

Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi

Evaluation of referral from perspective of family physicians

Sinan Bulut¹, Özgür Uğurluoğlu²

Geliş tarihi: 31.01.2018 / Kabul tarihi: 01.07.2018 / Yayın tarihi: 15.09.2018

İletişim adresi: Dr. Sinan Bulut / e-posta: sinanbulut@hitit.edu.tr

¹⁾ Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Dr. Öğr. Üy., Çorum / Türkiye

²⁾ Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara / Türkiye

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı, sevk zincirinde sevk sürecini başlatacak olan ve uygulamanın en önemli paydaşı olarak görülebilecek aile hekimlerinin sevk zincirinin uygulanması durumunda olası etkilerini, gerekliliği, uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği hakkındaki görüşlerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada veriler aile hekimlerinin sevk zinciri konusundaki düşüncelerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak Ankara ilinde merkez ilçelerde görev yapan aile hekimleri ile yüz yüze yapılan görüşmeler ile elde edilmiştir.

Bulgular: Mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılmasında sevk zincirinin uygulanmasının birtakım sorunları ortaya çıkaracağı katılımcı hekimler tarafından belirtilmiştir. Özellikle aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması sevk zincirinin uygulanması için en büyük engel olarak ortaya çıkmakta ve bağlı nüfusun düşürülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesinin yanında ASM'lerin standart bir yapıya kavuşturulması fiziki ve teknik kapasitelerinin iyileştirilmesi de bir diğer gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, halkın sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseltilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda hizmet sunum yönünde yapılması gereken müdahaleler yanında topluma yönelik faaliyetlerinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sonuç: Bu çalışma sevk zincirinin uygulanmadan önce aile hekimlerinin ve diğer tüm paydaşların görüşlerinin alınması ve bu görüşler doğrultusunda adımlar atılmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: sevk zinciri, sağlık politikası, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemi

Summary

Aim: The aim of this study is to evaluate the views of family physicians who are the most important stakeholders in the referral and who initiate referral processes in the referral, about the effects, necessity, viability and sustainability of the referral.

Materials and Method: In this study, family physicians working in the central districts of Ankara province were interviewed face to face using a semi-structured interview form designed to reveal their thoughts on the referral.

Result: As a result of the analyzes, it was evaluated that the implementation of the referral would not be appropriate in the existing primary healthcare services. Especially the excess of the population dependent to a family physician appears as the biggest obstacle for the application of the referral and this dependent population has to be reduced. In addition to the effort to reduce the population dependent to a family physician, the standardization of Family Health Centers and the improvement of the physical and technical capacities of these centers are another requirement. On the other hand, the inadequacy of the health literacy level of the society also creates difficulties in the implementation and maintenance of the referral. In this context, in addition to the interventions that need to be done in terms of service provision, public-oriented activities should also be carried out.

Conclusion: This study suggests that it is important to take the views of family physicians and all other stakeholders and take steps in the light of these opinions before implementing the referral.

Key words: referral, health policy, family medicine, primary care services, health system

Giriş

Hasta sevki, sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği (ilaç, malzeme, beceri gibi) nedeniyle, klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularından yararlanması olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁾

Sevk sistemi ile farklı hizmet sunucuları arasında sağlanan ilişki, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için olanak sağlamaktadır. Sevk sistemlerinde hastaların öncelikle sevkini gerekli olup olmadığının tespiti için ilk başvuruyu birinci basamak hekimine yapmaları sistemin işlerliği açısından önemlidir.⁽²⁾ Birinci basamak hekimine yapılan ilk başvuru, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle hizmet sunumu sağlayarak uzman hekim hizmetine ihtiyaç duyan hastalara, bu hizmete daha kolay ve zamanında erişebilme, birinci basamak hizmetinden daha fazla yararlanma imkânı doğurup, birinci basamağın da önemini artırmaktadır.⁽¹⁾

Öte yandan, sevk zincirinin uygulanmadığı durumlarda, kendi kararlarıyla uzman hekime giden hastalar, uzman hekimin iş yükünün artmasına neden olmakta ve dezavantajlı grupların uzman hekimden yararlanmasını engelleyebilmektedir. Bu durum ise kişisel ve sağlık sistemi açısından bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır.⁽³⁾ Hastaların doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hizmete başvurusunun nedenleri; hastanın sosyal ve ekonomik özellikleri, sosyal ilişkileri, sağlık sorununu ciddi, hayatı tehdit edici ve acil olarak algılama gibi durumlar olarak ifade edilmektedir.⁽⁴⁾

