riski var diye gönderilmiyor. Televizyonda bir kere görmüş, doktora soruşturma açılmış ondan beri artık hiç yapmıyorlar. Penisilin konusu yasal olarak düzenlenmeli, yapabilmeliyiz yani, benim içim acıyor bir enjeksiyon için, bir kan transfüzyonu için hastaneye gidince.” (AH 5)

“Sosyo-ekonomik düzeyinden, coğrafi faktörlerden etkilenir. Laboratuvar imkânına göre değişir. Kişilerin talebi ister istemez etkileyecektir.” (AH 6)

“Hasta sayısı önemli bu konuda, bunun dışında aile hekimini sevk edeceği vakalarda mutlaka tanı tedavi rehberleri kılavuzluğunda sevk etmesi gerekir diye düşünüyorum. Türkiye’de sanıyorum en son 2003 yılında bir tanı ve tedavi rehberi yayınlanmıştı ondan sonra da yenisi yapılmadı. Bu kılavuzlar aile hekiminin sevk kararını belirlemede yol gösterecektir.” (AH 8)

“Tabi ana belirleyen vakanın tıbbi durumu olmalı, çok sık görülen non-komplike çerçevesi çizilmiş olguyu sevk etmemeli yani. Tabi şimdi uygulama olmadığı için varsayıma dayalı konuşuyoruz. Yani gerçekte sosyo-ekonomik durumu, hastaneye yakın olması, sigortası olup olmaması da bunu etkiler.” (Uzm. 4)

“Hastanın hastalığının durumu dışında hastaların ısrarı, hekimlerin bilgisi bir de özellikle medikolegal sorunlar, malpraktis korkusu etkili olur diye düşünüyorum.” (Uzm. 6)

“Bilgi eksikliği olabilir. Hasta ve hasta yakınlarının baskısı da çok önemli oluyor. Son zamanlardaki bu şiddet olaylarından sonra da hekimler risk almak istemiyor, ‘aman bana kalmasın sonra’ diye düşünüyor bana ne gitsinler, ne yaparlarsa yapsınlar diyor. Kendine güvensizlik olabilir ki sistem hekimleri bu hale getirdi. Bir ara yüzde 20 gibi bir kota konmuştu böyle şeyler de etkiler olursa.” (Uzm. 8)

“Hastanın ısrarı en başta etkiler, sevk zinciri gelse de ben sanmıyorum ki hastalar beni sevk et diye baskı yapmasın.” (Uzm. 9)



“Şimdi bu konuda aile hekiminin en çok karşılaştığı zorluk, hastanın zorlaması olacaktır. Bu konuda hekimin inisiyatif kullanabileceğini düşünmüyorum. Eskiden de böyle oluyordu, hekimi bırakmıyorlar, problem çıkartıyorlardı, burada da çoğu aile hekimi yılgınlığa düşüp sevk etmek zorunda kalacaklar. Aksi halde her hastayla tartışacak, izah etmek zorunda kalacak, bu böyle olunca o da ben mi kurtaracağım bu sistemi diyerek sevk edecek.” (Uzm. 10)

“Hastalardan ve hasta yakınlarından sosyal olarak etkileniyorlar ve endikasyon olmadan da sevk ediyorlar.” (Uzm. 11)

#### 4.7. Doğrudan Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sebepleri

Aile hekimleri, uzman hekimler ve toplumun kişilerin doğrudan üst basamak hastaneye başvurma sebepleriyle ilgili görüşleri Tablo 16’da sunulmuştur.

**Tablo 16.** Hekimler ve Toplumun Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Başvurma Sebepleriyle İlgili Görüşleri

Doğrudan Hastaneye Başvuru Yapma Nedenleri	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler		Toplum	
	n	%	n	%	n	%
	ASM’de tedavi olamayacağı düşüncesi	131	65,8	90	50,3	96
Hastanedeki olanaklarının fazla olması	127	63,8	69	38,5	264	68,8
Sevk zincirinin zorunlu olmaması	102	51,3	111	62,0	48	12,5
Alışkanlık	95	47,7	68	38,0	114	29,7
Hastaneye daha fazla güven duyması	78	39,2	44	24,6	157	40,9
En iyi hizmeti aldığına emin olmak	67	33,7	38	21,2	173	45,1
Uzmanlık hizmetine geç kalmama isteği	43	26,1	49	27,4	125	32,6
Aile hekiminin de sevk edeceği düşüncesi	41	20,6	46	25,7	60	15,6
Zamandan tasarruf etmek	21	10,6	37	20,7	99	25,8
Şikâyeti/Başvuru nedeni	18	9,0	38	21,2	56	14,6

Aile hekimleri ve uzman hekimlere hastaların aile hekimine uğramadan en çok başvuru yaptıkları ilk beş uzmanlık dalının hangileri olduğu sorulmuştur, elde edilen yanıtlar Tablo 17’de sunulmuştur.

**Tablo 17.** Hekimlere Göre Aile Hekimine Uğramadan En Sık Başvurulan Uzmanlık Dalları

Uzmanlık Dalları	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	160	80,4	84	46,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	152	76,4	103	57,5
Kardiyoloji	99	49,7	57	31,8
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	91	45,7	35	19,6
İç Hastalıkları	90	45,2	57	31,8
Göz Hastalıkları	90	45,2	38	21,2
Ortopedi ve Travmatoloji	30	15,1	33	18,4
Nöroloji	30	15,1	9	5,0
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27	13,6	28	16,2
Genel Cerrahi	18	9,0	16	8,9
Deri ve Zührevi Hastalıkları	17	8,5	16	8,9
Üroloji	16	8,0	19	10,6
Kalp ve Damar Cerrahisi	14	7,0	26	14,5
Beyin ve Sinir Cerrahisi	14	7,0	20	11,2
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	12	6,0	29	16,2
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	11	5,5	14	7,8
Göğüs Hastalıkları	10	5,0	16	8,9
Çocuk Cerrahisi	6	3,0	3	1,7
Göğüs Cerrahisi	2	1,0	8	4,5
Yan Dal Uzmanlıkları	4	2,0	0	0,0
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	0	0,0	8	4,5

## Nitel Bulgular

Aile hekimleri ve uzman hekimler genel olarak hastaların birinci basamağa olan güven sorunundan, sistem müsaade ettiği için doğrudan üst basamak hastanelere başvurduklarını, başka türlü tatmin olmadıklarını belirtmişlerdir.

“Birincisi alışkanlık, sonra hastaneye yakın çevrede oturması, hastanede çalışan akrabasının ahabının olması ve birinci basamağa olan güvensizlik etkiliyor.” (AH 1)

“Kültürle, toplumla da alakalı hastanın endişeleriyle ilgili olabilir, hastanede daha iyi tedavi edileceğini düşünebilir.

Birinci basamaktaki hekimin tutum ve davranışlarından kaynaklanabilir, çünkü birinci basamağı hekimler, sadece reçete yazılan bir yer haline getirdi, birçok arkadaş bakıyorsun tahlil tetkik istemekten bile aciz, hasta gelsin en kısa zamanda çıksın istiyor, hastam çok olsun ama uğraşmayayım istiyor, hasta külfetiyle uğraşmayayım hesabında yani, hastanede de gereksiz kontrollere çağırma durumları olabiliyor işte döner sermaye artsın performans artsın diye, puan alma kaygısıyla...” (AH 2)

“Ben kendim merak ettiğim için baktım bana hiç uğramamış bana kayıtlı 1000’in üzerinde hastam var. Bunun sebeplerini düşündüğümüzde; birincisi aile hekimi, ne yapar ne yapamaz diye bilgisi olmayabilir, tabi bilgi olmayınca güven eksikliği de oluyor bizde halledilemeyeceğini düşünüyor; coğrafi şartlar, kültürel durumlar da etkiliyor, bence kişilerin aile sağlığı merkezi ile ilişkisi arttırılmalı.” (AH 4)

“Bir kere şu faktör var, bu doktor anlamaz, bu doktor bir şey anlamaz faktörü. İkincisi orada hiçbir imkân yok bana ne bakacaklar ki olayı var, film çekemezler, tahlil isteyemezler bunlar etkiliyor, hastalar kendilerini emanet etmek istemiyorlar, ASM’deki personele ve imkânlara güvenmiyorlar.” (AH 5)

“Birincisi yasal bir engel yok, nüfus cüzdanıyla her yere gidebiliyor. Güvensizlik işin içine giriyor. Hekimi yeterli görmeyebilir. Çalışanların tavrı da etkili olabilir.” (AH 6)

“Aklıma ilk anda iki üç tane sebep geliyor. Bir tanesi çalışan kişilerin aile hekimlerine ulaşamama sorunu. Bu kişiler mesai dışı poliklinikler, acil servislere ya da özel hastaneleri başvuruyorlar. Bunun dışında 1. basamağa olan güvenle ilişkili. Yine aile hekimine gelmeden hastaneye başvurular olduğunu düşünüyorum. Bir kısım

hastalarda bu güvensizliğin olduğunu günlük pratiğimizde biz de hissediyoruz zaten. Hatta 2009 yılından beri Trabzon'da aile hekimi olmama rağmen bana hiç gelmeyen 250-300 civarında benim nüfusuma kayıtlı hasta vardır. Bunların medulla kayıtlarına baktığım zaman bunların bana hiç gelmediğini ancak çeşitli hastanelere başvurup tedaviler aldıklarını görebiliyorum. Bunların içinde sağlık personeli olanların buraya gelmemesini anlarım, zaten çalıştığı yerde hallediyordur. Bunun dışında sağlıkçı olmadığı halde birinci basamağa hiç uğramadan belki hastane yakınında oturduğu için gelmiyordur. 3. faktör de budur, ulaşım ile ilgili yani.” (AH 8)

“Birincisi uzman hekimlerin o konuda daha yetkin olduklarını düşünmeleri olabilir.

Ama bizim hastanede aile hekimi ilacımı yazamaz, raporumu çıkaramaz diye gelen de çok oluyor.” (Uzm. 1)

“Özellikle son zamanlarda iyice bu yöne kaydı, aile hekimine duyulan güvensizlik, yöneticilerin ve medyanın hekimi itibarsızlaştırması da etkiliyor.” (Uzm. 2)

“Genel olarak sistem buna izin veriyor. Sistem müsaade etmişken, hasta işin tam uzmanına, tam bilene gideyim diye düşünüyor. İşin uzmanı buyken niye vakit kaybedeyim diye düşünüyor. Hali hazırda zaten uzman görüşünde de şüphe taşıyan, öyle mi olur, şöyle mi olur, hastalığıyla ilgili doğru tedavi aldı mı diye şüphe duyanlar da oluyor. Bu şüpheler ASM'ye hiç gitmiyor.” (Uzm. 4)

“Oradaki doktora güvenemiyor, büyük hastanede baktıralım diyor, uzman görsün istiyor. Böyle bir intiba oluşmuş, tabi bu yanlış.” (Uzm. 5)

“Pratisyen hekim yetersiz olacak diye bir algı var. Uzman hekimsiz olmaz gibi bir şey empoze ediliyor. Aynı şeyi söylese aynı tedaviyi verse de birinci basamakta tatmin olamıyor.” (Uzm. 6)

“Doktorların toplumda bir itibar kaybı oldu. Pratisyen ne bilir ki mantığı var. Ben pratisyenlik yaparken bunu yaşadım. Gittim hiçbir şey anlamadı diye düşünüyor, bu yavaş yavaş uzmanlara da geliyor, doçent, profesör en tepedekine muayene olma isteği var vatandaşta.” (Uzm. 8)

“Şimdi aile hekimine gidiyor, 1 gün sonra da bize geliyor. Hastaların tatminsizliği söz konusu, yoksa ASM'de verilen tedaviyi tamamlayıp, düzelmediği

için gelen yok gibi. Hastaların çoğu dün aile hekimine gittim, akşam acile gittim, geçmedi diye geliyor. Ben de aynı şeyleri veriyorum ama tatminsizlik had safhada...

Tabi yapabiliyor diye yapıyor. Yani sistem buna müsait, güvensizlik var. Bu uzmanlara karşı da var, sadece aile hekimine karşı değil. Son yıllarda tıp eğitimindeki eksiklikler de bir miktar etkiliyor olabilir. Şimdi gurbetçi hastalarımız oluyor, bakıyorsunuz orada uydukları sisteme burada uymuyor.” (Uzm. 9)

“Bence bunun en önemli sebebi hastanın pratisyen hekimlere olan güvensizliği, onlara itimat edilmiyor.

İkincisi, ikinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşım çok kolay yani bu kadar olmamalı, elenip gelmeli. Ben günde ortalama 120 hastayı muayene ediyorum. Ben hastaya yapılabilecek operasyon hakkında bilgi verecek ona anlatacak zamanı bulamadığım için cerrahi dışı, konservatif yöntemlerle takip/tedavi etmeye çalışıyorum. Hastaya izah edecek zamanım yok. Kapının önünde devamlı içeriye girmeye çalışan hastalar oluyor. Böyle bir ortamda bunları anlatamıyoruz.” (Uzm. 10)

“Vakit kaybetmemek istiyorlar. Güvensizlik olabilir, aile hekiminde tanı konulamayacağını düşünüyorlar.” (Uzm. 11)

#### 4.8. Ekonomik ve Yasal Düzenlemeler

Aile Hekimleri, uzman hekimler ve toplumun doğrudan hastaneye başvuru yapan kişilerden ek katkı payı alınıp alınmaması ile ilgili görüşleri Tablo 18’de sunulmuştur.

**Tablo 18.** Hekimlerin ve Toplumun Doğrudan Hastaneye Başvuranlardan Ek Katkı Payı Alınması ile İlgili Görüşleri

Ek Katkı Payı ile İlgili Düşünce	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler		Toplum	
	n	%	n	%	n	%
<b>Ek Katkı Payı Alınmalıdır</b>	152	78,9	161	89,9	81	21,1
<b>Ek Katkı Payı Alınmamalıdır</b>	42	21,1	18	10,1	302	78,1

Ek katkı payı alınmalıdır diyen aile hekimlerinin %52,9'u (n=83), uzman hekimlerin %62,1'i (n=100), toplumun %88,9' u (n=72)'si ek katkı payı miktarı da belirtmiştir. Ek katkı payı alınsın yanıtı veren ve ek katkı payı miktarı belirten hekimler ve toplumun belirttikleri tutar Tablo 19'da sunulmuştur.

**Tablo 19.** Hekimler ve Toplumun Belirttikleri Ek Katkı Payı Tutarları

	<b>Ortanca</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Aile Hekimleri</b>	20 TL	1-100
<b>Uzman Hekimler</b>	30 TL	5-100
<b>Toplum</b>	10 TL	1-100

Ek katkı payı alınsın yanıtını veren aile hekimlerinin %10,2'si (n=16), uzman hekimlerin %8,1'i (n=13) hastaya yapılan tedavi giderleri üzerinden belirli bir oranda; %6,4'ü (n=10), uzman hekimlerin 6,8'i (n=11) caydırıcı nitelikte bir ek katkı payı alınması gerektiğini belirtmiştir.

#### **Nitel Bulgular**

Aile hekimleri ve uzman hekimlere; sevk alınmadan doğrudan üst basamak kamu hastanelerine gidilmesiyle ilgili nasıl düzenlemeler olması gerektiği konusundaki görüşleri sorulduğunda;

“Bunun önüne geçebilmek, sadece ikinci basamağa giden hastanın önüne para engeli çıkarmakla olmaz. Hasta para ödesin bu hastada caydırıcı unsur olsun diye düşünmek olmaz. İkinci basamaktaki hekiminde maddi kaygısı olmaması lazım yani uzman hekim şunu diyebilmelidir. Senin işin birinci basamakta da halledilebilir buraya gelmene gerek yok, tamam bana geldin ben baktım bundan sonra aile hekimin bunu takip edebilir. Uzman hekimin performans kaygısı olmaması lazım.

Halkın eğitilmesi lazım. Her şey “para para” değil, hasta parayı bir şekilde buluyor, bu ancak hastaların ve aile hekiminin eğitimi ile olur.” (AH 2)

“Yani şimdi bir kere acilden bile giriş yapsanız triaj yapılıyor. Aynı şekilde aile hekimliğinde bir değerlendirme yapıp giderse çok daha doğru olur.

Bence hasta ASM'ye uğramadan üst basamak hastanelere gittiğinde bunu oradaki uzman hekimin değerlendirmesi gerekir. Yani orada ki hekim bunun birinci basamakta halledilecek bir durum olduğunu, gereksiz bir başvuru olarak düşünüyorsa

ek katkı payı kesilebilir ama hasta zaten gelmesi gereken yere başvurduysa ondan alınmamalı.” (AH 3)

“Yani şöyle tabi, bu konuda bilgilendirilmesi gerekiyor. Bu şekilde ilk gidişinde ona anlatılabilir şartların ne olacağı. Bir daha böyle yaparsa kesinti yapılmalı. Bu alışkanlığı kırmak için yüksek katkı payı ödemeli.” (AH 4)

“Kişinin özgürlüğü, hakları bakımından baktığınız zaman gidebilmeli ama sevsiz gidenden ek katkı payı alınmalı. Birinci basamağın biraz daha özendirilmesi gerekiyor. İmkânları arttırılabilir, film, tetkik, ilgi alaka arttırılmalı. Yasal anlamda bir kısıtlama olması konusunda emin değilim. Orada kişinin hakları da işin içine giriyor.” (AH 5)

“Şimdi bir kere sanıyorum en başta şunu söylememiz lazım. Sağlık okuryazarlığı düşük. Yaptığının nasıl olacağı mutlaka sağlık erkinin takdiriyle olacak olan bir şeydir ama sorumluluğun paylaşılması gerektiğini düşünüyorum.

