



T.C.

BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN
HASTALARIN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİ
ATLAMA SEBEPLERİ VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ

DR. MELTEM MÜCAZ KARAASLAN

TEZ DANIŞMANLARI

PROF.DR. BEDİA ÖZYILDIRIM

DR.ÖĞ. ÜYESİ PERİHAN TORUN

İSTANBUL 2018



T.C.

BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN
HASTALARIN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİ
ATLAMA SEBEPLERİ VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZİ

DR. MELTEM MÜCAZ KARAASLAN

TEZ DANIŞMANLARI

PROF.DR. BEDİA ÖZYILDIRIM

DR.ÖĞ. ÜYESİ PERİHAN TORUN

İSTANBUL 2018

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Meltem MÜCAZ KARAASLAN

İSTANBUL-2018



ÖNSÖZ

Tez hazırlama sürecimde danışmanlığımı kabul ederek desteğini esirgemeyen, beraber geçirebildiğimiz kısa zaman zarfında tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum danışman hocam Prof. Dr. Bedia ÖZYILDIRIM'a teşekkür ederim.

Bütün uzmanlık eğitimim boyunca yanımda olan ve eğitimime büyük katkıları olan, öğrencisi olmaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım, ayrıca tez konumun belirlenmesinden yazım sürecine kadar desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Dr. Öğ. Üyesi Perihan TORUN'a sabrı ve desteği için teşekkür ederim.

Sevgili asistan ve çalışma arkadaşlarıma tüm paylaşımları, dostlukları ve yaşanan tüm güzellikler için teşekkür ederim. Beni yetiştiren, bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan ve her kararımın arkasında durarak beni yalnız bırakmayan, her zaman destek olan biricik anne ve babam Fethiye, Ahmet MÜCAZ'a, sevgileri ile her zaman yanımda olan çok değerli kardeşlerime teşekkürü bir borç bilirim. Hayatımın en kritik kararlarının merkezinde olup bana yön veren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, uzmanlık sürecindeki her çıkmazımda beni tekrar motive edip gülümsememe sebep olan, şansım ve sevgili eşim Raif KARAASLAN' a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Meltem MÜCAZ KARAASLAN

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	6
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	9
2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	9
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	9
2.1.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
2.1.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
2.1.4.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	12
2.1.4.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	12
2.1.4.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	13
2.1.5. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	13
2.1.6. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	14
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	14
2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	15
2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri	16
2.2.2.1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı	16
2.2.2.2. Finansman	16
2.2.2.3. Birinci basamak hizmeti sunan sağlık çalışanı.....	16
2.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri.....	17
2.2.3.1. İlk başvuru	17
2.2.3.2. Süreklilik	17
2.2.3.3. Eşgüdüm.....	18
2.2.3.4. Kapsayıcılık.....	18
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Aile Hekimliği.....	18
2.3.1. Aile Hekimliği Kavramı ve Tanımı	18
2.3.2. Aile Hekiminin Özellikleri ve Temel Yeterlilikleri	19
2.3.3. Dünyada Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri.....	21
2.3.3.1. Amerika’da Aile Hekimliği	21
2.3.3.2. İngiltere’de Aile Hekimliği	22
2.3.3.3. Almanya’da Aile Hekimliği	23
2.3.3.4. Kanada’da Aile Hekimliği.....	24
2.3.3.5. Fransa’da Aile Hekimliği	24

2.3.3.6. Norveç'te Aile Hekimliği	25
2.3.3.7. İsveç'te Aile Hekimliği	25
2.3.3.8. İsrail'de Aile Hekimliği	26
2.3.3.9. Küba'da Aile Hekimliği	26
2.4. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	27
2.4.1. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi	27
2.4.1.1. 1920-1937 Arası Dönem	27
2.4.1.2. 1937-1960 Arası Dönem	28
2.4.1.3. 1961-2003 Arası Dönem	29
2.4.1.4 2003 ve Sonrası Dönem	31
2.4.2. Aile Hekiminin Tanımı	33
2.4.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	34
2.4.4. Aile Sağlığı Elemanının Tanımı	35
2.4.5. Aile Sağlığı Elemanının Görev Yetki ve Sorumlulukları	35
2.4.6. Aile Hekimliği Birimi	36
2.4.7. Aile Sağlığı Merkezi	36
2.4.8. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanının Eğitimi	37
2.4.9. Çalışma Saatleri ve Esasları	37
2.4.10. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetleri	38
2.4.11. Hekim Seçme ve Değiştirme	39
2.4.12. Tetkik ve Tahlil İşlemleri	39
2.4.13. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim	40
2.5. Sevk Sistemi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Atlanması	40
3. AMAÇ	42
4. GEREÇ VE YÖNTEM	43
4.1. Çalışmanın Tipi	43
4.2. Çalışmanın Yapıldığı Toplumun Özellikleri	43
4.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem	43
4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	45
4.5. Dâhil Olma ve Dışlama Kriterleri	46
4.6. Verilerin Analizi	46
5. BULGULAR	47
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	47
5.2. Açık Uçlu Sorulardan Elde Edilen Bulgular	61
5.2.1. ASM'lere Daha Önce Başvurmama Sebepleri	62
5.2.2. ASM'leri Atlama Sebepleri	62
5.2.2.1. Aile Hekimleri İle İlgili Sorunlar	63

A. Hekimin İlgisizliği ve Hastayı Muayene Etmemesi	63
B. Uzman veya Tecrübeli Hekim Beklentisinin Karşılanmaması	64
C. Hastaların Büyük Oranda Hastanelere Yönlendirilmesi	65
5.2.2.2. ASM'lerde Tetkik Ve Tahlil İmkânlarının Kısıtlı Olması	66
A.Kan Tahlili Dışında Tetkik Yapılamaması	66
B.Tahlil Sonuçlarının Geç veya Yanlış Çıkması	66
5.2.2.3. ASM'lerde Hizmete Ulaşımı Aksatan Durumlar	67
A. Randevu Zorunluluğu	67
B. Aile Hekimine Her Zaman Ulaşamamak	67
C. Aile Hekimlerinin Sık Değişmesi	68
5.2.2.4. Yüksek Standartlı Hizmet Tercihi	68
A. Hastanelerdeki Hizmetin Kalitesi ve Sağladığı Güven Duygusu	68
5.2.2.5. Toplumun ASM'leri Kullanma Durumu Ve Bakış Açısı	69
A. İlaç ve Rapor Yazdırmak	69
B. Daha Önce Başvurmamış Hastaların ASM'ler Hakkında Düşünceleri.....	70
5.2.3. Zorunlu Sevk Sistemine Bakış Açısı	70
5.2.3.1. Sevk Sisteminin Olumlu Yönleri.....	71
A. ASM Koşullarının İyileştirilmesi Şartı	71
B. Aile Hekimlerinin Tecrübe Kazanması.....	72
C. Hastane Koşullarının İyileşmesi.....	72
5.2.3.2. Sevk Sisteminin Olumsuz Yönleri	73
A. Aile Hekiminin Kararına Güvenememe	73
B. Hekim ve Hastaneyi Seçme Özgürlüğünün Olmaması	74
C. ASM'lerde Sevk Alabilmek İçin Yoğunluk Oluşması.....	74
D. Sistemin Özel Hastanelere Yönlendirmesi	75
6. TARTIŞMA	77
6.1. Sosyodemografik Faktörler	77
6.2. Aile Hekimi İle İlgili Faktörler	80
6.3. ASM Özellikleri İle İlgili Faktörler.....	84
6.4. Sistemle İlgili Faktörler.....	88
6.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları.....	91
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
8.KAYNAKLAR.....	97
9. EKLER	106
Ek-1 Anket Formu	106
Ek 2- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	113

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IOM: Institute of Medicine

GP: General Practitioner

NHS: National Health Service

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

AÇS: Ana ve Çocuk Sağlığı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. ASM'leri atlama sebeplerine genel bir bakış

Şekil 2. Zorunlu sevk sistemine bakış açısı



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü ve takip yeri bilgileri

Tablo 4. Katılımcıların genel sağlık durumları

Tablo 5. Katılımcıların ilk başvuru için sağlık merkezi seçimleri

Tablo 6. Katılımcıların BVÜ'yü tercih etme sebepleri ve hastanenin eve uzaklığı algısı

Tablo 7. Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumları

Tablo 8. Katılımcıların bazı ASM hizmetlerini değerlendirmesi ve genel memnuniyet durumları

Tablo 9. ASM'lerden katılım payı alınmamasının ASM tercihini etkileme durumu

Tablo 10. Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açısı

Tablo 11. Katılımcıların demografik özelliklerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

Tablo 12. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve takip yerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

Tablo 13. Katılımcıların genel sağlık durumuna göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

Tablo 14. Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumlarına göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

Tablo 15. Katılımcıların bazı ASM hizmet değerlendirmelerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

Tablo 16. Katılım payına bakış açısına göre ilk başvuruda tercih edilen sağlık kurumu

Tablo 17. Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açılarına göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini Atlama Sebepleri ve Bunu Etkileyen Faktörler.

Amaç: Aile hekimliği sisteminin ülke genelinde oturtulmasından bu yana 7 yıl geçmesine rağmen sevk sistemi uygulanamamıştır ve hastaların ilk başvuruda Aile Sağlığı Merkezleri'ni (ASM) tercih etme oranları düşüktür. Bu çalışmada amaç, bir üniversite hastanesine başvuran hastaların ASM'leri neden atladıklarını ve buna etki eden faktörleri belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma kapsamında nitel veriler de toplanmıştır. Çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde, 2017 Temmuz ve Ağustos aylarında yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğüne ulaşmada poliklinik hasta sayısına göre ağırlıklandırma yapılmış, belirlenen sayıya ulaşana kadar hastalarla peşpeşe görüşülmüştür. Seçilen sekiz farklı poliklinikten 522 kişiye anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Sonuçlar sayı (n), yüzde (%), ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 304'ü(%58,2) kadın ve 218'i(%41,7) erkektir. Toplam yaş ortalaması $39,7 \pm 14,7$ (min:18 yaş, max:86 yaş) bulunmuştur. Katılımcıların %72,5'i kendisi için başvurmuştur, %27,4'ü çocuk hastaya refakat etmektedir. Katılımcıların genel olarak ilk tercih ettikleri sağlık kurumu %49,4 ile eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerdir, ilk başvuruda ASM'lerin tercih edilme oranı %18,0'dir. Katılımcılar son bir yılda ASM'ye ortalama $3,70 \pm 1,74$ kez başvurmuştur. İlk başvuru tercihi ASM ve diğer sağlık kurumları olan katılımcıların cinsiyet, katılımcının yaşı, eğitim durumu ve genel sağlık durumu gibi demografik özelliklerinin dağılımları benzer bulunmuştur. ASM'ye başvuranların %56,3'ü, diğer sağlık kurumlarına başvuranların %31,5'i aile hekiminin genel sağlık durumunu bildiğini ve takip ettiğini belirtmiştir. Uzman hekimin uyguladığı tetkik ve tedavilerden aile hekiminin haberdar olması ASM'ye başvuranlarda %31,9, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %16,9'dur. ASM'ye başvuranların %56,3'ü, diğer sağlık kurumlarına başvuranların %34,1'i, aile hekiminin verdiği tedaviden fayda gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların üçte ikisi ASM teknik imkânlarını yetersiz bulmaktadır. İlk başvuru tercihi ASM olanların %42,5'i zorunlu sevk sisteminin getirilmesine olumlu bakarken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin ise %24,8'i olumlu bakmaktadır.

Katılımcıların ASM'leri atlama sebepleri sorgulandığında, aile hekimleri ile ilgili sorunlar, ASM'lerde tahlil imkânlarının kısıtlı olması, hizmete ulaşmayı aksatan durumların varlığı, hastanelerdeki yüksek standartlı hizmet tercihi ve daha önce başvurmamış kişilerin ASM'lere olumsuz bakış açısı belirtilmiştir.

Sonuçlar: İlk başvuru kurumu seçiminde ASM'leri atlayarak bir niversite hastanesini tercih etmenin birçok faktörle ilişkili olabileceği tespit edilmiştir. Kurulacak bir sevk sisteminin başarıyla yürütülmesi için bu faktörlerin dikkate alınması ve neden sonuç ilişkisi açısından araştırılması uygun olacaktır.



ABSTRACT

The Reason Why Patients Admitted to a University Hospital Skip Family Health Centers and The Factors Affecting This.

Objective: Even though it has been 7 years since the family medicine system has been established throughout the country, the referral system could not be implemented and the rate of patients preferring Family Health Centers (FHC) during the first admission is low. The aim of this study is to determine why patients admitted to a university hospital skip FHCs and the factors affecting this.

Methods: This is a descriptive study. Qualitative data were also collected. The study was conducted at the Bezmialem Foundation University Hospital between July and August 2017. In reaching the sample size, the number of polyclinic patients were weighted and the number of patients was followed up in consecutive days. A questionnaire form prepared by researchers from eight selected outpatient clinics was applied to 522 individuals using the face-to-face interview method. Results were evaluated using number (n), percentage (%), mean and standard deviation.

Results: Of the study participants, 304 (58.2%) were female and 218 (41.7%) were male. The mean age was found to be 39.7 ± 14.7 (min: 18 years of age, max: 86 years of age). 72.5% of the participants were admitted for themselves, 27.4% of them were accompanying pediatric patients. The participants' first preferred health institution was generally training research hospitals and universities with 49.4%, and the preference rate of FHCs during the first admission was 18.0%. The participants applied to FHCs for an average of 3.70 ± 1.74 times in the last one year. The distribution of demographic characteristics such as gender, participant's age, educational status and general health status were similar among participants with ASM and other health institutions. 56.3% of those who applied to ASM and 31.5% of those who applied to other health institutions stated that they knew and followed the general health status of the family physician. The awareness of the family physician about the examinations and treatments applied by the specialist physician is 31.9% for the applicants and 16.9% for the applicants for other health institutions. 56.3% of those who applied to ASM and 34.1% of those who applied to other health institutions stated that they benefited from the treatment given by the family physician. Two-thirds of the participants find the technical facilities of ASM insufficient. While 42.5% of those with ASM prefer the first referral system, 24.8% of those who prefer other health institutions are positive.

When the reasons why the participants skip FHCs were questioned, the problems with family physicians, limited availability of tests in FHCs, the presence of conditions hindering to access to the service, the preference of high standard of care in hospitals and negative perspective to FHCs have been indicated.

Conclusions: A range of factors associated with skipping family health centres and attending a university hospital as the first point of contact were identified. In order that a referral system is implemented successfully, these factors need to be taken into account and discussed fully.



1. GİRİŞ

Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin bir bütün olarak verildiği birinci basamak sağlık hizmetleri, merkezi konumda yer almaktadır.¹ 1978 Alma-Ata Bildirisi'ne göre sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesi ile bu oranın % 96'ya çıktığı bildirilmektedir.²

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda gelişmiş ülkeler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veren ülkelere göre daha iyi sağlık göstergelerine ve daha yüksek memnuniyet oranlarına sahiptir. Birinci basamakta çalışan hekim sayısının fazla olduğu ülkelerde, gelir seviyesi düşük ve yüksek bölgeler arasında sağlıkta eşitsizliklerinin daha az görüldüğü, hastaneye yatış ve bebek ölüm hızlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumundaki başarı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliğine göre değerlendirilmektedir.^{3,4}

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru ve verimli kullanılabilmesi için 4 temel uygulama özelliğinin bulunması gereklidir. Bunlar ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdümdür.⁵

İlk başvuru; bireylerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ve buna bağlı olarak sağlık hizmeti gereksiniminde, ilk olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişi ya da kurumlara başvurmasıdır. Sağlık sistemleri birinci basamak yönelimli olan ülkelerin önemli bir bölümünde uzmanlık hizmetlerine ancak birinci basamak hekiminin sevk ile ulaşılabilir. Genel pratisyenlerin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi "kapı tutuculuk (gatekeeping)" olarak adlandırılır.⁵ Hastaların ilk başvuru aşamasında birinci basamağı atladığı, ileri sağlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulamaya "açık sistem" adı verilir.⁶

Süreklilik; hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmetinin uzun süreli kullanımınıdır. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığı ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun ihtiyaçlarını bilme ve bu ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır.⁵

Kapsayıcılık, birinci basamağın toplumun nadir görülen sağlık sorunlarını da içeren tüm sağlık problemlerini tanıyabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olması, geniş dağılıma uygun hizmet verebilmesini tanımlamaktadır. Sevk oranının yüksek olması kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir.⁵

Eşgüdüm, birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesidir. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel parametrenin varlığı gereklidir. Birincisi kapı tutuculuk uygulamasıdır. İkincisi, birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesidir. Üçüncüsü ise bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır.⁵

Birçok ülkede birinci basamak hizmet sunucusu aile hekimleridir. Aile hekimi; kişiyi içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alıp koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan ve kendi sorumluluğu altındaki kişilerin biyolojik, ruhsal ve sosyal yönleriyle ilgilenen, kişilerin serbestçe seçebildikleri hekimdir.

Aile hekimliğinin amaçları arasında; erken tanı ve tedaviyi sağlamak, sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek, birinci basamağa özgü bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak, kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedavi sağlamak, bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkıda bulunmak yer almaktadır.

Aile hekimliği dünyada ve özellikle Avrupa'da yaygın kullanılan bir sistemdir. Her ülkede farklı uygulama özellikleri olsa da Avrupa'nın büyük bir bölümünde sevk sistemi uygulanmaktadır. Türkiye'de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) bir parçası olarak aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Pilot uygulama birinci basamak uyum eğitimleri tamamlandıktan sonra 15 Eylül 2005'te Düzce'de hayata geçirilmiştir. 2006 yılında 7 ilde yürütülen uygulama 2010 sonunda 81 ile yayılmıştır. Aile hekimliği sisteminin başlıca amaçları; halkın birinci basamak sağlık sistemine ulaşımını kolaylaştırmak ve sıklığını arttırmak, bireyleri hastalıklarına göre diğer sağlık kuruluşlarına yönlendirmek ve böylece hastalıkların uygun basamaklarda tedavisini sağlamak olarak belirtilmiştir.⁷ Sevk sistemine geçilmesi SDP'nin önemli hedeflerinden biri olarak belirtilmesine rağmen uygulanamamıştır.

Uluslararası literatürde “bypass” olarak geçen sağlık davranışı kısaca, herhangi bir birinci basamak sağlık çalışanı veya sağlık kurumu sevk etmeden, uzman hekime başvurmayı tarif etmektedir.⁸ Genellikle genç erişkinler, iyi eğitilmişler, yüksek sosyoekonomik sınıfa dâhil olanlar daha sık atlama eğilimi gösterir.⁸⁻¹⁰ Atlama davranışının aynı zamanda hizmet alınan hekimin eğitimine, mesleki derecesine, tecrübesine, hizmet sunduğu yerin imkânlarına ve alınan ücrete de bağlı olduğu bildirilmiştir.¹¹ Bunların dışında kişilerin toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış açısı, sunulan hizmetin kalitesi, sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmetini kullanma alışkanlıkları da önemlidir.¹²

Sağlık sistemimiz, hastaların ilk muayene ve tedavi için aile hekimliklerine gitmelerini, gerekirse ileri inceleme ve tedavi için ilçe ve il hastanelerine veya eğitim ve üniversite

hastanelerine sevk edilmelerini öngörmektedir. Ancak sevk sistemi zorunlu hale getirilemediği için, birinci basamak ilk başvuru merkezi olarak yeterince kullanılmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde birinci basamağın atlanması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yığılmalara yol açmaktadır. Birinci basamakta çözülebilecek bir problem için doğrudan üçüncü basamak kurumlarına başvurulmasının hizmet maliyetini dokuz kat arttırdığı hesaplanmıştır.¹³ Ülkemizde ise konuyla ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2012'de yaptığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti çalışmasında, herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru için birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih edenlerin oranı %33 bulunmuştur.¹⁴

Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesine başvuran hastaların, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Sağlığı Merkezleri'ni (ASM) atlama nedenlerini saptamak ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışma sonuçlarının bu konuda geliştirilecek politikalara yön vermesi beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

1948 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğü'nde sağlığın tanımı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” şeklinde yapılmıştır.¹⁴ Sağlık kavramı geleneksel olarak hastalık veya sakatlığın olmaması şeklinde algılanmaktadır. Ancak DSÖ'nün tanımına göre sağlık, sadece bedensel değil sosyal ve psikolojik açıdan da bir bütün olarak iyilik halidir.

Sağlıklı olma hakkı kişilerin doğuştan kazandıkları bir haktır. Sağlık hizmetlerinin amacı ise kişilerin doğuştan sahip oldukları sağlıklı olma haklarının korunması ve devamlılığının sağlanmasıdır. Sağlık hizmetleri düzeyi bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin göstergelerinden biridir.¹⁵ Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta bireylerin erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesi sağlık hizmetlerinin birincil amacıdır.

Yıllar içinde sebebi bilinmeyen hastalık etkenlerinin bulunması, çevre sağlığı, hijyen ve mikroplarla mücadele konularındaki gelişmeler ile sağlığın korunması önem kazanmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri farklı alanlara yönelmeye başlamıştır. Birey sağlığının toplum sağlığı ile yakından ilişkili olduğu anlaşılacak koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmeye başlanmıştır.¹⁶

Kaliteli ve güvenilir bir sağlık hizmetine erişebilmek, toplumun tümünü yakından ilgilendiren bir konudur. Sosyal refah anlayışı olan devletler günümüzde sağlık hizmetlerini bütün topluma etkin, verimli ve yeterli bir şekilde sunmakla yükümlü sayılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin kalkınma planları içinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gelişim için temel unsurlardan biridir.¹⁷

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık kurumlarında sağlığı koruyucu hizmetlerin verilmesi, hastalıkların teşhis ve tedavisinin yapılması için çeşitli sağlık personeli tarafından yürütülen hizmetlerin tümü olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması topluma daha iyi hizmet sunulmasını, sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması birbirine benzemekle birlikte farklı şekillerde yapılabilmektedir. En bilinen yaklaşımlardan bir tanesi sağlık hizmetlerinin birincil (primer) koruma, ikincil (sekonder) koruma ve üçüncül (tersiyer) koruma olarak sınıflandırılmasıdır. Başka bir yaklaşımda hizmet kapsamlılığı bakımından sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri,

tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç sınıfa ayrılmaktadır.¹⁸ Son yıllarda bu sınıflamaya, sağlık hizmetlerini geliştirici hizmetler de eklenmiştir.¹⁹

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan yapılan hizmetlerdir. Önlenebilecek her türlü hastalık için koruyucu her türlü önlemin alınması, bu hizmetlerin kapsamındadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olan bireylere tedavi hizmetlerinin sağlandığı, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını oluşturan hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, herhangi bir sebeple gelişen, vücut organlarının veya bilişsel yeteneklerin kısıtlılığı durumlarında bu sorunları ortadan kaldırmak ya da azaltmak amacıyla verilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerini geliştirici hizmetler ise, sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek amacıyla verilen hizmetlerdir. Amaç kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık düzeyi, yaşam süresi ve kalitesinin yükseltilmesidir.²⁰ Sağlık hizmet sınıflarının ayrıntılı incelenmesi aşağıda verilmektedir.

2.1.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı; hastalık, fiziksel ve ruhsal engel gibi durumlar oluşmadan, önlenebilecek her türlü risk ile savaşmaktır. Kişinin ve toplumun sağlığının korunması, bu kapsamda gerekli tedbirlerin alınması koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacıdır.

Kişiler sağlık sisteminde ilk hizmeti bu birimlerden alırlar. Verilen hizmetler çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olabilir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerde, insan sağlığını tehdit eden her türlü fiziksel veya kimyasal, hatta sosyal faktörlerin elimine edilmesi sağlanır. Çevresel bir risk faktörü bireyden çok toplumu etkileyen sağlık riskleri oluşturur. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler ise aşılama, tarama testleri, sağlık eğitimi gibi hizmetler olarak sayılabilir. Günümüzde bu hizmetlerin verilmesinde temel taşı aile hekimlikleri oluşturmaktadır.

a) Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Genel olarak çevreye yönelik tedbirlerden oluşur. Atık su arıtılması, içme ve kullanma sularının temizlenmesi, hava kirliliği ve toprak kirliliği ile mücadele, gürültü kirliliğinin giderilmesi, tıbbi atıkların yok edilmesi gibi hizmetler bunlardan bir kısmıdır. Bu hizmetler doğrudan sağlık sisteminin tasarrufu altında değildir ancak sağlık birimleri bu hizmetlere danışmanlık yapar, destek olur.²¹

b) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

Aile planlaması, bağıışıklama, doğru beslenme, erken tanı, anne ve çocuk sağlığı, ruh sağlığı, sağlık eğitimi, ilaç ile önlem alma, kişisel temizlik ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaşma

şeklinde gruplandırılabilir.²² Bu hizmetler kişilerin sağlıklıyken hastalıktan korunması veya hastalandıklarında tedavi için tanının erken koyulmasını sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin kısaca açıklaması aşağıda verilmiştir.

➤ **Bağışıklama:** Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında bağışıklama önemli bir yere sahiptir. Aktif bağışıklama aşısı ile yapılırken, pasif bağışıklama hastalık etkenine karşı oluşmuş antikorların sağlam kişilere verilmesiyle sağlanır. Bulaşıcı hastalıkların oluşmaması için aşılama çok önemlidir. Aşısı hizmetlerinde ne kadar çok kişiye ulaşırsa, bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede o kadar ilerleme kaydedilebilir.²³ Aşılama ile kişilerin tek tek bağışıklanmasının yanı sıra toplumun bağışıklanması ile hastalığın ortaya çıkma ihtimali katlanarak azalmaktadır. Ülkemizde Hepatit B aşısının yıllardır rutin aşılama takviminde uygulanması ile 2050 yılında Hepatit B etkeninin eradike edilmesi beklenmektedir.

➤ **Doğru beslenme:** Günümüzde sağlık açısından üzerinde durulan en önemli konulardan biri beslenmedir. Yeterli ve dengeli beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturur.²⁴⁻²⁶ Yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel gelişim yanında mental gelişme üzerinde de olumsuz etkiler yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrenmede güçlük, davranış bozuklukları ve zekâ ortalamalarında düşüşe neden olduğu belirtilmektedir.²⁷

➤ **Erken tanı:** Bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerin henüz ortaya çıkmadığı, kişinin yaşam kalitesini bozmadığı dönemde tanınmasıdır. Erken tanıyla kişilerin tedavi şansı artar, ayrıca bulaşıcı hastalıkların yayılması önlenir. Tedavi kolaylaşır ve tedavi masrafları azalır. Kansere, kalp hastalıkları, Rh uyumsuzluğu, sifilis, böbrek hastalıkları, tüberküloz, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklarda gerek hastanın veya hekimin yaptığı muayene bulgusuyla, gerekse tarama testleriyle erken tanı konulabilir.

➤ **Anne çocuk sağlığı ve aile planlaması:** Aile planlama hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi ile istenmeyen gebeliklerin ve isteğe bağlı düşüklerin önlenmesi sağlanır. Anne çocuk sağlığı hizmetleri, gebelik boyunca ve doğum sonrasında verilerek anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçilmeye çalışılır.²²

➤ **Kişisel temizlik ve sağlık eğitimi:** Kişisel temizlik sağlık için olmazsa olmaz faktörlerdendir. Kişinin vücut bakımına ve temizliğine nasıl dikkat etmesi gerektiği, örneğin etkin el yıkamanın nasıl yapılacağı, sağlık personeli tarafından verilmesi gereken hizmetlerdendir.

➤ **Sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaşıma ve ruh sağlığı:** Alkol, sigara ve uyuşturucu gibi maddeler insan sağlığında büyük hasarlara sebep olabilmektedir.²² Bu tür alışkanlıkların önlenmesi toplumsal açıdan önem taşımaktadır. Koruyucu ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından verilmektedir.

➤ **İlaç ile önlem alma:** Bazı hastalıklarda proflaktik ilaç alımı ile hastalığın önlenmesi sağlanmaktadır. Örneğin tüberküloz hastalığında, hasta kişiyle teması olmuş kişilerin, proflaktik İzoniazid alımı doğrudan gözetim tedavisi ile takip edilerek, tüberkülozdan korunması sağlanmaktadır.²¹

2.1.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık meydana geldikten sonra tedavi ve kontrol edilme süreçlerini kapsayan hizmetlerin tümü tedavi edici hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler tedavi yöntemi ve tedavinin verildiği kuruma göre 3 kısma ayrılır.

2.1.4.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların ayaktan veya evde tedavi edilmelerini sağlayan, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen tedavi hizmetleridir. Bu hizmeti sağlayan resmi sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi, üniversitelerin Medikososyal Birimleri, Türk Silahlı Kuvvetleri'nin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait polikliniklerdir. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları ise; işyeri hekimlikleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarıdır.²⁸ Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılanma sürecine girilmiş, 112 Acil Sağlık Hizmetleri haricindeki tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu görevlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak incelenecektir.

2.1.4.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Yatan hasta takibinin başladığı ilk basamaktır. Bu basamakta hastalar yatarak veya ayaktan tedavi edilebilir. Birinci basamakta tanı veya tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilir. Ülkemizde sevk zinciri zorunlu olmadığından hastalar ikinci basamağa kendileri de başvurabilirler.

İkinci basamak resmi sağlık kuruluşları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet

hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri ile İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi'dir.

İkinci basamak özel sağlık kuruluşları ise; "Özel Hastaneler Yönetmeliği" ne göre ruhsat almış hastaneler, "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan tıp merkezleri ile "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleridir.²⁸

2.1.4.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve/veya özel tedavi gerektiren hastalıklar için hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. İkinci basamakta tanı veya tedavisi yapılamayan hastalar, üçüncü basamağa sevk edilir. Bu basamağa da hastalar sevksiz başvurabilirler. Üçüncü basamak sağlık kurumları genellikle toplumda az görülen veya tedavisi yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren hastalıklarla ilgilenir. Tedavi hizmetlerinin etkin bir şekilde sürmesi için birinci basamaktan başlayan sevk zincirine uymak büyük önem taşımaktadır. Sevk zincirinin atlanması ile bir alt basamakta çözülebilecek sağlık sorunları, bir üst basamakta birikmeye başlamaktadır. Bu durum kaynak israfına sebep olduğu gibi, üst basamakta tedavi görmesi gereken hastaların hizmet kalitesinin düşmesine, hatta hizmetlerden faydalanamamasına sebep olmaktadır. Özellikle direkt üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurulması, kaynakların etkin kullanımını engellemektedir.

Üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleridir.²⁸

2.1.5. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık veya kazalar nedeniyle meydana gelen kalıcı işlev bozuklukları ve sakatlıkların etkisini en aza indirmek, günlük yaşamda meydana getirdikleri zorlukları engellemek, bireylerin fiziksel ve manevi açıdan başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmelerini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.²⁹ Bu hizmetler rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastaların topluma kazandırılması, böylece ekonomik, sosyal ve kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamaya yönelik hizmetlerdir.³⁰ Ayrıca bu bireylere olanaklar dâhilinde, yüksek işlevsel temelli kazanımlar sağlanması

hedeflenmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, kendi içinde ikiye ayrılmaktadır.

a) Tıbbi Rehabilitasyon

Kalıcı bedensel bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi için verilen hizmetlerdir. Farklı yöntemler kullanılarak organın güçlendirilmesi veya organ tamamen kaybedilmişse protez eklenmesi, postür bozukluklarının düzeltilmesi, işitme görme rehabilitasyonunun sağlanması gibi hizmetler, en yaygın kullanılanlar arasında sayılabilir.³¹

b) Sosyal Rehabilitasyon

Bedensel veya ruhsal herhangi bir işlev kaybıyla birlikte, kişiler mevcut işlerini kaybetmekte veya iş bulmakta zorlanmaktadır. Böyle bireylerin yapabilecekleri iş alanlarına yönlendirilmeleri veya eğitimler verilerek bir meslek edinmeleri sağlanmalıdır. Sosyal rehabilitasyon ile kişinin günlük hayata aktif katılımının sağlanması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi, mesleki eğitim alması, iş bulması ve işe uyum sağlaması amaçlanmaktadır. Bu hizmetler Sosyal Hizmetler Kurumu tarafından verilmektedir.³¹

2.1.6. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek amacıyla verilen hizmetlerdir. Amaç kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık düzeyi, yaşam süresi ve kalitesinin yükseltilmesidir. Bunun için herkesin sağlıkla ilgili bilgi ve kaynaklara kolayca ulaşımı sağlanmaktadır. Bu hizmetler hem kamu sağlık kurumlarının hem de özel sağlık kurumlarının görevleri arasındadır.³² Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel olarak sorumluluk bireylerdedir. Yaşam tarzı ve alışkanlıkların değiştirilmesi, sağlıklı diyet ve egzersizin benimsenmesi, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların bırakılması, kişilerin sağlığın geliştirilmesi yolunda aldığı sorumluluklar arasındadır.^{29(s.46)}

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden ilk defa 1920'de İngiltere'de yayınlanan Dawson Raporu'nda bahsedilmiştir. Bu hizmetlerinin ülke çapında yayılması ve bölge merkezli olması gerektiği vurgulanmıştır.³³ Daha sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrıntılı tanımı 1978'de Alma Ata Konferansı'nda yapılmış, bu tanımda birinci basamağın toplumsal olarak kabul gören, uygun maliyetli, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan, ilk başvuru noktası olduğu belirtilmiştir. Yine aynı sene Institute of Medicine (IOM), birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanımını yapmış ve beş temel özellik belirlemiştir. Bunlar ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm,

süreklilik ve belli bir nüfustan sorumluluktur.

WHO 2008 raporuna göre temel sağlık hizmet altyapısı güçlü olan ülkeler, daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkta eşitsizlikler daha azdır ve sağlık harcamaları daha düşüktür.³⁴ Aynı raporda birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi için vazgeçilmez bir zorunluluk olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetleri sunumundaki başarı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliğine göre değerlendirilmektedir. Bu durum, devletleri birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirme yolunda teşvik etmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireyden çok toplumun sağlık durumu ve ihtiyaçlarına göre planlanır. Aynı zamanda sağlık hizmetine giriş için ilk başvuru noktası olduğundan, diğer basamaklardaki hizmetlerin işleyişini de dolaylı yoldan etkiler.

Bilindiği gibi 1978 Alma-Ata Bildirisi'ne göre sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesi ile bu oranın % 96'ya çıktığı bildirilmektedir.²

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda gelişmiş ülkeler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veren ülkelere göre daha iyi sağlık göstergelerine ve daha yüksek memnuniyet oranlarına sahiptir.^{3,4} Birinci basamakta devamlı takibi yapılan kişilerin daha sağlıklı oldukları, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları, düşük doğum ağırlıklı bebek oranlarının düşük olduğu kanıtlanmıştır.³⁵ Ayrıca birinci basamakta çalışan hekim sayısının fazla olduğu ülkelerde, gelir seviyesi düşük ve yüksek bölgeler arasında sağlıkta eşitsizliklerinin daha az görüldüğü, hastaneye yatış ve bebek ölüm hızlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.^{36,37}

2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanabilir. Bunlar yapısal özellikler ve uygulama özellikleridir.^{5,38}

Tablo 1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri

Yapısal Özellikler	Uygulama Özellikleri
<ul style="list-style-type: none">Altyapı ve insan gücü dağılımıFinansmanBirinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanı	<ul style="list-style-type: none">İlk başvuruKapsayıcılıkSüreklilikEşgüdüm

2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısal Özellikleri

2.2.2.1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı

Sağlık sistemleri alt yapı ve insan gücü kaynaklarının eşit dağılıp dağılmaması açısından ikiye ayrılır. Eşit dağılımın benimsendiği sistemlerde kaynaklar tüm toplumda eşit ve coğrafi olarak dengeli dağıtılır. Eşit kaynak dağılımına yönelik politikalar sağlıkta eşitsizlikleri azaltırken, bölgesel nüfus temelinde örgütlenme birinci basamağın toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlar.⁵ Finlandiya, İsveç ve İspanya sağlık sistemleri, eşit kaynak dağılımına yönelik politikaların uygulandığı başlıca örnekler arasındadır.³⁹

Eşit kaynak dağılımına yönelik bir politikanın bulunmaması, bu kaynakların ihtiyacın en az olduğu bölge ve şehirlere aktarılmasına neden olur, çünkü bu bölgelerin ödeme gücü daha yüksektir. Bu durum toplumun bir bölümünün kaynaklara ulaşamamasına diğer bölümünün ise kaynakları gereğinden fazla kullanmasına ve sonuç olarak da sağlık eşitsizliklerine neden olabilir.⁵ Kaynakların bu şekilde düzenlendiği sistemler grubunda ABD, Fransa, Almanya ve Belçika gibi kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkeler yer alır.³⁹

2.2.2.2. Finansman

Finansman açısından güçlü bir birinci basamağın iki önemli özelliği vergi ile finanse edilmesi ve cepten ödemenin az olması veya olmamasıdır.³⁹ Ancak birçok ülkede sigorta ve cepten ödeme sistemi uygulanmaktadır. Cepten ödeme hizmet kullanma oranı düşük olan, sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı çeken göçmenler, düşkünler gibi grupların daha da sağlıksızlaşmasına neden olabilir.^{40,41}

2.2.2.3. Birinci basamak hizmeti sunan sağlık çalışanı

Birinci basamak sağlık hizmetleri; bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan ve yanında istediği kadar personel çalıştırabilen hekimler tarafından veya kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sunulur.⁶ İngiltere, İtalya, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan'ın dahil olduğu bir grup ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri sadece genel pratisyenler tarafından sunulur. Almanya ve ABD gibi kamu veya özel sigorta sistemi uygulanan ülkelerde uzmanlar da özel muayenehane açarak birinci basamak hizmeti sunabilirler. Portekiz ve İspanya'da ise kamu sağlık merkezlerinde genel pratisyenlerle birlikte uzmanlar da çalışabilir. Bunun nedeni bu iki ülkenin birinci basamak temeline dayalı bir sistem için yeterli sayıda genel pratisyene sahip olmamaları ve bu açıklarını uzman hekimler ile kapatmalarınıdır.^{6,39}

2.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri

2.2.3.1. İlk başvuru

Bireylerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ve buna bağlı olarak sağlık hizmeti gereksiniminde, ilk olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişi ya da kurumlara başvurmasıdır. Acil sağlık sorunları dışında sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğindedir. Sağlık sistemleri birinci basamak yönelimli olan ülkelerin önemli bir bölümünde uzmanlık hizmetlerine ancak birinci basamak hekiminin sevk ile ulaşılabilir. Genel pratisyenlerin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak adlandırılır.⁵ Hastaların ilk başvuru aşamasında birinci basamağı atladığı, ileri sağlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulamaya ‘‘açık sistem’’ adı verilir.⁶ Kapı tutuculuk, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını azaltır, hizmetlerin belli bir kesim tarafından aşırı kullanılmasını önleyerek eşitsizlikleri önler. Sağlık hizmetlerinin eşgüdüm içinde sunulmasını sağlayarak gereksiz girişimleri önler. Avrupa’nın büyük bölümünde genel pratisyenlerin hasta sevklerini kontrol ettikleri görülmektedir.⁴² Sevk sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince güçlü olduğu ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan ülkelerde verimli bir şekilde uygulanabilir. Örneğin İsveç’te sevk sistemi zorunlu değildir, ama hastalar ilk başvuruda birinci basamak hekimlerine gitmeyi ve bu hekimler tarafından sevk edilmeyi tercih etmektedir. Bu tercihin nedeni birinci basamakta hizmet kapsamının geniş olmasına ve genel pratisyenlerin toplumdaki statüsüne bağlanabilir.⁶ Bu iki koşul sağlanmadığı takdirde hastalar acil servislere gitmeyi ya da para ödeyerek uzman hekime doğrudan ulaşmayı tercih etmektedir.^{6,42}

2.2.3.2. Süreklilik

Süreklilik, hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmetinin uzun süreli kullanımınıdır. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığı ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun ihtiyaçlarını bilme ve bu ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır.⁵

Birinci basamak sağlık kurumlarının belirli bir nüfusa hizmet vermesi, bu kişilere ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması sürekliliğin sağlanmasında anahtar rol oynar. Bu kayıtlar hem halk sağlığı görevlerinin yerine getirilmesi hem de sağlık hizmetlerinin planlanmasına yönelik verilerin elde edilebilmesi açısından önemlidir.⁵

2.2.3.3. Eşgüdüm

Eşgüdüm; birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel parametrenin varlığı gereklidir. Birincisi kapı tutuculuk uygulamasıdır. İkincisi, birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesidir. Üçüncüsü ise bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır.⁵ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkelerindeki sağlık hizmetlerini değerlendiren bir araştırmada, diğer birinci basamak özellikleri açısından oldukça başarılı olan ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Bu nedenle eşgüdümün, birinci basamağın diğer özelliklerine göre daha zor ulaşılır olduğu söylenebilir.³⁹

2.2.3.4. Kapsayıcılık

Kapsayıcılık, birinci basamağın toplumun nadir görülen sağlık sorunlarını da içeren tüm sağlık problemlerini tanıyabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olması, geniş dağılıma uygun hizmet verebilmesini tanımlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi, hastalık ve diğer sağlık sorunlarının bakımı ve tedavisi bu hizmetler arasındadır. Kapsayıcılık değerlendirilirken kurumun olanakları ve donanımı, personel eğitimi, personel sayısı, sağlık eğitimi, tarama ve bağışıklama hizmetlerinin yeterliliği sorgulanır. Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde sevk oranı da ölçüt olarak kullanılmaktadır. Sevk oranının yüksek olması kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir.⁵

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Aile Hekimliği

2.3.1. Aile Hekimliği Kavramı ve Tanımı

Aile hekimliği, kişiyi bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalına hissedilen ihtiyaç nedeniyle, çeşitli araştırmalar sonucunda kabul edilmiş bir sistemdir. İlk kez 1923 yılında Harvard Medical School profesörü Dr. Francis Peabody, tıpta aşırı uzmanlaşma neticesinde hastaları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğinden bahsetmiştir. Bunun üzerine 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners kurulmuştur. 1966 yılında American Medical Association tarafından Milis ve Willard Raporları yayınlanmıştır. Amerikan sağlık sistemini inceleyen bu raporlar sonucunda 1969 yılında birinci basamak sağlık hizmeti verecek bir branş olarak aile hekimliği tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur. 1974 yılında Hollanda’da Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı’nda birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemleri esas alarak inceleyen diğer uzmanlık

dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmıştır.⁴³ Aynı toplantıda aile hekiminin evrensel tanımı yapılarak kabul edilmiştir. Buna göre;

“Aile hekimi veya genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı koruyucu sağlık hizmeti sunmak ve hastalıklara erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder”⁴⁴

Aile hekimliğinin tanımı, Leeuwenhorst'dan sonra DSÖ ve World Organisation of Family Doctors (WONCA) tarafından geliştirilmiştir. WONCA'nın tanımına göre;

“Aile hekimliği/genel pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir.”⁴⁵

DSÖ'ye göre aile hekimi;

“Kendisine bağlı olan topluma yaş cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur.”⁴⁶

2.3.2. Aile Hekiminin Özellikleri ve Temel Yeterlilikleri

Aile hekimliği / genel pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.⁴⁴ İdeal aile hekiminin; bireylerin doğumdan ölümlerine kadar, sağlık ve hastalık durumlarında onlara danışmanlık vererek, yaşadıkları çevre ve bireysel özellikleriyle yakından tanıyarak sağlık problemlerinin yaklaşık %90'ını ilk başvuruda çözümleyebilecek bir hekim olması beklenmektedir.⁴⁷

Aile hekimliğinin kendine özgü bazı özellikleri bulunmaktadır.

1. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunma göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

3. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

4. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

5. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

6. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

7. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

8. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

9. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

10. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

11. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.⁴⁴

Aile hekimi disiplinini tanımlayan bu 11 temel özellik, her aile hekiminin uzmanlaşması gereken 11 yeteneği belirlemektedir. Bu özellikler 6 çekirdek yeterlilikte toplanabilir.⁴⁴

a. Birinci basamak yönetimi

- Hastalarla ilk teması yönetebilme,
- Gerektiğinde hastanın danışmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

b. Kişi merkezli bakım

- Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- Aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- Bakımın hastanın ihtiyaçlarıyla belirlenen sürekliliğini sağlama.

c. Özgün problem çözme becerileri

- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,
- Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde hızlı girişimlerde bulunabilme.

d. Kapsamlı yaklaşım

- Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,
- Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

e. Toplum yönelimli olma

- Birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

f. Bütüncül yaklaşım-modelleme

- Kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

Aile hekiminin bu yeterlilikleri klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yönetimi alanlarında göstermesi beklenmektedir.⁴⁴

2.3.3. Dünyada Aile Hekimliği Uygulama Örnekleri

Aile hekimliği sistemini her ülke kendi ihtiyaçlarına göre oluşturup uygulamaya koymuştur. Aşağıda farklı uygulamaların olduğu ülkelere örnekler verilmiştir.

2.3.3.1. Amerika'da Aile Hekimliği

Amerika'da Aile Hekimliği yerleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Son yıllarda aile hekimlerinin birinci basamağa önemli katkıları olmuştur. Amerika'da aile hekimleri, birbirleri ve hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmaları için teşvik edilmektedir.

Amerika'da tam eğitimli aile hekimlerinin yetiştirilmesine 1969 yılında 15 pilot aile hekimliği asistanlık programıyla başlanmıştır. Yeni kurulan uzmanlık dalı başlangıçta kendini tanımlamakta zorlanmıştır. Ancak daha sonra çeşitli yayınların, Millis ve Willard gruplarının çalışmaları ile uzmanlık programının ana hatları ortaya çıkmıştır. Buna göre; hastanın kişisel hekimi olarak çalışan ve hastanın sağlık sistemine girişini sağlayan, ilk muayene, koruyucu hekimlik ve genel tıp hizmetlerinde kapsamlı bir yaklaşımı olan, gerektiğinde sevk için gerekli girişimleri yaparak

hastanın sorumluluğunu uzun dönem taşıyabilen, toplumun kaygılarına ve ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde mesleğini icra eden hekimlerin yetiştirilmesi amaçlanmıştır.

1973 yılında tıp fakültelerinde 164 programla ve 1754 asistanla başlanan aile hekimliği uzmanlık eğitimi, yıllar içinde hem program hem de asistan sayısını arttırarak ilerlemiştir. 2000 yılında aile hekimliği tüm ihtisas programları arasında en büyük sayıya ulaşarak, 50 eyalette bulunan 472 program ve 10503 asistana sahip olmuştur.

Gelişimini sürdüren aile hekimliği, Amerikan sağlık sisteminde önemli bir role sahiptir. İstatistiklere göre diğer tüm uzmanlık dallarına göre günde en çok hasta bakan uzmanlık dalıdır. Günümüzde Amerika'da aile hekimliği uzmanları dâhiliye uzmanlarından sonra sayıca 2. sıradadırlar ve coğrafi dağılımları oldukça iyidir, bir günde diğer uzmanlık dallarının herhangi birinden daha fazla sayıda hasta görmektedirler ve uygulamaları hasta memnuniyeti sağlamaktadır.⁴⁸

ABD'de birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sigortaları ile anlaşmalı muayenehanelerde aile hekimleri tarafından verilmektedir. Hastalar aile hekimleri tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, sevk zorunluluğu olmadığından bir üst basamağa kendileri de başvurabilmektedir. Amerika'nın toplam nüfusu yaklaşık 323 milyondur ve birbirinden bağımsız 50 eyaletten oluşmaktadır. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık sistemi bulunmaktadır. Özel sağlık sigortaları en yaygın olarak ABD'de kullanım alanı bulmaktadır. Buna karşılık ABD vatandaşlarının %16'sının hiçbir sağlık sigortası bulunmamaktadır.

ABD'de çoğunlukla özel sağlık sigortalarının işliyor olması sağlık hizmetinin gelir düzeyi yüksek olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Bu alanda devlet desteği ise istenen düzeyde değildir. Özellikle etnik azınlıklar, siyahiler, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalılar ile kıyaslandığında daha kötü durumdadır. Koruyucu hizmetler ise eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir.⁴⁹

2.3.3.2. İngiltere'de Aile Hekimliği

İngiltere'de aile hekimliği uygulaması 1947 yılında uygulamaya konmuştur. 1952 yılında Royal College of General Practitioners kurulmuş ve 1979 yılında uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Aile hekimleri, İngiltere'deki tanımıyla GP'ler (General Practitioner) bir yıllık intörnlük döneminin ardından 2 yıl hastanede 1 yıl da eğitimci aile hekimlerinin yanında çalışarak uzmanlık eğitimini tamamlamaktadır.⁵⁰ 1948 yılında "Sağlık bir hakktır." temel felsefesiyle Natio-

nal Health Service (NHS) teşkilatı kurulmuştur. NHS sağlık harcamalarının genel vergilerle karşılanarak sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanılmasını, kişilerin ödeme gücünden bağımsız herkese eşit hizmet sunulmasını amaçlamaktadır. NHS sisteminde basamaklar arası sevk zincirine uymak zorunludur ve sağlık hizmetleri birinci, ikinci, üçüncü basamak olmak üzere üç grupta sunulmaktadır.⁵¹

İngiltere’de hastaların ilk başvuru yeri aile hekimlikleridir. Birinci basamakta toplum sağlığı hizmetleri, göz ve diş sağlığı hizmetleri, tedavi edici hizmetler ve acil servis hizmetleri verilmektedir.⁴⁹ İkinci basamak sağlık kuruluşlarında uzman hekimler görev yapmaktadır ve hastalar bu kurumlara aile hekiminin sevk etmesi ile başvurabilmektedirler. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise eğitim hastaneleri ve özel branş hastaneleri bulunmaktadır. Bireylerin acil durumlar ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dışında aile hekimi sevki olmaksızın bu kurumlara başvurmaları durumunda, bu kurumlardaki harcamaları kendilerinin karşılamaları gerekmektedir. İngiltere nüfusunun %97’si aile hekimine kayıtlıdır.⁵¹

Bireyler kendi bölgelerinde istedikleri aile hekimini tercih edebilirler, aynı şekilde hekimlerin de hasta seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Bu durum hekim için kronik ya da birden çok sağlık problemi olan hastaları istememe sonucunu doğurmaktadır. Bunun önlenmesi için genel pratisyenler için özel teşvikler getirilmiştir.⁵¹ Bir aile hekimine ortalama 1800 kişi kayıt olur ve en fazla 3000 kişi kayıt olabilir. Bir yıldan önce aile hekimi değiştirilememektedir.

İngiltere’de aile hekimleri tek hekim ve ekibinden oluşan birimlerde hizmet sunabilmektedir, bazıları ise ‘grup pratiği’ adı verilen üç ya da dört aile hekimi ve hemşirelerinden oluşan gruplar halinde hizmet vermektedir.⁵¹ Aile hekimlerine ödemelerin bir bölümü kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, diğer bölümü ise yapılan işe göre olmaktadır.⁵⁰

2.3.3.3. Almanya’da Aile Hekimliği

Almanya’da ilk aile hekimliği kürsüsü 1976 da Hannover Tıp Fakültesi’nde açılmıştır. Bugün 24 tıp fakültesinde aile hekimliği kürsüleri bulunmaktadır. 1980 yılından itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitimi seçmek isteyen hekimler için zorunlu bitirme sınavı uygulanmaktadır. 1994 yılından itibaren de birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.⁴⁸

Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelikli olarak aile hekimi uzmanları vermektedir. Diğer dal uzmanları ise uzmanlık unvanlarını kullanmadan kendi muayenehanelerinde bu hizmeti verebilmektedirler. Sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu hekimlik programlarıdır.

Aile hekimi, muayenehanesinin donanımını kendisi karşılamaktadır ve personelinin maaşını kendisi ödemektedir. Aile hekiminin 3 aylık hasta kapasitesi ortalama 1079 hastadır. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Hasta başına 50 Euro düşmektedir ve muayenehane masrafları % 50 civarındadır.

Almanya'da "Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi" hâkimdir. Bu modelde; vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman sağlanmaktadır. Nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır.⁵² Alman vatandaşlarının %80'i aldıkları sağlık hizmetlerini iyi ile mükemmel arasında değerlendirmektedirler. Nüfusun % 9'u özel sigortalıdır. Geriye kalanlar ise sosyal yardım programından yararlanmaktadır.⁵³ Almanya'da Ocak 1996'dan beri aile hekimlerine hizmet başına ödeme yapılmaktadır.⁴⁹

2.2.3.4. Kanada'da Aile Hekimliği

1954 yılında kurulan Kanada Aile Hekimleri Koleji, aile hekimliği uzmanlığını bitirip, sınavı geçenlere kolej üyeliği unvanını vermektedir. Sürekli tıp eğitimi zorunludur ve bu kolej tarafından yapılmaktadır.⁵⁴ Mezuniyet öncesi aile hekimliği stajı, aile hekimliği bölümlerinin uygulama merkezlerinde 4-6 hafta süreyle yapılır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise iki yıl olup, isteyenler bu süreyi üç yıla çıkarabilirler, bu durumda geriatri, acil tıp veya akademik kariyer seçeneklerinden birine girebilirler.⁵⁴

Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2.basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Tüm tıp fakültelerinin aile hekimliği bölümleri vardır. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluşturur.⁵⁵

2.3.3.5. Fransa'da Aile Hekimliği

Fransa'da nüfusun hemen tamamı sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla serbest çalışan aile hekimliği, genel pratisyenlik uzmanları ve diğer dal uzmanları tarafından verilir. Basamaklar arası sevk zinciri yoktur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunludur.⁵⁶ Fransa'da, aile hekimliği uzmanlığı süresi 3 yıldır.⁵⁷

Aile hekimlerinin ortalama hasta sayısı, bulunduğu yere göre 1000-1500 arasındadır. Haftada ortalama 55 saat çalışarak günde ortalama 25-30 hasta görürler ve her birine ortalama 15-20 dakika ayırabilirler. Hizmet başı ödeme sistemi ile ücretlerini yapılan işleme göre almaktadırlar.

Hasta dosyasını tutmak ve dosyaları güncellemek aile hekimlerinin görevidir. Toplum sağlığı ve toplum korunmasından sorumludurlar. Riskli hastaların takibi, meme ve kolon kanser taramaları, aşı takipleri rutin işlemlerdir. Ulusal sağlık sigortası bu uygulamaların kontrolünü sağlamaktadır.⁵⁸

2.3.3.6. Norveç'te Aile Hekimliği

Norveç'te ulusal sigorta sistemi uygulanmaktadır. Bu sigorta uyuğu ne olursa olsun ülkede yaşayan bütün bireyleri kapsamına alır. Sistemin finansmanı devlet fonu, genel sağlık sigortası ve hizmet karşılığı ödemelerden oluşan karma bir sistemle sağlanmaktadır.

Norveç'te her türlü birinci basamak sağlık hizmeti aile hekimleri tarafından halk sağlığı hemşiresiyle birlikte verilmektedir. Mevcut sistem içerisinde her aile hekimine bölgeye göre değişmekle birlikte 1500-2000 kişi kayıtlıdır. Hangi bölgede, kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar verir. Ancak bireyler aile hekimini seçme hakkına sahiptir. Aile hekiminin haftada 38 saat çalışma zorunluluğu vardır. Ücret kişi başına sabit bir miktar olarak yerel sağlık yönetiminden alınmaktadır, hekimin ev ziyaretlerinde yolun uzaklığına göre ilave ücret ödenir. Aile hekimleri sürekli eğitim kapsamında düzenli olarak yüz yüze veya uzaktan eğitim yoluyla eğitim etkinliklerine katılmak zorundadır ve belirli düzeyde eğitim alan hekimlere yapılan ödemeler de daha yüksek olmaktadır. Birinci basamakta gece ve haftasonu nöbetleri icapçı olarak evde tutulur. Hastaya çağrılmasa bile hekime her nöbeti için ödeme yapılması standarttır. Haftada 38 saatin üstündeki çalışmalar için de ek ücret ödenir.⁵⁹

Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini yanlarında çalışan halk sağlığı hemşireleri ile birlikte vermektedirler. Hemşire maaşları aile hekimleri tarafından ödenmektedir. Halk sağlığı merkezlerinde basit kan ve idrar tahlilleri yapılabilmekte, diğer tahliller için hastalar hastaneye sevk edilmektedir. Zorunlu sevk zinciri uygulanmakta, bireyler aile hekimi sevki olmaksızın hastaneye başvuramamaktadır.^{50, 59}

2.3.3.7. İsveç'te Aile Hekimliği

İsveç'te 1995 yılında alınan bir kararla birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda çalışan hekimlere genel pratisyenlikte uzmanlaşmış olma zorunluluğu getirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kamunun yanı sıra özel hekimler, hemşire klinikleri ve ana çocuk sağlığı klinikleri tarafından da verilebilmektedir.

İsveç'te kişiler yaşadığı il sınırları içerisinde istediği bir aile hekimini seçmekte özgürdür. Nüfusa göre belirlenen her bölgede en az bir sağlık merkezi ve uzun süreli bakım veren hemşire evleri bulunmaktadır.

İsveç'te zorunlu sevk zinciri uygulanmamaktadır ancak aile hekimine başvurmadan üst basamağa giden hastalardan katkı payı alınmaktadır. Aile hekimlerinde alınan katkı payının az olması, aile hekiminin sevk etmesi ile bir üst basamağa yapılan başvurularda ek ücret ödenmemesi, aile hekimliklerini teşvik edici unsurlardandır. Ayrıca ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru için randevu alınması gerekliliği ve bekleme süresinin uzun olması birinci basamağın daha çok tercih edilmesinde etkili olmaktadır.⁶⁰

2.3.3.8. İsrail'de Aile Hekimliği

“Birinci basamak sağlık hizmetleri, kırsal kesimde bir aile hekimi ve hemşirenin çalıştığı sağlık birimleri tarafından, kentsel yerleşimlerde ise 2000-3000 kişiye hizmet veren daha kalabalık bir ekibin yer aldığı sağlık merkezleri tarafından verilir. Kentlerdeki bu merkezler laboratuvar ve röntgen olanaklarını da kapsamaktadır. Ayrıca özel olarak çalışan aile hekimleri de sözleşme ile bu uygulamaya dâhil olabilmektedir.

Tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümleri vardır. Bunlar hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitiminden sorumludur. Tıp fakültelerine bağlı olan aile hekimliği merkezlerinde uzmanlık eğitimi verilmektedir. Bu eğitim 4 yıl sürer ve başarı durumu sınav ile saptanır.”⁶¹

2.3.3.9. Küba'da Aile Hekimliği

Küba'da yaşayan tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamındadır. Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Koruyucu hizmetlere ağırlık verilerek ülkenin sağlık göstergeleri yüksek seviyelere çekilebilmiştir. Her aile hekiminin bir hemşiresi vardır ve yaklaşık olarak 1000 kişiden sorumludur.

Aile hekimlerinin dört temel görevi koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlıklı yaşamayı teşvik ve rehabilitasyon hizmetleridir. Ayrıca diğer uzman hekimler düzenli aralıklarla aile hekimlerinin muayenehanelerine gelerek burada konsültasyon taleplerine cevap vermekte, aile hekiminin çalışmalarını incelemekte ve sürekli eğitimlerini sağlamaktadır.

Kişiler sağlık hizmetinden yararlanmak için aile hekimlerine, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurabilmektedir. Her polikliniğin bir bölgesi vardır ve aile hekimleri bu polikliniklere bağlı olarak çalışmaktadır. Aile hekimleri toplum ile iç içe çalışmaktadır. Halk doğrudan hastanelere

başvurma hakkına sahip olmasına rağmen başvuruların çoğu aile hekimlerine olmaktadır. Aile hekimleri aynı zamanda sık sık ev ziyaretleri yapmakta, gebe ve çocuk takibine özen göstermektedir. Küba'da klinik uzmanlık eğitimine başlayabilmek için önce tıp fakültesi sonrası iki yıllık aile hekimliği eğitimini tamamlamak şarttır.¹⁷

2.4. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

2.4.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi ve aile hekimliğine geçiş süreci uzun bir dönemi kapsamaktadır. Cumhuriyetin kurulmasından günümüze bu süreci dört kısma ayırabiliriz.

2.4.1.1. 1920-1937 Arası Dönem

Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri, İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülüyordu. Buna karşın Kurtuluş Savaşı’nın en zorlu dönemlerinde teşkilatlanma çabası içerisinde mücadele edenler, sağlığa verdikleri önemin bir göstergesi olarak 3 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık Bakanlığı’nı (o zamanki adı ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti) kurmuşlardır.