Aile hekimliği mevzuatına bakarsanız aile hekimi için bir takım sorumluluk ve zorunlulukların olduğunu görmekteyiz ancak hizmeti alan tarafla ilgili bir zorunluluk yok. Aşıya gelmeyen izlemine gelmeyen ya da 1. basamağa uğramadan 2. basamağa giden hastalarla ilgili mutlaka sorumluluğun paylaşılması gerekir. Bunu da katılım payları, acil servise gelenler üzerinden alınan katkı payları üzerinden çözemeyeceğimiz açıktır. Bugün dünyada hiç örneği olmayacak şekilde Türkiye’de acillere korkunç başvuru var ki geçen yıl 115 milyon olmuş, nüfusumuzun bir buçuk katı başvuru olmuş. Sağlık okuryazarlığının arttırılması önemli ancak altyapısı hazırlanmadan girişilecek bir sevk sistemi hizmetleri daha da aksatacaktır.” (AH 8)

“Sistem oturana kadar belki hastanelerde, girişte bir triaj sistemi kurulabilir, belki bilemiyorum” (Uzm. 2)

“Yani şöyle yapılabilir bunu bir opsiyon olarak halka sunmak mantıklı mı değil mi tartışılır. Tabi özel hastanelerin olduğu bir yerde devlet hastanesine de maddi katkı payı vermek suretiyle doğrudan başvuru olabilir.” (Uzm. 4)

“Amaç hastane yoğunluğunu azaltmaksa katkı payını arttırırsın.” (Uzm. 5)

“Yapılan işleme göre değerlendirilmeli. ICD koduna göre objektif bir şekilde bunlar belirlenir. Ona göre hastanede birinci basamakta olması gereken bir işlem uygulanmışsa ondan kesinti olmalı.” (Uzm. 6)

“Sevk alıp gelenden muayene ücreti alınmasın yeterli olur, diğerlerinden alınmalı.” (Uzm. 7)

“Katkı payları çok daha caydırıcı olmalı, eczaneden değil hastanede alması lazım.

Konsültasyon dışında her bölüme girişte ücret ödemesi lazım, gelmişken bir de şuraya gideyim olmamalı.” (Uzm. 8)

“Ücret farkı olabilir ama bu saatten sonra zor olur. Para kessen de acillere yığılma olabilir.” (Uzm. 9)

“Şimdi biz sevk zinciri de getirsek belki de hasta sayımız çok düşmeyecek. Çünkü aile hekimine; ‘beni sevk et ben uzmana muayene olmak istiyorum, benim hekim seçme hakkım yok mu, ben seni seçmiyorum, ben hastaneye gitmek istiyorum’ gibi argümanlarla gelecekler. Hastaların şu an yapılan kesintilerden haberi olmuyor, ‘eczane benden şu kadar para aldı ilaç için’ diyor. Şimdi hastalar bazen bana sadece ağrı kesici yazdırmaya geliyor ki istedikleri ağrı kesicinin fiyatı muayene ücretinden az. Hastalar burada muayene oldukları için kesinti olduğunu bilmiyorlar. Kesinti ücretini hissettirmek lazım.” (Uzm. 10)

“Acildeki triaj sistemi gibi hastanelerde de bir triaj ünitesi kurulabilir. Burada ilk değerlendirmeleri yapıldıktan sonra gerekli görülürse branş hekimlerine dağıtılabilir.” (Uzm. 11)

#### **4.9. Toplumun, Hastanede Başvuracakları Bölüme Karar Verme Şekilleri**

Katılımcılara hastanelerde başvuracakları bölüme karar verme şekilleri Tablo 20’de sunulmuştur.



**Tablo 20.** Toplumun, Hastanelerde Başvuracakları Bölüme Karar Verme Şekilleri

<b>Başvurulacak Bölüme Karar Verme Yolu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Şikâyetime göre karar veririm</b>	250	61,5
<b>Deneyim/Tecrübelerime göre karar veririm</b>	159	41,4
<b>Hastanedeki danışmana/hasta kabule sorarım</b>	131	34,1
<b>Aile Hekimime danışırım</b>	118	30,7
<b>İnternette araştırırım</b>	109	28,4
<b>Yakınlarıma Danışırım</b>	111	22,9
<b>Eczacıya sorarım</b>	10	2,6

#### **4.10. Sevk Oranına Göre Aile Hekimine Yaptırım Uygulanması**

Aile hekimlerinin aylık sevk oranı belirli bir seviyenin üzerine çıktığında aile hekimine mali yaptırım uygulanması ile ilgili uzman hekimlerin %49,7'si (n=89) aile hekimlerinin ise %16.1'i (n=32) mali yaptırım uygulanması gerektiğini belirtmiştir.

Aylık sevk oranı belirli bir seviyenin üzerine çıktığında aile hekimine mali yaptırım uygulanmalı görüşünü belirten hekimlere hangi sevk oranının üzerinde yaptırım uygulanmasını düşündükleri sorulmuştur; Verilen yanıtlarına göre bu sevk oranı uzman hekimlerde ortanca %25 (min.5-max.80), aile hekimlerinde de ortanca %25 (min.10-max.50) olarak belirlenmiştir.

Uzman hekimlerin %14'ü (n=25), aile hekimlerinin %5'i (n=10) aile hekimlerinin aylık sevk oranlarının sağlık yönetimi tarafından denetlenmesini, yüksek olma sebeplerinin değerlendirilmesini ve bu değerlendirmeye göre hareket edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

#### **Nitel Bulgular**

“Bunda sevk zincirinde hekimin az ya da çok sevk yapmasına göre pozitif ya da negatif performans verilmesine karşıyım. Bunun ne ödülü ne de cezası olmalı çünkü suiistimal edilebilir, gereken hastayı sevk etmeyebilir.

Hekimin sevk oranlarında bir yükseklik varsa önce hekimle görüşülmeli bir bilgi eksikliği varsa bu eğitim ile çözümlenmelidir.” (AH 2)

“Kota konulmasını doğru bulmuyorum; önceden kestirilemeyen durumlar olur, ateşli hastalıklar, ishal salgınları olabilir, koşullara mevsime göre değişir, hasta profiline göre değişir, hekim özgür davranabilmeli bu konuda baskı hissetmemelidir.” (AH 3)

“Tıpkı gebe, bebek izlemleri, aşı oranlarını tutturmamız istenildiği gibi, bölge şartlarını da dikkate alarak yani her yere aynı oran uygun olmaz coğrafi şartlar iklim, ulaşım, nüfus yapısı bunu etkiler. Bu sevk oranlarının takibi yapılmalı yüksekse önce uyarı ve neden yüksek olduğuyla ilgili bilgi alınması buna göre önlem alınması yine yüksek seyrederse hekime bağlı bir neden ortaya çıkıyor ise yaptırım olabilir, çözüm odaklı yaklaşmak gerekir, nedeni anlamak önemli belki gribal bir salgın vardır.” (AH 4)

“Kişinin sevkle ilgili istatistiksel bilgiler takip edilmeli, bu hekimin yaşadığı zorlukları da bize gösterir, epidemi, pandemi belirlenir, yaşadığı zorluklar belirlenir. Sorulabilir yüksek olanlara, tıbbi neden dışı nedenlerle olursa ona göre bakılır.” (AH 6)

“Bu da bir şekilde denetlenecek, incelenecek, sevk edilmesi gerekeni göndermiyor da olabilir bakanlık müdürlük inceler bunları, o göre belli konularda eksiklik saptanırsa o konuda eğitime çekilir hekim.” (Uzm. 2)

“Aile hekimi için bir sevk oranı koyulabilir ama böyle bırakılmamalı, kota içerisinden de kalsa da bu sevkler belli bir örnekleme denetlenerek ne kadarı gerçek sevk endikasyonu vardı diye bakılır buna da bir oran belirlenebilir. Tabi her vakayı denetlemek zor, rastgele örnek seçilerek ile bakılır. Burada uzman hekimin de görüşünden yararlanılabilir. Bilgi iletişim sisteminde şablon olarak sevk nedeni belirtilebilir. Ama şimdi sevk sistemi gelse hastaların çoğu beni sevk et beni sevk et diyecek, onlara da sevk ederken hastanın talebi diye bir işaretleme sistemden yapılarak, ondan da sevkli de olsa para kesilmesi sağlanabilir.” (Uzm. 4)

“Yüksek olana hizmet içi eğitim verilir, istatistikler ortaya dökülür, hekime sorulacak makul nedenler olmaz ise eğitim.” (Uzm. 7)

“Aile hekiminin sistemden sevk oranları, sevk edilen hastalara konulan tanılar, izlenip istatistikleri çıkarılarak sevk oranı yüksek olanlardan kesinti yapılması gerekir. Yani ekonomik yaptırım olmadan olmaz.” (Uzm. 10)

“Sistem üzerinden belirli kriterleri taşıyan hastaların belirli formlar üzerinde bilgileri işlenerek sevk edilmelidir. Yani sadece sen şu bölüme git şeklinde olmamalı. Hastanın bilgileri, hekimin bulguları yazılmalı hangi açıdan sevk ettiği de belli olmalıdır.” (Uzm. 11)

#### **4.11. Sevk Zincirinin Etkileri**

Aile hekimleri, uzman hekimleri ve toplumun sevk zincirinin etkileri ile ilgili önermelere katılma durumları Tablo 21’de sunulmuştur.



**Tablo 21.** Hekimler ve Topluma Göre Sevk Zincirinin Etkileri

Sevk Zincirinin Etkileri ile İlgili Önermeler	Kesinlikle Katılmıyorum			Katılmıyorum			Fikrim Yok			Katılıyorum			Kesinlikle Katılıyorum		
	AH	Uzm.	TOP.	AH	Uzm.	TOP.	AH	Uzm.	TOP.	AH	Uzm.	TOP.	AH	Uzm.	TOP.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Koruyucu sağlık hizmetleri olumsuz etkilenir	12,6	15,6	12,9	46,2	67,6	49,9	6,0	6,7	20,6	28,1	8,4	12,9	7,0	1,7	3,7
Uzmanlık hizmetine erişimde gecikmeye neden olur	8,0	21,2	7,4	64,3	48,6	26,6	4,5	2,8	12,6	21,1	25,7	42,1	2,0	1,7	11,3
Hastanelerde daha nitelikli hizmet verilmesini sağlar	0,0	1,7	4,2	11,1	1,1	14,2	2,0	1,7	17,1	57,3	45,3	48,2	29,6	50,3	16,3
Acil servislere, acil olmayan şikâyetle yapılan başvuru artar	2,5	9,5	13,7	25,1	36,3	20,8	8,5	6,1	21,8	57,8	40,8	35,3	6,0	7,3	8,4
Kamu kaynaklarında tasarruf sağlar	0,0	5,0	5,0	12,1	5,6	21,8	9,0	5,0	21,8	52,3	54,2	42,6	26,6	30,2	9,7
Hastane gelirleri azalır	0,0	6,1	10,0	20,1	24,6	29,2	16,6	11,2	34,5	55,8	55,3	23,4	7,5	2,8	2,9
Uzman hekim gelirleri azalır	3,0	6,1	7,4	25,1	31,8	36,3	18,1	14,0	29,2	49,2	44,7	21,8	4,5	3,4	5,3
Hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler	3,0	10,1	4,7	35,2	13,4	15,5	13,1	13,4	23,4	32,8	49,2	46,3	10,6	14,0	10,0
Aile hekiminin saygınlığını artırır	2,0	0,0	5,8	32,2	11,4	19,6	13,1	11,4	12,7	38,2	58,5	45,1	14,6	18,8	16,7
Aile hekimlerinde stres yaratır	5,0	5,6	8,2	20,1	16,2	30,3	9,0	14,0	24,5	56,8	54,2	28,9	9,0	10,1	8,2
Aile hekimlerinin kendilerini geliştirmelerine katkı sağlar	3,0	0,0	5,5	20,1	5,0	15,3	7,0	14,0	14,2	50,8	66,5	45,8	19,1	14,5	19,2
Sağlık hizmetlerine ulaşımında hakkaniyet sağlar	6,5	3,4	3,4	18,1	5,6	13,9	10,1	20,1	18,7	51,3	52,5	48,9	14,1	17,3	14,5

## **Nitel Bulgular/ Sevk Zincirinin Olumlu Etkileri**

“İlk başta belki birinci basamakta hasta yığılmalarına sebep olabilir, aile hekimlerinde ve hastalarda şikâyet olabilir; belki ikinci basamakta performansta, gelirlerde düşüş açısından bunu istemeyecektir. Ama uzun vadede bu basamaklar arasında iletişimle beraber çözülür, 1 yıl belki şikâyetler olur ama sonra gereken şekle gelir. Gereksiz müracaatların önüne geçilmesi devlete mali olarak iyi olacak.

Aslında üst basamakta hastaya ayrılan süre artacak, hastasını direkt çağırabilecek.

Birinci basamakta hastaya sadece tedavi hizmeti vermiyoruz bunun en büyük faydası danışmanlık ve sağlık eğitimi noktasında olur. Bilinçlendirme eğitim daha önemli burada, koruyucu hizmetler daha önemli, sevk zinciri geldiği zaman toplumun alışkanlıklarında da olumlu bir takım değişiklikler olur.” (AH 2)

“Aile hekimleri için; bilgilerini güncelleme noktasında faydalı olur, hastanın seyrini gördüğünde bir eksikliği varsa onu görmüş olur; üst basamaklar hakkında yapılanlarla ilgili bilgilerini günceller.

Sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesinde yararlı olur, taramaları geç kalmadan yapılır, erken teşhis sağlanır. Şu anda hekimlerin çoğu nüfusunun yarısını hiç görmüyor bile; sevk zincir geldiğinde hiç tanımadığı bir grupla ilk kez karşılaşacak.” (AH 3)

“Şimdi ilk başta hastalar için başlangıçta negatif gözüксе de uzun dönemde pozitif etkileri olur. Aile hekimleri açısından yine ilk başta zorlayıcı gibi gözüксе de sistemin aktivasyonu açısından pozitif olacak, devlet için de mali anlamda iyi olacak. Aile hekimine ye hiç uğramayan büyük kesimi işin içine katmış olacağız onların eksik kalan hizmetleri tamamlanacak ve iyi olacak.” (AH 4)

“Bir kere ASM’de yoğunluk çok artacak hekimler şikâyete başlayacak, hastalar da şikâyet edecek ama aile hekimleri artık gerçek anlamda doktorluk yapacak, sadece ilaç yazmakla kalmayacak, köremleri engellenecek, mesleki anlamda aile hekimleri köreliyor şu anda onu söyleyeyim, çünkü hastalar artık gribal enfeksiyon dışında muayeneye gelmiyor, direkt gidiyorlar şu an aile hekimleri doktor olarak görülüyor.” (AH 5)

“Kamuya yararı olacağı kesin ama tanıtılmalı kamu spotu, duyuru, yasal alt yapı yapıldıktan sonra hekim açısından, kişi atlamamış olur, aileyi tanırız, ailenin

sağlık bilgilerine hâkim oluruz, sürekli bize geldiği için, ASM’ye geleceği için kanser taramaları atlanmaz, 1 kere bile gelse temel eğitimleri verilir anneyse emzirme anlatılır, ilaç kullanımları anlatılır, koruyucu hekimlik adına çok katlısı olur.

Bir kere hastalar çok daha iyi sağlık hizmetine kavuşmuş olur, tıp çok fazla dallandı, kişiyi bütünüyle tanıyan, geçmiş hastalıklarını aileyi tanıyan, bir hekim çok iyi olur

Güven sağlandıktan sonra bunlar olur” (AH 6)

“Gerekli şartların sağlanması durumunda başta sağlık hizmetlerine harcanan paranın, bu konuya ayrılan kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayacaktır ancak gerekli şartlar oluşturulmadan geçilecek bir sevk zinciri aksine sağlık hizmeti harcamalarını arttırır. Kronik hastaların bakımları sevk sisteminde daha iyi yapılacaktır.” (AH 8)

“Aile hekimliğinin reçete yazmak dışında gerçek anlamda hekimlik yapmasını sağlar. Mesleki tatmini artar aile hekimlerinin, kendilerini geliştirme ihtiyacı duyarlar. Hizmeti alanlar anlamında, sıra beklemez hastanelerde hasta, bizim için de kısıtlı olan zamanımızı gereken hastaya ayırmamızı sağlar ama performans olduğu için bazıları bunu istemeyebilir. Performans sisteminde başarılı olamaz. Uzman hastanın ihtiyacı yoksa da gelmesini isteyebilir.” (Uzm. 1)

“Uygulama iyi işletilirse, zaten hasta zamanla kendisi direkt hastaneye gitmek istemeyecek, daha rahat bir şekilde ASM’de çözüm bulacak. Uzmanlar da hakikaten gerçek vakalara yoğunlaşacak, bu hastaların da beklemeden gecikmeden uzmanlık hizmeti almalarını sağlayacak. Gereksiz harcamalar da azalır, herkes yıprandı artık bu sistemde.” (Uzm. 2)

“Bizim gibi bir ülkede devletin ekonomi yönetimi anlamında sevk sistemi gerekli diye düşünüyorum. Özellikle geçiş döneminde sevk zinciri mağduru hastalar olabilir ama dikkat edilirse genel olarak topluma sağlık yönünden olumlu yansıtacaktır.

Bakıyorsunuz adam bir haftada beş kez aynı branş uzmanlarına gidebiliyor. Bu düzene alışmış olan, kafasına göre hareket edenleri azaltır.

Hasta problemini en kısa zamanda, en az maliyetle çözeceği bir ortamda olacak. Performans sisteminin ortadan kaldırılmasına zemin hazırlayacaktır çünkü ikisi bir arada yürümez.

Kapı kapı gezme, birçok yere başvurmuş ama sorununu çözememiş vakalar da azalacaktır.” (Uzm. 4)

“Aile hekimlerinin toplumda hak ettikleri yeri almasını, güveninin artmasını sağlar, mesleki olarak da tatmin olmasını sağlar. Uzmanlar için daha da iyi olur. Kamu maliyesi açısından da olumlu olur.” (Uzm. 6)

“Bence aile hekimleri daha mutlu olur. Hastanelerde kapıdaki o yığılma, başıbozukluk bunlar giderilmiş olur, bu sağlıkta şiddet diyoruz ya işte bu kalabalık olmanın bunda etkisi büyük. Hasta yeterli ilgiyi göremiyor; daha iyi hizmet verilecek, bu birbirini tam anlayamamaktan kaynaklanan tahammülsüzlük azalır.

İşin akademik boyutuna daha fazla zaman ayırabiliriz. Hasta için kayıp olmaz, ayağındaki mantar için dermatolojiye gitmesinin hiçbir katkısı yok aslında yani. O da ASM’ye hastaneye göre daha rahat ulaşacak külfet çekmeyecek.” (Uzm. 8)

“Şimdi gerçekten bana ihtiyacı olan hastanın gelmesi beni daha çok mutlu ediyor, hastaya faydam dokunduğunda, hastaya daha çok zaman ayırabilirsem de iyi olur. Uzman hekime gelen hasta daha iyi bakılır.” (Uzm. 9)

“Toplum sağlığı açısından hiçbir kayıp olmaz. Yani uzman hekime ulaşmada bir gecikme olmaz. Maliyetler noktasında hem devlet için hem de hastalar için kayıp azalacak.