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydam’dır ve kısa bir süre dışında 1937 yılına kadar bakanlık yapmıştır. Saydam, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde en büyük katkısı olan kişidir.⁶²

Refik Saydam’ın sağlık hizmetlerinin sunulduğunda benimsediği temel ilke koruyucu hizmetlere öncelik verilmesidir. Ona göre hekimlerin ve bakanlığın asıl sorumluluğu hastaları iyileştirmekten çok sağlıklı olanların sağlığının korunmasıdır. Saydam’a göre tedavi edici hizmetler hükümetlerin değil yerel yönetimlerin görevidir. Hükümetin bu konudaki görevi yerel yönetimlere yol göstermektir. Saydam, belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da “Numune” (Örnek) Hastaneleri’ni açmıştır.

Refik Saydam’ın bir diğer ilkesi de önemli hastalıklarla savaşa öncelik vermesidir. Önemli hastalık, en çok görülen, en çok öldüren ya da sakat bırakan, en çok iş gücüne engel olan hastalık demektir. Saydam’ın zamanında köylerde hasta tedavi hizmetlerini örgütlemek için belirli bir çaba harcanmamasına karşılık, o dönemin önemli hastalıkları olan sıtma, trahom, frengi, lepra gibi hastalıklarla savaş için özel örgütler kurulmuştur.⁶³

Refik Saydam dönemindeki örgütlenme biçimi kısaca “dikey örgütlenme” olarak belirtilebilir. Bu tür örgütlenmede tek bir hastalıkla savaşan örgütler söz konusudur. Saydam; sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıkları ile savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurmuştur. Böyle örgütler zamanımızdaki hizmet anlayışına uymamakla birlikte sayılan hastalıkların o dönemdeki yaygınlıkları, insan gücü ve diğer kaynaklardaki azlık dikey örgütlenmeyi haklı gösterebilir. Günümüzde tek amaçlı örgütler yerine bütün sağlık hizmetlerinin tek bir sağlık kuruluşunda verilmesi (entegrasyon) görüşü yaygındır.⁶⁴

2.4.1.2. 1937-1960 Arası Dönem

Refik Saydam’ın koyduğu ilkeler ve örgütlenme biçiminde, onun döneminden sonra bazı değişiklikler olmuştur.

1. Türkiye’de 1949 yılında kabul edilen yöntem ile verem savaşının kentlerde Verem Savaş Dernekleri, köylerde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kabul edilmiştir. Hastalığın kentlerde kontrol altına alınabilmesine karşılık köylerde aynı başarı gösterilememiştir. Bunun üzerine 1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur.⁶²

2. Bu dönemdeki en önemli gelişmelerden birisi 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu’nun (SSK) kurulmasıdır. Bu kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi verilmiştir.

3. Cumhuriyet’in ilk yıllarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, hükümet tabiplikleri ve hastanelerce verilmekteydi. 1952 yılında DSÖ ve United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) ile yapılan anlaşmalarla ele alınan bu önemli sorunun çözümlenmesi için bakanlık bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuş (AÇS) ve AÇS merkez, şube ve istasyonları açılmıştır. Böylece sıtma, trahom, frengi ve lepra gibi dikey kuruluşlara bir yenisi eklenmiştir.⁶³

4. 1950-1960 yılları arasındaki en önemli ilke değişikliklerinden birisi de, Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetlerinin, resmen Sağlık Bakanlığı’nın görevlerinden sayılmasıdır. Bu ilke değişikliği sonucunda bütün belediye hastaneleri devletleştirilmiş, bakanlık hızla yeni hastanelerin işletilmeye açılması için programlar uygulamıştır. Bu gelişmeler, başta hekimler olmak üzere koruyucu hizmetlerde çalışmakta olan sağlık personelinin hastanelere kaymasına neden olmuş ve koruyucu hizmetlerde giderek artan bir personel açığı baş göstermiştir.⁶⁵

2.4.1.3. 1961-2003 Arası Dönem

Bu dönemde hükümet tabipliği uygulamalarında ve örgütlenme biçiminde çağdaş anlayışa uymayan bazı yönler bulunduğu dile getirilmiştir. Mevcut sağlık modelinin artık ülkenin sağlık sorunlarına ve kalkınmasına cevap veremediği düşünülmüştür. 1961 yılında kabul edilmiş olan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun”, bu ihtiyaçtan kaynaklanan ve sağlık hizmetlerinin ilkelerini değiştiren bir kanundur. Bu kanunun kabul ettiği başlıca ilkeler şunlardır:⁶⁴

1. Eşit Hizmet: Sağlık doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır. Bu nedenle herkes sosyal adalete uygun olarak, sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanmalıdır. Bu ilkenin yerine getirilebilmesi için hizmetin halkın yaşadığı en uç yerleşim yerlerine kadar götürülmesi gerekir.

2. Sürekli Hizmet: Yerleşik, planlı ve programlı bir hizmet sunmayı gerektiren bu ilkeye göre her yerleşim yerinde hizmet birimi kurulamazsa, buralarda yaşayanlara gezici hizmet sunulmalıdır.

3. Entegre Hizmet: Koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetlerin aynı birim tarafından verilmesine entegre (birleştirilmiş) hizmet denir.

4. Kademeli Hizmet: Her hastanın doğrudan hastanelere başvurması çağdaş sağlık hizmetlerine uymamaktadır. Hastaların önce birinci basamak hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve buralarda evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ikinci basamak hastanelere sevk edilmeleri gerekir.

5. Öncelikli Hizmet: Bu ilke genelde koruyucu hizmetlere, özelde ise risk altındaki gruplara öncelik verilmesi ilkesini benimsemiştir. Ülkemizdeki risk gruplarının başında 15-49 yaş arasındaki kadınlar ve 0-6 yaş arasındaki çocuklar gelir. Bu hizmetler içerisinde doğum öncesi bakım, doğum hizmetleri, doğum sonu bakımı, çocukların aşılınması ve çocukların izlenmesi vardır.

6. Katılımlı Hizmet: Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulaması aşamasında ve her kademedede halkın görüşüne başvurmak, Alma Ata Bildirisi'nin de önerdiği bir ilkedir. Bildiriden 17 yıl önce ülkemizde çıkarılan 224 sayılı yasada halkın katılımına değinilmiştir.

7. Ekip Hizmeti: Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğu, sağlık kuruluşlarında çalışacak ekibin kuruluşu ve görev tanımlamaları 224 sayılı yasada açıkça belirtilmiştir.

8. Denetlenen Hizmet: 224 sayılı yasada denetimin önemi ve gereği vurgulanmış, denetim ile hizmet içi eğitim kavramları bir arada düşünülmüştür.

9. Uygun Hizmet: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde hizmetlerin kültürümüze, insan gücü ve parasal kaynaklarımıza uygunluğu göz önünde tutulmuştur. Ayrıca yasa değişen

koşullara göre yeniden düzenlenebilecek biçimde esnek tutulmuş, bazı düzenlemeler yönetmelik ve yönergelere bırakılmıştır.

10. Nüfusa Göre Hizmet: Önceki sistemlerde ilçe kriterinin esas alınmasına karşılık, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde hizmet birimleri ve hizmetin kapsamı nüfus kriterine göre planlanmıştır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminde temel birim sağlık ocaklarıydı. Buralarda kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilir. Sağlık ocaklarında ekip hizmeti verilir, hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebelerden başka tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çalışırdı.

Ülkemizde 1963 yılında başlayan ve 1983 yılı sonunda bütün ülkeye yayılan sosyalleştirme uygulaması sağlık hizmetlerinin vatandaşlara ulaştırıldığı bir modeldir. Bu modelde hizmet talep eden yerine risk altındaki herkese hizmet sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli ilk uygulandığı andan itibaren birçok sorunla karşı karşıya kalmıştır. Bu sorunlardan önde gelenleri aşağıda sıralanmıştır.⁶⁶

- Yasa tasarısının hızla ve kamuda tartışılmadan kabul edilmiş olması,
- Sadece sağlık ocaklarını düzenleyen bir yasa olarak algılanması,
- Uygulamanın Doğu Anadolu'dan başlatılması ve uzun süre bu bölgede kalması,
- Muş ili uygulamalarının değerlendirilmemesi,
- Devlet Planlana Teşkilatı'ndan gerekli yatırım önceliklerinin sağlanmaması,
- Dikey örgütlenme kuruluşlarının kaldırılmaması,
- Eğitim bölgelerinin yeterince kurulup desteklenememesi,
- Toplum katılımının sağlanamaması,
- Sağlık ocaklarının yer seçiminde hatalar yapılması, bina ve donanım yetersizliği,
- Tedavi hizmetlerine verilen ağırlık,
- Hekimlerin tam gün çalışma ilkesinin uygulanmaması,
- Sağlık Ocağı hizmetlerinin ücretli duruma getirilmesi,
- Sevk zincirinin işletilmemesi.

Bütün bu olumsuzluklar sonucunda, yetkililer sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların nedeni olarak hizmet modelini suçlamışlardır.⁶⁷ Bu dönemde Dünya Bankası gibi uluslararası ku-

ruluşların, küreselleşme anlayışı ile birçok ülkede gerçekleştirmeye çalıştıkları sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çabaları da sürmekteydi.⁶⁷ Böylece ülkemizde 1989 yılından başlayarak sağlık hizmetlerinde yeni arayışlar gündeme geldi. Bu arayışlar 2000’li yılların başlarında doruk noktasına ulaşmış ve hükümet programında da yerini almıştır.

2.4.1.4 2003 ve Sonrası Dönem

2003 ve sonrası sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Kasım 2002 seçimlerinden sonra 58. Hükümet, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı (SDP) uygulamaya koymuştur. Hazırladığı Acil Eylem Planı’nda ‘Herkese Sağlık’ başlığı altında sağlık alanında temel hedefler belirlemiştir. Sağlıkta sosyalizasyon ile edinilen tecrübeler ve yurtdışındaki başarılı örneklerin incelenmesi ile oluşturulan bu programın birinci basamak hedefleri özetle;

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri sunumu
- Etkili, kademeli sevk zincirinin uygulanması olarak belirlenmiştir.

Bu bağlamda Türkiye’de ve dünyada yapılan uygulamalar gözden geçirilerek Türkiye’ye özgü bir model olan aile hekimliği pilot kanunu (5258 sayılı kanun) 24.11.2004 tarihinde TBMM de onaylanıp, 09.12.2004 tarihinde 25655 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Pilot uygulama birinci basamak uyum eğitimleri tamamlandıktan sonra 15 Eylül 2005’te Düzce’de hayata geçirilmiştir.2006 yılında 7 ilde yürütülen uygulama 2011 yılında 81 ile yayılmıştır.⁷

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektörünü tüm boyutları ile ele almak üzere temelde üç ana ayak üzerinde kurgulanmıştır. Bunlardan ilki GSS programı ile farklı çalışma gruplarını kapsayan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK programlarını 2006 yılında tek sigorta kurumu şemsiyesi altında toplamasıdır.⁶⁸ Hizmet sunucu ile alıcının ayrılması hedefi doğrultusunda da SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri gerçekleştirilmiştir. Böylece SSK’lı hastaların tümünün kamu sağlık kuruluşlarına ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim eşitliği kapsamında atılan adımların sağlık hizmetlerine olan talebi arttırması üzerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ‘Performansa Dayalı Ödeme Sistemi’ne geçilmiştir.⁶⁹

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci temel ayağında Kamu Hastane Birlikleri reformu yer almaktadır. Reformun hedefi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının kamu hastane birlikleri çatısı altında ‘özerk’ olarak yeniden örgütlenmesini sağlamaktır.

Bu reform ile birlikte, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları idari yönden özerk bir yapıya kavuşarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık piyasasında denetim ve düzenlemeden sorumlu bir birim haline dönüşmüştür.^{70,71} Ancak Ağustos 2017'de çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birlikleri'nin özerk yapısı sona ermiş, hastanelerin yönetim ve denetimi il sağlık müdürlüklerine devredilmiştir.

Dünya Bankası tarafından 2003 tarihli raporda Türk sağlık sistemi için önerilen "Aile Hekimliği Modeli", sağlık reformunun üçüncü temel ayağını oluşturmaktadır. Uygulamaya konulan modelde; birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Topluma yönelik sunulacak koruyucu sağlık hizmetleri, Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulurken, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır.⁷² Aile hekimliği modeline göre; aile hekimleri, GSS ile sözleşme yaparak muayenehane sistemi çerçevesinde hizmet sunacaklardır. Ancak GSS sisteminin tam olarak uygulamaya konulamaması nedeniyle, aile hekimlikleri Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. GSS sisteminin tam olarak uygulamaya geçmesi ile birlikte aile hekimliklerinin finansmanının anlaşma yoluyla sağlanması öngörülmektedir. Uygulaması planlanan aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği ise, sevk zincirinde zorunlu basamak olmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık sektörünün var olan sorunlarının ele alınması ve bu sorunların çözümü için tasarlanmıştır. OECD, bu sorunları aşağıdaki gibi ifade etmektedir:

- Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan, mali sürdürülebilirliği zayıf parçalı yapı
- Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verilebilirlik.⁶⁸

Aile hekimliği sisteminin başlıca amaçları; halkın birinci basamak sağlık sistemine ulaşımını kolaylaştırmak ve sıklığını arttırmak, bireyleri hastalıklarına göre diğer sağlık kuruluşlarına yönlendirmek ve böylece hastalıkların uygun basamaklarda tedavisini sağlamaktır.⁷³

Aile hekimi, kendisine kayıtlı bütün fertlerinin sağlık durumundan ve hastalıklarından sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çözemediği sorunlar için hastayı diğer uzman hekimler veya diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Bu

sebeple kendisine kayıtlı kişileri tedavi eder ve sağlık danışmanlığı yapar. Hekim genellikle kendisine kayıtlı ailelerin ikametlerine yakındır ve kolay ulaşılabilir durumdadır. Aile hekimleri sorumluluğu altındaki bireyleri hastalıklar çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla sağlık koşulları, akut veya kronik sağlık sorunları, psikososyal çevre ve diğer riskler ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar, hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün kılar. Sevk gerektiğinde, kişinin doğru sağlık merkezine ve doğru uzmanlık dalına gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar. Bu açıdan aile hekimliği sistemi yanlış yönlendirmeleri, hizmet alımında düzensizliği, gereksiz sağlık harcamalarını, ikinci ve üçüncü basamakta yığılmaları, hasta kuyruklarını ve mağduriyetleri engeller. Aile hekimliği kayıtları sağlık araştırmalarında çok değerli bir veri kaynağıdır. Organ veya sisteme yönelik bir yaklaşım yerine bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını benimser. Aile hekimliğinde "hasta" değil "kişi", anlayışı esas alınır. Sorunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alınarak hasta tanınır ve güvene dayalı iletişim kurulur.

Birey ve toplum merkezli olmasının yanı sıra süreklilik göstermesi, aile hekimliğini sağlık sisteminin önemli bir yapı taşı haline getirmektedir. Gittikçe artan yaşlı nüfusunun temel sağlık hizmeti ihtiyaçları, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha kolay ve etkili olarak karşılanabilmektedir. Bu yaklaşımın, hızlı ve sağlıklı tanı konması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesine yardımcı olacağını söylenebilir. Her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların yanlış sağlık kurumlarına yönlenmesi ve belki de gereksiz tedavi almasının önüne geçebilecektir.⁷⁴

2003 yılından itibaren ülke genelinde üniversitelerde aile hekimliği anabilim dalları ve öğretim üyeleri de artış göstermiştir. Hedefler arasında önemli bir yer tutan kademeli sevk zorunluluğu ise çok kısa bir dönem uygulandıktan sonra, altyapı yetersizliğinden dolayı süresiz olarak ertelenmiştir. Gerekli altyapı oluşturulduktan sonra en kısa zamanda sevk zinciri uygulamasına geçilmesi düşünülmektedir.⁷⁵

2.4.2. Aile Hekiminin Tanımı

Aile Hekimliği uygulama Yönetmeliği Madde 3'e göre aile hekimi: *“Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.”*⁷⁶

2.4.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 4’de aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir.⁷⁶

“1) Aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

2) Aile hekimi; kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

3) Aile hekimi; Bakanlık tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

a) Bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi ile işbirliği kurarak hizmet sunduğu bölgenin sağlık hizmeti ihtiyacını belirler ve bununla ilgili planlamasını yapar,

b) Tespit ettiği toplum sağlığını ilgilendiren sorunları bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,

c) Altı ay içinde ev ziyaretleri yaparak sorumluluğunu aldığı bireylerin ilk değerlendirmelerini yapar,

ç) Kendisine kayıtlı olan bireylere koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sunar,

d) Bireylere sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini sunar,

e) Belirli aralıklarla sağlık muayenesi yapar,

f) Kayıtlı bireylerin; gebe, bebek, çocuk izlemi, kronik hastalık gibi yaş, cinsiyet ve hastalıklarına yönelik izlem ve taramalarını yapar,

g) Kendine kayıtlı evde takibi zorunlu olan bireylere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

ğ) Birinci basamak koşullarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaların üst basamağa sevkini gerçekleştirir, sevk sonrası hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

ı) Sunduğu hizmetlere ait kayıtları tutar ve gerekli bildirimleri yapar,

i) Yılda en az bir defa kayıtlı bireyleri değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,

j) Gerekli durumlarda hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

l) Birinci basamak sağlık kurumları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi ön-görülen sağlık raporu, sevk evrakı, reçete gibi belgeleri düzenler,

m) Bakanlık tarafından belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

n) Bakanlık tarafından ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.”⁷⁶

2.4.4. Aile Sağlığı Elemanının Tanımı

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 3’e göre:

“Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyeni” dir.⁷⁶

2.4.5. Aile Sağlığı Elemanının Görev Yetki ve Sorumlulukları

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 5’te aile sağlığı elemanının görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir:

“(1) Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4. Maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

(2) Aile sağlığı elemanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.

b) Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.

c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.

ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.

d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.

e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.

f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.

g) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.

ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.

h) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.”⁷⁶

2.4.6. Aile Hekimliği Birimi

Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği' ne göre Aile Hekimliği Birimi:

“Bir aile hekimi ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapı”dır.⁷⁶

Bir aile sağlığı merkezinde birden fazla Aile Hekimliği Birimi olabilir. Aile hekimliği Birimi o bölgenin nüfusuna göre ayarlanır.

“Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir. Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama (Değişik ibare: RG-16/5/2017-30068) 2000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir.”⁷⁶

Aile hekimliği biriminde istenilirse bir veya birden fazla yardımcı personel de çalıştırılabilir. Bu kişilerin maaşı ve sigorta giderleri aile hekimi tarafından karşılanır.

2.4.7. Aile Sağlığı Merkezi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 3'e göre şu şekilde tanımlanmıştır.

“Bir ve birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu”dur.⁷⁶

Aile Sağlığı Merkezi, bir veya birden fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanının bulunduğu, kişilerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlandığı sağlık kurumu olarak da tanımlanabilir. Aile Sağlığı Merkezi'nde bir sekreter ve yardımcı personel çalıştırılabilir, bu çalışanların maaşları ve sigorta giderleri aile hekimleri tarafından ortak karşılanır. Aile Sağlığı Merkezleri, Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından onaylanan yerlerde hizmet sunar. Aile Sağlığı Merkezleri, yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ve aile hekimi bir araya gelerek, bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle, ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilmektedir.⁷⁶

2.4.8. Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanının Eğitimi

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlığını almış olan hekimlerin sayısı yetersiz olduğundan mevcut hekimlere eğitim verilerek görev almaları sağlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 21’de aile hekimi ve aile sağlığı elemanının eğitimi şu şekilde belirtilmiştir:

“(1) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur. İkinci aşama eğitimi ise uzaktan eğitim tarzında yapılacak şekilde planlanarak birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlar ve süresi en az on iki aydır. Bu eğitimlerde Kurumun belirlediği kriterlere göre başarılı olmak esastır.

(2) Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu madde kapsamında alınması öngörülen her eğitim süresinin en az % 80 ine devam etmek zorundadırlar.”⁷⁶

2.4.9. Çalışma Saatleri ve Esasları

Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 10’un 4. fıkrasına göre:

“(Değişik:RG-16/5/2017-30068) Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ihtiyaç hâlinde, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi verilir. Bunlara entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir. Nöbete ilişkin planlama aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılır ve hafta içi sekizer saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz. Aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler karşılığında ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödenir. İhtiyaç halinin tespiti, illerin sağlık personeli doluluk oranı, nüfus, coğrafi koşulları, sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri, nöbet tutulacak sağlık tesisinin il veya ilçe merkezine uzaklığı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle Kurum tarafından belirlenir.”⁷⁶

657 kanununun ek 33. maddesinde belirtilen yerler; yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve 112 Acil

Sağlık Merkezleridir.⁷⁷ 2017’de yönetmelikte değişiklik yapılmadan önce aile hekimleri aylık asgari 8 saat nöbet tutmakla yükümlüken, yapılan değişiklikle bu durum ihtiyaç görülmesi halinde nöbet tutulması şeklinde değiştirilmiştir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin ek 1’inde “Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması” yapılmış, gruplandırmada esas alınan 15 standart belirlenmiştir. Buna göre aile hekimlikleri A,B,C,D şeklinde gruplandırılmıştır. Teknik ve fiziki olarak en iyi grup A grubudur ve en fazla devlet katkısını bu gruptaki birimler alır.

A ve B grubu aile hekimliklerinde esnek mesai uygulanabilmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Ek-1’in 11. Standardına göre:

“Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır.”⁷⁶

2.4.10. Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetleri

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin tanımı ve yürütülmesi ile ilgili esaslar, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 3 ve Madde 6’da şu şekilde belirtilmiştir:

“Gezici sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmeti” dir.⁷⁶

“Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır.

Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen süreler hariç olmak üzere her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla

o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır. Nüfusu 250 kişiye kadar olan yerleşim yerlerine en az ayda bir kez, 250 ile 500 kişi arasında olan yerleşim yerleri için en az ayda iki kez, nüfusu 500 ve üzeri olan yerleşim yerlerine ise en az haftada bir kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.

Gezici sağlık hizmeti planlaması yapılırken, istatistikî olarak aile hekimliği birimine müracaat eden hasta yoğunluğunun en az olduğu günler için planlama yapılır. Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir.”⁷⁶

2.4.11. Hekim Seçme ve Değişirme

“Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, müdürlük tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Yenidoğanlar ile henüz nüfusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Her ilçe ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir bölgedir. Kişiler, aile hekimini bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez. (Değişik cümle:RG-16/5/2017-30068) Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince, ilgili toplum sağlığı merkezince veya elektronik ortamda kendilerince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.”⁷⁶

2.4.12. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

Teşhis ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme, kan veya idrar örneği alımı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle Halk Sağlığı Laboratuvarı olmak üzere uygun görülen bir laboratuvarda yaptırılır.⁷⁶

Aile hekimliklerinde yapılan tahliller şehirlere göre değişebilmektedir. Ancak genelde kan tahlili yapılmaktadır. İdrar tahlili çoğu yerde yapılamamakta, röntgen ve usg sayılı aile hekimliklerinde bulunmaktadır. İstanbul’da uzun süredir sadece kan tahlilleri yapılmaktaydı ancak 2017 Ağustos ayından itibaren tam idrar tahlili de yapılabilmektedir. Yakın zaman içerisinde idrar kültürü de yapılabilecektir. Aile hekimliğinde alınan tahlil örnekleri İstanbul’daki Halk Sağlığı Laboratuvarları’na gönderilir ve sonuçlar 1-2 gün içerisinde alınır.

2.4.13. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Aile hekimi, hastalarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir ve buna göre hastalarını yönlendirir. Gerek görülmesi halinde kişiyi bilgilendirerek sevk eder ve verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler. Türkiye’de ilk başta acil durumlar hariç aile hekimlerinden sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvuran hastaların masraflarının sigortalar tarafından karşılanmayacağı bildirildi. Daha sonra ise bu ilkelerden vazgeçildi.⁷⁸ Şu anki aile hekimliği sisteminde kişiler aile hekimine uğramadan istedikleri kamu ve özel hastanelere gidebilmekte ve tercih hakkı kişiye bırakılmaktadır. Birinci basamağın özendirici olması için, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır. Diğer sağlık kurumlarından alınan katılım payları ise şöyledir:

- İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 tl,
- Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 tl,
- Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 8 tl,
- Özel sağlık hizmeti sunucularında 15 tl katılım payı alınmaktadır.^{28(s.11)}

2.5. Sevk Sistemi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Atlanması

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Sevk sistemi sağlık sistemini oluşturmak ve sürekliliğini sağlamak açısından önemlidir. İyi bir strateji ile oluşturulan sevk sisteminin sağlık hizmetlerinde temel taşı oluşturduğu düşünülmektedir.⁴⁴

Sevk sistemiyle amaçlanan, her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların hekime kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, sağlık hizmetlerine erişimi kolay olması ve bu hizmetlerin herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış birinci basamak sağlık ekipleri tarafından sunulmasıdır.⁴⁴ Bu ilkelerin hayata geçirilmesi, ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır. Birinci basamakta sevk zincirine uyulduğu zaman, sistem önemli hale gelmektedir. Sevk zincirine uyulmadığında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yığılmalar ve hizmet sunumunda aksaklıklar görülmektedir.⁷⁹

Günümüzde gelişmiş birçok ülkede zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Birinci basamakta sağlık hizmetlerinden ücret alınmaması veya az bir ücret alınmasıyla sevk sistemi teşvik edilmektedir. İkinci ve üçüncü basamakta hizmet başı yüksek ücretlendirmelerle, sevk olmadan yapılan başvurularda caydırıcılık sağlanmaktadır.¹³

Hastaların sağlık kurumlarını tercihinde pek çok neden rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcılarının eğitim durumları, ekonomik durumları, sosyal güvencelerinin olup olmaması, sağlık kuruluşlarına uzaklıkları, sağlık kuruluşlarının tanınmışlığı, sağlık kurumları ile ilgili önceki deneyimleri bu etkenlerden bazılarıdır.⁹

Uluslararası literatürde “bypass” olarak geçen sağlık davranışı kısaca, herhangi bir sağlık çalışanı veya sağlık kurumu sevk etmeden, uzman hekime başvurmayı tarif etmektedir.⁸ Basamaklı sağlık sistemlerinde öncelikle tercih edilmesi gereken birinci basamak sağlık hizmetlerinin neden atlandığına dair sınırlı literatür mevcuttur. Buna göre kullanıcı özelliklerinden sosyoekonomik ve demografik faktörler ön plana çıkar. Genellikle genç erişkinler, iyi eğitilmişler, yüksek sosyoekonomik sınıfa dâhil olanlar daha sık atlama eğilimi gösterir.⁸⁻¹⁰ Yüksek gelire sahip olanlar daha kalifiye sağlık personeli arama davranışı içinde olabilirler veya sağlık hizmeti arayışında daha uzağa seyahat edebilirler. Ayrıca yüksek gelir, özel sağlık sigortalarının yaygın olduğu ülkelerde özel sağlık sigortası yaptırma oranlarının yüksekliği ile ilişkilidir.⁸⁻¹⁰ Atlama davranışının aynı zamanda hizmet alınan hekimin eğitimine, mesleki derecesine, tecrübesine, hizmet sunduğu yerin imkânlarına ve alınan ücrete de bağlı olduğu bildirilmiştir.¹¹ Bunların dışında kişilerin toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış açısı, sunulan hizmetin kalitesi, sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmetini kullanma alışkanlıkları da önemlidir.^{12,80} Birinci basamağın atlanmasını önlemek amacıyla neler yapılması gerektiğine dair literatürde sınırlı veri bulunmaktadır.

3. AMAÇ

Bu çalışmada amaç; bir üniversite hastanesine başvuran hastaların, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu ASM'leri atlama nedenlerini saptamak ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir. Bunun için belirlenen alt amaçlar;

1) Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sunucusu olan aile hekimliğinin ilk başvuruda tercih edilme sıklığını saptamak,

2) İlk başvuru merkezi seçimlerinin; demografik özellikler, aile hekimi ve ASM özellikleri, hasta deneyimleri ile ilişkisini tespit etmek,

3) Sevk sisteminin yürümesinin önündeki engelleri tespit ederek, bu konuda geliştirilecek politikalara destek olmaktır.



4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Çalışmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma kapsamında nitel veriler de toplanmıştır. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan izin ile Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran poliklinik hastalarıyla yapılmıştır. Veri toplama 2017 Temmuz ve Ağustos aylarında tamamlanmıştır.

Çalışma planı:

Literatür tarama: Mart, Nisan, Mayıs, Haziran 2017

Evren ve örneklem oluşturma: Mayıs 2017

Anket oluşturma: Mayıs, Haziran 2017

Veri toplama: Temmuz, Ağustos 2017

Verilerin girilmesi: Eylül, Ekim 2017

Verilerin analizi: Kasım, Aralık 2017

Tez yazımı: Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs 2018 olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

4.2. Çalışmanın Yapıldığı Toplumun Özellikleri

Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi, üniversite olmadan önce Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak çok uzun yıllardır hizmet verdiği için, hasta yoğunluğu yüksek olan ve İstanbul'un hemen hemen her bölgesinden hasta alan bir üniversite hastanesidir. Yoğun olarak Fatih, Zeytinburnu, Bağcılar, Gaziosmanpaşa, Sultangazi, Güngören gibi orta ve düşük sosyoekonomik düzeydeki toplulukların yaşadığı ilçelerden hasta almaktadır.

4.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem

Çalışmanın evrenini belirlenen Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine çalışma süresince başvuran hastalar oluşturmaktadır.

İlk başvuruda birinci basamağı atlama prevalansı, Sağlık Bakanlığı'nın 2012'de yaptığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti çalışmasına dayanarak %33 alınmıştır. %95 güven sınırı ve %5 örneklem hatası ile ulaşılması gereken en az örneklem büyüklüğü 510 olarak elde edilmiştir. %10 örneklem kaybı da hesaba katılarak 561 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşmada poliklinik hasta sayısına göre ağırlıklandırma yapılmış, her bir poliklinikte belirlenen sayıya ulaşılan kadar başvuran hastaların hepsinin çalışmaya dâhil edilmesi hedeflenmiştir. Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde 40 farklı poliklinik bulunmaktadır. Bunlardan birçoğu yandal poliklinikleri veya büyük oranda kronik hastalıklara hizmet veren polikliniklerdir (Gastroenteroloji, Hematoloji, Endokrinoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi gibi). Bu sebeple herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru anında tercih edilebilecek klinik tıp dalları tespit edilmiştir. Bunlar; İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (KBB), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR), Nöroloji, Dermatoloji, Genel Cerrahi, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Göz Hastalıkları ve Psikiyatri Anabilim Dalları'dır.