Ben hastalara 2 yerine 12 dakika ayırabilirsem ben bu hastaya planladığım ameliyatı video üzerinden bile anlatabilirim. Ameliyattan sonra olabilecekleri, nelere dikkat edilmesi gerektiğini tane tane anlatırım. Böyle olunca hasta da daha çok güven duyar, süreçte neler olacağını bilir. Hekim ne kadar iyi olursa olsun hastaya anlatacak vaktin yoksa bunlar mümkün değil.

Aile hekimleri aktif hale geçer.” (Uzm. 10)

“Birinci basamakta nitelikli hizmet verilebilirse sistem işler ama orada sorun olursa hastalar olumsuz etkilenebilir. Tanı ve tedavileri gecikebilir.” (Uzm. 11)

### **Nitel Bulgular/Sevk Zincirinin Olumsuz Etkileri**

“Gerekli hazırlıklar yapılmaz ise geçiş döneminde hasta şiddeti burada uygular, şiddeti gören biz oluruz.” (AH 1)

“Sevk edilmesi gereken bir hastanın sevk edilmemesi problemi olabilir. Bazen hekim ısrarcı olabiliyor sevk etmemekte. Bu tür sorunlar olabilir.” (AH 2)

“Kendi koşullarımızda düşündüğümüzde, misafir hasta durumu ne olacak onun düzenlenmesi lazım, bu hastalar problem olabilir. Misafir hastalara bakmayan aile hekimleri olduğunu duyuyoruz, yani onu doğru bir şekilde yönlendirilebilir ama kendi hekimi yine habersiz olur, işte ortak bir elektronik hasta dosyası burada şart.

Çalışma saatlerini insanlar genelde biliyor. Ama hiç başvuru yapmamış olanlar tabi bilmeden geliyor. Aslında MHRS’de bizim çalışma saatlerimiz belli, oradan aile hekimine de randevu alınabilir ama bu hiç bilinmiyor. Her aile hekimi bildirmek zorunda aylık çalışma takvimini MHRS’ye bildiriyor bunlar belli. Randevu almasa bile orada olup olmadığını o gün için görebilir, biz eğitime, izine gidince MHRS’de boş gözüküyor ama vatandaş bilmiyor.” (AH 3)

“Geçiş süreci çok önemli onun iyi yönetilmesi gerekir, hastaların alışkanlıklarını değiştirmesi açısından geçiş sürecinde sıkıntı yaşanacak, ikinci basamakla iletişimde zorluk donanım yetersizliği olur başta, ama ileri dönemde hepsi iyi olacaktır.” (AH 4)

“Yeterli hazırlık yapılmadan uygulamaya her açıdan olumsuz olacaktır.” (AH 8)

“Zaman kaybeden bazı hastalar olabilir belki ama orada da doğru bölüme direkt gideceği için bu da iyi işlerse sistem sorun olmaz.” (Uzm. 1)

“Geçiş döneminde aile hekimlerine büyük yük olacaktır ama sonra sistem oturacaktır.

Bu hastaların inatçılığı, sağlık tüketiminin çok arttığı ülkemizde geçiş dönemi sancılı olur, bu dönem ne kadar sürer, neler yapılır bilemiyorum.

Ek düzenlemeler yapılmalı yani yoksa acillere başvuru artabilir.” (Uzm. 4)

“Aile hekimlerinin iş yükü artacak tabi, uzman hekimler de hasta başı ödeme olduğu için döner sermaye azalır çok net. Sistem çok hasta bakmaya dayalı. Şimdi adam 200 hasta bakıyor ama şikâyet etmiyor. Şirket gibi olmuş hastaneler, ne kadar fatura kesilirse yönetim o kadar başarılı. Uzman gelirleri düşer. Sut fiyatları enflasyona göre hep geri geliyor. Maddi zararı uzmanların çok olur, hastaneler dönmez.

Şimdi hasta da istemez bunu, alışmış diyecek ki benim doktorum orada beni sevk et, sıkıntı çıkaracak. Aile hekimini sıkıştırarak. Bence tasarruf olmaz, aile hekimin ilacını alır kullanmaz, güvenemeyecek, sen aynı grup ilacı yazacaksın onu alacak, diğerini kullanmayacak.” (Uzm. 5)



“Tüm branşlara uygulanırsa bir gecikme olabilir. Aile hekimlerine bireysel sorun çikaran vatandaşlar olabilir.” (Uzm. 6)

“Aile hekimleri zor durumda kalabilir. İnsanlar sevk konusunda ısrarcı olabilir.” (Uzm. 7)

“Endişem sadece bazı vakalar geç kalabilir, ama şimdiki sistemde de bu olabiliyor.

Aile hekimleri işte baskıya maruz kalabilir. Biraz başları ağrıyabilir yani.” (Uzm. 8)

“Hastalar memnun olmaz, aile hekimlerinin iş yükü artabilir, bunalabilirler. Uzmanlar açısından maddi olarak kayıp olabilir.” (Uzm. 9)

“Yani bu sevk sisteminde ilk bakışta sanki bazı vakalar atlanabilir, gibi düşünülüyor ama ben öyle olacağını düşünmüyorum. Çünkü acil durumlarda zaten acile gidecek. Ama şöyle bir şey olabilir, acil servise aile hekimine gitmesi gereken hastalar çok gidebilir, o da bir düzenleme ile çözülür.” (Uzm. 10)

#### **4.12. Sevk Zinciri Uygulanması Gerekli Nitelik ve Yeterlilikler**

##### **4.12.1 Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Doğru Verebilme Yeterlilikleri**

Aile hekimlerinin sevk kararını doğru verebilme yeterliliklerinin 1’den 10’a kadar derecelendirilmesi istenildiğinde aile hekimleri ortalama 6,98±1,62, uzman hekimler ortalama 5,99±2,30; toplum ise ortalama 6,22±2,10 puan vermişlerdir.

Aile hekimlerinden; sevk kararını doğru verebilme konusunda kendi yeterliliklerini 1’den 10’a kadar derecelendirilmesi istenildiğinde; aile hekimleri kendilerine ortalama 7,96±1,40 puan vermişlerdir.

##### **Nitel Bulgular**

“Söylediğim gibi aile hekimi hangi hastanın sevk edilmesi gerektiğini, nereye gitmesi gerektiğini bilir ama mevcut nüfuslarla bu sistemi işletemez, aile hekimi nüfusu azalmadan sağlıklı işleyecek bir sevk zincirinden bahsedemeyiz. Yani belki özellikle yaşlı hekimlerimizi düşündüğümüzde uyum sağlayamayabilirler.” (AH 3)

“Ben bu konuda aile hekimlerinin yetersiz kalacağını düşünüyorum, ben bir aile hekimi uzmanıyım benim aldığım eğitim, multidisipliner yaklaşım gibi konularda

diğer aile hekimleri sıkıntı yaşayabilir, mesela kadın doğum hastaları; şu an hepsi sevk ediliyor, bu konuda bilgi ve tecrübeleri yüksek olmalıdır, bununla ilgili spesifik konularla ilgili eğitimler belirli sürelerde belli kliniklerde rotasyon olabilir.” (AH 4)

“Herkes yeterli mi; yeterlidir diyemiyorum tartışılır, ama şimdi bu sevk zinciri gelmez ise hekimlerin yeterlilikleri daha da azalır.” (AH 5)

“Hizmet içi eğitim olmadan bir meslek yaşamı düşünülemez, hizmet içi eğitimler mutlaka olacaktır, bunların içinde sevk zinciri konusunda da olacaktır, bilgilerimize tazeleme gerekir. Çünkü çok değişiyor.” (AH 8)

“Ne yazık ki yeterli olduklarını göremiyorum, genel tıp eğitiminde de eksiklikler var, yani çok farklı bir sorunu olan hastaya sende şu var, bu var diye yanlış söyleyerek, hastayı yanlış yönlendirebiliyor.” (Uzm. 1)

“Gözlemlerime göre yeni mezunlar bu konu da yetkin olamıyor, onlar aile hekimi olursa gereksiz çok sevk eder diye düşünüyorum.” (Uzm. 2)

“Hazır değiller, yeterli olabilmeleri için yine eğitime geliyoruz, hem hekimlerin tıp eğitimi hem de kurala duyulan saygının ve toplum yaşayışının düzeni için toplumun eğitimi lazım. Fakültelerde temel bir aile hekiminin sahada hazır olabilmesi için standart bir eğitim olmalı en azından. Fakültenin başka bir misyonu varsa akademisyen yetiştirmek ve sair, bunu temel eğitiminin üstüne koyacak.

Sevk zinciri gelirse aile hekimlerini de donanımlı olmaya zorlayacak, olaya bu açıdan bakacak. Yani şu anki hekimler de kendini geliştirecek.” (Uzm. 4)

“Ben şimdi pratisyenlerin çok iyi yetiştiklerini düşünmüyorum, eski hekimlerin de bilgisi eksik olabiliyor, zorunlu sevk sistemi olursa ben çok vaka atlanacağını ve hastaların zarar göreceğini düşünüyorum. Bence yararlı olmayacak.” (Uzm. 5)

“İş o kadar çığırından çıktı ki; benim aile hekimi arkadaşlarım da var, güven kalmadı, kendini garantiye almak istiyor hekim, bildiğini bile uygulamaktan çekiniyor. İp biraz koptu yani istese aile hekimi yeterli olur tabi niye olmasın.” (Uzm. 8)

“Bazen yanlış uygulamalar, gereksiz antibiyotik başlanılan hastalar görüyorum tabi, ikinci basamakla ilişki olsa, uzmanın yaptıklarını aile hekimi de görse bunlar azalır.

Geri bildirim sistemi bu açıdan iyi olur.” (Uzm. 9)

“Bence sevk edilecek, edilmeyecek hastaları rahatlıkla ayırt ederler. Zaten arada kaldıkları hastaları gönderseler de sorun olmaz.” (Uzm. 10)

“Şimdi kişide kişiye değişir ama birinci basamakta aile hekimi uzmanları da, pratisyen hekimler de var. En azından kurs şeklinde bir uygulama ile belirli noktalarda standartlar oluşturulabilir. Şu an çok farklı ve karışık yani yeterlilikler konusunda bir şey söylemem doğru olmaz.” (Uzm. 11)

#### **4.12.2. Sevk Zinciri Uygulaması İçin Gerekli Alt Yapı ve Koşullar**

##### **Nitel Bulgular**

“Bizim sistemimiz buna hazır ama hastaneler buna hazır değil, biz şu an hastanın randevusunu dahi alıyoruz. Burada yapılması gereken; hasta sayısı 2000’e çekilecek ve bize 1 tane daha personel verilecek; bunlar olsun, çağ atlarız, nasıl atlarız tüm kanser taramalarını yaparız, sağlıklı çocuk muayeneleri, takipler hepsini yaparız, ama şu andaki 1 personel ile biz ancak hasta bakarız.

Ama ASM’leri güçlendirerek burayı cazip hale getirirsek olabilir. Ben 10 hasta sevk ediyorsam 2’si akciğer grafisi içindir.” (AH 1)

“En büyük sıkıntı hasta sayısında, alt yapıdan ziyade nüfus iki bin olursa sistem işler. Diğer türlü mekân yetmez, hasta sayısı düşerse hallolur.

Aile hekiminin hastayı yönlendirebileceği diyetisyen ve psikolog olabilmeli. Bunların kurumlar arası ilişkilerle çözülmesi lazım.” (AH 2)

“Bence ASM’nin koşulları yeterli olur.” (AH 3)

“Şu anda yılda iki kez denetleniyoruz şu an zorunlu olan teçhizatı eksik olmaz ama bana sorarsanız bu ASM’leri sınıflama olayı doğru değil, yani tüm ASM’lerin A sınıfı olması lazım; laboratuvar ve görüntüleme konusunda iyileştirme yapılabilir, hepsi ASM içinde olamayabilir, bize entegre edilebilir yani ben hastamı filme gönderip sonucunu masamda ekranımda görebilirim.

Aile hekimi başına düşen nüfus çok yüksek, bu sayılarla sıkıntı olur, özellikle poliklinik sayısı yüksek olan ASM’ler var onlar çok sıkıntı çeker,

Bir tarafın iş yükü azalırken, diğer tarafınki artacak, tabi nasıl ki malzeme, laboratuvar, iyileştirmek gerekiyorsa doğal olarak aile sağlığı elemanı sayısı da arttırılmalı.” (AH 4)

“Donanım olarak hazır değiliz, idrar tetkiki yok yani çoğu yerde, hasta menopoza girdim mi diye geliyor; FSH/LH bakamıyoruz. ASE yeterli değil, sevk zinciri gelirse mümkün değil tek personelle.” (AH 5)

“Elimizin altındaki laboratuvar imkânlarının gelişmesi lazım; röntgen, teknik donanımın geliştirilebilir. Hasta sayısı azaltılırsa şu haliyle bile yararlı olacağına inanıyorum ama hasta sayısı azaltılmadan ASM’ler güçlendirilse bile sevk zinciri oturmaz. Birkaç ASM’ye diyetisyen vs. olabilir. Şimdi bu sistemde bir aile hekimine 2-3 hemşire olmasından ziyade hasta hekim ilişkisi, hekimin nüfusunu tanınması önemli, kişi; ad, soyadı, T.C. numarasından ibaret olmamalı kişiyi gördüğümüzde tanıyabilmemiz lazım. Nüfus azaltılırsa 1 ASE de yeterli olur.” (AH 6)

“Şimdi her aile hekiminde olması gereken malzeme listesi var ama bazıları kullanmıyor, hiç EKG çekmeyen aile hekimi vardır. Malzeme varlığından çok kullanıp kullanılmaması önemli, entegre hastanedeki ASM’de çalışırken acilin röntgeninden laboratuvarından yararlanabiliyorduk ama şimdi tek birimli yerdeyim ve sadece kan tahlili oluyor, bir idrar tahlili bakabilmek isterdim ya da işte her burkulmayı incinmeyi ortopediye göndermek zorunda kalmazdım. Kardiyak bir durum düşünüyorsan mecbur ambulans çağıracaksın sabah alınan kan öğleden sonra sonucu geliyor, öğleden sonra alınan kan sonucu ertesi gün geliyor. ASE hiç EKG çekmemiş, şimdi hasta gelse kendim çekerim, ASE’ler arasında standardizasyon gerekir.

Aile hekimi başına olan nüfus fazla, ben mevcut nüfusumun üstüne çıkmak istemiyorum.” (AH 7)

“Her zaman bahsedilen donanımlı Aile Sağlığı Merkezi ya da Sağlıklı Yaşam Merkezi olayı var ama bir türlü hayata geçirilemedi. Gerek laboratuvar ayağı olsun gerekse görüntüleme yöntemlerinde eksiklerimiz var. Şahsım adına merkezde çalışıyorum ama görüntüleme konusunda eksiklik yaşıyoruz, dolayısıyla görüntüleme gereken hastalarımıza hastaneye git diyoruz, yani hasta bizden çıkmış oluyor aile sağlığı merkezlerinin çoğu görüntüleme çalışmalarının yapılması için uygun değildir belki Sağlık Bakanlığı ile müdürlük tarafından standart donanımlı ASM’ler inşa edilebilirse onların içinde laboratuvar ve görüntüleme cihazları koyulabilir. Şu anda bu mümkün görünmüyor zaten kaldı ki biz çalıştığımız elemanlar açısından da yeterli değiliz görevlerimizi yapmak konusunda, hastalara kanser taraması yapmamız

gerekiyor, yani sadece kanser taraması için bile bir tane eleman yetmeyecektir.” (AH 8)

“Yetersiz tabii ki, şu an onlarda da kayıtlı hasta sayılarını arttırmak noktasında maddi bir baskı var. Biz onların onlar bizim ne yaptığımızı sistemde göremiyor.

Şimdi bizde de il genelinde hastaların, giriş kayıtları, ilaçlarını, tanılarını, ne kadar yattıklarını, gösterecek sistem kuruldu ama kaldırmıyor, bunun geliştirilmesi lazım, tanı ve ilacı görüyoruz ama tanıları da zaten sekreter giriyor çoğunda, ödensin diye genel bir tanı giriliyor. Yoğunluk varsa hekim not da koyulamıyor.

Hasta bize sözel olarak beni şu gönderdi demesi yerine ekranımda görülebilmeli.” (Uzm. 1)

“Yeterli değil bence, sadece hekim emeği, bilgisi ile olmaz tabi, laboratuvarı, fiziki şartları yeterli olmayan ASM’ler var, bunların da desteklenmesi lazım, belli bir standart yakalanmalı.” (Uzm. 4)

“Günümüzde, hekimlik biraz tetkik hekimliğine kaydı yani temel anamnez ve fizik muayene ile hastaların çoğuna tanı koyulabilir birinci basamakta yani bizim zamanımızda öyle idi, diyebilirim ki başvuruların %70-80’i bu kapsamda neticelendirilebilir.” (Uzm. 10)

“Bence çok hazır değil, yani yurt dışındaki hizmetleri duyuyoruz bizim çok eksiklerimiz var. Hastane sistemiyle aile hekimliği sistemi entegre edilmeli. Aile hekimi de hastasını sistemden takip edebilmeli.” (Uzm. 11)

#### **4.13. Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme Durumları**

Aile hekimleri, uzman hekimler ve toplumun sevk zinciri uygulamasının gelmesini isteme durumları Tablo 22’de sunulmuştur.

**Tablo 22.** Hekimlerin ve Toplumun Sevk Zincirini İsteme Durumları

Sevk Zincirini İsteme Durumu	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler		Toplum	
	n	%	n	%	n	%
Sevk zinciri olmasını istemem	62	31,2	18	10,1	218	56,8
Sevk zinciri olsun ama bazı uzmanlık alanları sevk zinciri dışında kalsın	44	22,1	34	19,0	69	18,0
Sevk zinciri olması isterim	93	46,7	127	70,9	97	25,3

Toplumda sevk zinciri uygulamasının gelmesini istememe sıklığı, sevk zinciri gelirse uzmanlık hizmetine erişimde gecikmeye neden olur önermesine katılanlarda %71,9 (n=146), katılmayanlarda ise %34,1 (n=44) olarak saptanmıştır (p<0,001).

#### 4.14. Sevk Zinciri Dışında Kalacak Uzmanlık Dalları

Bazı uzmanlık dallarının sevk zinciri dışında kalması gerektiğini düşünen aile hekimleri, uzman hekimler ve toplumun, sevk zinciri dışında kalmasını düşündükleri uzmanlık dalları Tablo 23'te sunulmuştur.