Tespit edilen anabilim dallarının ilk başvuruda tercih edilme sıklıklarına göre çalışmaya alınması planlanmıştır. Bunun için aile hekimine başvuran hastalara konulan tanıları göz önüne alınarak en sık tercih edilen poliklinikler saptanmaya çalışılmıştır. Literatürde aile hekimliğinde konulan hasta tanıları uzmanlık dallarına göre dağılımlarına bakıldığında, en çok karşılaşılan 8 anabilim dalı olduğu saptanmıştır. Bunlar; 1) İç hastalıkları, 2) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 3) Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4) Kardiyoloji, 5) Göğüs Hastalıkları 6) KBB 7) FTR 8) Nöroloji Anabilim Dalları'dır.^{8,81} Belirlenen anabilim dallarına bir günde başvuran hasta sayısına göre çalışmaya alınacak hastaların yüzde dağılımları yapılmıştır. Örneklem sayısı her bir polikliniğe, poliklinik hasta sayısına göre ağırlıklandırma yapılarak dağıtılmıştır.

- 1) İç Hastalıkları: %12,2=64 kişi
- 2) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları: %22,7=119 kişi
- 3) Kadın Hastalıkları ve Doğum: %22=115
- 4) Kardiyoloji: %9,1=48 kişi
- 5) Göğüs Hastalıkları: %6,1=32 kişi
- 6) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları: %12,2=64 kişi
- 7) Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: %6,1=32 kişi
- 8) Nöroloji: %9,1=48 kişi

4.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Veri toplama aracı olarak konu ile ilgili mevcut literatürden faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan 43 soruluk anket formu kullanılmıştır. Hazırlanan formda 38 soru çoktan seçmeli, 5 soru açık uçludur. Aile hekimliğinin atlanma sebeplerinin birinci basamak hizmet yeterliliği ile ilişkisinin anlaşılması için hazırlanan kapalı uçlu anket sorularının oluşturulmasında, *Primary Care Assessment Survey (PCAS): Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)*'den faydalanılmıştır; ancak ölçek, poliklinikte sıra bekleyen hastalara uygulanmak için fazla uzun olduğundan ve sevk sistemine bakış açısını doğrudan tanımlayan boyutları olmadığından ölçekte yer alan sorular araştırmanın amacı dikkate alınarak uyarlanmıştır. Bu amaçla, amaca yönelik temel sorular kısaltılarak veya değiştirilerek kullanılmış ve kişilerin ASM'leri atlama sebepleri ile sevk sistemine bakış açılarını doğrudan sorgulayan sorular eklenmiştir. Veri toplama kalitesini iyileştirmek amacıyla pilot çalışma yapılmış ve anketin geçerlilik açısından eksikleri tamamlanmıştır. Her bir anket ortalama 15-20 dakikalık zaman zarfında yapılmıştır. Görüşmeler poliklinikte sıra bekleyen hastalarla yapıldığı için açık uçlu sorulara genelde 2-3 cümleyle yanıt alınmış, cevaplar kişinin ifade ettiği şekilde aynen yazılmış, uzun cevaplar veren 2 kişi için ise ses kaydı alınmıştır.

Anketler belirlenen polikliniklerde sıra bekleyen, aynı şikâyetle daha önce ASM dışında başka bir sağlık kurumuna başvurmamış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapılmıştır. Her bir polikliniğe başlandıktan sonra belirlenen hasta sayısına ulaşana kadar bir hafta veya daha az bir süre boyunca başvuran ve kriterlere uyan tüm hastaların çalışmaya dâhil edilmesi hedeflenmiştir. Hasta çocuk ise yanındaki sorumlu kişi (ebeveyn, akraba vb.) ile görüşülmüştür. Çocuk hastanın yanında birden fazla kişi varsa, hastaneye götürme kararını veren kişiyle görüşülmüştür. Çalışmaya uzman ve asistan polikliniğinde muayene olmak için başvuran kişiler alınmıştır. Profesör ve doçent ünvanlı hekimlerin polikliniklerinde sıklıkla kronik hasta takipleri yapıldığından, ASM'ler ile kıyaslanmasının doğru olmayacağı düşünülerek, bu poliklinikler çalışma kapsamına alınmamıştır. Polikliniklerde ulaşılan 619 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 58 kişi çeşitli sebeplerle çalışmayı yarıda bırakmıştır. Çalışma sonunda eksik veri içeren 39 anket çalışma dışı bırakılmış, geçerli anket sayısı 522 bulunmuş ve analizler 522 anket üzerinden yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcıların bilgilendirilmesi ile gönüllü olur formu yazılı ve imzalı olarak alınmıştır. Çalışma iki anketör ile yürütülmüştür.

4.5. Dâhil Olma ve Dışlama Kriterleri

Hastaların çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri;

1. 18 yaşından büyük olmak
2. Belirlenen polikliniklere başvurmak

Hastaların çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

1. Tetkik sonuçları göstermek veya kontrol randevusu için bekliyor olmak
2. Hastanede devamlı takibi yapılan kronik bir hastalık için bekliyor olmak
3. Aynı şikâyetle daha önce Aile Sağlığı Merkezi dışında başka bir sağlık kurumuna başvurmuş olmak
4. Profesör ya da doçent ünvanlı hekimlerin polikliniklerinde muayene amacıyla bekliyor olmak
5. Araştırmaya katılmayı engelleyecek bir engeli bulunmak (işitsel, zihinsel engel vb.)

4.6. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 16.0 programında değerlendirilerek sonuçlar sayı (n), yüzde (%) ve ortalama olarak verilmiştir. Anketteki açık uçlu sorularla kapsamlı nitel veriler elde edildiğinden, tematik içerik analizi, veriyi anlamlı gruplara indirgemek ve kategorize etmek için bir yöntem olarak yürütülmüştür. Bunun için önce metin üzerinde kodlama yapılmış, ortak bulguların gruplandırılmasıyla alt temalar oluşturulmuş, alt temalardan da temalar çıkarılmıştır. Bu çözümlemede, katılımcıların görüşlerini yansıtmak ve çalışmanın iç güvenilirlik, geçerliliğini sağlamak amacıyla doğrudan alıntılara da yer verilmiştir.

5. BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya toplam 522 kişi katılmış olup, katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	304	58,2
Erkek	218	41,7
Medeni hal		
Bekar	80	15,3
Evli	405	77,7
Boşanmış	13	2,3
Dul	24	4,6
Ayrı Yaşıyor	0	0
Yaş grubu		
18-24 yaş	61	11,7
25-39 yaş	249	47,7
40-64 yaş	173	33,1
>64 yaş	39	7,5
Çocuk yaş grubu		
5 yaş ve altı	71	50
5 yaş üstü	71	50
Çocuğa yakınlık derecesi		
Anne	55	38,1
Baba	74	51,3
Kardeş	3	2,0
Akraba	12	8,3
Başvuran kişi		
Kendisi	378	72,5
Çocuk	143	27,4
Eğitim		
Okuryazar Değil	16	3,0
Okuryazar	12	2,3
İlkokul Mezunu	156	29,9
Ortaokul Mezunu	93	17,6
Lise Mezunu	146	28,0
Üniversite Mezunu	85	16,3
Yüksek Lisans Ve Üstü	14	2,6
Kendi evi		
Evet	342	65,4
Hayır	180	34,5
Meslek		
Yöneticiler	30	5,7
Profesyonel Meslek Mensupları	44	8,4
Teknisyenler, Teknikerler Ve Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	53	10,1
Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	41	7,8
Hizmet Ve Satış Elemanları	88	16,7
Nitelikli Tarım, Ormanlık Ve Su İşlerinde Çalışanlar	9	1,7
Sanatkârlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	33	6,3
Tesis Ve Makine Operatörleri Ve Montajcılar	50	9,6
Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	63	12,0
Silahlı Kuvvetlerle İlgili Meslekler	4	0,7
Emekli	107	20,5

Sağlık sigortası varlığı		
Var	486	93,4
Yok	32	5,9
Yeşil Kart	4	0,5
Toplam	522	100

Çalışmaya katılanların 304'ü (%58,2) kadın ve 218'i (%41,7) erkektir. Toplam yaş ortalaması 39,76±14,71 (min:18 yaş, max:86 yaş) bulunmuştur. Kadınların yaş ortalaması 38,49±14,42 (min:18 yaş max:86 yaş), erkeklerin yaş ortalaması 41,53±14,97 (min:18 yaş max:83 yaş) olarak bulunmuştur. En fazla bulunan yaş grubu %47,7 ile 25-39 yaş grubudur. İkinci sırada %33,1 ile 40-64 yaş grubu bulunmaktadır.

Katılımcıların %77,7'si evlidir, %15,3'ü bekâr, %6,9'u boşanmış veya duldur. Katılımcıların %72,5'i kendisi için hastaneye başvurmuştur, %27,4'ü çocuk hastaya refakat etmektedir. Görüşme yapılanların çocuğa yakınlık derecesine bakıldığında, en sık babalarla (%51,3), ikinci olarak da annelerle (%38,1) görüşülmüştür.

Eğitim düzeyi olarak %29,9 ile ilkokul mezunları çoğunluktadır, arkasından %28,0 ile lise mezunları gelmektedir. %17,6'sı ortaokul mezunu, %16,3'ü üniversite mezunudur. %3'ü okuryazar değildir. Katılımcıların %65,4'ü kendi evinde oturmaktadır. %20,5'i emeklidir ve %94,0'ünün sağlık sigortası veya Yeşil Kart'ı bulunmaktadır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü ve takip yeri bilgileri Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü ve takip yeri bilgileri

Kronik hastalık varlığı (n=522)	n	%
Evet	197	37,8
Hayır	325	62,1
Kronik hastalıklar (n=197)		
Hipertansiyon	47	23,8
Diyabet	36	18,2
Koroner Kalp Hastalığı	33	16,7
Astım	29	14,7
Kalp Yetmezliği	24	12,1
KOAH	21	10,6
Allerji	20	10,1
Böbrek Yetmezliği	18	9,1
Hipotiroidi	18	9,1
Nörolojik Hastalıklar	16	8,1
Sindirim Sistemi Hastalıkları	14	7,1
Romatizmal Hastalıklar	12	6,0
Nefrolojik Hastalıklar	11	5,5
Obezite	11	5,5
Diğer	13	6,5
Kronik hastalık takip yeri (n=197)		
ASM	7	3,5
Devlet Hastanesi	18	8,6
Eğitim Araştırma/Üniversite	113	57,6
Özel Hastane/Klinik	26	13,2
Takip Edilmiyor	33	16,8

Katılımcıların %37,8'inin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Kronik hastalıklardan en sık görüleni %23,8 ile hipertansiyondur. İkinci sırada %18,2 ile diyabet, üçüncü sırada %16,7 ile koroner kalp hastalığı gelmektedir.

Kronik hastalıkların en sık takip edildiği sağlık kurumu %57,6 ile eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerdir. Katılımcıların %16,8'i kronik hastalıklarının takip edilmediğini belirtmiştir. Bu oran eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde takip edilenlerden sonra en yüksek orandır. Katılımcıların sadece %3,5'i kronik hastalığının kayıtlı olduğu ASM'de takip edildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların genel sağlık durumları Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların genel sağlık durumları

Genel sağlık durumu (n=522)	n	%
İyi	354	67,8
Orta	130	24,9
Kötü	38	7,2

Katılımcıların %67,8'i genel sağlık durumunu iyi, %24,9'u orta ve %7,2'si kötü olarak belirtmiştir. Katılımcıların ilk başvuru için sağlık merkezi seçimleri Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların ilk başvuru için sağlık merkezi seçimleri

Mevcut/şimdiki şikâyetle ASM başvurusu	n	%
Evet	167	31,9
Hayır	355	68,0
Bir önceki sağlık sorununda ilk başvuru		
ASM	43	8,2
Devlet Hastanesi	61	11,6
Eğitim Araştırma/Üniversite	287	54,9
Özel Hastane/Klinik	127	24,3
Diğer	4	0,7
Genel olarak ilk tercih edilen sağlık kurumu		
ASM	94	18,0
Devlet Hastanesi	69	13,2
Eğitim Araştırma/Üniversite	258	49,4
Özel Hastane/Klinik	94	18,1
Diğer	7	1,3
Toplam	522	100

Katılımcıların %31,9'u mevcut/şimdiki şikâyeti için önce ASM'lere, %68,0'i ise başka sağlık kurumlarına başvurmuştur.

Katılımcılar bir önceki sağlık sorunlarında %54,9 ile en sık eğitim araştırma hastaneleri ve üniversiteleri tercih etmiştir. Bunu %24,3 ile özel hastane/klinikler takip etmektedir. Bir önceki sağlık sorununda ASM'ye başvuranların oranı ise %8,2'dir.

Herhangi bir zamanda sağlık problemi yaşayanların genel olarak ilk tercih ettikleri sağlık kurumu sırasıyla %49,4 ile eğitim araştırma hastaneleri ve üniversiteler, %18,1 ile özel hastane veya klinikler, %18,0 ile ASM'ler, %13,2 ile devlet hastaneleri, %1,3 ile diğer sağlık kurumlarıdır. Katılımcıların Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi'ni tercih etme sebepleri ve hastanenin eve uzaklığı algısı Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların BVÜ'yü tercih etme sebepleri ve hastanenin eve uzaklığı algısı

BVÜ tercih etme sebebi	n	%
Daha Önce Sunulan Hizmetten Memnun Kaldığı İçin	193	36,9
Tavsiye Edildiği İçin	112	21,4
Üniversite Hastanesi Olduğu İçin	58	11,1
Ulaşım Kolay Olduğu İçin	49	9,3
Uzman Bir Hekime Görünmek İsteddiği İçin	33	6,3
Aile Hekimliğinden Yönlendirildiği İçin	25	4,7
Burada Hizmete Daha Kolay Ulaşabildiği İçin	24	4,6
Çeşitli Tahliller Yaptırmak İsteddiği İçin	21	4,0
Aile Hekimliğinden Sevk Edildiği İçin	1	0,1
Diğer	6	1,1
Hastanenin eve uzaklığı algısı		
Uzak	186	37,7
Yakın	139	35,6
Ne Yakın Ne Uzak	197	26,6
Toplam	522	100

Katılımcıların Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi'ni tercih etmesinin en sık sebebi %36,9 ile “daha önce verilen hizmetten memnun kalmak”dır. İkinci sırada %21,4 ile “tavsiye edilmesi”, üçüncü sırada %11,1 ile “üniversite hastanesi olması” gelmektedir. Sadece 1 kişi aile hekimliğinden sevk edildiğini bildirmiştir (%0,1), 25 kişi ise aile hekimi tarafından sözel olarak hastaneye yönlendirilmiştir (%4,7). Katılımcıların %37,7'si hastaneyi evine uzak, %35,6'sı yakın, %26,6'sı ne yakın ne uzak olarak tanımlamıştır.

Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumları Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumları

Daha önce hiç aile hekimine başvurduğunuz mu? (n=522)	n	%
Evet	471	90,2
Hayır	51	9,7
Şu anda bir aile hekimine kayıtlı mısınız? (n=522)		
Evet	512	98,0
Hayır	10	1,9
Kayıtsızsanız neden? (n=10)		
TC Vatandaşı Değil	9	90
Diğer	1	10
Kayıtlı olduğunuz aile hekimi oturduğunuz ilçede mi? (n=512)		
Evet	489	95,5
Hayır	23	4,4
Aile hekimini kendiniz mi seçtiniz? (n=512)		
Evet	100	19,5
Hayır	412	80,4
Aile hekiminiz genel sağlık durumunuzu biliyor ve takip ediyor mu? (n=512)		
Evet	185	36,1
Hayır	327	63,8
Uzman bir hekime görüldüğünüzde uygulanan tıbbi ve tedavilerden aile hekiminizin haberi olur mu? (n=512)		
Evet	101	19,7
Hayır	411	80,2
ASM'nin eve uzaklığı algısı (n=512)		
Yakın	431	84,1
Ne Yakın Ne Uzak	39	7,6
Uzak	37	7,2
Bilmiyorum	5	0,9
ASM'niz cumartesi günleri açık mı? (n=512)		
Evet	27	5,2
Hayır	335	65,4
Bilmiyorum	150	29,3

Aile hekimi ve ASM özellikleri ile ilgili sorular sadece aile hekimine kayıtlı olan katılımcılara sorulmuştur (n=512). Katılımcıların %9,7'si bir aile hekimine daha önce hiç başvurmamıştır. %98,0'i bir aile hekimine kayıtlıdır, %95,5'i oturduğu ilçedeki bir aile hekimine kayıtlıdır, kayıtsız olan 10 kişinin 9'u TC vatandaşı olmadığını ifade etmiştir. 1 kişi ise yurtdışında yaşadığı için herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmadığını belirtmiştir.

Aile hekimini kendisi seçenlerin oranı %19,5'tir, %80,4'ü ikamet adresine göre devlet tarafından belirlenen aile hekimlerine kayıtlıdır. %36,1'i aile hekiminin kendisinin genel sağlık durumunu bildiğini ve/veya aile hekimi tarafından düzenli olarak takip edildiğini ifade etmiştir. %19,7'si aile hekiminin, uzman bir hekime görüldüğünde yapılan tetkik, tanı ve tedavilerinden haberdar olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %84,1'i kayıtlı olduğu ASM'yi evine yakın olarak değerlendirmiştir. %65,4'ü kayıtlı olduğu ASM'nin cumartesi günleri kapalı olduğunu, %29,3'ü cumartesi açık olup olmadığını bilmediğini, %5,2'sinin kayıtlı olduğu ASM'nin cumartesi günü açık olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılar son bir yılda aile hekimine ortalama $3,70 \pm 1,74$ kez başvurmuştur. Katılımcıların bazı ASM hizmetlerini değerlendirmesi ve genel memnuniyet durumları Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların bazı ASM hizmetlerini değerlendirmesi ve genel memnuniyet durumları

Aile hekimimin bilgi ve becerisine güveniyor	n	%
Evet	181	38,4
Hayır	126	26,7
Emin Değil	164	34,7
ASM'de teşhis için teknik donanımı yetersiz buluyor		
Evet	292	61,9
Hayır	112	23,8
Emin Değil	67	14,2
Aile hekiminin verdiği tedaviden fayda görüyor		
Evet	233	49,5
Hayır	110	23,2
Emin Değil	128	27,1
ASM'de 30 dakikadan uzun bekliyor		
Evet	110	23,4
Hayır	322	68,3
Emin Değil	37	8,2
Aile hekimine telefonla ulaşabiliyor		
Evet	135	28,6
Hayır	183	38,8
Emin Değil	153	32,5
ASM hizmetinden memnuniyeti		
Çok Kötü	39	8,2
Kötü	210	44,5
Ne İyi Ne Kötü	118	25,1
İyi	88	18,7
Çok İyi	16	3,3
Toplam	471	100

ASM hizmetlerinin değerlendirilmesi ve genel memnuniyet durumları ile ilgili sorular daha önce en az bir kez ASM'lere başvuran katılımcılara sorulmuştur (n=471). Katılımcıların %38,4'ü aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisini yeterli bulduğunu ifade etmiştir. %34,7'si aile hekiminin mesleki bilgi ve becerilerinin yeterliliği hakkında emin olmadığını belirtirken, memnun olmayanların oranı %26,7'dir.

Katılımcıların %61,9'u ASM'lerdeki teknik donanım imkânlarının teşhis için yetersiz olduğunu düşünmektedir. %49,5'i aile hekiminin tedavisinden fayda gördüğünü belirtmiştir. %68,3'ü aile hekimini görmek için yarım saatten daha kısa bir süre beklediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %28,6'sı gerektiğinde aile hekimine telefonla ulaşabilmektedir.

Katılımcıların %22'si ASM'lerde verilen sağlık hizmetlerini iyi veya çok iyi, %25,1'i ne iyi ne kötü, %52,7'si kötü veya çok kötü bulmaktadır. Katılımcıların ASM'lerden katılım payı alınması hakkındaki bilgileri ve bunun ASM tercihi etkileme durumları Tablo 9'da görülmektedir.

Tablo 9. ASM'lerden katılım payı alınmamasının ASM tercihini etkileme durumu

Katılım payı alınmadığı için ASM'ye başvurmayı düşünme	n	%
Evet	130	25,3
Hayır	382	74,6
Toplam	512	100

Katılım payı ile ilgili soru, ASM'ye kayıtlı olan katılımcılara sorulmuştur (n=512). Katılım payı ödememek için ilk olarak ASM'ye başvurmayı düşünenlerin oranı %25,3'dür.

Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açısı Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 10. Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açısı

Zorunlu sevk sisteminin getirilmesine bakış açısı	n	%
Olumlu	144	28,1
Olumsuz	315	61,5
Kararsız	53	10,4
Toplam	512	100

Katılımcıların %28,1'i zorunlu sevk sisteminin getirilmesine olumlu, %61,5'i olumsuz bakmaktadır, %10,4'ü kararsızdır.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 11'de görülmektedir.

Tablo 11. Katılımcıların demografik özelliklerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		
	ASM	Diğer	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Cinsiyet			
Kadın	46 (48,9)	258 (60,2)	304 (58,2)
Erkek	48 (51,0)	170 (39,7)	218 (41,7)
Başvuran kişi			
Kendisi	68 (72,3)	310 (72,6)	378 (72,5)
Çocuk	27 (27,6)	117 (27,4)	144 (27,4)
Yaş grubu			
18-24 yaş	14 (14,9)	47 (11,2)	61 (11,7)
25-39 yaş	40 (42,6)	209 (48,8)	249 (47,7)
40-64 yaş	37 (39,4)	136 (31,8)	173 (33,1)
>64 yaş	3 (3,2)	36 (8,4)	39 (7,5)
Çocuk yaş grubu			
5 yaş ve altı	7 (26,9)	64 (55,1)	71 (50,0)
5 yaş üstü	19 (73,0)	52 (44,8)	71 (50,0)
Çocuğa yakınlık derecesi			
Anne	12 (46,1)	43 (36,4)	55 (38,1)
Baba	11 (42,3)	63 (53,3)	74 (51,3)
Kardeş	0 (0,0)	3 (2,5)	3 (2,0)
Akraba	3 (11,5)	9 (7,6)	12 (8,3)
Medeni Hal			
Bekâr	19 (20,2)	61 (14,2)	80 (15,3)
Evli	70 (74,4)	335 (78,4)	405 (77,7)
Boşanmış	3 (3,1)	10 (2,1)	13 (2,3)
Dul	2 (2,1)	22 (5,1)	24 (4,6)
Eğitim			
Okuryazar Değil	1 (1,0)	15 (3,5)	16 (3,0)
Okuryazar	1 (1,0)	11 (2,5)	12 (2,3)
İlkokul Mezunu	26 (27,6)	130 (30,4)	156 (29,9)
Ortaokul Mezunu	17 (17,0)	76 (17,8)	93 (17,6)
Lise Mezunu	27 (28,7)	119 (27,8)	146 (28,0)
Üniversite Mezunu	20 (21,2)	65 (15,2)	85 (16,3)
Yüksek Lisans Ve Üstü	3 (3,1)	11 (2,5)	14 (2,6)
Kendi evi			
Evet	55 (58,5)	287 (66,9)	342 (65,4)
Hayır	39 (41,4)	141 (33,0)	180 (34,5)
Sağlık sigortası varlığı			
Var	88 (91,4)	398 (93,8)	486 (93,4)
Yok	6 (6,3)	26 (5,9)	32 (5,9)
Yeşil Kart	3 (2,1)	1 (0,2)	4 (0,5)

İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %48,9'u, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %60,2'si kadındır. ASM ve diğer sağlık kurumlarına başvuran her iki grubun da yaklaşık olarak dörtte biri çocuk hasta için başvurmuştur. İlk olarak ASM'ye götürülen çocukların %73'ü 5 yaş

üstündedir. Diğer sağlık kurumlarına götürülen çocukların ise %55,1'i 5 yaş ve altında bulunmaktadır. Çocuk hasta için ASM'ye başvuran grupta refakatçi olarak %46,1 ile en sık anneler bulunmaktadır. Diğer sağlık kurumuna başvuranlarda ise %53,3 ile babalar bulunmaktadır.

Tüm katılımcıların %77,7'si evlidir. Bu oranlar ASM ve diğer sağlık kurumlarına başvuranlar arasında toplam orana ve birbirine yakındır. Katılımcıların eğitim düzeyleri de iki grup arasında benzerlik göstermektedir. İki grupta da katılımcıların yarısından fazlasını ilkokul ve lise mezunları oluşturmaktadır. İlk başvuruda ASM'ye başvuranlarda %28,7 ile en sık lise mezunları bulunmaktadır. Diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda ise %30,4 ile en fazla ilkokul mezunları bulunmaktadır.

Oturduğu evin kendi evi olduğunu belirtenlerin oranı ASM'ye başvuranlarda %58,5, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %66,9'dur. Katılımcıların %93,4'ünün sağlık sigortası bulunmaktadır. Bu oran her iki grupta da toplam orana ve birbirine yakındır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve takip yerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 12'de görülmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların kronik hastalık varlığı ve takip yerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		Total
	ASM	Diğer	
	n(%)	n(%)	n(%)
Kronik hastalık varlığı			
Evet	30 (31,9)	167 (39,2)	197 (37,8)
Hayır	65 (68,0)	260 (60,8)	325 (62,1)
Kronik hastalık takip yeri			
ASM	5 (16,6)	2 (1,2)	7 (3,5)
Devlet Hastanesi	4 (13,3)	14 (7,8)	18 (8,6)
Eğitim Araştırma/Üniversite	11 (36,6)	102 (61,4)	113 (57,6)
Özel Hastane/Klinik	4 (13,3)	22 (13,2)	26 (13,2)
Takip Edilmiyor	6 (20,0)	27 (16,2)	33 (16,8)

İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %31,9'unun, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %39,2'sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

Kronik hastalık takip yeri olarak en fazla tercih edilen sağlık kurumu iki grupta da eğitim araştırma ve üniversite hastaneleridir. Ancak kronik hastalık takibinde eğitim araştırma ve üniversite hastanelerini tercih edenlerin oranı ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerde %36,6 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %61,4'tür. İlk başvuru tercihi ASM olanların %16,6'sı kronik

hastalık takiplerini ASM'lerde yaptırırken, bu oran diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %1,2'dir.

İlk başvuruda ASM'yi tercih eden grupta katılımcıların %20'si kronik hastalığının takip edilmediğini ifade etmiştir. Bu grupta eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinden sonra kronik hastalıkların en sık takip edildiği sağlık kurumu %16,7 ile ASM'lerdir. Daha sonra devlet hastaneleri ile özel hastane ve klinikler gelmektedir.

İlk başvuruda diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %16,2'si kronik hastalığının takip edilmediğini ifade etmiştir. Bu grupta eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinden sonra kronik hastalıkların en sık takip edildiği sağlık kurumu %13,2 ile özel hastane ve kliniklerdir. Daha sonra %7,83 ile devlet hastaneleri gelmektedir. En az tercih edilen sağlık kurumu ise %1,2 ile ASM'lerdir.

Katılımcıların genel sağlık durumuna göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 13'te görülmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların genel sağlık durumuna göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		
	ASM	Diğer	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Genel sağlık durumu			
İyi	59 (67,2)	295 (68,9)	354 (67,8)
Orta	25 (26,6)	105 (24,5)	130 (24,9)
Kötü	10 (10,6)	28 (6,5)	38 (7,2)

Her iki grupta da katılımcıların yaklaşık üçte ikisi genel sağlık durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %10,6'sı, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %6,5'i genel sağlık durumlarının kötü olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumlarına göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14. Katılımcıların ASM'leri kullanma ve bazı hizmetlerden yararlanma durumlarının göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		
	ASM	Diğer	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Şu anda bir aile hekimine kayıtlı mısınız?			
Evet	94 (100,0)	418 (97,6)	512 (98,0)
Hayır	0 (0,0)	10 (2,3)	10 (1,9)
Kayıtlı olduğunuz aile hekimi oturduğunuz ilçede mi?			
Evet	93 (98,9)	396 (94,7)	489 (95,5)
Hayır	1 (1,0)	22 (5,2)	23 (4,4)
Aile hekimini kendiniz mi seçtiniz?			
Evet	25 (26,6)	75 (17,9)	100 (19,5)
Hayır	69 (73,4)	343 (82,0)	412 (80,4)
Aile hekiminiz genel sağlık durumunuzu biliyor ve takip ediyor mu?			
Evet	53 (56,3)	132 (31,5)	185 (36,1)
Hayır	41 (43,6)	286 (68,4)	327 (68,3)
Uzman bir hekime görüldüğünüzde uygulanan tektik ve tedavilerden aile hekiminizin haberi olur mu?			
Evet	30 (31,9)	71 (16,9)	101 (19,7)
Hayır	64 (68,0)	347 (83,0)	411 (80,2)
ASM'nin eve uzaklığı algısı			
Yakın	87 (92,5)	344 (82,3)	431 (84,1)
Ne Yakın Ne Uzak	4 (4,2)	35 (8,3)	39 (7,6)
Uzak	3 (3,1)	34 (8,1)	37 (7,2)
Bilmiyorum	0 (0,0)	5 (1,2)	5 (0,9)
ASM'niz Cumartesi günleri açık mı?			
Evet	5 (5,3)	22 (5,2)	27 (5,2)
Hayır	69 (73,4)	266 (63,6)	335 (65,4)
Bilmiyorum	20 (21,2)	130 (31,1)	150 (29,3)

İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin tamamı bir aile hekimine kayıtlıdır. Diğer sağlık kurumlarına başvuranların %97,6'sı bir aile hekimine kayıtlıdır. Her iki grubun tamamına yakınının kayıtlı olduğu aile hekimleri, oturdukları ilçede bulunmaktadır. İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %26,6'sı aile hekimini kendi seçerken, diğer sağlık kurumlarının tercih edenlerin % 17,9'u aile hekimini kendisi seçmiştir.

İlk başvuruda ASM'ye başvuranların %56,3'ü aile hekiminin genel sağlık durumunu bildiğini ve takip ettiğini beyan ederken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda bu oran %31,5'tir. "Uzman bir hekime görüldüğünüzde uygulanan tetkik ve tedavilerden aile hekiminizin haberi olur mu?" sorusuna ilk başvuruda ASM'ye başvuranların %31,9'u evet cevabını verirken, diğer sağlık kurumlarına başvuranların %16,9'u evet demiştir.

Her iki grupta da katılımcılar yüksek oranda kayıtlı oldukları ASM'nin evlerine yakın olduğunu düşünmektedir. Tüm katılımcıların %5,2'si kayıtlı oldukları ASM'nin cumartesi günü açık olduğunu belirtmiştir. İlk başvuruda diğer sağlık kurumuna başvuranların %31,1'i, ASM'yi tercih edenlerin ise %21,2'si kayıtlı olduğu ASM'nin cumartesi günü açık olup olmadığını bilmemektedir.

Katılımcıların bazı ASM hizmet değerlendirmelerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 15'te görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların bazı ASM hizmet değerlendirmelerine göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		Total n(%)
	ASM n(%)	Diğer n(%)	
Aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güveniyor			
Evet	51 (56,3)	130 (34,1)	181 (38,4)
Hayır	22 (25,5)	104 (27,0)	126 (26,7)
Emin Değilim	14 (18,0)	150 (38,7)	164 (34,7)
ASM'de teşhis için teknik donanımı yetersiz buluyor			
Evet	59 (67,0)	233 (60,7)	292 (61,9)
Hayır	20 (21,2)	92 (24,4)	112 (23,8)
Emin Değilim	10 (11,7)	57 (14,8)	67 (14,2)
Aile hekiminin verdiği tedaviden fayda görüyor			
Evet	52 (59,5)	181 (47,1)	233 (49,5)
Hayır	23 (25,5)	87 (22,7)	110 (23,2)
Emin Değilim	13 (14,8)	115 (30,1)	128 (27,1)
ASM'de 30 dakikadan uzun bekliyor			
Evet	25 (28,7)	85 (22,1)	110 (23,4)
Hayır	58 (67,0)	264 (68,6)	322 (68,3)
Emin Değilim	3 (4,2)	34 (9,1)	37 (8,2)
Aile hekimine telefonla ulaşabiliyor			
Evet	30 (32,9)	105 (27,5)	135 (28,6)
Hayır	41 (44,6)	142 (37,5)	183 (38,8)
Emin Değilim	19 (22,3)	134 (34,9)	153 (32,5)

İlk başvuru tercihi ASM olanların yarısından fazlası aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvendiğini belirtirken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin ise yaklaşık üçte biri aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvendiğini belirtmiştir. Aile hekiminin mesleki bilgi ve

becerisine güvenme konusunda emin olamayanların oranı, ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerde %18 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %38,7'dir.

Her iki grupta da katılımcıların üçte ikisi ASM'lerdeki teknik donanımın teşhis için yetersiz olduğunu düşünmektedir. Aile hekiminin verdiği tedaviden fayda gördüğünü belirtenlerin oranı ASM'ye başvuranlarda %59,5, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %47,1'dir. Diğer sağlık kurumlarına başvuranların üçte biri aile hekiminin verdiği tedaviden fayda görme konusunda emin olmadığını belirtirken, bu oran ASM'ye başvuranlarda yedide birdir.

Katılımcıların üçte ikisi ASM'lerde 30 dakikadan daha az beklediğini belirtmektedir. Bu durum ilk başvuru tercihinin göre farklılık göstermemektedir. Aile hekimine telefonla ulaşılabildiğini ifade edenlerin oranı tüm katılımcıların üçte birinden azdır. İlk başvuruda diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin üçte biri, ASM'ye başvuranların ise beşte biri aile hekimine telefonla ulaşılabilmesi hakkında emin olmadığını ifade etmiştir.

Katılım payına bakış açısına göre ilk başvuruda tercih edilen sağlık kurumu Tablo 16'da görülmektedir.

Tablo 16. Katılım payına bakış açısına göre ilk başvuruda tercih edilen sağlık kurumu

	İlk Tercih		
	ASM	Diğer	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Katılım payı alınmadığı için ilk olarak ASM'ye başvurmayı düşünür müsünüz?			
Evet	39 (41,4)	91 (21,7)	130 (25,3)
Hayır	55 (58,5)	327 (78,2)	382 (74,6)

İlk başvuru tercihi ASM olanların %41,4'ü katılım payı alınmadığı için ilk olarak ASM'lere başvurmayı düşündüklerini belirtmişlerdir, bu oran diğer kurumları tercih edenlerde %21,7'dir.

Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açılarında göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların zorunlu sevk sistemine bakış açılarına göre ilk başvuruda tercih ettikleri sağlık kurumu

	İlk Tercih		
	ASM	Diğer	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Zorunlu sevk sisteminin getirilmesine bakış açısı			
Olumlu	40(42,5)	104(24,8)	144(28,1)
Olumsuz	49(52,1)	266(63,6)	315(61,5)
Kararsız	5(5,3)	48(11,4)	53(10,3)

İlk başvuru tercihi ASM olanların %42,5'i zorunlu sevk sisteminin getirilmesine olumlu bakarken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin ise %24,8'i olumlu bakmaktadır. Diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %11,4'ü, ASM'yi tercih edenlerin ise %5,3'ü bu konuda kararsız olduklarını ifade etmiştir.

5.2. Açık Uçlu Sorulardan Elde Edilen Bulgular

Anket formu içerisinde ASM'ler ve zorunlu sevk sistemi hakkında sorulan açık uçlu sorular şunlardır:

“Daha önce herhangi bir sağlık sorununuz nedeniyle hiç aile hekimine başvurduğunuz mu? Hayır, ise neden?”

“Mevcut şikâyetiniz için neden öncelikle aile hekiminize başvurmadınız?”

“Hangi koşullar sağlansaydı şu anki sağlık sorunuzda ilk başvuracağınız yer aile hekiminiz olurdu?”

“2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yasa tasarısına göre acil durumlar ve takibi hastanede yapılması gereken kronik hastalıklar haricinde aile hekiminden sevk almadan hastanelere başvurulamayacak, böylece zorunlu durumlar hariç ilk başvuru merkezi aile hekimliği olacaktır. Bu sistemin birkaç sene içerisinde oturtulması bekleniyor. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?”

“Konuyla ilgili söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?”

Açık uçlu sorularla toplanan veriler kişilerin ASM'lere daha önce neden hiç başvurmadıkları, ASM'leri neden atladıkları ve getirilmesi olası zorunlu sevk sistemine bakış açıları olarak üç başlık altında incelenmiştir.

5.2.1. ASM'lere Daha Önce Başvurmama Sebepleri

ASM'lere hiç başvurmamış olan 51 kişinin başvurmama nedenleri şunlardır:

- Aile hekimine güvenememek
- ASM'nin eve/işe uzak olması
- Yurtdışında çalışıyor olmak
- TC vatandaşı olmamak
- Aile hekimine kayıtlı olmamak
- Aile hekimi kaydının başka bir ilçede olması
- Sigortasız olmak
- Devlet hastanelerini tercih etmek
- Özel hastaneleri tercih etmek

5.2.2. ASM'leri Atlama Sebepleri

Veriler analiz edilirken, kişilerin ASM'leri neden atladıklarına ilişkin beş tema ortaya çıkmıştır. Bu temalara ve bunların önde gelen belirleyicilerine genel bir bakış Şekil 1'de sunulmaktadır. Temalar aşağıdaki gibidir:

- Aile hekimleri ile ilgili sorunlar
- ASM'lerde tetkik ve tahlil imkânlarının kısıtlı olması
- ASM'lerde hizmete ulaşmakta yaşanan zorluklar
- Yüksek standartlı hizmet tercihi
- Toplumun ASM'leri kullanma durumları ve bakış açısı

Şekil 1. ASM'leri atlama sebeplerine genel bir bakış



5.2.2.1. Aile Hekimleri İle İlgili Sorunlar

A. Hekimin İlgisizliği ve Hastayı Muayene Etmemesi

Aile hekimlerinin hasta ile yeterince ilgilenmemesi, sıkça yakınılan durumlardan biridir. Bir sağlık problemi için ASM'ye gittiklerinde, hekimle iletişim kurmakta zorlandıklarını belirtenler mevcuttur. Yetersiz muayene olduğunu düşünenler ve hiçbir şekilde muayene olamamaktan yakınanlar bulunmaktadır.

“İlgi alaka hiç iyi değil, doğru dürüst muayene etmiyor, ilgilenmiyor.”

“Yüzümüze bile bakmıyor ki... Çocuğu götürüyorum mesela ağzına bak diyorum ağzına bakıyor, karnına bak diyorum karnına bakıyor. Ben söylemeden bir şey yaptığı yok.”

“Açıkçası pek muayene etmiyor. Aile hekiminden memnun olan insanlar var ama ben pek değilim. Doktorumu değiştirmeyi düşünüyorum.”

Aile hekimlerinin daha çok muayene etmeden ilaç yazma eğiliminde oldukları vurgulanmıştır. Verilen ilaçlara güvenmekte sıkıntı yaşayan hastalar mevcuttur.

“Ben kendim de gitsem çocukları da götürsem bakmadan hep ilaç yazıyor. Bana verdikleri neyse de çocuklara verdiği içirmiyorum.”

“Halkta güven eksikliği var. İlgilenselerdi olabilirdi. Ne ilaç vereyim diye bize soruyorlar.”

“Ben o ilaçlara güvenemediğimden içmiyorum. Zaten bir kere içmiştim iyi gelmedi.”

B. Uzman veya Tecrübeli Hekim Beklentisinin Karşılanmaması

Katılımcılar çoğunlukla uzman bir hekime görünmek istediklerini belirtmektedir. Bunlar arasında mutlaka branş hekimini görmek isteyenler olduğu gibi, aile hekiminin uzman olması gerektiğini düşünenler de bulunmaktadır.

“Uzmana başvurmak daha mantıklı geliyor. Herkesin bir branşı var neticede. Aile hekimi genel şeylere bakar.”

“Aile hekimimiz uzman değil. Uzman olsa belki giderdim.”

“Uzmana görünmek varken niye oraya gideyim ki. Tanımıyorum bile. Çok iyi olmadığını söylüyorlar. Hastanede her türlü cevabı alıyoruz, ihtiyaç yok oraya.”

“...Kesinlikle kötü bir şey. Çünkü aile hekimleri uzman değil pratisyen. Yani yetersiz. Sadece ilaç yazar onlar. Aile hekimleri uzman olmalı.”

ASM’lerde kadın doğum, çocuk alanında uzman hekimlerin çalışmasını talep edenler mevcuttur. Özellikle çocuk hastalar için uzman doktor tercihi daha fazla dile getirilmektedir. Çocuk hastalar için başvuruların önemli bir kısmı bebek ve çocuk takipleri için başvurduklarını belirtmiştir. Gebe katılımcıların bir kısmı, takipleri için ASM’ye gitmeyip, arandıklarında telefonla bilgi verdiklerini belirtmiştir.

“Çocuk için durum daha başka oluyor. Çocuk uzmanı görsün istiyoruz. Çocuk konusunda

aile hekimine güvenemem. Ya da orada uzman çalıştırmaları gerekir.”

“Çocuk doktoru görsün istiyoruz, takiplerini de burada yaptırıyoruz. Bence eğer çocuğumuzu götüreceksen bir uzmanı olmalı. Her branş olmayabilir ama çocuk lazım.”

“Takip için gitmiyoruz (bebek). Uzman bir doktorumuz var burada, memnunuz.”

“Kadın hastalıklarından anlamaz diye düşündüm. Kadın doğum uzmanı olsa giderdim. Bir uzman bile olsa yeter bence.”

“Sağlık ocakları en çok kadına, çocuğa hitap ediyor. Ben şimdi gebeyim ama uzman yok orda, gitmedim.”

ASM’leri atlama sebebi olarak belirtilen bir diğer konu ise aile hekimlerinin tecrübesiz veya yeni mezun hekimler olmasıdır.

“Doktorumuz bilgisiz çünkü yeni mezun, yeni mezunlar bir şeyden anlamıyor; ilaç yazdırıyoruz sadece.”

“Tecrübesiz doktorlar oluyor çoğu zaman (aile hekimleri). Benim için doktorun tecrübeli olması önemli.”

“...Kötü, onlar teşhisi doğru koymazsa ne olacak? Yeni mezunların kitap açıp baktıklarını biliyorum, bilgilerine güvenmiyorum.

C. Aile Hekimlerinin Sıklıkla Hastanelere Yönlendirmesi

Daha önce aile hekimine başvurmuş olanların önemli bir kısmında, hekimin hastanelere yönlendirdiği ve bu sebeple aile hekimine muayene olmanın gereksiz olduğu kanısı mevcuttur. Bu işlem nadiren sevk kâğıdı vererek yapılmakta, çoğunlukla kişiler sözel olarak hastanelere yönlendirilmektedir.

“Gerek görmedim, mutlaka hastaneye git diyorlar. Çift işlem çıkıyor bize de.”

“Aile hekiminin bulunduğu poliklinik yetersiz olduğu için. Doktorlar genelde sadece ilaç yazıyor. Zaten doğrudan sevk ediyorlar.”

“Aile hekimine başvursam bile yapacağı bir şey yok. Aile hekimleri zaten donanımlı olmadığı için onlar da hastaneye git diyor.”

“...Aile hekimleri uzman olmalı, her hastalığı sevk etmekten vazgeçmeli.”

5.2.2.2. ASM’lerde Tetkik Ve Tahlil İmkânlarının Kısıtlı Olması

A.Kan Tahlili Dışında Tetkik Yapılamaması

İstanbul’daki ASM’lerde kan tahlili dışında başka bir tetkikin yapılamıyor olması, katılımcıların ASM’leri tercih etmemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Aile hekimlerinin istediği diğer tahlilleri yaptırabilmek için başka sağlık kurumlarına başvurmak, zaman kaybı olarak değerlendirilmektedir. Özellikle çalışan kişiler işyerinden kısıtlı bir süre için izin alabildiğinden hastanelere gitmeyi daha uygun bulmaktadır.

“Orası küçük ve MR gibi farklı tahliller, filmler orda yapılmıyor. Çalıştığım için izin almışken hastaneye gidiyorum.”

“Hastanelerin tahlil bakımından daha kapsamlı olduğunu düşündüğüm için buraya geldim. Sağlık ocağına da gitsem beni buraya yönlendirecek zaten.”

“Polikliniği küçük, tahlil için ellerinde alet yok. Gitsek de Haseki’ye gönderecek. O yüzden direkt hastaneye gidiyoruz.”

B.Tahlil Sonuçlarının Geç veya Yanlış Çıkması

Katılımcıların memnun olmadığı bir diğer nokta, aile hekimliğinde yapılan kan tahlili sonuçlarının kısa sürede çıkmaması, bu sebeple ASM’ye tekrar gitmek zorunda kalmalarıdır. ASM’lerde kan tahlili sonuçları akşama doğru veya ertesi gün çıkmaktadır. Az sayıdaki kişi ise yanlış çıkan tahlillerle karşılaştıklarını belirtmiştir.

“...Çünkü tahlil yaptırıyoruz. Kan tahlili bile 3 günde çıkıyor. Geniş çaplı değil.”

“Ben orda tahlil yaptırdığımda sonucu hemen alamıyorum, tekrar gitmem gerekiyor, o yüzden gitmedim.”

“Orada yapılan tahliller güvenilir gelmiyor. Daha önce yanlış çıkan tahliller oldu.”

5.2.2.3. ASM’lerde Hizmete Ulaşımı Aksatan Durumlar

A. ASM’lerdeki Randevu Sistemi

ASM’lerin randevu ile çalışmasından şikâyetçi olanlar mevcuttur. Hastanelere de randevu ile gidilmesi sebebiyle, ASM’ler daha az tercih edilebilmektedir.

“Orası da randevusuz bakmıyor. Randevusuz gidince bakamayız diyorlar.”

“Aile hekiminin randevulu sistem olması çok kötü, randevu olmasaydı iyi olurdu.”

“Aile hekimine randevu alıp gidiyorum. Sonra o da gerek görürse hastaneye git diyor. Bu sefer tekrar hastaneden randevu almak gerekiyor.”

B. Aile Hekimine Her Zaman Ulaşılabilmesi

ASM’lere başvuran katılımcılar bazen mesai saatleri içerisinde aile hekimlerine ulaşamadıklarından bahsetmektedir. Aile hekimleri haftalık program çerçevesinde gezici veya evde sağlık hizmetlerine gidebilmektedir. Hekimin izinli olduğu durumlarda ASM’de çalışan başka bir hekim kabul ederse hastalara bakabilmektedir.

“..gitsek de doktoru bulamıyoruz bazen. Gezici hizmetlere çıktığı diyorlar. Orda başka doktora görüneceğime buraya geliyorum.”

“Doktoru yerinde bulamıyorum ki. Başka doktor baksın diyorum o da istemiyor.”

“Ben doktorumdan memnunum aslında ama o da her zaman yerinde olmuyor. Diğer doktor da yoğunum bakamam diyor. İki iş olmasın diye buraya geliyorum.”

C. Aile Hekimlerinin Sık Değişmesi

Bazı aile hekimliklerinde sabit bir hekim kitlesi bulunmamakta, bu sebeple geçici görevlendirmeyle hekim görevlendirilmektedir. Bu da sorunun yaşandığı bölgelerde sıklıkla hekim değişimine sebep olmaktadır. Katılımcılar bu durumdan rahatsızlık duyduklarını belirtmektedir.

“...Üstelik doktorlar çok sık değişiyor. Neyim varsa anlatıyorum birdaha gidince başka biri gelmiş oluyor. Hiç iyi olmuyor o zaman.”

“Doktorlar devamlı değişiyor. Böyle olunca da güvenemiyorum, memnun değilim.”

“Doktorum değiştikten sonra gitmedim, yeni doktoru beğenmedim, sık sık değişiyor zaten.”

5.2.2.4. Yüksek Standartlı Hizmet Tercihi

A. Hastanelerdeki Hizmetin Kalitesi ve Sağladığı Güven Duygusu

Katılımcıların büyük çoğunluğu ASM'lere kıyasla hastanelerde verilen hizmetleri daha iyi ve daha güvenilir bulmaktadır. Özellikle hastanelerde her türlü tetkikin aynı çatı altında yapılabilmesi, hekim seçiminde özgür olunması ve acil bir durum yaşandığında müdahale imkânlarının fazla olması başlıca sebepler arasındadır.

“Hastane ortamının daha güvenli olduğunu düşünüyorum. Ne gerekiyorsa yapılabilir burada.”

“Daha iyi yere gitmek istiyorum çünkü hastanelere güveniyorum. Her türlü şeyi (tahlil, tetkik) istiyorlar sağ olsunlar.”

“Büyük hastaneyi güvenli buluyorum. Acil birşey olsa ölür kalırız orda (ASM), birşey yapamıyorlar. Yardımı dokunacak personel de az.”

“Üniversiteler daha güvenilir., Donanım iyi. Doktor seçimi yapılabilir. Hemşiresi herşeyi daha iyidir hastanenin. Aile hekiminde hemşire bir tane, gerek olursa ufacık yerde bile sıra bekliyoruz.”

Özel sağlık sigortası bulunan veya işyerinden anlaşmalı olduğu için özel hastanelerde indirimli muayene olabilenlerin büyük bir kısmı hemen hemen her zaman özel hastanelere gittiklerini

ifade etmiştir. Bu durumun sebepleri olarak, özel hastanelerde ilgi ve alakanın daha iyi olması, fiziki şartların ve teknik donanımın daha iyi olması, sıra beklemek zorunda kalmamak gibi etmenler sıralanmıştır.

“Özel sağlık sigortamız olduğundan hep özele giderim. Aile hekimine gitmeye gerek görmüyorum.”

“Özel hastanede ücretsiz muayene olabildiğim için gerek görmüyorum. Özel hastanede ilgi alaka şartlar daha iyi.”

“Aile hekimi çok muayene etmiyor. Özel hastane daha ilgili geliyor. Kısa sürede bakılıp gidebiliyoruz.”

“Özel sigortamız olduğundan hep özele gideriz. İmkânları çok iyi buluyorum. Hem ilgileniyorlar hem sıra beklemiyoruz.”

“Daha iyi ilgilenirler diye özele gidiyoruz. Aile hekimini çok tercih etmiyoruz.”

5.2.2.5. Toplumun ASM’leri Kullanma Durumu Ve Bakış Açısı

A. ASM’lere İlaç ve Rapor Yazdırmak İçin Başvurulması

İlk başvuruda ASM’leri tercih etmeyen katılımcıların, ASM’leri en sık kullanma sebepleri ilaç ve rapor yazdırmak olarak belirtilmiştir. ASM’leri sıklıkla kendilerine önemsiz görünen hastalıkları için ilaç yazdırmak, istirahat raporu almak veya biten raporlu ilaçlarını reçete ettirmek için kullanmaktadırlar.

“Aile hekimine ilaç yazdırıyoruz ufak tefek şikâyetler için. Başka bir konuda bir faydası olmaz ki, pratisyen hekim neticede. Raporu da daha kolay alıyoruz. Tedavi için hastaneleri tercih ediyoruz.”

“Grip olur nezle olur, bu durumlarda gidiyoruz tabi ilaçlar da iyi geliyor. Aile hekimi o kadarına bakar zaten, ciddi bir şikâyetim olursa buraya geliyorum.”

“Ben oraya sadece raporlu ilacımı yazdırmaya gidiyorum. Muayene için hiç gitmedim.”

Gerek görmüyorum.”

“Grip olunca gidiyoruz rapor yazdırmak için. Başka hastalıklar için gidilmez, ellerinde imkân yok.”

“Eşim ilaçlarımı yazdırıyor orda. Başka bir sıkıntı da olsa hep hastaneye gideriz. Hastane varken çok gerek yok gibi geliyor.”

B. Daha Önce Başvurmamış Hastaların ASM’ler Hakkında Düşünceleri

ASM’lere herhangi bir sebeple daha önce hiç başvurmamış olanlar, ASM’lerde verilen hizmetler hakkında fikir sahibi değildir veya ASM’lere olumsuz bakmaktadır.

“Özel bir sebebi yok. Oraları hiç bilmiyorum, nasıl çalışıyor? Pek sağlık sorunu yaşamam zaten.”

“Hiç gitmedim ve orada ne yapıldığını bilmiyorum.”

“Hiç gitmedim, gitmeyi de düşünmem. Zaten iyi bir şey de duymadım, kimse memnun değil.”

“Hiç gitmedim... Bütün şartları değiştirseler de gitmem. Alışmışız hastaneye gelmeye.”

“Ben yine de hastaneye gelirim. Her hastalığın bölümü farklıdır.”

5.2.3. Zorunlu Sevk Sistemine Bakış Açısı

Verilerin analizinde kişilerin zorunlu sevk sistemine bakış açılarına ilişkin iki tema ortaya çıkmıştır. Her bir temayı oluşturan faktörler tek tek incelenmiştir. Bu temalara ve bunların önde gelen belirleyicilerine genel bir bakış Şekil 2’de sunulmaktadır. Temalar aşağıdaki gibidir:

- Sevk Sisteminin Olumlu Yönleri
- Sevk Sisteminin Olumsuz Yönleri

Şekil 2. Zorunlu sevk sistemine bakış açısı



5.2.3.1. Sevk Sisteminin Olumlu Yönleri

A. ASM Koşullarının İyileştirilmesi Şartı

ASM’lerdeki poliklinik sayılarının arttırılması, tetkik ve tahlil imkânlarının iyileştirilmesi, aile hekimlerine düşen hasta sayısının azaltılması, sevk edilmeden kaliteli hizmet alınması gibi iyileştirmelerle zorunlu sevk sisteminin uygun olabileceğini savunanlar bulunmaktadır.

“Düzgün yapılırsa iyi olabilir. Fazladan polikliniklerin açılması lazım (ASM’ye).”

“Bence çok güzel olur ama imkânları arttırmaları lazım. En azından bir röntgen, ultrason çekilebilmeli.”

“Sevk etmeden tedavi edebilecekse güzel olur. Biz de hastanelerle uğraşmamış oluruz.”

“Şimdi doktorun çok hastası var, böyle bir şey yapacaklarsa hasta sayısının azalması lazım ki doktor rahat rahat baksın. Ancak öyle hastayı memnun edersin.”

B. Aile Hekimlerinin Tecrübe Kazanması

Zorunlu sevk sistemi ile aile hekimlerinin mesleğinde tecrübe kazanacağı düşünülmektedir. Acil müdahale konusunda hekimlerin daha deneyimli olacağı belirtilmiştir.

“Çok güzel olur. Aile hekiminin yetkisi artar, tecrübesi artar.”

“Yaparlarsa güzel olur. Bildiğim kadarıyla yavaş yavaş hepsi uzman olacak. Doktorlar bilgili olduktan sonra herkes gitmek ister.”

“Yapılsın tabi, doktorlar da kendini yetiştirmiş olur, bize güzel güzel bakarlar. Acil bir şey olsa gidebiliriz.”

C. Hastane Koşullarının İyileşmesi

Hastanelere başvuracak hasta sayısındaki düşüşle birlikte, hastanelerdeki yoğunluğun azalacağı ve gereksiz yere meşgul edilmeyeceği, hastane bakımı gerektiren hastalıkların daha iyi şartlarda tedavi edileceği vurgulanmıştır. Ayrıca hekimlerin iş yoğunluğunun azalacağı düşünülmektedir.

“Hastaneler açısından çok iyi olur, çok gereksiz şeyler geliyor. Bir baş ağrısıyla hastaneyi meşgul ediyorlar, ayıp ya.”

“Güzel olur bence, hastane yoğunluğu azalır, randevu için günlerce beklemek gerekmez.”

“Kesinlikle öyle olmalı. Hastanede gerçekten gereken hasta doktoruna ulaşır. Aile hekimleri düzgün çalışırsa daha güzel olur.”

“Doktorlar için de iyi olur. Başlarını kaşıyamıyorlar, ihtiyacı olan hastayla güzel güzel ilgilenirler.”

Katılımcıların bir kısmı, aile hekimlerinden alacakları sevklerle randevu almaya gerek kalmadan hastanelerde bakılabileceklerini düşünmektedir.

“Yapılması gereken buydu zaten. Günlerce randevu alamıyoruz ama sevkle gelirse hemen

bakmak zorundalar.”

“Hastaneden randevu almak kolay değil, sevkle gelmek isterim tabi.”

5.2.3.2. Sevk Sisteminin Olumsuz Yönleri

A. Aile Hekiminin Kararına Güvenememe

İlk başvuruda hastayı tedavi etme veya uygun gördüklerini hastanelere sevk etme yetkisinin aile hekimlerinde olması nedeniyle, aile hekiminin tedavisine güvenmek konusunda emin olamayacağını veya hastalığının sevk gerektirip gerektirmediğinden şüphe duyabileceğini belirtenler mevcuttur.

“İyi olduğunu düşünmüyorum, istediğim yere gitmeliyim. Belki beni sevk etmeyecek.”

“Bence yanlış, beni kendisi mi tedavi edecek? Aile hekimleri pratisyen hekim, her konuda bilgileri olmuyor. Her şeyin uzmanı iyidir.”

“Sevk etmezse ne olacak? Olmaz öyle şey, ben pratisyenin kararına güvenip iş yapmam.”

“Sevk verse daha iyi olur. Şu anda eczane gibi, yönlendiriyor sadece, tedavi etmiyor.”

İngiltere’de yaşayan ve Türkiye’ye tedavi olmak için gelen bir hasta aile hekimliği ve sevk sistemi hakkındaki fikirlerini şu şekilde açıklamaktadır:

“Biliyorum o sistemi, İngiltere’deki sistemin aynısı. Bence kesinlikle yapılmamalı. İngiltere’de aile hekimliği sisteminden hiç memnun değilim. Orada kan ve idrar tahlili yapılıyor sadece, röntgen de yok. Hiçbir şey yapmadan tanı koyuyorlar ve bu tanı yanlış oluyor. Hastaneye de çok zor sevk ediyorlar. Ben elim ve ayağımdaki uyuşmalar için gittiğimde, sadece elime ayağıma bakarak Karpal Tünel Sendromu olduğumu söyledi, eve gönderdi. Defalarca gittim ama hastaneye sevk etmedi. Şimdi burada bana EMG çekildi, Karpal Tünel Sendromu olmadığı anlaşıldı. Bir keresinde baygınlık geçirip acile kaldırıldığımda bile, tomografi çekilebilmesi için aile hekimine gidip sevk almam gerektiğini söylediler. Üstelik gittiğimde sevki de yapmadı doktorum. Öylece eve gittim.

...Türkiye’de bu hizmetlere doğrudan ulaşılabilirdi için sağlık turizmi oluştu, herkes buraya

geliyor. Orada bir kanal tedavisi bile çok pahalı, burada çok daha ucuza yaptırabiliyoruz. Hastalıklarımı biriktirip Türkiye'ye geldiğimde tedavi oluyorum.

...İngiltere'de doktorun sevk verdiği durumlarda da aylarca beklemek zorundasınız. Bu hastalıkla yaşa diyorlar sana. Kanser gibi acil durumlarda işlemleri hızlandırıyorlar bir tek.”

B. Hekim ve Hastaneyi Seçme Özgürlüğünün Olmaması

Sevk sisteminin olumsuz yönleri arasında bahsedilen etmenlerden bir tanesi de, aile hekimlerinin sevk edeceği sağlık kurumunu veya hekimi seçememektir. Katılımcıların farklı branşlar için tercih ettikleri hastane veya uzman hekimler bulunabilmektedir. Sevk sistemiyle birlikte bu tercihi kendilerinin yapamayacağını düşünerek tedirginlik yaşamaktadırlar.

“Aile hekimi bizim istediğimiz doktora sevk edecek mi? Bunu yapmazsa çok sıkıntılı olur. Herkesin görmek istediği belli doktorlar var.”

“İyi olmaz. Sevk ettiği doktoru istemeyebilirim. Doktoru kendim bulmak isterim.”

“Hiç iyi bakmıyorum. Doktoru seçme hakkımız olmalı.”

Daha önce Romanya'da yaşamış biri, oradaki aile hekimlerinin hastanelerdeki bazı hekimlerle anlaşmalarının bulunduğunu ve bu hekimlere hasta temin ettiklerini belirtmiştir.

“Doğru bulmuyorum. Tavsiye etmiyorum. Romanya'da da böyle bir sistem vardı, hiç iyi değildi. Hastayı sevk etmesi için rüşvet veriliyordu. Gitmek istediğimiz doktora göndermiyordu, kendi anlaşması olan doktora gönderiyordu.”