**Tablo 23.** Hekimler ve Topluma göre Sevk Zinciri Dışında Kalması Düşünülen Uzmanlık Dalları

Uzmanlık Dalları	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler		Toplum	
	n	%	n	%	n	%
<b>Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi</b>	32	45,7	11	24,4	5	7,2
<b>Göz Hastalıkları</b>	21	30,0	18	40,0	6	8,7
<b>Kadın Hastalıkları ve Doğum</b>	19	27,1	14	31,1	11	15,9
<b>Ruh Sağlığı ve Hastalıkları</b>	19	27,1	17	37,8	8	11,6
<b>Kardiyoloji</b>	18	25,7	17	37,8	21	30,4
<b>Beyin ve Sinir Cerrahisi</b>	16	22,9	2	4,4	13	18,8
<b>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları</b>	15	21,4	0	0,0	5	7,2
<b>Genel Cerrahi</b>	12	17,1	5	11,1	6	8,7
<b>Kalp ve Damar Cerrahisi</b>	11	15,7	5	11,1	7	10,1
<b>Nöroloji</b>	10	14,3	4	8,9	9	13,0
<b>Yan Dal Uzmanlıkları</b>	10	14,3	3	6,7	0	0,0
<b>Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon</b>	6	8,6	1	2,2	0	0,0
<b>Çocuk Cerrahisi</b>	6	8,6	2	4,4	4	5,8
<b>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları</b>	4	5,7	3	6,7	6	8,7
<b>Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları</b>	4	5,7	9	20,0	1	1,5
<b>İç Hastalıkları</b>	2	2,9	0	0,0	6	8,7
<b>Ortopedi ve Travmatoloji</b>	2	2,9	8	17,0	7	10,1
<b>Üroloji</b>	2	2,9	1	2,2	5	7,2
<b>Göğüs Hastalıkları</b>	2	2,9	0	0,0	0	0,0
<b>Göğüs Cerrahisi</b>	1	1,4	4	8,9	4	5,8
<b>Deri ve Zührevi Hastalıkları</b>	0	0,0	0	0,0	4	5,8
<b>Toplam</b>	70	100	45	100	69	100

#### 4.15. Hekimlerin Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme/Desteklememe Nedenleri

Aile hekimleri ve uzman hekimlerin sevk zinciri uygulamasının gelmesini destekleme ya da desteklememe nedenleri Tablo 24’te sunulmuştur.

**Tablo 24.** Sevk Zinciri Uygulamasının Gelmesini Destekleme Nedenleri

Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme Nedenleri	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
Hastanelerdeki yığılmanın azalması	107	53,8	144	80,4
Maliyet etkin olması/Tasarruf sağlanması	44	22,1	30	16,8
Aile hekiminin nüfusuna daha hâkim olması	20	10,1	0	0,0
Hekimlerin saygınlığının artması	12	6,0	4	2,2
Aile hekimlerinin kendilerini geliştirmesine katkı	10	5,0	0	0,0
Hastanelerdeki hizmet kalitesinin artması	9	4,5	19	10,6
Birinci basamakta kronik hasta takiplerinin daha iyi yapılabilmesi	4	2,0	0	0,0
Aile hekimliğine kayıt olmayanların sisteme girişi	2	1,0	0	0,0
Kongre, kurs ve eğitimlere katılmak için zaman kalması	0	0,0	2	1,1

#### Nitel Bulgular

“Sevk sisteminin gelmesini isterim ama bu hasta sayısının azaltılması şartıyla.” (AH 2)

“En önemli neden benim için hastalarım hakkında daha çok bilgi sahibi olmam beni rahatlatır, iş stresim azalır, yani diğer türlü hastaya ne kadar yeterli olduk, iyileştirmiyemi ne oldu bilmiyoruz. Hekimler de kendilerini geliştirir, iş doyumları artar, sağlıkta şiddetin de önüne geçilir.” (AH 3)

“Dünyadaki uygulamalardan da gördüğümüz kadarıyla bir aile hekimi mevcut durumdan daha fazla sorumluluk alabileceğine, hastalık ve hasta yönetimi



yapabileceğine inanıyorum ben, eğer aile hekimliği uygulamasına geçtiysek biz bu iş olacaktır.” (AH 4)

“İsterim ama şartlı isterim. Donanım arttırılmalı, aile sağlığı elemanı en azından iki kişi olmalı ve hasta sayısı azaltılmalı, bunlar olmazsa olmaz.” (AH 5)

“Benim sorunum yok buyursun gelsin sevk zinciri, kendimizi geliştiririz, çok rutin gidiyor şu an, iyi olur yani.” (AH 7)

“Yani birinci basamak düzeyinde halledilecek hastalara bakmaktansa gerçek hastalara vakit ayırmak isterim, aile hekimi gibi biz de mesleki gelişimimizi ve doyumumuzu sağlarız.

Çok hasta gelince sen de vakit ayırman gereken hastaları bu sefer 3. basamağa gönderiyorsun. Yani vakit ayıramayacağım diye bakmamız gereken hastayı üniversiteye gönderiyoruz.” (Uzm. 1)

“Desteklememek mümkün değil, ona göre uzmanlaştık yani herkes her şeye bakacaksa bu doğru olmaz.” (Uzm. 2)

“Kendi yaptığım iş açısından bakarsak günlük pratiğim içerisinde, birinci basamakta görülmesi gereken hastalar çoğunlukta yani insan yüzlerce hasta içerisinde gerçek hastasını görünce mutlu oluyor, uzmanlık bilgini kullanıyorsun, aldığın eğitimin hakkını verdiğin yer orası oluyor, bakıyorsun bizde başvuruların %10’u böyle yani yüzde onluk bir kendini gerçekleştirme bizim için. Bu oranın en az %70 olması lazım ki şu an hiçbir polikliniğin böyle çalıştığını düşünmüyorum.” (Uzm. 4)

“Ben desteklerim ama sevk zincirinin, getirilebileceğini düşünmüyorum. Şimdi artık kim söyleyebilir, siz uzman hekime gitmeyeceksiniz, aile hekiminize gideceksiniz, o uygun görürse sizi hastaneye sevk edecek yani bunu diyebilecek birisi var mı? Bence yok.

Desteklememdeki sebep, bu ikinci ve üçüncü basamaktaki bu büyük iş gücü kaybı biraz önlenmiş olacaktır. Şimdi her basamak bir üst basamağı rahatlatır. Bana bu kadar hasta gelince ben de burada çözebileceğim bazı vakaları mecbur, gönderiyorum, ilgilenmem gereken hastayla ilgilenemiyorum. Dediğim gibi yani çoğu zaman ikinci basamak gibi çalışmıyoruz, 1 buçuk hatta 1,25. Basamağız.” (Uzm. 10)

Araştırmaya katılan aile hekimleri ve uzman hekimlerin sevk zinciri uygulamasının gelmesini desteklememe nedenleri Tablo 25’te sunulmuştur.

**Tablo 25.** Sevk Zinciri Uygulamasının Gelmesini Desteklememe Nedenleri

Sevk Zinciri Uygulamasını Desteklememe Nedenleri	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
Aile hekiminin iş yükü artar	32	16,1	3	1,7
Halkın eğitimi/sağlık okur-yazarlığı düşük	22	11,1	2	1,1
Sevk isteyip de sevk edilmeyenler problem olur	10	5,0	2	1,1
Koruyucu sağlık hizmetleri olumsuz etkilenir	5	2,5	0	0,0
Hastaların özgürlüğü kısıtlanır	3	1,5	0	0,0
Gelirim azalır	0	0,0	5	2,8
Hastanın tanı ve tedavisi gecikebilir	0	0,0	6	3,4

#### **Nitel Bulgular**

“İş Yükünü çok arttıracaktır. Şimdi burası merkez, ben kendi nüfusumun iki katı misafir hasta bakıyorum, sevk zinciri gelirse herkes merkezden sevk alıp işini halletmek isteyecek yani şu an 80 hasta bakıyorsam, sevk sistemi gelirse 160 kişi olacak. Ben mahvolurum.” (AH 9)

“İlla da sevk isteyen hastaya ne yapabilirim ki, vermezsem tartışma çıkacak, hastaların sekreterliğini yapacağız; hem sevk vermezsen o da aile hekimini değiştirir.” (AH 10)

“Ben desteklemiyorum, Bu performans sistemi kalırsa kimse desteklemez. Bence asıl sıkıntı acillerde yani poliklinikte bir şekilde hallediliyor hasta. Yani şu an randevu sistemi var zaten bunun üstüne bir de sevk sistemi bana saçma geliyor. Yani bu randevu sistemini tam uygula, uzmana baskı yapma aradan hasta al diye, müsaitsem olan alır zaten ama şimdi öyle baskı olan yerler var biliyorsunuz hastayı geri çevirme diye, bu olmasın randevu sistemi yeterlidir.” (Uzm. 5)

#### 4.16. Hekimlerin Sevk Zinciriyle İlgili Önerileri

Hekimlerin sevk zinciri uygulaması ile ilgili önerileri Tablo 26’da gösterilmiştir.

**Tablo 26.** Hekimlerin Sevk Zinciri Uygulaması ile İlgili Önerileri

Sevk Zinciri Uygulamasıyla İlgili Öneriler	Aile Hekimleri		Uzman Hekimler	
	n	%	n	%
Aile hekimi nüfusu azaltılmalı/Aile hekimi sayısı arttırılmalı	35	17,6	5	2,8
Toplum eğitilmeli/sağlık okur-yazarlığı arttırılmalı	24	12,1	8	4,5
Aile hekimliği bilgi sistemi ile hastane bilgi sistemleri entegre edilmeli	18	9,0	6	3,4
Devlet/Hükümet/Bakanlık hekimleri desteklemeli	14	7,0	3	1,7
Üst basamakta planlı tetkik ve tedavisi olanlar sevk almadan başvuru yapabilmeli	13	6,5	6	3,4
Güvenlik önlemleri alınmalı	10	5,0	0	0,0
ASM’lerin donanımı arttırılmalı	5	2,5	13	7,2
Performans sistemi/SUT ücretleri düzenlenmeli	5	2,5	23	12,8

#### Nitel Bulgular-Öneriler/Düşünceler

“Her bölgede sahada çalışan hekimiyle, sağlık yöneticileri ile bir ortak çalıştay yapılması gerekir. Daha önce iki ilde pilot uygulama yapıldı, sevk zincirine geçildi ne oldu; olmadı; çünkü sormadın kimseye bir şey.

Şimdi Avrupa da insan evinde yaşıyor burada öyle değil adamın Trabzon’da bir evi var, köyde bir evi var, yaylada bir evi var, arada sırada da Bursa’ya çocuğunun yanına gidiyor, bizim koşullarımız farklı dolayısıyla sistem de bize özgün olmalı.

“Çalıştaylar yapılsın ki uygulamaya geçince sahada bir karşılığı olsun.” (AH 1)

“Sosyal açıdan da 1. Basamağın desteklenmesi lazım. Hastanın maddi durumu olmayabilir, yaşlıya bakılmıyor olabilir, yetersiz bakım, beslenmeyi nasıl çözeceksin

Hangi basamağa giderse gitsin dönüp dolaşıp aynı mekânda aynı sorunlarla karşılaşacak bunların kurumlar arası işbirliği ve birlikte çalışmayla aşılabilmesi lazım, şu an bir şekilde bireysel olarak çözmeye çalışıyoruz.

Şimdi mesela hasta epilepsi hastası çocuğunu emziremiyor, bebeğine artık inek sütü veriyor ne yapsın, yani 1 aylık çocuk inek sütüyle beslenebilir mi, onu işte kaymakamla konuştuk, bez alık, mama aldık, şimdi bu hastayı üst basamağa yolladın hadi beslenme yetersizliği dedi mamayı karşıladı, diğerleri nasıl olacak, işte bakanlıklar arası bir çalışma olmalı.” (AH 2)

“Aile hekimliği ekip işi. Şu anda birim birim katı çizgilerle ayırmışız aile hekimlerini, aynı ASM içerisinde olmak kaydıyla, ortak çalışma olması görev ve sorumlulukların paylaşılabilmesi olabilir. Hasta poliklinik yoğunluğunun paylaşılması, uygulamada kendi içerisinde de spesifikleşme olabilir.

Ekip çalışması arttırılması lazım şu an ikili diyaloga bakıyor yani öyle olmaz daha birlikte çalışmaya dayalı düzenlemeler olmalı.” (AH 4)

“Çok hastaya bakmaya dayalı hastaneler hatta eğitim hastaneleri olması utanılacak bir olgudur. Şimdi Türkiye'de kişi başına düşen hekime müracaat sayılarına bakıldığında 8 küsur gibi rakamlar var şimdi bu ortalamalara baktığımız zaman Avrupa ülkelerinin üstünde olduğunu görüyoruz. Bu başvuruların bir kısmının da aynı sağlık sorunuyla ilgili farklı arayışlar olduğunu biliyoruz dolayısı ile kişiler hissettikleri sorunları ile ilgili tatmin edici sonuç alamadıkları anlamına geliyor. Bunu en aza indirmek için daha nitelikli sağlık hizmeti nasıl olması gerekir nicelik açısından Türkiye'nin şu anda oldukça eskiye göre yeterli olduğunu düşünüyorum ama nitelik açısından çok yetişemedik. Bu nedenle ben işin kaynağına dönerek tıp fakültesinde okutulan öğrencilerin kurgulanan sisteme ya da kurulmak istenen sisteme hazır yetiştirilmeleri gerektiğini düşünüyorum yani aile hekimliği sistemine ve uygulanması düşünülen sisteme hazır tıp mezunları sahaya sürmemiz gerekiyor. Bunun da yapılamadığını üzülererek görüyorum.” (AH 8)

“Aile hekimi imkânı ve yeterliliği arttırılmalı, uğraşı terapisti birimleri, sosyal hizmet uzmanı olmalı bizim alanla ilgili örneğin, spor aktivitesi ve sair imkânlar olsa hastalar için yararlı olur. Aile hekimi nüfusu da azaltılmalı.” (Uzm. 1)

“Açıkçası hekimler arasında bir standart olduğunu düşünmüyorum, kılavuzlar oluşturulması, bakanlık ya da uzmanlık dernekleri tarafından ve bunların belli sürelerde güncellenmesi gerekir.” (Uzm. 6)

“Alt yapı yapıldıktan sonra geçilmeli. Vatandaş bilgilendirilmeli, kamu spotu vs. basamaklara arası ağ kurulduktan sonra olmalı.

Bir de hizmet içi eğitim olmalı, uzman hekimlerle aile hekimleri bira araya gelmeli, işte biz sizden ne istiyoruz, siz bizden ne bekliyorsunuz gibi, her branş aile hekimleri ile bir araya gelip değerlendirme yapmalı. Yani idareci tek başına karar vermemeli.

Her ilin koşulları farklı. Karşılıklı iletişim, diresek teması olmalı, yani her şey resmi yazı, yönetmelik değil bu bağlantılar da oluşturulmalı.” (Uzm. 8)

“Şimdi ben sadece hastanede tedavi olabiliyim diye düşünen hastaları burada bakabilmek zor bu ilk etapta darp ve şiddeti arttırabilir.

Şimdi ben günde 50 hasta bakıyorum, sevk zinciri gelirse diyelim 100 kişi normal şartlarda yüzde 15 ini sevk edersem bir günde max. 15 kişiyi sevk edeceğim düz hesap 250 aile hekimi her bir 15 hasta sevk ederse 3750 hasta eder. Bunları Trabzon’daki tüm devlet hastanelerine, eğitim araştırma hastanelerine, üniversiteye dağıt; bu sistemde hastaneler çöker, yani devletin sevk zinciri getireceğim demesi sadece bir söylem, altı doldurulmamış demek ki sevk sisteminden söz edebilmemiz için önce mevcut performans sisteminin değişmesi şart” (AH 1)

“Hastanın asıl takibini aile hekimi yapmalı; hasta doğrudan 2. Basamağa giderse hiç görmüyoruz, haberimiz olmuyor, bazen gebe doğum yaptıktan sonra haberimiz oluyor, diyor ki benim doktorum var size niye geleyim, benim kadın doğumcum var diyor, ama kadın doğumcu örneğin tetanos aşısı yapmamış, bunun gibi sorunlara rastlıyoruz.” (AH 2)

“Aslında yeni bir şey keşfetmiş olmayacağız; dünyanın değişik ülkelerinde sevk zinciri uygulaması var zaten, mutlaka Türkiye'ye özgü tarafları da olacaktır ama sanıyorum 2013/2014 yılında mıydı bir sevk zinciri pilot uygulaması olmuştu. Hemen de iptal edildi bildiğim kadarıyla hastanelerdeki hastaların çok azalması ile ilgili bir

iptal idi bu, bu da şunu gösteriyor yani sevk zinciri uygulanırsa bu haliyle hastanelerin hasta sayıları çok düşecektir. Buradan mantık yürüterek şunu anlayabiliriz hastaneler hasta bakmak üzerine yapılandırılmış sistemler, bu da Türkiye'nin bir yanlışı. Tabii ki hastaların elenerek üst basamak hastanelere gitmesi gerekir mademki Aile Hekimliği giriş kapısıdır o zaman hastalar Aile hekimine başvurmalı, üst basamakla ilgili kontrolü ya da sevk randevusu olanlar gidebilmeli ama onun haricindeki hastalar mutlaka aile hekimine uğramalı, bunun olabilmesi için tabii birinci ve ikinci basamaklar arasındaki iletişim ve koordinasyonu iyi olması gerekir. Hem de aile hekiminin bu yükü kaldıracak donanıma sahip olması gerekir. Ayrıca hasta sayısı da buna uygun olmalıdır.” (AH 8)

“Şu anda yok tabii sevk zinciri, olsa herkes kendi işini enerji kaybı olmadan yürütürdü. Hekim ve hekim dışı personel belli bir eğitim alıyor. Bu herkesin, her işi yapması amaç ve anlam kayması yaratıyor. Bir pilota hadi sen biraz da otobüs sür demek gibi bir şey bu.” (Uzm. 4)

“Hekimler arkasında gerekli desteği hissederseniz sorumluluk alırlar çünkü 6 yıl tıp fakültesi okumuş yani sadece hangi hastanın hangi bölüme gitmesi gerektiğini 3 aylık kurs gören sağlık meslek lisesi mezunu tıbbi sekreter bile öğrenir. Bunun için tıp okumaya gerek yok.