C. ASM'lerde Sevk Alabilmek İçin Yoğunluk Oluşması

Katılımcıların büyük bir bölümü zorunlu sevk sisteminin işlemleri uzatıp zorlaştıracaklarını düşünmektedir. Aile hekimine muayene olmak için değil, sevk alabilmek için gidileceği, bu durumun da ASM'lerde yoğunluk oluşturacağı belirtilmektedir. Sevk alabilmek için hekimle tartışmak, sevk alabilseler bile hastane başvurusu için “oradan oraya” gitmek zorunda kalmak ve yaşanacak “vakit kaybı”, bunun sonucunda hastalığın ilerlemesi gibi olası durumlar tedirginlik oluşturmaktadır.

“Kesinlikle kabul etmem. Çok yığılma var orda, ağır bir hastalık olsa ölür kalırız yolda sevk alana kadar.”

“Niye önce oraya gidip sevk alayım? Saçma oluyor, kendim telefonda hastaneye randevu alırım.”

“Sevk alınacak, sevkten sonra randevu alınacak, onu mu bekleyeceğiz? Çok saçma.”

“Yasa tasarısı çıksa bile çok sağlıklı işleyeceğini düşünmüyorum. Zaman alacaktır, çalışan için bu çok zor, oradan sevk alıp gitmek vakit alacak. O anki şikâyetim aile hekimine önemli görünmeyebilir ama önemli olabilir.”

“Çok yanlış. Ne olursa olsun hastaneye hemen gelmek daha iyi. Bir hastalığımı baktırmak için on kapıdan mı geçeceğim? İsteyen istediği yere gitsin.”

“Ben istemiyorum, lüzumsuz kullananlar olabilir ama hastaneleri doğru kullananlar için zulüm olur bu. Oradan oraya gitmenin ne gereği var? Eskiden bu sistem vardı. 3 gün uğraşırız tedavi görmek için.”

“Bence yapılmasın. Aile hekimine gideceksin de, o karar verecek de, göndereceği yere randevu alacaksın da, çok uzun bir serüven. Zaten şu anda randevu almakta zorlanıyoruz (hastaneden). Çok beklememiz gerekir.”

“Katılmıyorum. Çok fazla bürokratik engel, evrak işiyle karşılarız. Bu tür işlemler doktora ulaşmayı zorlaştırıyor. Yurtdışındaki sistem de bu, gidip geldiğimden biliyorum. Türkiye'nin sağlık sistemi daha iyi.”

D. Sistemin Özel Hastanelere Yönlendirmesi

Sevk almak için aile hekimine gitmek istemeyenlerin, özel hastaneleri tercih edebileceği belirtilmiştir. Bu durumdan özel hastanelerin faydalanacağı ve “paran kadar sağlık” anlayışının yaygınlaşacağı fikri ifade edilmiştir.

“Yanlış, ilaç yazdırabilmek için insanlar yığılıyor zaten. Bunu yaparlarsa özellerin ekmeğine yağ sürerler. Herkes bütçesi nereyi tutarsa ona göre gider artık.”

“Bence güzel olmaz. Bu durumda doktorun kapasitesi çok önemli. Doktor izin vermezse sevk için özele gitmek zorunda kalacağız. Doktor yine fikir versin ama tercih hakkı bana bırakılsın.”

“Paran varsa sağlıklısın yani, özellere mecbur edecekler bizi.”

“İnsanların tercih hakkı ellerinden alınmış olur. Bence iyi olmaz, bu defa herkes özel hastanelere gitmeye çalışır.”

“Aile hekiminde bile gidip günlerce bekleriz herhalde, yeterli doktor olduğunu düşünmüyorum. Prosedür daha yavaş ilerler, özel hastanelerin işine yarar.”

“Yaparlarsa mecbur özellere gideceğiz, parayla tedavi olacağız. Hiç doğru bulmuyorum.”

6. TARTIŞMA

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumundaki başarı, temel sağlık hizmetlerinin yeterliliğine göre değerlendirilmektedir. Temel sağlık hizmetleri, dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri anlamında altyapısı güçlü ülkelerde toplumun daha sağlıklı, sağlıkla ilgili eşitsizliklerin daha az ve sağlık hizmeti harcamalarının daha düşük olduğu ileri sürülmüştür.³⁴ Gulliford tarafından yapılan bir araştırmada 10.000 kişi başına düşen birinci basamak çalışan sayısında %15-20 artışın, mortalitede yıllık %6 düşüşle bağlantılı bulunduğu açıklanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada İngiltere’de 15-64 yaş bireylerde tüm nedenlere bağlı ölümlerin, genel pratisyenlik uygulamasının yaygın olduğu bölgelerde daha düşük olduğu belirtilmiştir.⁸² Bu bulgular bir sağlık sisteminde kişilerin öncelikle temel sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamağa başvurmasının önemine işaret etmektedir.

Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların ASM’leri atlama sebepleri ve buna etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmamızda, kişilerin genel olarak ilk başvuruda aile hekimine başvurma oranı %18,0 bulunmuştur. İlk başvuruda en sık tercih edilen sağlık kurumları %49,4 ile eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerdir. Katılımcıların %22’si ASM’lerde verilen sağlık hizmetlerini iyi veya çok iyi, %25,1’i ne iyi ne kötü, %52,7’si kötü veya çok kötü bulmaktadır. Katılımcıların %28,1’i zorunlu sevk sistemine olumlu bakarken, %61,5’i olumsuz bakmaktadır, %10,4’ü ise kararsızdır.

Bu çalışmada kişilerin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temsilcisi olan ASM’leri atlama sebepleri ve buna etki eden faktörler 4 başlık altında değerlendirilmiştir.

- Sosyodemografik Faktörler
- Aile Hekimleri ile İlgili Faktörler
- ASM Özellikleri ile İlgili Faktörler
- Sistemle İlgili Faktörler

6.1. Sosyodemografik Faktörler

Çalışmamızda katılımcıların %58,2’si kadındır ve büyük çoğunluğu evlidir (%77,7). Çocuk hastaların yakınlarını büyük oranda babalar oluşturmaktadır (%51,3). Eğitim düzeyi olarak %29,9 ile ilkokul mezunları çoğunluktadır, arkasından %28,0 ile lise mezunları gelmektedir. Katılımcıların %37,8’inin kronik bir rahatsızlığı vardır, en sık hipertansiyon, ikinci sırada diyabet, daha sonra koroner kalp hastalıkları gelmektedir. %94,0’ının sağlık sigortası veya yeşil kartı bulunmaktadır. %67,8’i genel sağlık durumunu iyi olarak belirtmiştir.

Konuyla ilgili literatürde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin atlanma sebeplerine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Kişilerin demografik özelliklerinin ilk başvuru seçimini etkilemesine ilişkin farklı bulgulara rastlanmaktadır. Uluslararası literatürde genç yaş, erkek cinsiyet, evli olmak, yüksek gelir ve yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların birinci basamağı daha fazla atladığı tespit edilmiştir.⁸⁻¹⁰ Bunların dışında kişilerin toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış açısı, sunulan hizmetin kalitesi, sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmetini kullanma alışkanlıkları da önemlidir.^{83,84} Gençlerin ve geliri yüksek olanların seyahat noktasında sıkıntı yaşamadıklarından uzak sağlık kuruluşlarını tercih etmesi, evli kişilerin uzak olsa bile kendilerini daha iyi bir sağlık kurumuna götürebilecek partnerlerinin olması, yüksek gelirin sağlık harcamaları noktasında kaygı yaratmaması ve yüksek gelirin yüksek sağlık sigortası oranlarıyla ilişkili olması, bu durumun olası nedenleri arasında sayılmaktadır.⁸⁻¹⁰ Ayrıca yaşlıların genellikle sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları bilinmektedir.⁸⁵ Bu sebeple yaşlılar arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin atlanması daha seyrek. Demografik özelliklerin ilk başvuru tercihinde anlamlı olmadıkları veya kadınların birinci basamağı daha çok atladığı da diğer bir literatür bulgusudur.^{12,86} Ülkemizde yapılan çalışmalarda birinci basamağa başvuru oranlarının kadınlarda, çocuklarda ve yaşlı nüfusta daha fazla olduğu; gelir durumundan ve algılanan sağlık düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır.^{13,87-89} 2003 yılında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde yapılan çalışmada kadınların %57,8'inin, erkeklerin ise %42,2'sinin hastaneye başvurmadan önce birinci basamak sağlık kurumuna başvurduğu bulunmuştur.¹³ Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada son bir yılda aile hekimine başvuru oranı 65 yaş ve üzerinde %86,8 iken, 25-44 yaş grubunda %71,7'dir. Aynı çalışmada son bir yılda aile hekimine başvuru oranı kadınlarda %81 iken, erkeklerde %71,5'tir.⁸⁷ Bu durumun sebebi kadınların ve yaşlıların çalışan işgücüne daha az katılması, vakit kaygısı olmadığından birinci basamağın öncelikle tercih edilmesi olabilir. Çalışmamızda açık uçlu sorularda bu kanıyı destekleyecek şekilde, çalışan katılımcılar işten izin aldıklarında ASM'ye gitmek yerine hastanelere gitmeyi zaman kullanım açısından daha uygun bulduklarını ifade etmiştir. Ancak tanımlayıcı bulgularımızda ilk başvuru tercihi ASM ve diğer sağlık kurumları olan katılımcılar arasında demografik özelliklerden cinsiyet, katılımcının yaşı, eğitim durumu, genel sağlık durumu ve kronik hastalık varlığı gibi göstergeler açısından birbirine yakın oranlar bulunmuştur. Bunun sebebi hastaneye başvuran hastaların ASM hastalarından farklı profile olması olabilir. Literatürdeki mevcut çalışmalar çoğunlukla ASM veya hanehalkı çalışmalarıdır.

Çalışmamızda ilk başvuru tercihi ASM olanların %58,5'i, diğer sağlık kurumuna başvuranların %66,9'u kendi evinde oturduğunu belirtmiştir. Sağlık sigortasının varlığı ASM'ye başvuranlarda %91,4, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %93,8'dir. Görüldüğü gibi oranlar birbirine

yakındır. Nüfusun büyük çoğunluğunun Genel Sağlık Sigortası'ndan faydalandığı ve basamaklar arası katılım paylarının yüksek olmadığı düşünüldüğünde, gelir durumunun ve sağlık sigortasının birinci basamağı atlama davranışını etkilemeyeceği düşünülebilir. Gebze'de 2003 yılında yapılan hanehalkı çalışmasında seçilen hanelerin %24,6'sında yaşayanların herhangi bir sağlık sigortasının olmadığı belirlenmiş, acil olmayan durumlarda sağlık sigortası varlığının sağlık kurumu tercihinde etkili olduğu gösterilmiştir.⁹⁰ Aynı yıl Çukurova Üniversitesi'nde yapılan çalışmada, sağlık sigortası olmayan kesimin %7,8 olduğu ve ilk başvuruda tercih edilen sağlık kurumunu etkilemediği bulunmuştur.¹³ Bu sonuçlara göre, toplumda sağlık sigortası oranlarının düşük olmasının ilk başvuru tercihinin etkileyebileceği, sağlık sigortası oranlarının yükselmesiyle, ilk başvuru tercihinin etkilenmediği düşünülebilir. Literatürde sağlık arama davranışını, sosyoekonomik ve sosyo-kültürel faktörlerden ziyade, sağlığa ilişkin algıların ve sağlık ihtiyaçlarının yönlendirebildiği bildirilmektedir.^{12,13}

Çalışmamızda katılımcıların %37,8'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalık takipleri %57,6 ile en sık eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerde yapılmaktadır. Daha sonra %13,2 ile en tercih edilen sağlık kurumu özel hastane/kliniklerdir. Kronik hastalık takiplerini ASM'lerde yaptıranların oranı ise çok düşüktür (%3,5). İlk başvuru tercihi ASM olanların %16,6'sı kronik hastalık takiplerini ASM'lerde yaptıırken, bu oran diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %1,2'dir. Ancak kronik hastalık takibinde eğitim araştırma ve üniversite hastanelerini tercih edenlerin oranı ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerde %36,6 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %61,4'tür. Bu sonuçlar ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlere göre kronik hastalık takipleri için ASM'leri daha fazla tercih ettiklerini göstermektedir. Aynı zamanda ilk başvuruda diğer sağlık kurumlarını tercih edenler kronik hastalık takibinde eğitim araştırma ve üniversite hastanelerini diğer gruba göre daha fazla tercih etmektedir. Ancak her iki grupta da en sık tercih edilen eğitim araştırma ve üniversite hastaneleridir.

Birçok kronik hastalığın takibi birinci basamakta yapılabilmektedir, fakat aynı zamanda kronik hastalık varlığının birinci basamağı atlamakla ilişkili olduğu da bilinmektedir.^{9,57} Kronik hastalıklarda beklenen, büyük bir bölümünün birinci basamakta takip edilmesidir. Ülkemizde kronik hastalık takiplerinde hastaneler sıklıkla tercih edilmektedir.⁵⁷ Bu durum birinci basamağın kapsayıcılık özelliğiyle ters düşmektedir.

Kapsayıcılık; birinci basamakta geniş bir hizmet yelpazesinin varlığıdır. Birinci basamakta hizmeti sürdürmek açısından bir sorunun hizmet sunulan toplulukta yılda 1/2000 görülme sıklığı yeterli kabul edilmektedir. Hizmet yelpazesi birçok hizmet çeşidini içerebilir; bunlar sağlığı koruma, davranış eğitimi, gerektiğinde danışmanlık, akut ve kronik hastalıkların ve yaralanmaların

tedavisi ve takibi, küçük cerrahi işlemler, akıl ve ruh sağlığı sorunları, toplum sağlığıyla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşılması gibi sağlık hizmetleri olabilir.⁹² Avrupa'daki aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada sevk zincirinin uygulanmamasının getirdiği olumsuzluklar arasında özellikle kronik hastalıklar açısından ilk başvuru fonksiyonunun gerçekleştirilememesi sayılmıştır, ayrıca neredeyse tüm ülkelerde, kapsamlılık boyutu ile ilgili olarak birinci basamağın eksik olduğu bildirilmiştir.⁹³ Kronik hastalıklarda ASM'lerin tercih edilme sıklığını arttırabilmek için birinci basamakta çalışan insan gücünün; diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi farklı mesleklerden bireylerle desteklenebileceği ileri sürülmektedir.⁹³

Çalışmamızda erişkin yaş ortalaması 39,7; çocuk yaş ortalaması 5,6 bulunmuştur. İlk başvuruda ASM'leri ve diğer sağlık kuruluşlarını tercih eden gruplarda, yaş grupları dağılımları açısından oranlar birbirine yakındır. Ancak ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %73'ü 5 yaş üstündeki çocuklar için başvururken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %55,1'i 5 yaş ve altındaki çocuklar için başvurmuştur. Açık uçlu sorularda katılımcılar bebek ve çocuk takipleri için uzman hekimleri tercih ettiklerini belirtmektedir. Bebek ve çocuk takibi temel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorumlu olduğu bir alandır. Bu hizmetlerin üst basamaklarda verilmesi zaman, işgücü ve ekonomik kayıplara sebep olmaktadır.⁷⁹ Norveç Bergen Üniversitesi'nin Tanzanya'da yaptığı bir çalışmada kişilerin %59,2'sinin çocuk hastaları için birinci basamağı atladıkları tespit edilmiştir.⁸⁶ Diğer Afrika ülkelerinde yapılmış çalışmalarda da yüksek atlama oranları saptanmıştır ve bu durumun temel nedenleri olarak sağlık çalışanlarına güvensizlik ve kötü hizmet koşulları gösterilmiştir.^{94,95} Avrupa ülkelerinde ise aile hekimlerine başvuru nedenleri arasında bebek ve çocuk takibi ilk sıralarda yer almaktadır.⁹⁶ Ülkemizde de bebek ve çocuk takipleri birinci basamağa en sık başvuru nedenlerinden biridir. Çalışmamızdaki bulgular, hizmet memnuniyeti düşük olan hastaların hastaneye daha fazla başvurmasıyla ilgili olabilir.

6.2. Aile Hekimi İle İlgili Faktörler

Birinci basamağı atlama davranışını, hizmet alınan hekimin bilgi ve becerisi, eğitimi, mesleki derecesi ve tecrübesi etkileyebilmektedir.¹¹ Çalışmamızda ilk başvuru tercihi ASM olanların %56,3'ü, diğer sağlık kurumlarına başvuranların ise %34,1'i aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvendiğini belirtmiştir. İlk başvuru tercihi diğer sağlık kurumları olanların %38,7'si, ASM olanların ise %18'i aile hekiminin bilgi ve becerisinin yeterliliği konusunda emin olmadığını söylemiştir. Bunun sebebi hastaların büyük bir bölümünün ASM'lere nadiren gitmesi ve ilaç yazdırmak, rapor almak veya genellikle soğuk algınlığı gibi daha basit rahatsızlıklar için ASM'yi tercih etmesi, bir bölümünün ise daha önce ASM'ye hiç gitmemesi olabilir. Katılımcılar açık uçlu sorularda ASM'leri en sık bu sebeplerle tercih ettiğini belirtmiştir. İlk başvuruda diğer kurumları

tercih edenlerin %11,9'u, tüm katılımcıların ise %9,7'si daha önce hiç ASM'ye başvurmamıştır. ASM'lere daha önce başvurmama sebepleri arasında sağlık sigortasının olmaması, aile hekimine güvenmemek, devlet ve özel hastaneleri tercih etmek gibi nedenler belirtilmiştir. ASM'lere herhangi bir sebeple başvurmamış hastaların bir kısmının ASM'ler ve verilen hizmetler hakkında herhangi bir fikri yokken, bir kısmı ise genel olarak ASM'lere olumsuz bakmaktadır. Bu durum kişilerin bilgi eksikliği veya geçmişten gelen tecrübelerle aile hekimliği sistemine önyargılı yaklaşmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda aile hekimlerini yetersiz görmekten kaynaklanan hekimin kararına güvenememe, zorunlu sevk sistemine olumsuz bakılmasının sebeplerinden biri olarak da dile getirilmiştir. 2013'te İstanbul Tıp Fakültesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada kişilerin aile hekimine başvurmama nedenlerinde ilk sırada %53 ile "her zaman gittiği başka bir doktorun olması", ikinci sırada %24,2 ile "doktora güvenmemesi" gelmektedir.⁵⁷ Suudi Arabistan'da hastaneye başvuran hastalarla yapılan bir araştırmada da birinci basamağı atlama sebebi olarak ilk sırada %36,6 ile sağlık merkezinin başvuru için yetersiz olması, ikinci sırada %34,3 ile kalifiye hekim ve sağlık personelinin olmaması gelmektedir.⁸

Hekimin bilgi ve becerisine duyulan güvenin oluşumuna, tıbbi yeterliliğin yanında hastayla ve sorunlarıyla ilgilenmenin de katkısı olabilmektedir.⁹⁷ Açık uçlu sorularda katılımcılar aile hekimlerinin yeterince ilgilenmemesinden yakınmaktadır. ASM'lerde muayene olamamak veya yetersiz muayene olmak ASM'leri atlama sebepleri arasında gösterilmiştir. Aile hekimlerinin sıklıkla hastanelere yönlendirdiği, bu sebeple aile hekimine gidilmediği belirtilmiştir. Ayrıca hekimlerin daha çok ilaç yazma eğiliminde oldukları vurgulanmıştır. Verilen ilaçlara güvenmekte sıkıntı yaşayan hastalar mevcuttur. Katılımcılar ASM'leri sıklıkla kendilerine önemsiz görünen hastalıkları için ilaç yazdırmak, istirahat raporu almak veya biten raporlu ilaçlarını reçete ettirmek için kullanmaktadır. SDP öncesinde sağlık ocaklarının sıkıntılarından biri; sıklıkla sevk almak, ilaç yazdırmak, rapor almak gibi işlemler için kullanılması ve diğer birinci basamak hizmetlerinin verilememesiydi. Sağlık ocaklarının bu hizmetler için kullanımı, bugün aile hekimliği sisteminde de devam etmektedir. Bunun sebepleri sistemden kaynaklanan sorunların yanında, basit hastalıklar dışında kalan hastalıkların ASM'lerde tedavi edilemeyeceği bakış açısına, hastalarla birlikte aile hekimlerinin de sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Daha iyi bir sağlık hizmeti alabilmek için katılımcılar genel olarak uzman veya tecrübeli bir hekime görünmek istemektedir. Aile hekimlerinin tecrübesiz veya yeni mezun hekimler olması, katılımcıların şikâyet ettiği durumlardan biridir. Zorunlu sevk sisteminin getirilmesinin faydalarından biri de hekimlerin tecrübe kazanması olarak belirtilmiştir.

Aile hekiminin uzman olması ve kadın doğum, pediatri gibi temel alanlarda uzmanlaşmış hekimlerin de ASM'lerde çalışması, katılımcıların beklentileri arasındadır. Hastaların uzman hekimlere daha çok güvendiği bulgusu, literatürle desteklenmektedir^{11,98} 2005'te Amerika Baltimore şehrinde yaşayanlar ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %50'si birinci basamağı atlama sebebi olarak uzman hekim eksikliğini bildirmiştir.⁹ İran'da 2007 yılında uzman hekimin bulunmadığı birinci basamak hizmeti veren bir kliniğe kayıtlı kişiler ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %54'ü, diğer sağlık kurumlarında bulunan uzman hekimlerin eğitim ve becerilerine daha çok güvenmeyi birinci basamağı atlamanın en sık sebebi olarak göstermiştir.⁹⁹ Starfield ve arkadaşları branş uzman sayısının artması ile sağlık göstergelerinin olumsuz etkilendiği, diğer taraftan birinci basamak hekimlerinin sayısının artmasının ise mortalite oranlarını düşürdüğünü göstermiştir.^{35,100} Ancak bulgularımızla uyumlu olarak, literatürde toplumun, birinci basamağın tercih edilmesi için daha çok pratisyenden ziyade daha çok uzman alınmasını önerdiği bilinmektedir.^{101,102}

Sağlık hizmetini talep eden kişinin istediği hekimi seçebilmesi de ilk başvuru seçimini doğrudan etkileyen faktörlerden biri olarak öne sürülmüştür.¹⁰³ Çalışmamızda ilk başvuruda ASM'leri tercih edenlerin %26,6'sı, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %17,9'u aile hekimini kendisi seçmiştir. Hekim seçebilme hekim ile kişi arasında sürekli bir ilişki bulunması ve bu ilişkinin her iki tarafın da isteği doğrultusunda sürdürülmesi esasına dayanmaktadır. Kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanırken kendi seçtikleri aile hekimlerine kayıt olma hakkı vardır. Kişinin istediği hekimi seçmesi, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırması açısından önemlidir.⁸⁷ Kayseri'de 2010'da bir ilçe merkezinde yapılan araştırmada aile hekimini değiştirenlerin oranı %2,3 olarak bulunmuştur.¹⁰⁴ 2011'de Kayseri il merkezinde yapılan başka bir araştırmada, araştırma grubunun yaklaşık dörtte birinin (%23,9) bu sistemde hekim seçme ve değiştirme hakkına sahip olduklarından haberdar olmadığı bulunmuştur. Çoğunluğun uygulamanın başlangıcında sağlık müdürlüğünce belirlenen aile hekimine kayıtlarının devam ettiği, çok azının (%12,0) aile hekimini değiştirdiği, çoğunun hekim seçme hakkını kullanmadığı görülmektedir.⁸⁷ İlçede hekim değiştirme oranlarının merkeze göre daha düşük olması, hekim sayısının merkeze göre daha az olmasıyla veya kişilerin bu konuda daha az bilgi sahibi olmasıyla ilgili olabilir. Çalışmamızda toplamda katılımcıların %19,5'i aile hekimini kendisi seçmiştir. Aile hekimini kendi seçenlerin oranı çok yüksek değildir. Bu durum kişilerin aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bilmemesinden veya aile hekimlerini yeterince ziyaret etmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Aile hekimliği ve sevk sisteminin aktif olarak kullanıldığı İngiltere'de, bir kişi senede ortalama 5 kere aile hekimine başvururken, Kayseri il merkezindeki çalışmada kişilerin aile hekimlerine yıllık başvuru ortalaması 3,9 olarak bulunurken; çalışmamızda 3,7 bulunmuştur.⁸⁷ Başvuru sayısı

kadar başvuru sebebi de önemlidir. Çalışmamızda katılımcılar ASM'lere en sık ilaç yazdırmak ve rapor almak için başvurduklarını belirtmiştir. Bu sebeple aktif başvuru sayılarının daha düşük olduğu düşünülebilir.

Sağlık hizmetleri, hastaların sağlık ihtiyaçlarını devam eden bir süreç içerisinde karşılamalı ve farklı dönemlerdeki izlem ve tedavilerin tümünü kapsamalıdır. Sağlıkta hizmet sürekliliğinin tanımı, bir muayeneden diğer bir muayeneye kadar izlem, takip olarak yapılabileceği gibi hasta ve sağlık hizmet sunucusu arasında uzun dönemli ve kesintisiz bir ilişkinin olması olarak da yapılabilir.¹⁰⁵ Aile hekimliği ve sevk sisteminin oturtulduğu ülkelerde son altı ayda aile hekimine başvuru oranları %80'in üzerindedir.⁹⁷ Türkiye'de aile hekimliği sistemine 2005 yılında pilot uygulama ile 2011 yılında ise tüm yurt genelinde geçilmiştir. 2011'den bu yana herhangi bir sağlık sorununda kişilerin birinci basamağı tercih etme sıklığının giderek azaldığı görülmektedir.¹⁰⁶ TTB'nin yaptığı niteliksel bir çalışmada aile hekimleri listelerinde yer alan kişilerin %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını, bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer sağlık kurumlarına erişimin kolay olduğu bölgelerde hizmet veren ve listesinde yer alan kişilerin büyük bölümü sağlıklı genç erişkinlerden oluşan aile hekimlerinin hiç karşılaşmadıkları hasta oranlarının ise %80'lere kadar çıkabildiği bildirilmiştir.¹⁰⁷ Bu durum aile hekimliği sisteminin temel amacı olan, kişilerin devamlı takipli olduğu birinci basamak hizmet sunumunun yeterince gerçekleştirilemediğini göstermektedir. Bu konuda aile hekimlerinin de sorumluluğu bulunmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre aile hekimi kayıtlı hastasını yılda en az bir kere görmelidir, ASM'ye gelmiyorsa ev ziyareti yapmalıdır.⁷⁶ Çalışmamızda katılımcıların %36,1'i aile hekimi tarafından genel sağlık durumu kontrolünün ve/veya düzenli takibinin yapıldığını belirtmiştir. Bu durum birinci basamakta hizmet sürekliliğinin düşük olduğunu göstermektedir. Geri kalan katılımcıların aile hekimine gitmediklerinden mi yoksa aile hekimi bu hizmeti vermediğinden mi takip edilemedikleri sorgulanmadığından, bu konuda yorum yapmak mümkün değildir. Ancak hastalar açısından birinci basamakta hizmet sürekliliğinin yeterince sağlanamadığı söylenebilir.

Çalışmamızda birinci basamağın tercih edilmesi, mevcut, bir önceki ve genel sağlık sorunlarında başvuru oranlarına bakıldığında sırasıyla %31,8, %8,2 ve %18,0 olarak bulunmuştur. Çukurova Üniversitesi'nde yapılan çalışmada herhangi bir şikâyetle birinci basamağa başvurma oranı %29 bulunmuştur.¹³ Edirne'de yapılan bir hanehalkı çalışmasında birinci basamağa başvuru oranı %11,1, Van Devlet Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada %9,4 bulunmuştur.^{108,109} Bulunan farklı başvuru oranlarına bakarak, ülkemizde birinci basamak başvuru oranlarının değişken olduğu ve birinci basamak hizmet sürekliliğini sağlama noktasında sorunlar yaşandığı söylenebilir.

6.3. ASM Özellikleri İle İlgili Faktörler

Çalışmamızda katılımcıların %52,7'si ASM hizmetlerini kötü/çok kötü, %25,1'i ne iyi ne kötü, %22,0'ı iyi/çok iyi olarak tanımlamıştır. Bu durum, hastanelere daha çok hizmet memnuniyeti düşük hastaların başvurusuyla ilgili olabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2012'de ASM'lere başvuran hastalarla yaptığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti çalışmasında birinci basamak hasta memnuniyeti %91,5 bulunmuştur.¹¹⁰ Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yaptığı bir hane halkı çalışması olan Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre 2017 yılında kişilerin %73,7'si ASM hizmetlerinden memnundur.¹¹¹ Sözü edilen çalışmalar ASM ve hanehalkı çalışmaları olduğundan, memnuniyetin üniversite hastanelerine başvuran hastalara göre yüksek olması beklenebilir, ancak bu farkın çok büyük olması bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 2012'de Ankara il merkezinde bulunan bazı ASM'lerde 850 kişiyle yaptığı çalışmada "Aile hekiminden aldığım sağlık hizmetinden genel olarak memnunum" önermesine katılımcıların %77'si katılmadığını, %12,7'si kararsız olduğunu, %10,3'ü ise katıldığını belirtmiştir.¹¹²

Sağlıkta basamak atlama davranışının hizmet sunulan yerin imkânlarına da bağlı olduğu bildirilmiştir.¹¹ ASM'lerdeki teşhis ve tahlil için teknik imkânların yetersizliği, birinci basamağı atlamaya en sık sebep olan ve hastaların en çok yakındığı durumlardan biridir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda kişiler birinci basamak sağlık kuruluşlarının teknik yetersizliklerinden bahsetmektedir. Akın ve arkadaşları tarafından Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada birinci basamağı atlama nedenlerinin %36'sını teknik imkânların yetersizlikleri ve birçok tahlilin yapılamaması oluşturmaktadır. Minnesota'da yapılan bir çalışmada daha çok medikal malzemesi ve teknik imkânı olan kliniklerin daha az atlandığı gösterilmiştir.⁹⁸ İstanbul Tıp Fakültesi polikliniklerine başvuran hastalarla yapılan çalışmada katılımcıların %67,9'u ASM'lerde yapılan laboratuvar tetkiklerini yetersiz bulduklarını ifade etmiştir.⁵⁷ Çalışmamızda katılımcıların %61,9'u ASM'lerde teşhis için teknik imkânların yetersiz olduğunu düşünmektedir. İlk tercihi ASM olanlarda bu oran %67 iken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %60,7'dir. Her iki grupta ve özellikle ilk başvuruda ASM'leri tercih edenlerde de oranların yüksek olması, dikkat çekicidir.