Yani bu sevk sisteminde ilk bakışta sanki bazı vakalar atlanabilir, gibi düşünülüyor ama ben öyle olacağını düşünmüyorum. Çünkü acil durumlarda zaten acile gidecek. Ama şöyle bir şey olabilir, acil servise aile hekimine gitmesi gereken hastalar çok gidebilir, o da bir düzenleme ile çözülür.” (Uzm. 10)

## 5. TARTIŞMA

Kulu-Glasgow ve ark. Hollanda'da, yeni bir sağlık durumuyla ilgili uzman hekime, genel pratisyen hekimi atlayarak başvuran 45 ve genel pratisyene başvurarak sevk edilen 102 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında; birinci basamak sağlık hizmetini atlayan kişilerin, bu davranışlarındaki en önemli nedenler sorgulanmıştır. Bu çalışmaya göre, genel pratisyeni atlayarak uzman hekime başvuranların en sık belirttiği nedenler; uzman hekimde daha fazla olanak olması (%58,5), sorunun tipik uzmanlık hizmeti gerektirdiğini dşnmek (%58,5), zamandan kazanmak (%48,8), genel pratisyene danışmak için para ödemeye gerek duymamak (%46,3), alışkanlık (%46,3), genel pratisyen de sevk ederdi diye dşnmek (41,5), uzman hekime daha fazla güvenmek (%36), doğrudan tıbbi bakıma ihtiya duymak (%29,3), zihni tam rahatlatmak (%17,1), aynı gün içinde uzman hekime başvuramama dşuncesi (17,1) olarak saptanmıştır (79).

Bizim alışmamızda da toplumun, kişilerin aile hekimine uğramadan doğrudan hastaneye başvurmasında belirttiği en sık neden %68,8 ile Hastanedeki olanaklarının fazla olması idi. Bunu En iyi hizmeti aldığına emin olmak (%45,1), Hastaneye daha fazla güven duyması (%40,9), Uzmanlık hizmetine geç kalmama isteği (%32,6), Alışkanlık (29,7), Zamandan tasarruf etmek (%25,8) ve ASM'de tedavi olamayacağı dşuncesi (25,0) takip ettiği saptanmıştır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerini atlama davranışında, toplumun benzer düşünce ve saikler doğrultusunda hareket ettiği düşündürmektedir.

Kulu-Glasgow ve ark. alışmasında, birinci basamak hekimini atlayarak insanların en sık başvurduğu uzmanlık alanları sırasıyla; göz hastalıkları (yaklaşık %50), jinekoloji (%40) ve yaklaşık %30 ile kulak burun boğaz hastalıkları ve dermatoloji olarak belirlenmiştir (79).

Bizim alışmamızda aile hekimleri ve uzman hekimlere; kişilerin aile hekimine uğramadan en sık başvurulan ilk beş uzmanlık alanının hangileri olduğu sorulmuştur. Aile hekimleri en sık olarak sırasıyla; ocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kardiyoloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, göz hastalıkları bölümlerini belirtmişlerdir. Uzman hekime de yine aynı uzmanlık alanlarını bu kez; kadın hastalıkları ve doğum, ocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, kardiyoloji, göz hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları sırası ile belirtmişlerdir.

Kulu-Glasgow ve ark. çalışmasında en yüksek oranın göz hastalıkları uzmanında olmasında muhtemelen Hollanda'da bu alanın sevk zinciri dışında bırakılmış olmasının yani, tedavi ücretlerinin genel pratisyen hekimden sevk mektubu alınmadan da sigortası tarafından karşılanmasının etkili olduğu belirtilmiştir (79).

Her iki çalışmada da kadın hastalıkları ve doğum alanı yüksek bulunmuştur ancak bizim çalışmamızda temel klinik branşlardan çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları alanlarının birinci basamak atlanarak sıkça başvurulduğunun belirtilmesi dikkat çekmektedir, bu konuda hekimlerin görüşleri ile birlikte değerlendirildiğinde çocuk sağlığı ve hastalıkları başvurularında ailelerin çocuklarına karşı duyarlılıklarının yüksek olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Öcek ve ark. Türkiye genelinde, 51 aile hekimi ile derinlemesine görüşme yapılan niteliksel çalışmasında On yedi aile hekimi listelerinde yer alan kişilerin % 40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını açıklamıştır. Dört aile hekimi % 60'ın da üzerinde bir hizmetlerinden yararlanmayan kişi oranı bildirmiştir. Aile hekimleri bu görüşlerini;

“3100 kişi filan var bana kayıtlı. Şöyle 1000-1500 tanesini hiç görmemişimdir daha. İşte bu da eleman sıkıntımızdan kaynaklanıyor. Ev gezmeleri, ev görüşmeleri yapamıyoruz.”

“%50 nüfusunuz çok az geliyor, %25 nüfusunuz canınızı çıkarıyor, %25 hiç gelmiyor.”

“Hastalarımın %20-30 kadarı ilk başvuru yeri olarak ancak kullanıyor, Ankara olmasından kaynaklı olabilir. Bize hiç uğramadan büyük merkezlere giden hasta sayısı o kadar çok ki.”

“Bizim ilimizde kısa süre (sevk zinciri) uygulandı, “mahallede bu kadar hasta mı varmış” dedim. Günde 150 hasta baktık. Özel hastaneler dolmuşlarla hastaları getirmişler, demişler “buradan sevk alın sonra bize gelin.” cümleleri ile ifade etmiştir (80)

Bizim çalışmamızın nicel kısmına katılan aile hekimlerine kendilerine kayıtlı kişilerin yüzde kaçının kendilerine hiç uğramadan doğrudan hastaneye gittiği sorulduğunda, aile hekimlerinin görüşlerine göre bu oran %5-80 (ortanca %20) arasında değişmektedir. Araştırmamızın nitel kısmında aile hekimleri, kendilerine



kayıtlı olan nüfus içerisinde hiç karşılaşmadıkları hastaları olduğunu şu şekilde belirtmişlerdir,

“Ben kendim merak ettiğim için baktım bana hiç uğramamış bana kayıtlı 1000’in üzerinde hastam var. Bunun sebeplerini düşündüğümüzde; birincisi aile hekimi, ne yapar ne yağamaz diye bilgisi olmayabilir, tabi bilgi olmayınca güven eksikliği de oluyor bizde halledilemeyeceğini düşünüyor; coğrafi şartlar, kültürel durumlar da etkiliyor, bence kişilerin aile sağlığı merkezi ile ilişkisi arttırılmalı.”

“...2009 yılından beri Trabzon'da aile hekimi olmama rağmen bana hiç gelmeyen 250-300 civarında benim nüfusuma kayıtlı hasta vardır. Bunların medulla kayıtlarına baktığım zaman bunların bana hiç gelmediğini ancak çeşitli hastanelere başvurup tedaviler aldıklarını görebiliyorum...”

Araştırmamızın nicel ve nitel kısımlarında aile hekimleri, sevk zinciri uygulamasını destekleme nedenleri arasında, sevk zinciri geldiğinde nüfuslarına daha hâkim olacaklarını ve bu kendilerine hiç uğramayan nüfusa da koruyucu sağlık hizmetleri verebileceklerini belirtmişlerdir.

Aktürk ve ark. 2011 yılında, 1019 üyeli aile hekimliği e-posta grubu üzerinden gerçekleştirdiği çalışmada, 114 aile hekimi araştırmaya katılmıştır. Bu çalışmada sevk zorunluluğu konusunda katılımcıların %48,6'sı (n=54) desteklediğini, %40,5'i (n=45) kararsız olduğunu ve %10,8'i (n=12) karşı olduğunu belirtmiştir (81). Bizim çalışmamızda aile hekimlerinin %46,7'si (n=93) sevk zinciri olmasını istediğini, %31,2'si (n=62) istemediğini, %22,1'i (n=44) ise sevk zinciri olmasını istediğini ancak bazı uzmanlık dallarının sevk zincirine dahil olmaması gerektiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamız tek bir ilde yapılmasına karşın, katılım sayısı ve katılma oranı Aktürk ve arkadaşlarının çalışmasına göre oldukça yüksektir. Her iki çalışmada da araştırmaya katılan aile hekimlerinde tüm uzmanlık alanlarının dahil olduğu sevk zincirinin gelmesini isteme sıklığı benzer bulunmuştur. Ancak sevk sistemi ile ilgili yapılacak bir uygulamada, sevk zincirinin gelmesini istemeyenler ve bu konuda kararsız olan aile hekimlerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Çalışmamız sonucunda sevk zinciri uygulamasına en yüksek desteği veren grubun uzman hekimler olduğu bulunmuştur. Araştırmanın nicel ve nitel bulgularıyla birlikte düşünüldüğünde; uzman hekimlere yapılan başvurularda kendi alanları ile ilgili başvuruların düşük olması, uzman hekimlerin polikliniklerine günlük ortalama

başvuru sayısının yüksek olması ve hastalarına ayırabildikleri zamanın kısıtlı olmasının, sevk zincire olan desteklerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan toplum üyelerinin yarısından fazlası (%56,8) sevk zinciriningelmesini istemediklerini belirtmiştir. İlk başvuru yapılması gereken sağlık kurumunun neresi olduğuyula ilgili yanıtlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin oranı (ASM, sağlık ocağı v.b.) %59,7 olarak belirtilmiş, toplumun %37'si ilk başvurunun hastanelere yapılması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların ASM'ye en son başvuru nedenleri incelendiğinde ilk sırayı üst solunum yolu enfeksiyonları almıştır (%28,2). Başvuru nedenine muayene olmak diyenler %20,5 iken toplumun %14,7'si son başvuru nedeninin sağlık raporu ya da istirahat raporu almak olduğunu belirtmiştir. Araştırmanın nitel kısmında, aile hekimlerinin hastasıyla ilgili sorumluluk almaktan imtina ettiklerini ve tıp bilgilerini fazla kullanmadıklarını belirten hekimler olmuştur. Öte yandan araştırmanın nicel kısmına katılan aile hekimlerinin %63,3'ü, uzman hekimlerin %45,3'ü aile hekimlerinin sevk kararlarını etkileyen nedenler içerisinde, hastanın talebini belirtmiştir. Araştırmanın nitel kısmında da birçok hekim sevk zinciri uygulamasında hastaların sevk talepleri ve ısrarlarının; hekimler üzerinde baskı oluşturacağını, tartışmalara sebep olacağını, hekimlerin bu baskı nedeniyle sevk etmemesi gereken hastaları ister istemez sevk edeceklerini ve sevk sisteminin akamete uğrayacağı görüşlerini bildirmişlerdir. Bu durumların devlet planlamalarında bulunan sağlıkta etkili bir sevk zinciri uygulamasına geçilmesinde engel oluşturabileceği düşünülmüştür. Konuyla ilgili katılımcıların belirttikleri toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması, toplumun eğitimi ve sevk zinciri uygulamasının içselleştirilmesi ile ilgili çalışmaların yapılması önerilerinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Öcek ve ark. çalışmasında aile hekimleri, özellikle kronik hastalıklar açısından ilk başvuru fonksiyonunu hiçbir şekilde gerçekleştiremediklerini ifade etmişlerdir. Bunun nedeni sevk sisteminin uygulanmamasına ve toplumun pratisyen hekimlere güven duymamasına bağlanmıştır. Bizim çalışmamızda da aile hekimine duyulan güven sorunu; aile hekimleri, uzman hekimler ve toplum tarafından belirtilmiştir.

Öcek ve ark. çalışmasında; mevcut koşullarda birinci basamağa sevk uygulaması getirilmesinin son derecede olumsuz sonuçlara yol açacağını düşünen katılımcılar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Katılımcılar bu düşüncelerini

“tamamen bir kaos olur”, “her şey çöker”, “facia olur” gibi ifadelerle açıklamıştır. Katılımcılar sevk sistemi uygulandığı takdirde ortaya çıkabilecek sorunlara işaret etmiştir. Aile hekimleri kayıtlı hasta sayılarının çok yüksek olduğunu belirtmiş ve bu nedenle sevk sisteminin iş yükünü aşırı düzeyde arttırma olasılığına dikkat çekmiştir. Aynı çalışmada aile hekimleri sevk sisteminin hekimleri hastalar ile karşı karşıya getireceğini, hastaların kendilerini sevk etmeyen hekimlere şiddete kadar varabilecek düzeyde baskı uygulayacaklarını belirtmişlerdir (80)

Benzer endişe ve çekinceler bizim çalışmamızda da ortaya çıkmıştır. Araştırmamızda aile hekimlerinin polikliniklerine başvuru sayısı ortanca 50 (15-105) olarak saptanmıştır. Aile hekimlerinin %35,1’i sevk zinciri gelirse birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerinin olumsuz etkileneceğini belirtmiştir. Araştırmada özellikle aile hekimi sayısının düşük olduğu ilçelerde ASM’de poliklinikler önünde yığılmalar olduğu, yüksek hasta sayısı nedeniyle öğle arası gelmesine rağmen hasta muayene etmeye devam eden aile hekimleri gözlenmiştir. Aile hekimleri hasta sayısı düşürülmeden gelecek bir sevk uygulamasının özellikle bu gibi yoğun birimlerde ciddi sorunlara neden olabileceğini belirtmişlerdir. Bu konuda sevk zinciri uygulamasında, birinci basamak hizmetlerine olacak yığılmanın ve sevk tartışmalarının önüne geçilmesinde aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması önerisi sevk sisteminin sağlıklı işleme için elzem gözükmektedir. Nitekim sağlık bakanlığının amacı 2023 yılına kadar aile hekimi başına kayıtlı nüfusu 2000’e düşürmektir (82).

Çalışmamızda katılan uzman hekimlerin polikliniklerine günlük başvuru sayısı 15 ile 115 arasında, ortanca değeri 50 olarak saptanmıştır. Uzman hekimlerin görüşüne göre, kendilerine başvuran hastaların gerçekten alanları ile ilgili uzmanlık hizmetine gereksinim duyma oranları düşük bulunmuştur. Bu oranın ortanca değeri tüm başvurularda %40, aile hekiminin yönlendirdiği hastalarda ise %55 olarak belirtilmiştir. Uzman hekimler hem yüksek hasta sayılarından, başvuran hastaların çoğunlukla kendi alanları ile ilgili olmamasından, kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren bir grup hastalarına da ayırabilecekleri süre yeterli olmadığından dolayı gerekli hizmeti veremediklerinden yakınmışlardır. Bazı uzman hekimler devlet hastanelerinin artık birinci basamak sağlık hizmeti verir hele geldiğini söylemiştir.

Öcek ve ark. çalışmasında aile hekimleri sevk sistemi uygulanmamasını eşgüdümün önündeki en büyük engel olarak tanımlamış, hastaların büyük bölümünün

durumundan ancak rapor almaya ya da ilaç yazdırmaya geldiğinde haberlerinin olduğunu açıklamıştır. Hemen tüm katılımcılar bakımın eşgüdümünün ancak hasta diğer kaynaklardan aldığı hizmetler hakkında hekimini bilgilendirirse gerçekleşebildiğini, bunun da hastanın bilinç düzeyine bağlı olduğunu açıklamıştır.

Bu konuda bir aile hekimi düşüncesini; “Hasta nereye gidiyor, orda ne tanı aldı, ne yapıldı, hiç haberdar olmuyoruz. Hasta da bilmiyor ne kullandığını. Rapor çıkıyor, doktor o raporda ne yazmış ne çıkartmış, hiç bir şey belli değil.”, bir başka aile hekimi de; “Gönderdiğim uzmanların bazıları geri dönüp bilgi veriyor. Ben de bilgi verenlere göndermeyi tercih ediyorum. Mesela nefroloji hastalarım için bir yer belirledim, doktor benim sevk formuma da bilgi işliyor.” şeklinde ifade etmiştir (80)

Kringos ve ark. Eskişehir ve Düzce’yi içeren çalışmasının sonucunda da aile hekimliği uygulaması eşgüdüm yetersizliği nedeniyle eleştirilmiş, yazarlar birinci ve ikinci basamak arasında eşgüdümü destekleyen hiç bir mekanizma olmadığını, aile hekimleri ile uzman hekimler ve hastane arasında herhangi bir düzeyde iletişim bulunmadığını, sevk raporları kullanılmadığını ve uzmanların aile hekimleri yaptıkları tedaviler hakkında bilgilendirmediğini ifade etmiştir (83).

Bizim çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %96,0’ı, uzman hekimlerin 84,9’u; basamaklar arasında bilgisayarda sistem üzerinden geri bildirim olması gerektiğini belirtmiştir. Bu konuda bir aile hekimi; ““Uzman hekimden geri bildirim olmuyor, bu yoğunluklarına bağlıyorum, haksız değiller yani, geri bildirim hastadan almaya çalışıyoruz hastalar gelmez ise bilgi alamıyoruz. Sistemi olması lazım.” Benzer şekilde bir uzman hekim de; “Ortak bir sistemden, konsültasyon formu gibi bilgiler yazılarak gönderilmeli, pratikte geri dönüş pek olmuyor ancak hastalar kendisi giderse haberleri oluyor aile hekimlerinin. Ortak sistem şart.” şeklinde görüşlerini belirtmiştir.

Çalışmamızda, basamaklar arasında etkili bir iletişim ve geri bildirim olması için bilgisayar sisteminden, hastaların her basamaktaki tanı ve tedavilerinin görülebilmesi ve yalnızca sistem üzerinden geri bildirim ile yetinilmeyip aile hekimleri ile uzman hekimlerinin bire bir iletişim sağlayabileceği uygulamaların da olması gerektiği belirten hekimler olmuştur.

Dünya Bankası'nın aile hekimliği ile ilgili raporunda sevk uygulamasının sağlık sistemde bazı sorunlara ve aile hekimlerin iş yükünde artışa neden olduğu belirtilmiştir (82)

Sevk zorunluluğunun yaratabileceği sorunlar konusunda diğer ülkelerin deneyimlerinden de yararlanmak gerekir. Örneğin, Norveç'te 2001 yılında birinci basamakta liste temelli örgütlenmeye geçilmiş ve aile hekimlerinin gelirleri de büyük oranda kayıtlı hasta sayısı üzerinden hesaplanmaya başlamıştır. Bu değişimin ardından Norveç'te aile hekimleri sevk isteyen hastalarını reddetmekte çok zorlandıklarını, istekleri reddedilen hastaların başka hekime kayıt olduklarını belirtmiş ve tüketici memnuniyetine dayalı bir rekabet sisteminin içinde artık kapı tutucu görevlerini gerçekleştiremediklerini belirtmişlerdir (84).

Bulgaristan'da ise aile hekimlerinin sevk ettikleri hasta sayısına aylık bir sınırlama getirilmiş, fakat reform öncesinde sadece pediyatristler tarafından sunulan çocuk sağlığı hizmetlerini anne babalar, aile hekimlerinden almak istememiş, özel hekime gitmeyi ya da çocuğunu evde kendi kendine tedavi etmeyi tercih etmişlerdir. Aile hekimlerinden hizmet alan çocuklarda ise hekimlerin eğitim yetersizliği nedeniyle ciddi tanı hataları yaşandığı bildirilmiştir. Sonunda çocuklar için Bulgaristan'da pediatri sevk zincirinden kaldırılmıştır (85).