ASM'lerde kan tahlili dışında başka bir tetkikin yapılamıyor olması, hastaların ASM'leri tercih etmemesinde önemli bir etkidir. Çalışmamızda hastalar aile hekimlerinin istediği diğer tahlilleri yaptırabilmek için çeşitli sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Bu da zaman ve işgücü kaybına sebep olmaktadır. Özellikle çalışan kişiler işyerinden kısıtlı bir süre için izin alabildiğinden hastaneler gitmeyi daha uygun bulmaktadır. Hastanelerde her türlü tetkikin aynı çatı altında

yapılabilmesi, hekim seçiminde özgür olunması ve acil bir durum yaşandığında müdahale imkânlarının fazla olması nedeniyle, katılımcıların büyük çoğunluğu ASM'lere kıyasla hastanelerde verilen hizmetleri daha iyi ve daha güvenilir bulmaktadır. Özel sağlık sigortası bulunan veya işyerinden anlaşmalı olduğu için özel hastanelerde indirimli muayene olabilen hastalar hemen hemen her zaman özel hastanelere gittiklerini ifade etmiştir. Bu durumun sebepleri olarak, başta fiziki şartların ve teknik donanımın daha iyi olması, her türlü hizmete ulaşımın daha kolay olması, özel hastanelerde ilgi ve alakanın daha iyi olması, sıra beklemek zorunda kalmamak gibi etmenler sıralanmıştır.

Gebze'de yapılan çalışmada kişilerin bir hastalık ya da rahatsızlık durumunda hiçbir sorunu düşünmeden gitmeyi tercih ettikleri sağlık kuruluşunun %56,8 ile özel hastane, %10,8 ile üniversite hastanesi olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %42,5'i, bir hastalık ya da rahatsızlık durumunda hiçbir sorunu düşünmeden gidilen sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni olarak, tercih edilen kurumda teknik imkanların yeterli olması nedeniyle iyi tedavi edilmelerini göstermektedir.⁹⁰ İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada, hastaneyi tercih etme nedenleri olarak katılımcıların %39,7'si tıp fakültesinde daha iyi tedavi olacağına inanma, %37,5'i tetkik imkânların fazla olmasını belirtmişlerdir.⁵⁷ Suudi Arabistan, Amerika, Tanzanya gibi birbirinden farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da, birinci basamağı atlama nedenleri arasında tetkik imkânlarının yetersiz olması ilk üç sırada yerini almaktadır.^{8,86,97}

Dünyada ve Türkiye'de bireyler arasında koruyucu sağlık hizmeti kültürünü yerleştirerek toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve gereksiz sağlık harcamalarını azaltmak, aile hekimliği sisteminin amaçlarından biridir. Birinci basamakta yapılabilen tahliller basit laboratuvar tetkiklerinden, solunum fonksiyon testleri ve birinci basamak ultrasonografilerine kadar uzanabilmektedir.^{24,81} Birinci basamak ziyaretlerinin çoğunluğu, hastaların komplike olmayan problemleri nedeniyle olmaktadır.^{23,25} Yaygın kanaatin aksine, hasta sorunlarının %90-95'inin muayene ve temel bazı testler ile çözülebildiği, birinci basamakta ileri tıbbi tetkiklerin hem çok gerekmediği, hem de çok kullanılmadığı savunulmaktadır.^{23,114}

Son yıllarda ülkemizdeki sağlık harcamaları Avrupa ülkelerinin önüne geçmiştir. Türkiye'de sağlık alanında yoğun teknoloji kullanımı, 2008 -2010 yılları arasında 1000 kişi başına düşen BT tetkiki sayısının %30, MR tetkiki sayısının ise %60 artışı ile kendini göstermektedir. 2016 yılı OECD ülkelerinde kişi başına düşen MR ve BT'nin cihaz ve görüntüleme sayılarına göre Türkiye, cihaz sayısı olarak MR ve BT'de OECD ortalamasının altında bulunmasına rağmen, MR görüntüleme sayısı olarak 1. sırada, BT görüntüleme sayısı olarak 7. sırada yer almaktadır.¹⁰⁶ Bu duru-

mun olası nedenleri olarak, uzmanlaşmanın desteklenmesi, hekimlerin performans kaygısı ve pazar ekonomisi dinamiklerine bağlı olarak teknoloji kullanımının desteklenmesi, aşırı hasta yüküne bağlı hekimin hastasına yeterince vakit ayıramaması sayılmaktadır.¹¹⁵ Bu durum sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğini düşürmektedir.

Daha az teknik imkânla birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının özendirilmesi ve artırılmasıyla ilgili ne yapılabileceğine dair yeterli çalışma bulunmamaktadır. Norveç'te basit kan ve idrar tahlilleri aile hekimliği kliniğinde yapılmakta, gereken diğer tahliller içinse kişi hastaneye sevk edilmektedir.⁵² Hollanda'da aile hekimliği kliniğinde yapılamayan kan tahlili veya radyolojik tetkikler için hastaya bir form verilmekte ve anlaşmalı oldukları hastane veya laboratuvara yönlendirilmektedir.¹¹⁶ Bu uygulama ile hastanelere muayene için başvuru sayısını arttırmadan, gerekli tetkiklerin yapılması sağlanmaktadır.

Ülkemizde A ve B grubu olup birden fazla aile hekiminin görev yaptığı ASM'lerde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. Amaç, aile hekimlerinin görev yaptığı yerleşim birimlerinin ihtiyaçlarına göre haftalık çalışma saatlerini düzenleyerek hastane acillerinde acil bakım gerektirmeyen hastaların muayene alışkanlıklarının aile hekimliklerine yönlendirilmesidir.⁷⁶ Çalışmamızda katılımcıların sadece %5,27'si kayıtlı olduğu ASM'nin cumartesi günleri açık olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında aile hekiminin gezici ve evde sağlık hizmetlerine gitmesi sebebiyle mesai saatleri içerisinde hekime ulaşamadıklarından yakınanlar bulunmaktadır.

Kayseri il merkezinde yapılan çalışmada, katılımcılara mesai saatlerinde çalışan aile hekimleri için aile hekiminin muayene saatleri ile ilgili görüşleri sorulduğunda %26,5'i uygun olmadığını söylemiştir, mesai saatleri dışında aile hekiminden hizmet aldıklarını belirtenlerin oranı %11,5'tir. Kayseri kent merkezinde yapılan çalışmada ASM'lerin mesai saatleri dışında da açık olması yönünde bir talep söz konusudur.⁸⁷

Sağlık sorunu sebebiyle birinci basamağa başvuran hastanın, aynı gün içinde bakılması hizmet yeterliliği açısından önemlidir.¹¹⁷ Yurtdışında ve Türkiye'de esnek mesai uygulamaları ve evde bakım hizmetleri aile hekimliği sisteminde mevcuttur. Mesai saatlerinin esnek olmaması aile hekimliklerini atlama kararını etkilemektedir, daha uzun süre açık kalan kliniklerin daha az atlandığı gösterilmiştir.^{83,98} Kliniklerin kapalı olması hastaların mesai saatleri dışında kalan zamanlarda yoğun biçimde hastane acillerini kullanmalarına yol açmaktadır. İngiltere'de ve çoğu Avrupa ülkesinde ev ziyaretleri öğle arası veya bazen mesai bittikten sonra yapılmaktadır. Özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetlerde ve gece ev ziyaretlerinde teşvik amacıyla hizmet başına ödeme yapılmaktadır.¹¹⁸ Almanya'da aile hekimi acil vakalara mesai saati dışında da bakmakla yükümlü-

dür.¹¹⁰ Türkiye’de, mesai saatleri dışında birinci basamak sağlık hizmetleri sınırlı oranda verilmektedir. Esnek mesai kapsamında açık olması gereken ASM’ler yönetmelikte A ve B grubu ASM’lerdir. Mesai dışı çalışan ASM sayısının az olması, A ve B grubu ASM sayılarının az olmasıyla ilgili olabilir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2012’de yaptığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti çalışmasında Türkiye genelinde en yüksek memnuniyetsizliğe neden olan durumlar, “doktora telefonla ulaşabilme”, “ASM’ye telefonla ulaşabilme” ve “bekleme odasında harcanan zaman” olarak saptanmıştır ve bu durumlar toplam memnuniyetsizliğin %32’sini oluşturmaktadır.¹¹⁰ Çalışmamızda katılımcıların toplam %28,6’sı gerektiğinde aile hekimine telefonla ulaşabildiğini belirtmiştir. Bu oran ilk başvuru tercihi ASM olanlarda %32,9 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %27,5’tir.

Katılımcıların %28,6’sı aile hekimine telefonla ulaşabilmektedir. %32,5 ile katılımcıların önemli bir kısmı telefonla ulaşıp ulaşamadığından haberdar değildir. Bu oran ilk başvuru tercihi ASM olanlarda %22,3 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %34,9’dur. Özetle ASM’ye başvuranların yaklaşık beşte biri, diğer sağlık kurumlarına başvuranların ise yaklaşık üçte biri aile hekimine telefonla ulaşıp ulaşamadığından haberdar değildir. Çalışmamızda katılımcıların aile hekimine başvuru oranlarının az olması, genelde ilaç yazdırmak ve rapor almak için başvurulması sebebiyle hastalar, aile hekimlerinin telefonuna gerek duymamış ve bu sebeple haberdar olmamış olabilirler. Aile hekimine telefonla ulaşılması bazı ülkelerde uygulanan bir sistemdir. Hollanda’da hastalar telefonla görüşme randevusu alarak, kullandıkları ilaçlarla ilgili soruları veya kliniğe gelmeyi gerektirmeyecek küçük sorunları için aile hekimine telefonla danışabilmektedir.¹¹⁶

Çalışmamızda katılımcıların %23,4’ü ASM’lerde muayene olmak için 30 dakikadan daha uzun süre beklediğini belirtmiştir. Bekleme sürelerinin kısa olması, birinci basamak başvuru oranlarının düşük olması ile ilgili olabilir. Katılımcıların ASM’leri ilk başvuruda ve kronik hastalık takiplerinde kullanma oranlarının düşük olması ve yaygın olarak ilaç yazdırmak, rapor almak için kullanılması sebebiyle, ASM’lerde yoğunluğun olmadığı ve bekleme sürelerinin kısa olduğu düşünülebilir. 2013’te İstanbul Tıp Fakültesi’nde yapılan çalışmada da hastaların %90’ı ASM’lerde kısa süre beklediğini veya hiç beklemediğini belirtmiştir.⁵⁷

Hizmetin sunulduğu sağlık kurumunun ikamet yerine yakınlığı ulaşılabilirliği arttırdığından tercih edilme ihtimalini arttırmaktadır.^{9,90} Çalışmamızda katılımcıların %98,0’ı bir ASM’ye kayıtlıdır ve %95,5’inin ASM’si oturduğu ilçededir. %84,1’i kayıtlı olduğu ASM’nin evine yakınlığını belirtmiştir. Bu oran ilk başvuru tercihi ASM olanlarda %92,5, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda ise %82,3’tür. Hastanenin eve yakın olduğunu belirtenlerin oranı ASM’yi tercih edenlerde %34 iken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %35,9’dur. Her iki grubun da

ASM'leri yüksek oranda yakın olarak değerlendirmeleri ve hastane uzaklık algılarının birbirine yakın olması, hastanenin veya ASM'nin eve yakın ya da uzak olmasının ilk başvuru tercihinin etkilemediğini düşündürmektedir. Sağlık arama davranışını, kişinin yaşam koşulları ve sosyoekonomik durumundan ziyade, sağlığa ilişkin algılar ve sağlık ihtiyaçları yönlendirebilmektedir.^{12,80}

6.4. Sistemle İlgili Faktörler

Sağlıkta sevk sistemi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulması, hastaların uygun basamakta tedavi edilmesinin yanında, esas olarak toplumlar için sağlıkta maliyet etkinliğini arttırmak, kaynak israfını azaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Aile hekimlerinin sağlık sisteminin ana giriş kapısı olması beklenir. Sevk zinciri olmadan sağlık sisteminde koordinasyonun, etkili ve maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmetlerinin oturtulmasının güç olduğu savunulmaktadır.⁹³ “Kapı tutucu”, yani hastaların sevk edilmeleri halinde üst basamaklara ulaşılabilirdiği bir sevk sistemi, dünyada çok başarılı örnekleri olmasa da altyapı ve işleyişte bazı koşulların sağlanmasıyla teorik olarak savunulabilen ve ekonomik olarak fayda umulan bir modeldir.⁷⁹

Türkiye’de aile hekimliği sisteminde sevk zinciri bulunmamaktadır. Sevk zinciri uygulaması 2005-2006 yıllarında bir dönem uygulandıktan sonra 2007 yılında kaldırılmıştır. 2008 yılı Kasım ayında Bayburt, Denizli, Isparta ve Gümüşhane gibi oldukça sınırlı nüfusa sahip illerde pilot olarak tekrar başlatılan sevk zinciri uygulaması, 15 gün sonra aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısının çok fazla olması ve ASM’lerde aşırı yoğunluk olması nedeniyle kaldırılmıştır.¹¹⁹ Çalışmamızda aile hekimine yıllık başvuru ortalaması 3,7 olarak bulunmuştur. 2016 yılında kişilerin yılda birinci basamağa başvuru ortalaması 2,7 iken, ikinci ve üçüncü basamağa başvuru ortalaması 5,9 olarak bulunmuştur.¹⁰⁶ Bu rakamlar aile hekimliğinin kapı tutuculuğu işlevini yerine getiremediğini ortaya koymaktadır. Yıllık kişi başı ortalama hekime başvuru sayısı olan 8,6, OECD ülke ortalaması olan 6,9’un üzerindedir.¹⁰⁶ Türkiye’de, OECD ülke ortalamasından çok daha fazla hasta müracaatının karşılandığı göz önüne alındığında, hastanelerde sağlık hizmet sunum kalitesinden taviz verilmek durumunda kaldığı düşünülebilir. Aynı çalışmada Türkiye’de 2016 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk hızı %0,3 olarak bulunmuştur. Sağlık sisteminde sevk zorunluluğu olmadığından ve sevkli ya da sevksiz başvurular arasında hastaneler açısından herhangi bir fark bulunmadığından sevk oranları düşüktür.

Çalışmamızda katılımcıların %61,5’i zorunlu sevk sistemine olumsuz baktığını belirtmiştir, %10,3’ü ise kararsızdır. Açık uçlu sorularda büyük çoğunluğun zorunlu sevk sistemine olumsuz bakmasının sebepleri olarak, temelde hastanelere sevk etme yetkisinin aile hekimlerinde olması nedeniyle, aile hekiminin kararına güvenememe, hekim ve hastaneyi seçme özgürlüğünün

olmaması, ASM’lerde sevk alabilmek için kuyruklar oluşması ve sistemin özel hastanelere başvuruyu arttırması gibi endişeler dile getirilmiştir.

İlk başvuruda hastayı tedavi etme veya uygun gördüklerini hastanelere sevk etme yetkisinin aile hekimlerinde olması nedeniyle, hastalar aile hekiminin tedavisine güvenmek konusunda emin olamayacaklarını veya hastalıklarının sevk gerektirip gerektirmediğinden şüphe duyabileceklerini belirtmektedir. Bu durum aile hekiminin bilgi ve becerisine güvenmenin ilk başvuruyu etkilediği bulgusuyla uyusmaktadır.

Genellikle hastaların farklı branşlar için tercih ettikleri hastaneler veya hekimler bulunmaktadır. Aile hekimlerinin sevk edeceği sağlık kurumunun veya hekimin seçimi, bu noktada önem kazanmaktadır. Sevk sistemiyle birlikte hastalar bu tercihi kendilerinin yapamayacağını düşünerek tedirginlik yaşamaktadır. Daha önce Romanya’da yaşamış bir hasta orada sevk edileceği kurumu veya hekimi seçemediğini, aile hekiminin kişisel anlaşmasının bulunduğu hastane veya hekime sevk ettiğini ve bu durumdan memnun olmadığını belirtmiştir. Bu durum düşündürücü olmakla birlikte, Romanya’da veya başka ülkelerde aile hekimlerinin sevk edecekleri kurumu neye göre seçtiğine dair herhangi bir literatür bulgusuna rastlanmamıştır.

Katılımcıların önemli bir kısmı, zorunlu sevk sisteminin işlemleri uzatıp zorlaştıracığını düşünmektedir. Aile hekimine muayene olmak için değil sevk alabilmek için gidileceği, bu durumun da ASM’lerde yoğunluk oluşturacağını belirtilmektedir. Sevk alabilmek için hekimle tartışmak, sevk alabilseler bile hastane başvurusu için “oradan oraya” gitmek zorunda kalmak ve yaşanacak “vakit kaybı”, bunun sonucunda hastalığın ilerlemesi gibi olası durumlar hastaları tedirgin etmektedir. Bu bakış açısı hastaların ASM’lerde tedavi olacaklarına inanmamaları ve sağlık ocaklarında olduğu gibi sadece sevk alabilmek için ASM’lere başvuracaklarını düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

TTB’nin ASM ve TSM çalışanlarıyla yaptığı niteliksel çalışmada, Türkiye’de kullanılan veri giriş sistemlerinin, hastanın farklı birimlerden aldığı hizmetleri bir arada gösterebilme açısından geliştirilmeye ihtiyaç duyduğu birinci basamak hekimlerince dile getirilmiştir.¹⁰⁷ Ülkemizde sağlık kurumları ve basamaklar arasında hastaların bütün sağlık kayıtlarının tutulduğu ortak bir kayıt sistemi bulunmamaktadır. Birinci basamağın diğer basamaklarda yapılan işlemlere erişimi olmasa da çalışmamızda katılımcılara uzman hekimler tarafından konulan tanılar ve uygulanan tedavileri, aile hekimlerinin bilip bilmediği sorulmuştur. Katılımcıların %19,7’si aile hekimlerinin uzman hekim kontrolünde yapılan tetkik, tanı ve tedavilerden haberdar olduğunu belirtmiştir. Geri kalan katılımcıların aile hekimine gitmediklerinden mi yoksa aile hekimi takip etmediğinden mi bilinmediği sorgulanmamıştır. Bu sebeple sorunun hangi durumdan kaynaklandığı söylenemez. Ancak

uzman hekimlerin koyduğu tanı ve verdiği tedavilerin aile hekimleri tarafından büyük oranda bilinmediği ve hasta açısından eşgüdüm özelliğinin sağlanamadığı söylenebilir.

Birinci basamakta sistemin işlerliğini kolaylaştıran etmenlerden biri de randevulu hizmet verilmesidir. Randevu alımının kolay olması ilk başvuruda ulaşılabilirlik etmeninin önemli özelliklerinden biridir. Birinci basamakta randevu alımının zor olmasının ve diğer kurumlarda hizmete daha kolay ulaşılmasının, birinci basamağın atlanmasında önemli olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur.^{8,97} Sağlık Bakanlığı'nın 2012'de yaptığı çalışmada hastaların %89,3'ü ASM'den uygun zamanda randevu alabilme özelliğine iyi veya çok iyi yanıtını vermiştir. Çalışmamızda ASM'lerden randevu alımıyla ilgili bir soru sorulmamıştır ancak açık uçlu sorularda belirtildiği üzere ASM'lerin randevu ile çalışmasından memnun olmayanlar bulunmaktadır. Hastanelere de randevu ile gidilmesi sebebiyle, ASM'lerin daha az tercih edildiği belirtilmektedir.

Çalışmamızda ilk başvuruda ASM'leri tercih edenlerde katılım payı alınmaması sebebiyle ASM'leri tercih etmeyi düşünenlerin oranı %41,4 iken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %21,7'dir. Sağlık hizmetlerinde birinci basamağın atlanma durumunu etkileyen faktörlerden birinin de hizmet başına tahsil edilen ücretler olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple basamak atlamakta caydırıcı olarak hastanelerde hizmet başına yüksek maliyetlerin uygulanması, birçok ülkede uygulanan bir durumdur.¹¹ Ancak daha yüksek maliyetle bile hastaların daha kaliteli olduğunu düşündükleri kurumları tercih ettikleri ve bu durumun ekonomik durumdan bağımsız olduğu da savunulmaktadır.^{8,97,122}

Uzun süre aynı hizmet sağlayıcısından hizmet almak, birinci basamak sağlık hizmeti memnuniyetini arttırabilmektedir.⁹⁷ Aile hekimliği uygulamasının etkin bir şekilde işletildiği İngiltere, Danimarka ve Avustralya gibi ülkelerde bir aile hekiminin hastası ile olan ilişkisinin ortalama süresi 8-13 yıldır.¹²³ Kansas'ta yapılan bir çalışmada katılımcıların %31'inin aynı hekime 5-10 yıldır, %41'inin 10 yıldan daha fazla bir süredir kayıtlı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcılar aile hekimlerinin sık değişmesini, birinci basamağı atlama sebepleri arasında göstermiştir. Katılımcılar bu durumun kendilerinde güvensizlik oluşturduğunu belirtmektedir. Ülkemizde mevcut sistemde, pratisyen hekimler uzmanlık eğitimi almadan aile hekimi olabilmektedir. Özellikle yeni mezunlar Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) hazırlanırken, geçici olarak aile hekimliği yapabilmektedir. Aynı zamanda Toplum Sağlığı Merkezleri'nde (TSM) mecburi hizmet yapan hekimler için, boş olan aile hekimliği birimlerine görevlendirme yazılabilmektedir. Bu durum devamlı değişen bir aile hekimi kitlesine neden olmaktadır. Bunun yanında birinci basamağın yeterince özendirilmemesi ve tıp fakültelerinin daha çok uzman hekim yetiştirmeye yönelik eğitim vermesi, aile hekimliğine olan talebin azalmasında etkili olabilir.

6.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülen bu çalışma, bir üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda ASM'leri atlama sebepleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Toplumun sağlık sorunlarının neler olduğunun belirlenmesi, bunların kişi, yer ve zamanla ilişkilerinin incelenmesi tanımlayıcı epidemiyolojik araştırmalar ile gerçekleştirilir. Tanımlayıcı araştırmalar klinik veya toplumsal gözlemlerin doğruluk derecelerini belirler, herhangi bir hipotez yoktur. Ancak bu araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında, nedenlere yönelik hipotezler geliştirilebilir. Bu hipotezlerin doğrulukları ise analitik araştırmalarla test edilir.¹²⁴

Epidemiyolojik araştırmalarda çalışılacak toplumun seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi bulguların genellenebilirliği açısından ilk tercih edilen yöntemdir.¹²⁵ Bu çalışmada adı geçen yöntemin ya da sistematik örnekleme yönteminin kullanılabilmesi için hastaların bir listesinin (örnekleme çerçevesi) gerekli olduğundan her iki yöntem de kullanılamamıştır. Bu sebeple herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru anında tercih edilebilecek klinik tıp dalları tespit edilmiştir. Örnekleme sayısı her bir polikliniğe ağırlıklandırma yapılarak dağıtılmıştır. Böylece örneklemin evreni temsil etme olasılığı artırılmaya çalışılmıştır

İstanbul, ülkenin her bölgesinden göç alan ve çeşitli grupları barındıran bir metropoldür. Bu çalışmaya katılan kişiler her ne kadar farklı ilçelerden olsa da genellikle orta ve düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeydeki toplulukların yaşadığı ilçelerden gelmektedirler. Çalışma evreni kısıtlı bir grubu temsil ettiğinden sonuçlar tüm topluma genellenemez.

Ankette yer alan “Aile hekiminiz genel sağlık durumunuzu veya sağlığınıza ilgili sorunları biliyor ve takip ediyor mu?” ve “Uzman bir hekime görüldüğünüzde uygulanan tetkik, tanı ve tedavilerden aile hekiminizin haberi olur mu?” sorularının cevapları “evet” ve “hayır” şeklinde toplanmış, “bilmiyorum” seçeneği koyulmamıştır. “Evet” cevabı verenler içinde “bilmiyorum” cevabı vereceklerin bulunma ihtimali çok düşük olmakla birlikte, sorgulanan özelliklerin uygulanıp uygulanmamasının nedenlerine yönelik karşılaştırmalı analizler yapılmamıştır.

Çalışmamız poliklinikte sıra bekleyen hastalarla yapıldığı için, açık uçlu sorularda uzun cevaplar alınamamıştır. Özellikle “Konuyla ilgili söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?” sorusuna birkaç kişi dışında cevap veren olmamıştır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Mevcut şikâyetle ve bir önceki sağlık sorununda ilk olarak ASM'lere başvurma oranı sırasıyla %31,9 ve %8,2'dir. Aile hekimine yıllık başvuru ortalaması 3,7 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %22'si ASM'lerde verilen sağlık hizmetlerini iyi veya çok iyi, %25,1'i ne iyi ne kötü, %52,7'si kötü veya çok kötü bulmaktadır. Genel olarak herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak tercih edilen sağlık kurumu %49,4 ile eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerdir, ASM'lere başvuru oranı ise %18,0'dır. İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %48,9'u, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin %60,2'si kadındır. ASM ve diğer sağlık kurumlarına başvuran her iki grupta da yaklaşık olarak dörtte biri çocuk hasta için başvurmuştur. İki grupta da katılımcıların yarısından fazlasını ilkokul ve lise mezunları oluşturmaktadır. Katılımcıların %93,4'ünün sağlık sigortası bulunmaktadır. Bu oran her iki grupta da toplam orana ve birbirine yakındır. Her iki grupta da katılımcıların yaklaşık üçte ikisi genel sağlık durumlarını iyi olarak ifade etmiştir. İlk başvuru tercihi ASM ve diğer sağlık kurumları olan katılımcılar arasında demografik özelliklerden cinsiyet, katılımcının yaşı, eğitim durumu ve genel sağlık durumu gibi göstergeler açısından birbirine yakın oranlar bulunmuştur.

Kronik hastalık takip yeri olarak en fazla tercih edilen sağlık kurumu iki grupta da eğitim araştırma ve üniversite hastaneleridir. Ancak kronik hastalık takibinde eğitim araştırma ve üniversite hastanelerini tercih edenlerin oranı ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerde %36,6 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %61,4'tür. İlk başvuru tercihi ASM olanların %16,6'sı kronik hastalık takiplerini ASM'lerde yaptırırken, bu oran diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerde %1,2'dir.

Katılımcıların %36,9'u daha önce sunulan hizmetten memnun kaldığı için Bezmialem Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurmuştur. %98,0'ı bir ASM'ye kayıtlıdır. %84,1'inin evi kayıtlı olduğu ASM'ye yakındır. İlk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin %26,6'sı aile hekimini kendi seçerken, diğer sağlık kurumlarının tercih edenlerin %17,9'u aile hekimini kendisi seçmiştir.

Katılımcıların %90,2'si daha önce en az bir kere ASM'ye başvurmuştur. %5,2'sinin kayıtlı olduğu ASM, cumartesi günleri açıktır ve bu oran ASM'ye ve diğer sağlık kurumlarında başvuranlarda aynıdır. İlk başvuruda diğer sağlık kurumuna başvuranların %31,1'i, ASM'yi tercih edenlerin ise %21,2'si kayıtlı olduğu ASM'nin cumartesi günü açık olup olmadığını bilmemektedir.

İlk başvuruda ASM'ye başvuranların %56,3'ü aile hekiminin genel sağlık durumunu bildiğini ve takip ettiğini beyan ederken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda bu oran %31,5'tir.

İlk başvuruda ASM'ye başvuranların %31,9'u uzman bir hekime görüldüğünde uygulanan tetkik ve tedavilerden aile hekiminin haberi olduğunu belirtirken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda bu oran %16,9'dur.

İlk başvuru tercihi ASM olanların %56,3'ü aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvendiğini belirtirken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin ise %34,1'i aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvendiğini belirtmiştir. Aile hekiminin mesleki bilgi ve becerisine güvenme konusunda emin olamayanların oranı, ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerde %18 iken, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %38,7'dir.

Her iki grupta da katılımcıların üçte ikisi ASM'lerdeki teknik donanımın teşhis için yetersiz olduğunu düşünmektedir. Aile hekiminin verdiği tedaviden fayda gördüğünü belirtenlerin oranı ASM'ye başvuranlarda %59,5, diğer sağlık kurumlarına başvuranlarda %47,1'dir. Diğer sağlık kurumlarına başvuranların üçte biri aile hekiminin verdiği tedaviden fayda görme konusunda emin olmadığını belirtirken, bu oran ASM'ye başvuranlarda yedide birdir.

Aile hekimine telefonla ulaşabildiğini ifade edenlerin oranı tüm katılımcıların üçte birinden azdır. İlk başvuruda diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin üçte biri, ASM'ye başvuranların ise beşte biri, aile hekimine telefonla ulaşıp ulaşamadığından haberdar değildir.

İlk başvuru tercihi ASM olanların %41,4'ü katılım payı alınmadığı için ilk olarak ASM'lere başvurmayı düşündüklerini belirtmişlerdir, bu oran diğer kurumları tercih edenlerde %21,7'dir.

İlk başvuru tercihi ASM olanların %42,5'i zorunlu sevk sisteminin getirilmesine olumlu bakarken, diğer sağlık kurumlarını tercih edenlerin ise %24,8'i olumlu bakmaktadır.

Açık uçlu sorularda elde edilen bulgular, ASM'lere daha önce hiç başvurmama sebepleri, ASM'leri atlama sebepleri ve zorunlu sevk sistemine bakış açısı olarak 3 başlık altında incelenmiştir. ASM'lere hiç başvurmama nedenleri:

- Aile hekimine güvenememek
- ASM'nin eve/işe uzak olması
- Yurtdışında çalışıyor olmak
- TC vatandaşı olmamak
- Aile hekimine kayıtlı olmamak
- Aile hekimi kaydının başka bir ilçede olması
- Sigortasız olmak
- Devlet hastanelerini tercih etmek
- Özel hastaneleri tercih etmek

olarak belirtilmiştir.

ASM'leri atlamanın temel sebepleri; aile hekimlerinin ilgisizliği, uzman hekim beklentisi, aile hekimine her zaman ulaşamamak ve hekimlerin sık değişmesi, ASM'lerde tetkik ve tahlil imkânlarının kısıtlı olması, hastanelerdeki teknik imkânların ve personel sayısının daha fazla olması, ASM'lerin genel olarak basit rahatsızlıklar veya ilaç ve rapor yazdırmak için tercih edilmesi, hiç başvurmamış hastaların ASM'ler hakkında bilgi sahibi olmaması veya ASM'lere olumsuz bakmasıdır.