Bizim çalışmamızda aile hekimlerinin %83,8'i, uzman hekimlerin %48,9'u aile hekimlerinden aylık sevk oranına göre mali yaptırım uygulanmaması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmanın nitel kısmında da hekimler bu konu da doğrudan maddi yaptırım uygulamak yerine, sevk oranlarının izlenip, değerlendirilmesi gerektiğini, sevk oranı yüksek ise bunun nedenlerinin belirlenmesini ve gerekirse aile hekimine eğitim verilmesini dile getirmişlerdir.

Bu konuda bir aile hekimi; "Bunda sevk zincirinde hekimin az ya da çok sevk yapmasına göre pozitif ya da negatif performans verilmesine karşıyım. Bunun ne ödülü ne de cezası olmalı çünkü suiistimal edilebilir, gereken hastayı sevk etmeyebilir. Hekimin sevk oranlarında bir yükseklik varsa önce hekimle görüşülmeli bir bilgi eksikliği varsa bu eğitim ile çözümlenmelidir." Benzer şekilde bir uzman hekim "...Bu da bir şekilde denetlenecek, incelenecek, sevk edilmesi gerekeni göndermiyor da olabilir bakanlık müdürlük inceler bunları, o göre belli konularda eksiklik saptanırsa o konuda eğitime çekilir hekim." görüşlerini belirtmişlerdir. Yine bizim çalışmamızda hekimler,

sevk zinciri uygulamasına geçilmeden önce aile hekimlerine belirli eğitimlerin verilmesi gerektiği, birinci basamakta görev yapan hekimlere yönelik tanı, tedavi ve sevk kılavuzlarının hazırlanması gerektiğini belirtmiştir.

Dünya Bankası 2013 raporunda; Performansa Dayalı Sistem (PDS) modeli, sağlık hizmetlerinin kalitesinde klinik süreç boyutunu ele almamaktadır. Örneğin, doğum öncesi bakım göstergesi en az 4 doğum öncesi bakım ziyaretinin sağlanmasıyla ilgilidir ama model bu ziyaretlerin klinik içeriğini odak alanı olarak görmemektedir. Bu nedenle, Türkiye’deki performansa dayalı sözleşme uygulamasının, ana ve çocuk sağlığı için daha çok “miktar için öde” prensibiyle başlatıldığı söylenebilir (82)

Ceylan, performansa dayalı ücretlendirme modeline yönelik eleştiriler arasında; doktorların daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri ortaya çıkarak hizmetin kalitesinin düşmesine yol açabileceğini, döner sermaye uygulaması ile birlikte sağlıkta özelleştirmenin adımları atıldığını, “müşteri” odaklı anlayışın uygulanmak istenmesinin, sağlığı temel bir insan hakkı olmaktan çıkardığı gibi kamu kuruluşlarında hasta – sağlık emekçisi arasına para kavramının girmesine neden olduğunu belirtmiştir (86).

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği’nin (HASUDER) “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” ile ilgili raporunda, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, ikinci ve üçüncü basamaktaki hasta sayısını ve dolayısıyla hastane gelirlerini negatif yönde etkileyecek olduğu için sevk zincirinin uygulanamayacağı belirtilmiştir (87).

Performansa dayalı uygulamalar birinci basamakta da bir takım problemlere yol açmaktadır. Çevik ve Kılıç’ın yaptıkları niteliksel çalışmada, araştırmaya katılan sağlık yöneticileri, Negatif performans nedeniyle bebek aşılarının tarihi gelmeden erken olarak yapılmasının ciddi bir sorun olduğunu, performansa dahil olan işlemlerde her ay istenildiği gibi yapıldığı halde performans sisteminde yer almayan mesela çocuk izlemi, aile planlaması, 15-49 yaş izlemleri gibi hizmetlerin ise yüksek oranda aksatıldığını belirtmişlerdir (88).

Bizim çalışmamızda da aile hekimleri ve uzman hekimler, sevk sistemi ile performans sisteminin aynı anda yürütülemeyeceğini belirtmişlerdir. Bu konuda uzman hekimlerin hastalarını performans kaygısıyla gereksiz kontrollere çağırabildiği; birinci basamakta takip ve tedavi edilebilecek hastaları yine performans kaygısıyla

birinci basamağa yönlendirmeyebileceği belirtilmiştir. Performans sisteminde uzman hekimlerin gelirlerinin azalacağı düşüncesi ile sevk sistemini istemeyebilecekleri, görüşü ifade edilmiştir.

### **Güçlü Yönler ve Kısıtlılıklar**

Araştırma ülkemizde sağlıkta sevk sistemi ile ilgili toplumun ve hekimlerin görüşlerinin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Bu bakımdan bu konuda ileride yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturmaktadır. Araştırmada sevk zinciri ile düşüncelerin ortaya çıkarılmasında hem anket yolu ile nicel verilerin, hem de aile hekimleri ve uzman hekimler ile yapılan derinlemesine görüşmeler ile nitel verilerin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Çalışmada, aile hekimleri ve uzman hekim anketlerinin yüz yüze görüşme tekniği ile bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmesi veri kalitesini ve güvenilirliğini arttırmıştır. Veri formları ve görüşmelerin, hekimlerin görev yaptıkları aile hekimliği birimleri ve hastaneler içerisinde gerçekleştirilmesi, araştırmacıya gözlem ve konuyu yerinde değerlendirme olanağı vermiştir. Araştırmaya katılma oranının yüksek olması çalışmanın bir diğer güçlü yönüdür. Araştırmanın bir ilde yapılması ülkenin diğer illerinin dahil edilmemesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca sevk zinciri ile ilgili toplum ve hekimlerin görüşleri değerlendirilirken, hekim dışı sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınmaması bir diğer kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Trabzon ilinde toplumun ve hekimlerin sevk sistemi ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği çalışmamızda; sevk zinciri uygulamasının gelmesini isteme sıklığı uzman hekimlerde %89,9, aile hekimlerinde %68,8, toplumda ise %46,3 olarak saptanmıştır. Hekimlerin, sevk zinciri uygulamasını destekleme nedenleri olarak hekimlerin; sevk zinciriyle birlikte, hastanelerdeki yığılmaların azalacağını, hastanelerde daha nitelikli hizmet verileceğini ve kamu kaynaklarında tasarruf sağlanacağını düşünmeleri öne çıkmaktadır. Bununla birlikte hekimler sıklıkla, sevk zinciri gelirse hastane gelirlerinin ve uzman gelirlerinin azalacağını belirtmişlerdir. Toplumun yarısından fazlasının sevk zinciri uygulamasının gelmesini istememe nedeni olarak sevk zinciri gelirse; uzmanlık hizmetlerine erişimlerinin gecikeceği düşüncesi öne çıkmaktadır.

Aile hekimlerine başvurmadan, doğrudan hastanelere başvuru yapan kişi sayısı yüksektir. Toplumun aile hekimliğine en sık başvuru nedenleri nezle, grip gibi rahatsızlıklar ve ilaç yazdırmak olarak belirtilmiştir.

Aile hekimleri ile uzman hekimler arasındaki iletişim kişisel ilişkiler düzeyinde ve çok sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinde basamaklar arası, eş güdüm konusunda, farklı basamaklarda ve kurumlarda kullanılan bilgi sistemlerinin entegrasyonu, basamaklar arasında geri bildirim konularında ciddi eksiklikler olduğu belirtilmiştir.

Uzman hekimlere başvuran hastaların büyük kısmının birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tanı, takip ve tedavi edilebilecek vakalar olduğu belirtilmiştir. Uzman hekim polikliniklerine günlük ortalama başvuru sayısı yüksektir. Uzman hekimler, hastalarına ayırabildikleri zamanın çok kısıtlı olduğunu, başvuru yapan hastaların birçoğunun kendi uzmanlık alanı ile ilgili olmadığını, kendi uzmanlık bilgilerini kullanabilecekleri vakalara da yeterli zamanı ayıramadıklarını bildirmişlerdir. Sevk zinciri olmadığı için ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yığılmaların olduğu belirtilmiş ve gözlenmiştir.

Aile hekimlerinin çoğu sevk zinciri gelirse koruyucu sağlık hizmetlerinin azalacağını, yarıya yakını da hasta-hekim ilişkilerinin olumsuz etkileneceğini belirtmişlerdir. Aile hekimleri sevk zinciri gelir ise, hastalarla sevk etme konusunda tartışmalar olabileceğini belirtmişlerdir ve bu konuda kaygılı oldukları gözlenmiştir.



Çalışmamızın bulguları, hekimler ve toplumun görüşleri ışığında, ileride uygulanması olası sevk sistemi ile ilgili önerilerimiz şunlardır:

1. Aile hekimi sayısının artırılması,
2. Sağlık Bakanlığı ve uzmanlık derneklerince tanı, tedavi, sevk kriterlerini belirleyen kılavuzlar oluşturması, aile hekimlerinin sevk sistemine uyumunu sağlayacak meslek içi eğitimlerin gerçekleştirilmesi,
3. Tıp eğitiminde hekimlerin, sağlık hizmetlerinin sunumunda sevk sistemini uygulamasına uyumlu bilgi ve yeterlilikte mezun olmalarının sağlanması,
4. Sağlıkta performansa dayalı sistemin düzenlenmesi, hekimlerin mali kaygılarının giderilmesi,
5. Aile sağlığı merkez ve birimlerinin, direkt grafi, idrar ve gaita tahlilleri ve benzeri tetkik olanaklarının artırılması,
6. Aile sağlığı elemanlarının sayılarının artırılması, aile hekimliği uygulamasına yönelik belirli bir temel eğitimden geçirilmeleri,
7. Aile hekimlerinin gerekli gördüğünde, kayıtlı kişilerini yönlendirebileceği diyetisyen, psikolog ve uğraşı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları bulunması,
8. Hekimlerin kullandıkları bilgi sistemlerinin entegrasyonunun sağlanması, bu konudaki alt yapının geliştirilmesi,
9. Aile hekimleri ve uzman hekimlerini görev yaptıkları bölgelerde bir araya getirecek mesleki toplantıların yapılması, hekimler arasındaki iletişimin geliştirilmesi, sevk sistemine geçilmeden önce illerde hekimlerin bir araya geleceği çalıştayların düzenlenmesi,
10. Aile hekimlerinin sevk uygulamasıyla ilgili istatistiklerinin sağlık müdürlüklerince izlenmesi, değerlendirilmesi ve bu konuda çözüm odaklı yaklaşım sergilenmesi,
11. Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması sevk sistemine olan isteksizliğinin kırılabilmesi için çok boyutlu toplumsal kampanyanın gerçekleştirilmesi, bu kapsamda tüm devlet yöneticilerinin kampanyayı desteklemesi, medyanın bu konuda etkinleştirilmesi, kamu spotlarının yayınlanması, topluma sevk sisteminin ve sağlıklarına yönelik neler kazandırılacağı anlatılması,

12. Üst basamak sağlık hizmetinde belirli bir uzmanlık alanında, uzman hekimce onaylı planlı takip ve tedavisi olan hastaların, ilgili işlemleri için doğrudan hastanelere başvurabilmesi,

13. Aile hekimliği ile belediye ve sosyal hizmetlerin eş güdümünün arttırılmasına yönelik düzenlemelerin yapılması.



## 7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (1948) Constitution of WHO: Principles [İnternet]. [13 Eylül 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.who.int/about/mission/en/>.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83(3): 457-502.
3. World Health Organisation. 2008 The World Health Report 2008 Primary Health Care.
4. Allen J, President BG, Catholic JH, Svab İ, P.R. M. 2011 The European Definition of General Practice / Family Medicine.
5. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR (2010). The European Primary Care Monitor: Structure, Process and Outcome Indicators. *BMC Family Practice* 11(81).
6. Starfield B (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology Religion in America.
7. Saltman RB, Rico A, Boerma WG (2006). Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care Open University Press.
8. Starfield B (1979). Measuring the attainment of primary care. *Journal of Medical Education*: 361-369.
9. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care* 13.
10. Jepson G (2001). How Do Primary Health Care Systems Compare Across Western Europe? *Pharmaceutical Journal* 267(7162): 269-273.
11. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Türk M (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 15(8): 144-148.
12. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L (1999). Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *Jama* 281(21): 2045-2049.

13. Türk Dil Kurumu. (2018) Güncel Türkçe Sözlük [İnternet]. [06 Ocak 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a7dd430498d65.69144883](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a7dd430498d65.69144883).
14. Bunger AC (2010). Defining Service Coordination: A Social Work Perspective. *Journal of social service research* 36(5): 385-401.
15. Shojanian KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK (2007). Closing The Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Care coordination* 7.
16. 2011 National Priorities Partnership. Input to the Secretary of Health and Human Services on Priorities for the 2011 National Quality Strategy. Washington, DC.
17. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG (2005). Coordinating Care Across Diseases, Settings, and Clinicians: A Key Role for The Generalist in Practice. *Annals of internal medicine* 142(8): 700-708.
18. Alidina S, Rosenthal M, Schneider E, Singer S (2016). Coordination Within Medical Neighborhoods: Insights From The Early Experiences of Colorado Patient-Centered Medical Homes. *Health care management review* 41(2): 101-112.
19. Gröne O, Garcia-Barbero M (2001). Integrated Care: A Position Paper of The WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care* 1.
20. Emanuel LL, Richter J (1994). The Consultant and The Patient-Physician Relationship: A Trilateral Deliberative Model. *Archives of internal medicine* 154(16): 1785-1790.
21. Bodenheimer T. (2009). *Coordinating Care-A Perilous Journey Through The Health Care System*. Mass Medical Soc; p.
22. Knai C, Nolte E, Conklin A, Pedersen JS, Brereton L (2014). The Underlying Challenges of Coordination of Chronic Care Across Europe. *International Journal of Care Coordination* 17(3-4): 83-92.
23. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A (2008). Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health policy* 85(2): 172-183.
24. Pavlič DR, Sever M, Klemenc-Ketiš Z, Švab I (2015). Process Quality Indicators in Family Medicine: Results of An International Comparison. *BMC Family Practice* 16(1): 172.

25. Pollack CE, Weissman GE, Lemke KW, Hussey PS, Weiner JP (2013). Patient Sharing Among Physicians and Costs of Care: A Network Analytic Approach to Care Coordination Using Claims Data. *Journal of General Internal Medicine* 28(3): 459-465.
26. Plochg T, Klazinga NS, Starfield B (2009). Transforming Medical Professionalism to Fit Changing Health Needs. *BMC medicine* 7(1): 64.
27. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS (2004). Transitional Care of Older Adults Hospitalized With Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 52(5): 675-684.
28. Uzunca N (2013). Bireye Yönelik Bakımın Koordinasyonu ve Sistem Uzmanlarına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
30. Hazine Müsteşarlığı. 2011 Politika Analizi Raporu - Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması.
31. Godager G, Iversen T, Ma CT (2015). Competition, Gatekeeping and Health Care Access. *J Health Econ* 39: 159-170. 10.1016/j.jhealeco.2014.11.005.
32. Martin DP, Diehr P, Price KF, Richardson WC (1989). Effect of A Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: A Randomized Trial. *American journal of public health* 79(12): 1628-1632.
33. Meyer TJ, Prochazka AV, Hannaford M, Fryer GE (1996). Randomized Controlled Trial of Residents as Gatekeepers. *Archives of Internal Medicine* 156(21): 2483-2487.
34. Schwenkglens M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD (2006). Economic Efficiency of Gatekeeping Compared with Fee for Service Plans: A Swiss Example. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60(1): 24-30.
35. Garrido MV, Zentner A, Busse R (2011). The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of The Literature. *Scandinavian journal of primary health care* 29(1): 28-38.
36. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M (2005). Taking The Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients With Health Problems in Six Countries. *Health affairs* 24: W5.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016.

38. Leeuwenhorst (1974). The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. 1-3.
39. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab A, Ram P. 2005 The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe.
40. Kroneman MW, Maarse H, Van der Zee J (2006). Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy 76(1): 72-79.
41. Resmi Gazete. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013). 26215; 1 Temmuz 2006
42. T.C. Kalınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). Ankara.
43. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2012 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu.
44. Dinç G (2009). Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Celal Bayar Üniversitesi Matbaası.
45. Kara Ö, E. K, Bulut H, Şanal G, Günaydın S. (2010) Birleşik Krallık Sağlık Sistemi [İnternet]. [3 Mart 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/BIRLESIK%20KRALLIK%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
46. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli T.C. Sağlık Bakanlığı,, Ankara.
47. Karabulut E, Özdemir Y, Sarıçoban O, Tosun M. (2010) Hollanda Sağlık Sistemi [İnternet]. [18 Mart 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/39%20HOLLANDA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
48. Körmen Ş, Sağlam Ö, Kurt Z, Elmas Z, Bal A. (2010) Danimarka Sağlık Sistemi [İnternet]. [27 Mayıs 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/DANIMARKA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
49. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J (2012). General Practice and Primary Health Care in Denmark. The Journal of the American Board of Family Medicine 25(Suppl 1): S34-S38.
50. Öcek Z (2007). Almanya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim 22(1-2): 83-95.

51. Hassoy H (2007). Çek Cumhuriyeti Sağlık sistemi ve Reform Süreci. Toplum ve Hekim 22(1-2): 144-151.
52. Aslan H, Aydoğdu A, Savaşkan L. (2010) Çek Sağlık Sistemi [İnternet]. Nisan 2017 tarihinde erişildi. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/CEK%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>. [23
53. Canpolat S, Güvener H, Gümüşhan Ş, Ateş I, Er A. (2010) Finlandiya Sağlık Sistemi [İnternet]. . [19 Mayıs 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/FINLANDIYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>
54. Belek İ (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi Yazılama Yayınevi, Kayhan Matbaacılık.
55. Pehlivan O, Turkan E, Akyüz S, Şimşek S, Kaya S. (2010) İsveç Sağlık Sistemi [İnternet]. [18 Aralık 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/ISVEC%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
56. Türk M (2007). Fransa Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim 22(3): 162-170.
57. Topal D, Karsavuran S, Hakan A, Erdoğan N, Sözbir ND. (2010) Kanada Sağlık Sistemi [İnternet]. [08 Ocak 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/KANADA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
58. Oral Aİ (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Sosyal Bilimler Dergisi 61-77.
59. Arslan Ö, Pak T, Aygün H, Öztürk S, Bütün K, Özarkan Y, Aksel A, Şentürk E, Erbiyık E, Sönmez O, Şahin D, Orhan FŞ, Yavuz Ş, Savaşkan L, Öztürk Ç. (2010) Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi [İnternet]. [12 Eylül 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/AMERIKA%20BIRLESIK%20DEVLETLERI%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
60. Biçer E, Yıldız A, Yakut Ö, Teleş M, Korku C. (2010) Küba Sağlık Sistemi [İnternet]. [13 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/KUBA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
61. Pala K (2007). Japonya Sağlık Sistemi'nde Değişim. Toplum ve Hekim 22(1-2): 130-137.
62. Kalaça S (1994). Japonya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim 9(64-65): 41-49.
63. Binboğa E, Uçar A, Emiroğlu E, Panas B, Şahin A. (2010) Japonya Sağlık Sistemi [İnternet]. [10 Temmuz 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/JAPONYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>

64. Kaynak C (2007). Güney Kore Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim 22(1-2): 102-111.
65. Yaraş Y, Ghahramani S, Özer R. (2010) Güney Kore Sağlık Sistemi [İnternet]. [10 Ocak 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/GUNEY%20KORE%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>
66. Bulut B, Işık M, Çakıroğlu R, Kaya R. (2010) Yeni Zelanda Sağlık Sistemi [İnternet]. [30 Ağustos 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/YENI%20ZELANDA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
67. Carlson C, Sancho J. (2004) Assessing The impact of Global Health Partnerships Country Case Study Report (India, Sierra Leone, Uganda) [İnternet]. [16 Ocak 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: [http://www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/WHO\\_7.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/WHO_7.pdf).
68. Tosun K, Aba G, Şahin E. (2010) Bulgaristan Sağlık Sistemi [İnternet]. [10 Temmuz 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sargutan.com/BULGARISTAN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>.
69. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 224 Sayılı; 12 Ocak 1961
70. Resmi Gazete. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 5510 Sayılı; 16 Haziran 2006
71. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Kanunu. 5258 Sayılı; 25665; 9 Aralık 2004
72. Resmi Gazete. Anayasa Mahkemesi Kararı. 2008/63 Sayılı; 27047; 7 Kasım 2008
73. Resmi Gazete. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 27012; 29 Eylül 2008
74. Resmi Gazete. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 27353; 18 Eylül 2009
75. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genelgesi. 2009/85; 30 Haziran 2009
76. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 28539; 25 Ocak 2013
77. Şimşek H, Yıldırım A (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri Seçkin Yayıncılık, Ankara.



78. Kuş E (2003). Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri: Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri: Nicel mi; Nitel mi? Anı Yayıncılık, 77.
79. Kulu-Glasgow I, Delnoij D, Bakker D (1998). Self-Referral in a Gatekeeping System: Patients' Reasons for Skipping The General-Practitioner. Health Policy 45: 221-238.
80. Öcek Z, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş (2013). Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
81. Aktürk Z, Set T, Erdal M, Khan AS (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).
82. Dünya Bankası. 2013 Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması.
83. Kringos DS, Boerma WG, Spaan E, Pellny M (2011). May 4. A Snapshot of The Organization and Provision of Primary Care in Turkey. BMC Health Serv Res 11: 90. 10.1186/1472-6963-11-90.
84. Carlsen B, Norheim OF (2005). Nov 9. "Saying No is No Easy Matter" A Qualitative Study of Competing Concerns in Rationing Decisions in General Practice. BMC Health Serv Res 5: 70. 10.1186/1472-6963-5-70.
85. Rechel B, Spencer N, Blackburn C, Holland R, Rechel B (2009). Jun. Impact of Health Reforms on Child Health Services in Europe: The Case of Bulgaria. Eur J Public Health 19(3): 326-330. 10.1093/eurpub/ckp027.
86. Ceylan Z (2009). Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme. Sayıştay Dergisi 74-75: 45-72.
87. HASUDER. (2011) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi [İnternet]. [15 Aralık 2017 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <https://hasuder.org/anasayfa/index.php/rtl-support/142-performansa-dayali-ek-oedeme-sistemi>.
88. Çevik C, Kılıç B (2013). Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 22(4): 122-130.

## 8. EKLER

### Ek-1

#### TRABZON İLİNDE TOPLUMUN ve HEKİMLERİN SEVK SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI AİLE HEKİMİ ANKETİ

**Açıklama:** Bu çalışma Trabzon’da toplumun, uzman hekimlerin ve aile hekimlerinin sevk sistemi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla, KTÜ Bilimsel Araştırması Projesi (BAP) desteğiyle 9 ayda tamamlanacak tıpta uzmanlık tezi araştırmasıdır. Ankette sosyodemografik özelliklerle birlikte sağlıkta sevk sistemiyle ilgili görüşleri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Katılımcıların kimlik bilgileri kesinlikle alınmayacak olup, anketteki sorulara verilen cevaplar başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın KTÜ BAP desteği dışında sponsoru yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. **Lütfen anket üzerine kimlik bilgilerinizi yazmayınız. Katılımınız ve içten yanıtlarınız için çok teşekkür ederiz.** Anket ve araştırmayla ilgili sorularınız için aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırma ekibine ulaşabilirsiniz.

KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tel : 0462 377 51 22

#### Sosyodemografik özellikler

1. Cinsiyetiniz : ( )Kadın ( )Erkek
2. Doğum yılınız:
3. Medeni durumunuz : ( )Evli ( )Bekar
4. Çocuğunuz var mı? ( ) Hayır ( ) Evet.....tane
5. Aylık toplam kazancınız ne kadardır? .....TL

#### Meslek Öyküsü

6. Ne kadar süredir aile hekimi olarak görev yapmaktasınız? .....
7. Meslekte toplam çalışma yılınız: .....
8. Sağlık ocağı hekimi olarak görev yaptınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet
9. İkinci/Üçüncü basamak hastanede görev yaptınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet

Evet ise hangi hastanede hangi yıllar arasında çalıştınız?

Daha önce sağlık yöneticisi olarak görev aldınız mı? ( )Hayır ( )Evet

- ( )Sağlık Grup Başkanı ( )TSM Başkanı ( )Başhekim ( )Başhekim Yardımcısı  
( )İl Müdürü ( )Müdür yardımcısı ( )Şube Müdürü ( )Diğer.....

#### ASM'deki Mevcut Çalışma Pratiği

10. Biriminize kayıtlı kişi sayısı/toplam nüfusunuz kaçtır ? .....
11. Biriminize günde, haftada; minimum, maximum ve toplam kaç kişi başvuruyor?  
.....gün.....hafta

12. Size başvuranların yaklaşık yüzde kaçını üst basamak sağlık kuruluşuna yönlendiriyorsunuz ?  
%.....
13. Sizce size kayıtlı kişilerin yüzde kaç size uğramadan doğrudan üst basamak hastaneye gidiyordu ?  
%.....

**Sevk Zinciri Yönünden Birinci-İkinci Basamaklar Arası İlişki ve Düzenlemeler**

14. Sizce acil durumlar dışında, kişiler önce hangi sağlık kuruluşuna başvurmalıdır ?  
.....

15. Sizce Aile hekimi hastasını hangi yol/yollarla sevk edebilmelidir?

- Poliklinikte muayene ettikten sonra  Ev ziyaretinde hastasını görerek  
 Hastasıyla telefonda görüşerek  Hasta yakınıyla polikliniğinde görüşerek  
 Hasta yakınıyla telefonda görüşerek  Diğer.....

16. Sizce uzman hekim sevk edilen hastayla ilgili aile hekimine geri bildirim yapmalı mıdır ?

- Hayır  Evet

**Evet ise aile hekimi ile uzman hekim hangi yol/yollarla iletişim kurmalıdır ?**

- Bilgisayarda sistem üzerinden  Telefonda görüşerek  
 Belirli günlerde aile hekimliği biriminde  Belirli günlerde uzman hekim polikliniğinde  
 Diğer.....

17. Sevk zinciri uygulamasında tüm uzmanlık alanlarının sevk zincirine dahil olup olmamasıyla ilgili düşünceniz nedir?

- Tüm uzmanlık alanları sevk zincirine dahil olmalıdır  
 Bazı uzmanlık alanları sevk zinciri dışında kalabilir (Lütfen ilgili bölümleri işaretleyiniz)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Çocuk Hastalıkları           | <input type="checkbox"/> Kadın Hastalıkları ve Doğum              | <input type="checkbox"/> İç Hastalıkları      |
| <input type="checkbox"/> Genel Cerrahi                | <input type="checkbox"/> Kardiyoloji                              | <input type="checkbox"/> Göğüs Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı               | <input type="checkbox"/> Nöroloji             |
| <input type="checkbox"/> Deri ve Zührevi Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon           | <input type="checkbox"/> Ortopedi             |
| <input type="checkbox"/> Beyin Cerrahisi              | <input type="checkbox"/> Göz Hastalıkları                         | <input type="checkbox"/> Kulak Burun Boğaz    |
| <input type="checkbox"/> Üroloji                      | <input type="checkbox"/> Göğüs Cerrahisi                          | <input type="checkbox"/> Kalp Damar Cerrahisi |
| <input type="checkbox"/> Çocuk Cerrahisi              | <input type="checkbox"/> Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi |   |

18. Aile hekiminin sevk kararını etkilediğini düşündüğünüz etmenleri işaretleyiniz.

- ASM'nin tanı olanakları  ASM'nin tedavi olanakları  
 Hastanın sevk edilme talebi  Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği  
 Sevk edeceği hastanenin niteliği  Başvuru yapan hasta sayısı  
 Hastanın sosyo-ekonomik durumu  Sevkle ilgili finansal teşvik/kesintiler  
 Güncel pratik tıbbi kılavuzların varlığı  
 Diğer.....

**Kişilerin Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Başvurma Davranışları ve Nedenleri**

**19. Sizce hastaların aile hekimine başvurmadan, en çok gittiği ilk 5 uzmanlık alanı hangileridir?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Çocuk Hastalıkları           | <input type="checkbox"/> Kadın Hastalıkları ve Doğum              | <input type="checkbox"/> İç Hastalıkları      |
| <input type="checkbox"/> Genel Cerrahi                | <input type="checkbox"/> Kardiyoloji                              | <input type="checkbox"/> Göğüs Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı               | <input type="checkbox"/> Nöroloji             |
| <input type="checkbox"/> Deri ve Zührevi Hastalıkları | <input type="checkbox"/> Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon           | <input type="checkbox"/> Ortopedi             |
| <input type="checkbox"/> Beyin Cerrahisi              | <input type="checkbox"/> Göz Hastalıkları                         | <input type="checkbox"/> Kulak Burun Boğaz    |
| <input type="checkbox"/> Üroloji                      | <input type="checkbox"/> Göğüs Cerrahisi                          | <input type="checkbox"/> Kalp Damar Cerrahisi |
| <input type="checkbox"/> Çocuk Cerrahisi              | <input type="checkbox"/> Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi |   |

**20. Sizce kişilerin aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye gitme nedenleri nelerdir?**

- Hastanedeki olanaklarının fazla olması     ASM’de tedavi olamayacağı düşüncesi  
 Zamandan tasarruf etmek     Alışkanlık  
 Aile hekiminin de sevk edeceği düşüncesi     Hastaneye daha fazla güven duyması  
 En iyi hizmeti aldığına emin olmak     Uzmanlık hizmetine geç kalmama isteği  
 Sevk zincirinin zorunlu olmaması     Şikayeti/Başvuru nedeni  
 Diğer

**21. Hastaların aile hekimine başvurmadan doğrudan üst basamak hastanelere gitmesini etkileyeceğini düşündüğünüz sosyo-demografik özellikleri nelerdir? Sizce nasıl etkilerler?**

- Hastanın cinsiyeti  
 Hastanın yaşı  
 Hastanın gelir düzeyi  
 Hastanın eğitim düzeyi  
 Sağlık alanında çalışan yakınlarının/tanıdıklarının olması  
 Hastanın yerleşimleri  
 Diğer

**Sevk Zinciriyle İlgili Ekonomik Düzenlemeler**

**22. Aile hekiminden sevk alınmadan doğrudan üst basamak kamu hastanelerine gidildiğinde(başvurulduğunda) ek katkı payı ödenmesiyle ilgili ne düşünüyorsunuz?**

- Ek katkı payı alınmamalıdır     Ek katkı payı alınmalıdır. Katkı payı .....TL olmalıdır.

**23. Aile hekiminin aylık sevk oranı belli bir seviyenin üzerine çıktığında, aile hekimine mali yaptırım uygulanmasıyla ilgili ne düşünüyorsunuz?**

- Mali yaptırım uygulanmamalıdır  
 Mali yaptırım uygulanmalıdır. Sevk oranı aylık %..... üzerine çıkarsa uygulanmalıdır.

**Sevk Zincirinin Etkileri**

24. Sevk zinciri uygulamasının etkileriyle ilgili önermelere katılma durumunuzu belirtiniz.

1- Kesinlikle katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Fikrim yok 4- Katılıyorum 5- Tamamen katılıyorum

	Önermeler	1	2	3	4	5
1.	Sevk zinciri gelirse birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetleri olumsuz yönde etkilenir					
2.	Sevk zinciri uzmanlık hizmetine erişimde gecikmeye neden olur					
3.	Sevk zinciri, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde daha nitelikli hizmet verilebilmesini sağlar					
4.	Sevk zinciri gelirse acil servislere acil olmayan durumlarda başvuran hasta sayısı artar					
5.	Sevk zinciri kamu kaynaklarında tasarruf edilmesini sağlar					
6.	Sevk zinciri gelirse hastane gelirleri azalır					
7.	Sevk zinciri gelirse uzman hekim gelirleri azalır					
8.	Sevk zinciri uygulaması hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler					
9.	Sevk zincirinin uygulanması aile hekiminin saygınlığını artırır					
10.	Sevk zinciri gelirse hastayı sevk etme kararının sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratır					
11.	Sevk zinciri aile hekimlerinin mesleki olarak kendilerini geliştirmelerine katkı sağlar					
12.	Sevk zinciri sağlık hizmetlerine ulaşımında hakkaniyet sağlar					

**Birinci Basamak Hekiminin Nitelik ve Yeterlilikleri ile İlgili Düşünceler**

25. Aile hekimlerinin sevk kararlarını doğru verebilme yetkinliklerini derecelendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Sevk kararlarını doğru verebilme yetkinliğinizi derecelendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme Durumu ve Nedenleri**

27. Sevk zinciri uygulamasının gelmesini ister misiniz? Lütfen nedenlerini belirtiniz.

( ) Evet ( ) Hayır

28. Sevk sistemi ile ilgili önerileriniz nelerdir ?

## Ek-2

### TRABZON İLİNDEKİ TOPLUMUN ve HEKİMLERİN SEVK SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI UZMAN HEKİM ANKETİ

Açıklama: Bu çalışma Trabzon'da toplumun, uzman hekimlerin ve aile hekimlerinin sevk sistemi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla, KTÜ Bilimsel Araştırması Projesi (BAP) desteğiyle 9 ayda tamamlanacak tıpta uzmanlık tezi araştırmasıdır. Ankette sosyodemografik özelliklerle birlikte sağlıkta sevk sistemiyle ilgili görüşleri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Katılımcıların kimlik bilgileri kesinlikle alınmayacak olup, anketteki sorulara verilen cevaplar başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın KTÜ BAP desteği dışında sponsoru yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Lütfen anket üzerine kimlik bilgilerinizi yazmayınız. Katılımınız ve içten yanıtlarınız için çok teşekkür ederiz. Anket ve araştırmayla ilgili sorularınız için aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırma ekibine ulaşabilirsiniz.

KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tel : 0462 377 51 22

#### Sosyodemografik özellikler

1. Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek
2. Doğum yılınız:
3. Medeni durumunuz: ( )Evli ( )Bekar ( )Dul
4. Çocuğunuz var mı? ( )Evet.....tane ( )Hayır
5. Aylık toplam kazancınız kadardır? .....TL

#### Meslek Öyküsü

6. Branşınız .....
7. Uzmanlık alanınızda çalışma süreniz .....
8. Meslekte toplam çalışma yılınız: .....
9. Sağlık ocağı hekimi olarak görev yaptınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet
10. Aile hekimi olarak görev yaptınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet
11. Daha önce sağlık yöneticisi olarak görev aldınız mı? ( )Hayır ( )Evet  
( )Sağlık Grup Başkanı ( )TSM Başkanı ( )Başhekim ( )Başhekim Yardımcısı  
( )İl Müdürü ( )Müdür Yrd. ( )Şube Müdürü ( )Diğer

### Hastanedeki Mevcut Çalışma Pratiği

12. Biriminize günde/haftada ortalama kaç kişi başvuruyor? ...../gün ...../hafta

13. Sizce polikliniğinize başvurularının yüzde kaçını aile hekimine hiç uğramadan size gelmiştir?

%.....

14. Sizce aile hekimi tarafından sevk edilen/yönlendirilen hastaların yüzde kaçının gerçekten sevk edilme ihtiyacı vardır? %.....

### Sevk Zinciri Yönünden Birinci-İkinci Basamaklar Arası İlişki ve Düzenlemeler

15. Sizce acil durumlar dışında, kişiler önce hangi sağlık kuruluşuna başvurmalıdır?

.....

16. Sizce Aile hekimi hastasını sevk etmesinde hangi yol/yollar kullanılabilir?

- ( ) Poliklinikte muayene ettikten sonra ( ) Ev ziyaretinde hastasını görerek  
( ) Hastasıyla telefonda görüşerek ( ) Hasta yakınıyla polikliniğinde görüşerek  
( ) Hasta yakınıyla telefonda görüşerek ( ) Diğer.....

17. Sizce uzman hekim sevk edilen hastayla ilgili aile hekimine geri bildirim yapmalı mıdır?

( ) Hayır ( ) Evet

Evet ise aile hekimi ile uzman hekim hangi yollarla iletişim kurmalıdır?

- ( ) Bilgisayarda sistem üzerinden ( ) Telefonda görüşerek  
( ) Belirli günlerde Aile hekimliği Biriminde ( ) Belirli günlerde uzman hekim polikliniğinde  
( ) Diğer.....