Zorunlu sevk sisteminin getirilmesine olumlu bakanlar bunun sebepleri olarak; ASM imkânlarının arttırılması şartıyla iyi olacağını, aile hekimlerinin tecrübe kazanacağını ve daha az sayıda hasta bakılacağından hastane koşullarının iyileşeceğini belirtmiştir. Zorunlu sevk sistemine olumsuz bakanlar ise; aile hekiminin tedavisine veya sevk etmeme kararına güvenemeyeceğini, hekim ve hastaneyi seyme özgürlüğünün ortadan kalkacağını, ASM'lerde sevk alabilmek için kuyrukla-rın oluşacağını ve bu sistemin hastaları özel hastanelere yönlendirebileceği kaygılarını ifade etmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ ASM memnuniyet düzeyleri ve ASM'lerin ilk başvuruda tercih edilme oranı oldukça düşüktür. Aile hekimlerinin ilk başvuruda tercih edilmesi veya uygulanırsa sevk sisteminin başarılı olabilmesi açasından, mevcut sistemde toplumun beklentileri de göz önüne alınarak bazı düzenleme ve değişiklikler yapılmalıdır.
- ✓ Aile hekimliği sistemini başarıyla uygulayan ölkelerde aile hekimleri alanında uzmanlık eğitimi almış hekimlerden oluşmaktadır. Ölkemizde de yakın zaman içerisinde birinci basamakta sadece aile hekimi uzmanlarının çalışması sağlanacaktır. Bu sebeple hekimler ya 3 yıl uzmanlık eğitimi almakta veya sözleşmeli aile hekimiyse 6 yıllık eğitim programını tamamlamaya çalışmaktadır. Toplumun aile hekimlerine güvenini sağlayabilmek için, bu süreçlerden haberdar edilmesi ve aile hekimlerinin sadece uzmanlık döneminde değil, devamlı olarak bakanlık tarafından verilen sürekli eğitimlere katıldıklarına dair bilgilendirilmesi sağlanabilir.
- ✓ Birinci basamakta uzun süreli hasta hekim ilişkisi, hizmet kalitesi ve devamlılığı açasından önemlidir. ASM'lerde uzman aile hekimlerinin çalışması, hasta ve hekim ilişkisinin süreklilik kazanmasını sağlayarak, hekimlerin sıkça değişmesine engel olabilir.
- ✓ Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusunu tanması ve yılda en az 1 kere görmesi, hastaların geliş sebepleri dışında genel sağlık durumunu da takip etmesi ve hastanın başka kurumlarda geçirdiği tıbbi işlemleri sorgulaması, hasta memnuniyetinin artmasını sağlayabilir .

- ✓ Toplumda sık görülen kronik hastalıkların takibi, birinci basamakta yapılabilir. Bunun için kronik hastalık takiplerinde yapılması gereken testlerin, hekimin uygun gördüğü bir laboratuvar veya hastanede yapılması, hasta takiplerinin ise aile hekimleri tarafından yapılması sağlanabilir.
- ✓ ASM'lerin tetkik imkanlarına idrar ve kan tahlillerinin yanı sıra basit ultrason ve röntgen de eklenebilir. Aile hekiminin uygun gördüğü tetkikler ASM'lerde yapılamıyorsa, hekimin anlaşmalı olduğu bir laboratuvar veya hastanede yapılması sağlanabilir. Böylece hastanelere muayene için başvuru sayısını arttırmadan, gerekli tetkiklerin yapılması sağlanabilir.
- ✓ Aile hekiminin sevk edeceği hastaya hastane randevusu ayarlamakta yardımcı olması ve sevkle gelen hastalara tüm sağlık kurumlarında öncelik tanınması, birinci basamağın özendirilmesini sağlayabilir.
- ✓ Ulaşılabilirliği arttırmak amacıyla, mesai saatleri içerisinde veya aile hekiminin belirleyeceği program dâhilinde, hastalara telefonla görüşme randevusu ayarlanabilir.
- ✓ ASM'lerin esnek mesai saatlerinin arttırılarak hafta sonları veya mesai saatleri dışında daha fazla açık olması ve gezici veya evde sağlık hizmetlerinin mesai saatleri dışında yapılması düşünülebilir. Ayrıca gezici sağlık hizmetleri için ayrı ASM'lerin kurulması ve sağlık personeli açısından bu bölgelerin teşviklerle özendirilmesi sağlanabilir. Böylece ASM'lerde hizmet sürekliliği arttırılmış olacaktır.
- ✓ Sağlık kurumları ve basamaklar arasında hastaların bütün sağlık kayıtlarının tutulduğu ortak bir kayıt sistemi oluşturulabilir. Hastanın tıbbi geçmişi, daha önce konulan tanılar, yapılan işlemler vb. bu sistemde kaydedilmeli ve tüm basamaklardan erişilebilmelidir. Bu sistem sayesinde hastaların tüm basamaklarda aldığı tanı ve gördüğü tedavi aile hekimi tarafından izlenebilecektir.
- ✓ ASM'lerde verilen hizmetler, hekim seçme hakkı vb. gibi konularda halkın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ Bu çalışma, tanımlayıcı bir çalışma olduğundan, elde edilen bulguların neden sonuç ilişkilerinin incelenmesi için analitik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.
- ✓ Bu çalışma üniversite hastanesine başvuran hastaların bakış açılarını ve düşüncelerini yansıtmaktadır. Benzer bir çalışmanın ASM'lere başvuran hastalarla da yapılması; ilk başvuru sıklığının farklı gruptaki durumunun değerlendirilmesi ve ASM'ye başvuran hastaların zorunlu sevk sistemine bakış açılarının saptanması açısından önemlidir.

- ✓ Konu ile ilgili aile hekimlerinin düşünce ve tutumlarını da yansıtan araştırmaların yapılması önemlidir. Aile hekimlerinin zorunlu sevk sistemine bakış açılarının, hastaların beklenti, şikâyet ve taleplerinin aile hekimliği perspektifinden nasıl görüldüğünün anlaşılması, değişecek politikalara yön verilmesi noktasında faydalı olacaktır.
- ✓ Bu çalışmada nitel veri toplanırken derinlemesine görüşmeler yapılmadığı için, kişilerin ASM'leri atlama davranışını belirleyen ve etkileyen faktörlerin niçin ve nasıl olduğu detaylı olarak ortaya konulamamıştır. Bu sebeple konuyla ilgili karma veya niteliksel çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.



8.KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Cilt III*. 3. Baskı. Ankara, Hacettepe Yayınları, 2015:1483.
2. Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. *JAMA*, 1999, 6:262-281
3. Farmer F, Stokes L, Fisher R, Poverty H. Primary care and age-specific mortality. *J. Rural Health*, 1991, 7:153-169.
4. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, Oxford University Press. 1998.
5. Starfield, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press. 1998.
6. Boerma W. (2003). Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL.
7. Gökçe E. Bir Üniversite Aile Hekimliği Polikliniğinin Hasta Profili Ve Başvuru Nedenleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2015.
8. Alghanim SA. Factors associated with patients bypassing primary health care facilities in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Kuwait Medical Journal*, 2011, 43(1): 26-32.
9. Jiexin (Jason) L, Bellamy G, Barnet B, Shuhe W. Bypass of local primary care in rural counties: Effect of patient and community characteristics. *Annals Of Family Medicine*, 2008, 6(2): 124-130.
10. Paul BK. National health care 'by-passing' in Bangladesh: a comparative study. *Soc. Sci. Med*, 1999, 49:679-689.
11. Humphreys, JS, Weinand HC. Evaluating consumer preferences for health care services in rural Australia. *Australian Geogr*, 1991, 22(1):44-56.
12. Blackwell DL, Martinez ME, Gentleman JF, Sanmartin C, Berthelot JM. Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: Findings from a binational health survey. *Medical Care*, 2009, 47:1136-1146.
13. Erdem Tuna G, Akpınar E, Saatçi E. Bir üniversite hastanesine başvuruları etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hek Derg*, 2007, 10(3):103-107.
14. DSÖ, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, Cenevre, 1986.

15. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 6. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2010:69.
16. Kurtulmuş S. 1998. *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, 1. Baskı, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998:136.
17. Kocadağ D. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Düşünceler Ve Aile Hekimlerinin Sunduğu Hizmetlerden Memnuniyet: Bolu İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2016.
18. Akdur R. *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Üçüncü Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000:24
19. Akbolat, M. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, Sınıflandırılması Ve Fonksiyonları. https://dosya.sakarya.edu.tr/Dokumanlar/2013/272/501598838_saglik_hizmetlerinin_ozellikleri_siniflandirilmesi_ve_fonksiyonlari. 28.04.2018.
20. Çağlar A, Gülel, FE. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet: etkinlik ve mekansal etkileşim analizi. *Journal of Life Economics (JLE)*, 2015, 2(2):29-58
21. Gürfidan C. Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti Ve Memnuniyet Kırklareli İl Merkezi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
22. Ünal E. Sağlık Ekonomisi. İçinde: Sağlık İşletmeciliği, M. Ateş, 2. Baskı. İstanbul, Beta Yayıncılık, 2012:181-234.
23. Bilir N, Öztekin Z, Güler Ç. *Halk Sağlığı Özet Temel ve Klinik Bilimler III*, 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 1996:3.
24. Baysal A. Beslenme. 13. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 2011:4-6
25. Aytekin F, Bulduk S. Üniversite öğrencilerine verilen eğitim modellerinin öğrencilerde davranış değişikliğine etkilerinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 2000, 148:1- 5.
26. Açıık Y, Çelik G, Ozan AT, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Gülbayrak C. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Sağlık ve Toplum*, 2003, 13(4):74-80.
27. Oktar İ, şanlıer N. İlköğretim okullarında uygulanan beslenme programları ve öğrencilerin beslenme davranışları ile ilgili öğretmen ve yöneticilerin görüşleri. *Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi/ Mesleki Eğitim Dergisi*, 2003, 2:1-8.
28. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 1. Baskı, 2017:6

29. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2010:52-55.
30. Akbelen MM, Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2007.
31. Akdur R, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyum, ATAUM Araştırma Dizisi no:25, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006:20.
32. Erdem Ş. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2007.
33. The İnterim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services. Socialist Health Association 26 April 2011, erişim tarihi 28.04.2018
34. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now more than ever. Geneva (Switzerland), erişim tarihi 28.04.2018
35. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health., Johns Hopkins University; New York University. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005. 457–502.
36. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*, 1999, 318:515-520.
37. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998, 47:105–109.
38. Starfield, B. Primary care, equity and health in an international context. A work-in-progress seminar on health and healthcare in changing environments: the Malaysian experience. 2003. <http://www.pcdom.org.my/phc> erişim tarihi: 26.08.2018
39. Macinko J, Starfield B, Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38:3.
40. Deppe H.U. (2005). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 3. Aktualisierte Auflage. Verlag für akademische Schriften. Frankfurt.
41. Skarbinski J, Walker HK, Baker LC, Kobaladze A, Kirtava Z, Raffin TA. (2002). The burden of out-of-pocket payments for health care in Tbilisi, Republic of Georgia. *Jama* 27; 287(8): 1043-9.

42. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care Systems in Transition (HiT). HiT country profiles. http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1, erişim tarihi: 20.04.2018
43. Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. Rakel RE. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 3-18, 159-209, 253-61, 1587-1602.
44. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona WONCA Europe Office Publication:2002. p. 4-6, 8-46
45. Güldal D, Günvar, T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2012, 16 (3):107-112
46. Akdağ R, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004, s.36.
47. Ersoy F. Aile hekimliği. SB Diyalog Dergisi, 2005, 9:19.
48. "Dünya'da Aile Hekimliği", T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://aile-hekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/dunyada-aile-hekimlii.html>. erişim tarihi 26.10.2017
49. Turhan ES, Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ufuk Üniversitesi, 2014.
50. KILIÇ E. Kayseri İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin ve Aile Reislerinin Hekim Seçimi Konusundaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2009.
51. Uysal F. Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
52. Ünlüoğlu İ, Özcan Paycı S. *Dünyada Ve Türkiye 'de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları*, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:23-26.
53. Yaman ve Sanholzer, "Almanya 'da Aile Hekimliği Uygulaması", Aile Hekimliği Mesleki Gelişim Portalı, <http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=42>. Erişim tarihi: 20.03.2018
54. Muğla Aile Hekimleri Derneği. Aile Hekimliğinin Tanımı, Özellikleri ve Dünyadaki Gelisimi. http://www.muglahed.org/index.php/aile-hekimligi/aile_heimligi/dunyadakigelisimi. Erişim tarihi:21.03.2018

55. Elkin N. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Hizmetleri Bilme Ve Yararlanma Durumları İle Memnuniyetlerinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
56. Saatçi E, Sezer H. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları. İçinde: Çağlayan H. Aile Hekimliği, 2. Baskı. İstanbul, İletişim Yayınları, 1996: 49-70.
57. Köroğlu Oyan N. Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Bilgi Ve Düşünceleri. İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
58. Çeçem KB, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa'da aile hekimliği uygulaması ve eğitimi: Türkiye modelinin incelenmesi. *Ankara Med J*, 2015, 15(3):153-160.
59. Sağlık Turizmi, İskandinav Ülkeleri, Norveç <http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/ust/nor-vec.pdf>, Erişim tarihi: 22.03.2018
60. Kızılınal P. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2017.
61. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği, Dünyada Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/duenyada-aile-hekimlii.html> Erişim tarihi: 26.10.2017
62. Fişek N. *Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi*, Ankara, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, 1983.
63. Tunca Y. *Sağlık Çalışmalarında 40 Yıl 1922-1962*, Ankara, SSBY Yayınları, 1964:17-22.
64. Öztekin Z, Eren N. *Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*: Ed: Bertan M, Güler Ç, Ankara, 1997:369-385.
65. Aydın E. *Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*, Natürel Yayıncılık, Ankara, 2002:24-76.
66. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara, 2007.
67. Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu- Ana Rapor, Dünya Bankası Doküman Rapor No.24358-TU, Mart 2003.
68. OECD, World Bank. *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye, OECD ve IBRDle 14*, 2008:15-43.
69. Sülkü, SN. *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları No:2011/414.

70. Ataay, F. *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
71. Lamba M, Altan Y, Aktel M, Kerman U. *Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme*. Amme İdaresi Dergisi, 2014:53-78.
72. Ataay F. *Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları*. Amme İdaresi Dergisi, 2008, 41(3), 169-184.
73. Bağcı G. Aile Hekimliği: Temel Kavramlar, Yasal Çerçeve, İşleyiş, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
74. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan R, Hacıımamağaoğlu A. *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, 1. Baskı. Ankara, Mavi Ofset, 2004:54
75. NTV Haber, <https://www.ntv.com.tr/saglik/sevk-zinciri-geliyor-once-aile-hekimine-sonra-hastaneye,vWnoc88z2kOQwDWUDJBidA> Erişim tarihi: 20.12.2017
76. *Resmi Gazete*, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>, Erişim tarihi: 03.01.2018
77. Devlet Memurları Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>, Erişim tarihi: 04.02.2018
78. Z. Öztekin, Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Ankara, 2006, 25(2):1
79. Başol E. Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 4(8):128-140.
80. Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: Could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch Gerontol Geriatr*, 2006, 43:369-380.
81. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, Genç H, Soydan BS, Sarı AG, Sevinçer S, Paksoy FK, Öztürk Ş, Palabıyık E. Toçoğlu H. Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2012, 2(3):7-13.
82. Gulliford MC. Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002;24:252–254.
83. Khumalo I, Mangongo B, Schneider H. Community perceptions of the quality of health care service. *HST Update*. 1999;40:12–13.
84. Baltussen RMPM, Yé Y, Haddad S, et al. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. 2002;17(1):42–8.

85. Al-Windi A. Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*, 2005, 13:67–74.
86. Kahabuka C, Kvale G, Moland KM, Hinderaker SG. Why caretakers bypass primary health care facilities for child care - a case from rural Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2011, 11:315.
87. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Prev Med Bull*, 2013, 12(4):417-424.
88. Şenol V, Çetinkaya F, Balcı E. Kayseri kent merkezinde genel popülasyonda sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2010, 30(2):721-730.
89. İlhan MN, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25(3):33-41.
90. Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2004, 7(3):320-341.
91. Farley, PJ. Private insurance and public programs: coverage of health services. Data preview. National Center for Health Services Research, Rockville, Maryland, 1984, 311 pp.
92. Starfield B. Comprehensiveness of Care: Concept and Importance, RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009.
93. Kringos DS, Boerma W, Bourgueil Y et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63(616):e742-50.
94. Audo MO, Ferguson A, Njoroge PK. Quality of health care and its effects in the utilisation of maternal and child health services in Kenya. *East Afr Med J*, 2006, 82(11):547-553.
95. Low A, Coeyere D, Shivute N, Brandt LJ: Patient referral patterns in Namibia: identification of potential to improve the efficiency of the health care system. *Int J Health Plan M*, 2001, 16(3):243-257.
96. Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The Nature of Primary Medical Care. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol L, Mant D, Silagy C, eds. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. 1st ed. New York, Oxford University Press, 2004:3-10.
97. Paul BK, Rumsey D. Primary care providers bypassing in rural Kansas. *Transactions Of The Kansas Academy Of Science*, 2002, 105:79-90.

98. [Rieber GM](#), [Benzie D](#), [McMahon S](#). Why patients bypass rural health care centers. *Minn Med*, 1996, 79(6):46-50.
99. Rasoulinezhad SA. Patient views for self-referral to specialists. *Iranian J Publ Health*, 2007, 36:62-67.
100. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff*. 2005, 24:97-107.
101. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994, 344(8930):1129-1133.
102. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60(3):201-218.
103. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*. 1983, 9:91-109.
104. Alagöz UÖ, Tengilimoğlu D, Ünalın D. Kayseri ili Develi ilçesi'nde hizmet kullanıcıların bakış açısı ile aile hekimliği sistemi. *Hastane Dergisi*, 2010, 12(66):106-113.
105. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press, 2006:3-21.
106. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017, s:128-143.
107. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara.2013. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf /erişim tarihi: 21.02.2018.
108. Şahin EM, Şahin ÖÖ. Point of entry to health care system: a community based study in Edirne, Turkey. *Turk J Med Sci* 2004, 34:109-114.
109. Şahin HA. Ders Notları. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2003. http://www.vanaile.com/modules/articles/index.php?cat_id=2 adresinden 14/01/2016 tarihinde erişilmiştir.
110. http://www.londondeanerv.ac.uk/gp/gp_recruitment/vvord/assessing_previous_experience.doc İnternet Erişim Tarihi:20.02.2018
111. Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2003-2017. Türkiye İstatistik Kurumu Demografi İstatistikleri Daire Başkanlığı Toplumsal Yapı Ve Cinsiyet İstatistikleri Grubu Raporu. S:29.
112. Aycan S, Özkan S, Avcı E, Özdemirhan T, Çivil EF. Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran on sekiz yaş üstü kişilerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin bilgi, tutum ve memnuniyet değerlendirmesi. *Toplum Ve Hekim*. 2012, 27(6):449-455.

113. Akın JS, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy And Planning*, 1999, 14(2):135–151.
114. Üstü Y, Uğurlu M, Keskin A. Türkiye’deki aile hekimliği uygulamasında geliştirilmesi gereken noktalar. *Ankara Med J*, 2016, 16(1):82-89.
115. Bankur M. Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: Üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 2017, 6(12):60-88.
116. Haliloğlu S. "LOVAH-WES Hollanda değişim programı deneyimlerim", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(1), 2014:3-6.
117. Lağarlı T. Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2011.
118. Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*, 2014, 383:27-28.
119. Aile Hekimliği: Ne Dediler, Ne Oldu? Türk Tabipleri Birliği Tıp Dünyası Gazetesi’nin ekidir - Şubat 2018
120. Kılıç B. HASUDER Çalıştay, Sağlık Politikası Grubu, İzmir, Ekim 2009. <http://hasuder.org/anasayfa/index.php/rtl-support/241-tuerkiye-de-aile-hekimligi-pilot-uygulamas-nda-son-durum>
121. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacıimamağaoğlu A. Family Medicine, The Turkish Model, Published by the Ministry of Health of Turkey, 1th ed. Ankara, Çetin Ofset, 2006:66-89.
122. Liu J, Bellamy G, Barnet B. Bypass of local primary care in rural counties: Effect of patient and community characteristics. *Ann Fam Med*, 2008, 6(2):124–30-36.
123. Kringos DS, The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study *Türk Aile Hek Derg* 2013;17(4):165-79.
124. Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Cilt III*. 3. Baskı. Ankara, Hacettepe Yayınları, 2015:99.
125. Aksakoğlu G. *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme*, 3. Baskı. İzmir, Meta Basım Matbaacılık, 2013:119.

9. EKLER

Ek-1 Anket Formu

Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini Atlama Sebepleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler Uzmanlık Tezi



Anket Formu 2017

Cinsiyet: Kadın
 Erkek

1. Kaç yaşındasınız?
2. Hastaneye kimin için başvurduunuz?
 - I. Kendisi **Lütfen 5. Soruya geçiniz.**
 - II. Çocuk
3. Hasta çocuk ise çocuğun yaşı nedir?.....
4. Çocuk ile yakınlık dereceniz nedir?
 - I. Kendisi
 - II. Anne
 - III. Baba
 - IV. Kardeş
 - V. Akraba
 - VI. Diğer

Hasta çocuksa soruları çocuğun bilgilerini üzerinden cevaplayınız.

5. Kronik bir hastalığınız var mı?
 - I. Evet, belirtiniz.....
 - II. Hayır **Lütfen 7. Soruya geçiniz.**

6. Kronik hastalığınız için takiplerinizi nerede yapıyorsunuz?
- I. Aile sağlığı merkezi
 - II. Devlet hastanesi
 - III. Eğitim ve araştırma hastanesi/üniversite hastanesi
 - IV. Özel hastane veya klinik
 - V. Diğer.....
 - VI. Takip edilmiyor
7. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
- I. İyi
 - II. Orta
 - III. Kötü
8. Şu anki şikâyetiniz nedir?.....
9. Şikâyetiniz için öncelikle Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurduğunuz mu?
- I. Evet
 - II. Hayır
10. Sağlık sorunuz için bu hastaneyi tercih etmenizin öncelikli sebebi nedir?
- I. Üniversite hastanesi olduğu için
 - II. Daha önce sunulan hizmetten memnun kaldığım için
 - III. Çeşitli tahliller yaptırmak istediğim için
 - IV. Uzman bir hekime görünmek istediğim için
 - V. Burada hizmete daha kolay ulaşabildiğim için
 - VI. Tavsiye edildiği için
 - VII. Ulaşım kolay olduğu için
 - VIII. Aile hekimliğinden sevk edildiğim için
 - IX. Aile hekimliğinden yönlendirildiğim için
 - X. Diğer.....
11. Bu hastanenin evinize uzaklığını nasıl değerlendirirsiniz?
- I. Yakın
 - II. Ne yakın ne uzak
 - III. Uzak
12. Bundan bir önceki sağlık sorunuzda hangi sağlık kurumuna başvurduğunuz?
- I. Aile Sağlığı Merkezi
 - II. Devlet hastanesi
 - III. Eğitim ve araştırma hastanesi/ üniversite hastanesi
 - IV. Özel hastane veya klinik
 - V. Diğer.....

13. Acil olmayan herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz sağlık kurumu neresidir?

- I. Aile Sağlığı Merkezi
- II. Devlet hastanesi
- III. Eğitim ve araştırma hastanesi/ üniversite hastanesi
- IV. Özel hastane veya klinik
- V. Diğer.....

14. Daha önce herhangi bir sağlık sorununuz nedeniyle hiç aile hekimine başvurdunuz mu?

- I. Evet **Lütfen 16. soruya geçiniz.**
- II. Hayır

15. Hayır, ise neden?

16. şu anda kayıtlı olduğunuz bir aile hekiminiz var mı?

- I. Evet **Lütfen 18. Soruya geçiniz.**
- II. Hayır

17. Hayır, ise neden? **Bu soruyu yanıtladıktan sonra 36. soruya geçiniz.**

- I. TC vatandaşı değilim
- II. Adrese kayıtlı ikametim yok
- III. Diğer.....

18. Kayıtlı olduğunuz aile hekimi yaşadığınız ilçede mi bulunuyor?

- I. Evet
- II. Hayır

19. Aile hekiminizi siz mi seçtiniz?

- I. Evet
- II. Hayır

20. Aile hekiminiz genel sağlık durumunuzu veya sağlığınızla ilgili sorunları biliyor ve takip ediyor mu?

- I. Evet
- II. Hayır

21. Uzman bir hekime görüldüğünüzde uygulanan tetkik, tanı ve tedavilerden aile hekiminizin haberi olur mu?

- I. Evet
- II. Hayır

22. Kayıtlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'nin evinize uzaklığını nasıl değerlendirirsiniz?

- I. Yakın
- II. Ne yakın ne uzak
- III. Uzak
- IV. Bilmiyorum

23. Kayıtlı olduğunuz aile hekiminize son 1 yılda kaç defa gittiniz?.....

24. Kayıtlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi cumartesi günleri açık mı?

- I. Evet
- II. Hayır
- III. Bilmiyorum

25. Aile hekimliğinde verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- I. Çok kötü
- II. Kötü
- III. Ne iyi ne kötü
- IV. İyi
- V. Çok iyi

Bu sayfadaki sorular sadece Aile Sağlığı Merkezlerini atlayanlara sorulacaktır.

26. Mevcut şikâyetiniz için neden öncelikle aile hekiminize başvurmadınız?

27. Hangi koşullar sağlansaydı şu anki sağlık sorununuzda ilk başvuracağınız yer aile hekiminiz olurdu?

28-32. sorular daha önce en az bir kere aile hekimine başvurmuş hastalara sorulacaktır.

	Evet	Hayır	Emin değilim
28. Aile hekimimin tıbbi bilgi ve becerisini yeterli görüyorum			
29. Aile hekimliğinde teşhis için yeterli teknik donanım imkânları yok			
30. Aile hekimine daha önce gitmiştim fakat tedavi işe yaramadı			
31. Aile hekimimi görmek için 30 dakikadan uzun süre beklerim			
32. Gerektiğinde aile hekimime telefonla ulaşabilirim			

33. Sağlık Uygulama Tebliği gereğince birinci basamak sağlık kuruluşlarında (Aile Sağlığı Merkezleri vb.) hasta katılım payı alınmadığını biliyor musunuz?

- I. Evet
- II. Hayır

34. Katılım payı ödememek için ilk olarak Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmayı düşünür müsünüz?

- I. Evet
- II. Hayır

35. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yasa tasarısına göre acil durumlar ve takibi hastanede yapılması gereken kronik hastalıklar haricinde aile hekiminden sevk alınmadan hastanelere başvurulamayacak, böylece zorunlu durumlar hariç ilk başvuru merkezi aile hekimliği olacaktır. Bu sistemin birkaç sene içerisinde oturtulması bekleniyor. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

36. Medeni durumunuz nedir?

- I. Bekâr
- II. Evli
- III. Boşanmış
- IV. Dul
- V. Ayrı yaşıyor

37. Eğitim durumunuz nedir?

- I. Okuryazar değil
- II. Okuryazar
- III. İlkokul mezunu
- IV. Ortaokul mezunu
- V. Lise mezunu
- VI. Üniversite mezunu
- VII. Yüksek lisans ve üstü

38. Yaşadığınız il neresidir?.....

39. Yaşadığınız ilçe neresidir?.....

40. Oturduğunuz ev kendi eviniz mi?

- I. Evet
- II. Hayır

41. Evin esas gelirini sağlayan kişinin mesleği nedir?

- I. Yöneticiler
- II. Profesyonel meslek mensupları
- III. Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları
- IV. Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar
- V. Hizmet ve satış elemanları
- VI. Nitelikli tarım, ormancılık ve su işlerinde çalışanlar
- VII. Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar
- VIII. Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar
- IX. Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar
- X. Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler
- XI. Emekli

42. Sosyal güvenceniz var mı?

- I. Var
- II. Yok
- III. Yeşil kart
- IV. Vakıf hastası

43. Konuyla ilgili söylemek istediğiniz başka bir Şey var mı?

Teşekkür ederiz...



Ek 2- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezlerini Atlama Sebepleri ve Bunu Etkileyen Faktörler

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Çalışmamızın amacı başvuru hastalarının öncelikli tercihi olması gereken birinci basamak sağlık kuruluşlarını neden atladıklarını saptamak ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir. Ayrıca hastaların ilk başvuru merkezlerini neye göre seçtiklerini anlamak, kişilerin perspektifinden birinci basamağa bakış açısını değerlendirmek ve yakın gelecekte uygulamaya geçilmesi planlanan aile hekimliğinden sevk zorunluluğuna bakış açısını değerlendirmek çalışmanın amaçları arasındadır.

Çalışmamız tek merkezli olup, araştırma boyunca 561 kişi ile görüşülmesi planlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışma sırasında sizden isteğimiz anketteki sorulara cevap vermenizdir. Anketimiz 43 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 5 tanesi açık uçlu olup, konu hakkındaki fikirleriniz sorulmaktadır. Diğer sorularımız demografik bazı bilgiler hariç (yaş gibi) seçeneklidir ve size en uygun seçeneği seçmeniz beklenmektedir.

ÇALIŞMADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERDİR?

Sağlık sistemimiz, hastaların ilk muayene ve tedavi için aile hekimliklerine başvurmalarını öngörmektedir. Yapılan çalışmalar birinci basamakta insanların, yakınma ve hastalıklarının %90'ına çözüm bulabileceğini göstermektedir. Ancak günlük uygulamada sistemin açıklarından yararlanarak sevk zincirine uyulmaması, birinci basamağın ilk başvuru yeri olarak yeterince kullanılmaması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yığılmalara yol açmaktadır. Bu durum hem ikinci ve üçüncü basamaktaki hizmet kalitesini düşürmekte hem de hastalardan gereksiz tetkikler istenerek maliyetin artmasına sebep olmaktadır. Bu çalışmaya katılarak birinci basamağı atlamaya sebep olan etkenlerin çok yönlü incelenmesine, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve sağlık sisteminin iyileştirilmesine katkıda bulunabilirsiniz. Bu sebeple katılımınız bizim için ve toplum yararına değerlidir.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMALI MIYIM?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

ADI :
GÖREVİ :
TELEFON :

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Görüşme Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