18. Sevk zinciri uygulamasında tüm uzmanlık alanlarının sevk zincirine dahil olup olmamasıyla ilgili düşünceniz nedir?

- ( ) Tüm uzmanlık alanları sevk zincirine dahil olmalıdır  
( ) Bazı uzmanlık alanları sevk zinciri dışında kalabilir (Lütfen ilgili bölümleri işaretleyiniz)

- |                                  |  |                          |
|----------------------------------|--|--------------------------|
| ( ) Çocuk Hastalıkları           | ( ) Kadın Hastalıkları ve Doğum              | ( ) İç Hastalıkları      |
| ( ) Genel Cerrahi                | ( ) Kardiyoloji                              | ( ) Göğüs Hastalıkları   |
| ( ) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  | ( ) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı               | ( ) Nöroloji             |
| ( ) Deri ve Zührevi Hastalıkları | ( ) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon           | ( ) Ortopedi             |
| ( ) Beyin Cerrahisi              | ( ) Göz Hastalıkları                         | ( ) Kulak Burun Boğaz    |
| ( ) Üroloji                      | ( ) Göğüs Cerrahisi                          | ( ) Kalp Damar Cerrahisi |
| ( ) Çocuk Cerrahisi              | ( ) Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi |                          |

19. Aile hekiminin sevk kararını etkilediğini düşündüğünüz etmenleri işaretleyiniz.

- ( ) ASM'nin tanı olanakları ( ) ASM'nin tedavi olanakları  
( ) Hastanın sevk edilme talebi ( ) Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği  
( ) Sevk edeceği hastanenin niteliği ( ) Başvuru yapan hasta sayısı

- ( )Hastanın sosyo-ekonomik durumu ( )Sevkle ilgili finansal teşvik/kesintiler  
( )Güncel pratik tıbbi kılavuzların varlığı  
( )Diğer.....

**Kişilerin Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Gitme Davranışları ve Nedenleri**

22. Sizce hastaların aile hekimine başvurmadan, en çok gittiği il 5 uzmanlık alanını belirtiniz.

- |                                 |  |                         |
|---------------------------------|--|-------------------------|
| ( )Çocuk Hastalıkları           | ( )Kadın Hastalıkları ve Doğum                 | ( ) İç Hastalıkları     |
| ( )Genel Cerrahi                | ( )Kardiyoloji                                 | ( )Göğüs Hastalıkları   |
| ( )Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  | ( )Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı                  | ( )Nöroloji             |
| ( )Deri ve Zührevi Hastalıkları | ( )Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon              | ( )Ortopedi             |
| ( )Beyin Cerrahisi              | ( )Göz Hastalıkları                            | ( )Kulak Burun Boğaz    |
| ( )Üroloji                      | ( )Göğüs Cerrahisi                             | ( )Kalp Damar Cerrahisi |
| ( )Çocuk Cerrahisi              | ( )Plastik Rekonstrüktif ve<br>Estetik Cerrahi |                         |

23. Sizce kişilerin aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye gitme(başvurma) nedenleri nelerdir?

- ( )Hastanedeki olanaklarının fazla olması ( )ASM’de tedavi olamayacağı düşüncesi  
( )Zamandan tasarruf etmek ( )Alışkanlık  
( )Aile hekiminin de sevk edeceği düşüncesi ( )Hastaneye daha fazla güven duyması  
( )En iyi hizmeti aldığına emin olmak ( )Uzmanlık hizmetine geç kalmama isteği  
( )Sevk zincirinin zorunlu olmaması ( )Şikayeti/Başvuru nedeni  
( )Diğer.....

24. Hastaların aile hekimine başvurmadan doğrudan üst basamak hastanelere gitmesini etkileyeceğini düşündüğünüz sosyo-demografik özellikleri nelerdir? Sizce nasıl etkilerler?

- ( )Hastanın cinsiyeti .....  
( )Hastanın yaşı .....  
( )Hastanın gelir düzeyi .....  
( )Hastanın eğitim düzeyi.....  
( )Sağlık alanında çalışan yakınlarının/tanıdıklarının olması.....  
( )Hastanın yerleşim yeri.....  
( )Diğer.....

**Sevk Zinciriyle İlgili Ekonomik Düzenlemeler**



25. Sizce aile hekiminden sevk almadan uzman hekime doğrudan gidildiğinde ek katkı payı ödenmeli midir? ( )Hayır ( )Evet.....TL

26. Sizce aile hekiminin aylık sevk oranı belli bir seviyenin üzerine çıkarsa, mali yaptırım uygulanmalı mıdır? ( )Hayır ( )Evet ise %.....üzerinde

#### Sevk Zincirinin Etkileri

27. Sevk zinciri uygulamasının etkileriyle ilgili önermelere katılma durumunuzu belirtiniz.

1- Kesinlikle katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Fikrim yok 4- Katılıyorum 5- Tamamen katılıyorum

	Önermeler	1	2	3	4	5
1.	Sevk zinciri gelirse aile hekimliğindeki koruyucu sağlık hizmetleri olumsuz yönde etkilenir					
2.	Sevk zinciri uzmanlık hizmetine erişimde gecikmeye neden olur					
3.	Sevk zinciri, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde daha nitelikli hizmet verilebilmesini sağlar					
4.	Sevk zinciri gelirse Acil servislere acil olmayan şikayetle başvuran hasta sayısı artar					
5.	Sevk zinciri kamu kaynaklarında tasarruf edilmesini sağlar					
6.	Sevk zinciri gelirse hastane gelirleri azalır					
7.	Sevk zinciri gelirse uzman hekim gelirleri azalır					
8.	Sevk zinciri uygulaması hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler					
9.	Sevk zincirinin uygulanması aile hekiminin saygınlığını artırır					
10.	Sevk zinciri gelirse hastayı sevk etme kararının sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratır					
11.	Sevk zinciri aile hekimlerinin mesleki olarak kendilerini geliştirmelerine katkı sağlar					
12.	Sevk zinciri sağlık hizmetlerine ulaşımında hakkaniyet sağlar					

#### Birinci Basamak Hekiminin Nitelik ve Yeterlilikleri ile İlgili Düşünceler

28. Aile hekimlerinin sevk kararlarını doğru verebilme yetkinliklerini derecelendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

#### Sevk Zinciri Uygulamasını Destekleme Durumu ve Nedenleri

29. Sevk zinciri uygulamasının gelmesini ister misiniz? Lütfen nedenlerini belirtiniz.

( ) Evet ( ) Hayır

30. Sevk sistemi ile ilgili önerileriniz nelerdir?

### Ek-3

#### TRABZON İLİNDE TOPLUMUN VE HEKİMLERİN SEVK SİSTEMİ HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI TOPLUM ANKETİ

**Açıklama:** Bu çalışma Trabzon’da toplumun, uzman hekimlerin ve aile hekimlerinin sevk sistemi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla, KTÜ Bilimsel Araştırması Projesi (BAP) desteğiyle 9 ayda tamamlanacak tıpta uzmanlık tezi araştırmadır. Ankette sosyodemografik özelliklerle birlikte sağlıkta sevk sistemiyle ilgili görüşleri değerlendiren sorular bulunmaktadır. Katılımcıların kimlik bilgileri kesinlikle alınmayacak olup, anketteki sorulara verilen cevaplar başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmanın KTÜ BAP desteği dışında sponsoru yoktur. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. **Lütfen anket üzerine kimlik bilgilerinizi yazmayınız. Katılımınız ve içten yanıtlarınız için çok teşekkür ederiz.** Anket ve araştırmayla ilgili sorularınız için aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırma ekibine ulaşabilirsiniz.

KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tel : 0462 377 51 22

Yaşadığı Yer:

Anket No:

#### Sosyodemografik özellikler

1. **Cinsiyetiniz:** ( )Kadın ( )Erkek
2. **Doğum yılınız:** .....
3. **Medeni durumunuz :** ( )Evli ( )Bekar
4. **Çocuğunuz var mı?** ( )Hayır ( )Evet.....tane
5. **Eğitim Durumunuz:** ( ) Okur Yazar Değil ( ) Okur Yazar ( ) İlkokul Mezunu  
( ) Ortaokul ( ) Lise ( )Yüksekokul/Üniversite
6. **Mesleğiniz:**.....
7. **Çalışıyor musunuz?** ( )Hayır ( ) Evet
8. **Yaptığınız iş:** .....
9. **Hanenizin aylık toplam geliri**.....TL
10. **Sağlık sigortanız var mı ? Lütfen işaretleyiniz.** ( )Hayır ( )Evet  
( ) SSK ( )Bağkur ( )Emekli sandığı ( )Özel sağlık sigortası
11. **Hekim tarafından tanısı konmuş sürekli hastalığınız var mı? Varsa hangi hastalık?**  
( )Hayır ( )Evet.....

12. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ( )Hayır ( )Evet.....

13. Daha önce hiç aile hekimine başvurduğunuz mu? Evet ise en son ne zaman ve hangi amaçla başvurduğunuz ? ( )Hayır

( ) Evet .....

14. Yaşadığınız yerin bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Birimi'ne uzaklığı yaklaşık kaç km'dir ?  
.....

15. Aile sağlığı biriminize nasıl ulaşırsınız ? ( )Yürüyerek....dk. ( )Dolmuş....dk.  
( )Otobüs....dk ( )Kendi Aracım....dk ( )Diğer.....dk

**Açıklama:** Acil durumlar dışında kişilerin ilk olarak aile hekimine başvurması, aile hekimliğince değerlendirilip buradaki imkanlarda tanısı ve tedavisi sağlanamayan durumlarda kişilerin devlet hastaneleri ya da eğitim araştırma hastanelerine gitmelerinin sağlanması sevk zincirini ifade etmektedir.

#### **Sevk zinciri uygulamasını isteyip istememe durumu**

16. Sevk zinciri hakkında ne düşünüyorsunuz? Lütfen nedenlerini belirtiniz.

( )Sevk zincirinin olmasını istemem

( )Sevk zinciri olsun ancak bazı branşlar sevk zincirinin dışında kalsın(**hangi branşlar belirtiniz**)

.....

( )Sevk zinciri olsun, tüm branşlar sevk zincirine dahil olsun

.....

.....

.....

.....

#### **Sevk Zinciri Yönünden Birinci-İkinci Basamaklar Arası İlişki ve Düzenlemeler**

17. Sizce acil durumlar dışında, kişiler önce hangi sağlık kuruluşuna başvurmalıdır?

.....

18. Sizce aile hekiminin hastasını sevk etme kararını neler etkiler ?

.....

.....

19. Sizce aile hekimi hastanın isteğiyle sevk etmeli midir? ( )Hayır ( )Evet ( ) Fikrim yok

**20. Sizce Sevk Zinciri gelirse Aile hekimi hastasını hangi yol/yollarla sevk edebilmelidir?**

- ( ) Poliklinikte muayene ettikten sonra ( ) Ev ziyaretinde hastasını görerek  
( ) Hastasıyla telefonda görüşerek ( ) Hasta yakınıyla polikliniğinde görüşerek  
( ) Hasta yakınıyla telefonda görüşerek ( ) Diğer.....  
( ) Fikrim yok

**Kişilerin Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Gitme(Başvurma)  
Davranışları ve Nedenleri**

**21. Hastanelerde hangi bölüme gideceğinize nasıl karar verirsiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- ( ) Yakınlarıma danışırım ( ) Eczacıya sorarım  
( ) Aile Hekimime giderim, ona danışırım ( ) İnternette araştırırım  
( ) Şikayetime göre karar veririm ( ) Hastanedeki danışmana/hasta kabulde giriş veren  
( ) Deneyim/Tecrübelerime göre karar veririm kişiye sorarım  
( ) Diğer.....

**22. Kişilerin aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye gitme nedeni olarak düşündüğünüz seçenek/seçenekleri işaretleyiniz.**

- ( ) Hastanedeki olanakların fazla olması ( ) ASM'de tedavi olamayacağı düşüncesi  
( ) Zamandan tasarruf etmek ( ) Alışkanlık  
( ) Aile hekiminin de sevk edeceği düşüncesi ( ) Hastaneye daha fazla güven duyması  
( ) En iyi hizmeti aldığına emin olmak ( ) Uzmanlık hizmetine geç kalmama isteği  
( ) Sevk zincirinin zorunlu olmaması ( ) Şikayeti/Başvuru nedeni  
( ) Diğer..... ( ) Fikrim yok

**23. Hastaların aile hekimine başvurmadan doğrudan üst basamak hastanelere gitmesini etkileyeceğini düşündüğünüz özellikleri nelerdir? Sizce nasıl etkilerler?**

- ( ) Hastanın cinsiyeti .....  
( ) Hastanın yaşı .....  
( ) Hastanın gelir düzeyi .....  
( ) Hastanın eğitim düzeyi.....  
( ) Sağlık alanında çalışan yakınlarının/tanıdıklarının olması.....  
( ) Hastanın yerleşim yeri.....  
( ) Diğer.....

**Sevk Zinciriyle İlgili Ekonomik Düzenlemeler**

**24. Sizce aile hekiminden sevk almadan uzman hekime doğrudan gidildiğinde ek katkı payı ödenmeli midir ? ( ) Hayır ( ) Evet.....TL**

### Sevk Zincirinin Etkileri

25. Sevk zinciri uygulamasının etkileriyle ilgili önermelere katılma durumunuzu belirtiniz.

1- Kesinlikle katılmıyorum 2- Katılmıyorum 3- Fikrim yok 4- Katılıyorum 5- Tamamen katılıyorum

	Önermeler	1	2	3	4	5
13	Sevk zinciri gelirse aile hekiminin verdiği sağlık hizmetleri olumsuz yönde etkilenir					
14	Sevk zinciri gelirse halk uzman hekime daha geç ulaşır					
15	Sevk zinciri gelirse hastanelerde daha iyi(kaliteli) hizmet verilir					
16	Sevk zinciri gelirse acil servislere acil olmayan şikayetle başvuran hasta sayısı artar					
17	Sevk zinciri kamu(devlet) kaynaklarında tasarruf edilmesini sağlar					
18	Sevk zinciri gelirse hastane gelirleri azalır					
19	Sevk zinciri gelirse uzman hekimlerin gelirleri azalır					
20	Sevk zinciri uygulaması hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler					
21	Sevk zincirinin uygulanması aile hekiminin saygınlığını artırır					
22	Sevk zinciri gelirse (hastayı sevk etme kararının sorumluluğu) aile hekimlerinde stres yaratır					
23	Sevk zinciri gelirse aile hekimlerinin kendilerini geliştirmelerine katkı sağlar					
24	Sevk zinciri gelirse halkın sağlık hizmetinden faydalanması daha hakkaniyetli olur					

### Birinci Basamak Hekiminin Nitelik ve Yeterlilikleri ile İlgili Düşünceler

26. Aile hekimlerinin sevk kararlarını doğru verebilme yeterliliklerini derecelendiriniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Sevk Zinciri Uygulamasıyla İlgili Öneriler

27. Sevk sistemi ile ilgili önerileriniz nelerdir ?

.....  
.....

## EK-4

### AİLE HEKİMLERİ NİTEL KISIM SORULARI

#### Sevk Zinciri Yönünden Birinci-İkinci Basamaklar Arası İlişki ve Düzenlemeler

1. Aile hekimi ile uzman hekim arasındaki iletişim/geri bildirim ile ilgili düşünceleriniz nelerdir
2. Sevk zinciri uygulamasında tüm uzmanlık alanlarının sevk zincirine dahil olup olmamasıyla ilgili neler söylersiniz
3. Aile hekiminin sevk kararını, sevk edip etmemesini neler etkiler bu konuda görüşleriniz nelerdir  
Kişilerin Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Başurma Davranışları ve Nedenleri
4. Kişilerin aile hekimine uğramadan doğrudan hastaneye gitmeleri konusunda neler söylersiniz nedenleri neler olabilir, neler etkiler ?  
Sevk Zinciriyle İlgili Ekonomik/Yasal Düzenlemeler
5. Aile hekiminden sevk alınmadan doğrudan üst basamak kamu hastanelerine gidilmesiyle ilgili, nasıl düzenlemeler olabilir?
6. Sevk sisteminde Aile hekiminin sevk etme durumunun değerlendirilmesi/düzenlenmesiyle ilgili neler söylersiniz, nasıl denetlenebilir, bu konuda neler yapılabilir?  
Sevk Zincirinin Etkileri
7. Sevk zincirinin sunulan sağlık hizmetlerine, hastalara, aile hekimlerine, kamu maliyesine, topluma etkileri hakkındaki neler söylersiniz?
8. Aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması için nitelik ve yeterlilikleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
9. Sevk zinciri uygulaması için sağlık sistemimizin alt yapı ve koşulları hakkında neler söylersiniz?
10. Sevk sisteminin olumlu yanları hakkında neler söylersiniz?
11. Sevk sisteminin olumsuz yanları hususunda neler söylemek istersiniz?
12. Sevk sistemini destekler misiniz? Nedenleriniz hakkında neler söylersiniz?
13. Sevk sistemi ile ilgili önerileriniz nelerdir?

## EK-5

### UZMAN HEKİM NİTEL KISIM SORULARI

#### Sevk Zinciri Yönünden Birinci-İkinci Basamaklar Arası İlişki ve Düzenlemeler

1. Aile hekimi ile uzman hekim arasındaki iletişim/geri bildirim ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
2. Sevk zinciri uygulamasında tüm uzmanlık alanlarının sevk zincirine dahil olup olmamasıyla ilgili neler söylersiniz?
3. Aile hekiminin sevk kararını, sevk edip etmemesini neler etkiler bu konuda görüşleriniz nelerdir?

#### Kişilerin Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Üst Basamak Hastaneye Başvurma Davranışları ve Nedenleri

4. Kişilerin aile hekimine uğramadan doğrudan hastaneye gitmeleri konusunda neler söylersiniz nedenleri neler olabilir, neler etkiler?

#### Sevk Zinciriyle İlgili Ekonomik/Yasal Düzenlemeler

5. Aile hekiminden sevk alınmadan doğrudan üst basamak kamu hastanelerine gidilmesiyle ilgili, nasıl düzenlemeler olabilir?
6. Sevk sisteminde Aile hekiminin sevk etme durumunun değerlendirilmesi/düzenlenmesiyle ilgili neler söylersiniz, nasıl denetlenebilir, bu konuda neler yapılabilir?

#### Sevk Zincirinin Etkileri

7. Sevk zincirinin sunulan sağlık hizmetlerine, hastalara, aile hekimlerine, kamu maliyesine, topluma etkileri hakkındaki neler söylersiniz?
8. Aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması için nitelik ve yeterlilikleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
9. Sevk zinciri uygulaması için sağlık sistemimizin alt yapı ve koşulları hakkında neler söylersiniz?
10. Sevk sisteminin olumlu yanları hakkında neler söylersiniz?
11. Sevk sisteminin olumsuz yanları hususunda neler söylemek istersiniz?
12. Sevk sistemini destekler misiniz? Nedenleriniz hakkında neler söylersiniz?
13. Sevk sistemi ile ilgili önerileriniz nelerdir?