Sağlık sistemlerinde hastaların hizmet basamağını atlamadan başvurusunun sağlanması için sevk sistemlerinin tasarımı ön plana çıkmaktadır. Sevk sisteminin tasarımı ve fonksiyonları ülkelerin sağlık sistemlerine özgü faktörlerden (uzman personelin

mevcudiyeti, eğitim kapasitesi, örgütsel düzenlemeler, kültürel konular, siyasi konular ve gelenekler) ve genel faktörlerden (nüfus büyüklüğü ve yoğunluğu, kırsal ve kentsel nüfus dağılımı, hastalık yükü ve örüntüsü, talep ve ödeme kabiliyeti) etkilenebilmektedir.⁽¹⁾

Son yıllarda Türkiye’de sağlık sisteminde önemli düzenlemeler yapılmaktadır. Özellikle, 1990’lardan başlayarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yeniden yapılanma ve yeni düzenlemeler söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinde yapılması planlanan reformlar kalkınma planlarında da yer almış, basamaklar arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilmesi hedeflenmiş ve sağlık harcamalarının etkinleştirilmesi amacıyla kademeli bir şekilde sevk uygulamasının gerekliliği vurgulanmıştır.^(5,6,7)

Sevk sisteminin gerekliliği ve uygulamaya konulması 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) da hedefleri arasında yer almaktadır. SDP, Sağlık Bakanlığı’nca sağlık politikalarının etkili, verimli ve hakkaniyete uygun yapılması amacıyla kurgulanmıştır.

Bu kapsamda amaçlanan; etkili sağlık hizmeti ile anne çocuk ölümlerinin azaltılması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzatılması gibi sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politikaların, verimlilik ile insan kaynakları yönetimi, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, koruyucu hekimlik ve sağlık işletmeciliğine yönelik politikaların, hakkaniyet ile de farklı sosyal gruplar, kır-kent, doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim, göstergeler arasındaki farklılığın azaltılması, ihtiyaç ölçütünde sağlık hizmetine ulaşma ve mali güçleri doğrultusunda hizmet finansmanına katılımına yönelik politikaların geliştirilmesi olmuştur.⁽⁸⁾ Sevk zincirinin uygulanmasının da etkili, verimli ve hakkaniyet temelli sağlık politikalarının tamamına yönelik bir adım olacağı değerlendirilebilir.

Kademeli sevk uygulamasında temel amaç, hastaların en uygun sağlık hizmetini en uygun

hizmet sunucudan almasını sağlamak olarak ifade edilebilir. Aile hekimleri hastanın yönlendirilmesi açısından ilk başvuru yeri olmaları nedeniyle sevk uygulamasında temel rolü üstlenecek grup olarak önemli bir yer tutmaktadır. Aynı zamanda, aile hekimleri sevk zinciri uygulamalarında sevk sürecini başlatan hekimler olarak uygulamadan en çok etkilenecek grubu oluşturmaktadır. Sevk zinciri uygulamasında aile hekimlerinin iş yüklerinde artış olabileceği gibi, sağlık sisteminde yaşanan problemlerin de ilk yansıtacağı hekim grubu olacaktır. Bu çerçevede, sevk zinciri konusunda önemli bir paydaş olan aile hekimlerinin görüşleri birincil öneme sahip ve uygulamaya yönelik atılacak adımlarda göz önünde bulundurulması gereken görüşler olarak değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metod

Aile hekimlerinin sevk zinciri uygulamasında önemli bir paydaş olduğu göz önünde bulundurularak yapılan bu çalışmada amaç, sevk zinciri uygulamasına yönelik aile hekimlerinin görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi olan görüşme yöntemi benimsenmiştir. Araştırmanın örnekleme, amaçlı örnekleme yönteminin maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi esas alınarak belirlenmiştir. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde araştırmaya dahil edilen kişilerin farklı niteliklere sahip olması, evreni yansıtmaya olasılığını artırmaktadır. Bu araştırmanın evrenini Ankara ili metropoliten ilçeleri olan, nüfusu 300.000'den fazla ve Ankara'daki toplam aile hekimlerinin %76,5'inin görev yaptığı Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde görev yapan 1070 aile hekimi oluşturmaktadır.

Araştırmada, örnekleme yöntemine uygun olarak, bu ilçelerin kalabalık yerleşim bölgelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) hekimlerin yanı sıra, nüfusu az olan bölgelerde bulunan ASM'lerdeki hekimler ile görüşülmüştür. Ayrıca

görülecek aile hekimlerinin belirlenmesinde, görev yaptıkları bölgelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ve ASM dağılımı da göz önünde bulundurulmuştur. Farklı nüfus yoğunluğundaki ve farklı sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinde olan bölgelerde görev yapan aile hekimlerinin seçilmesi, bu aile hekimlerinin iş yükü, bağlı nüfusu, aile hekimliği gruplamasındaki yeri gibi özellikleri ile sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinde olabilecek farklılıkları ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırmada hekimler ile yapılan görüşmelerde tekrarlayan görüşlerin ortaya çıkması sebebiyle 124 aile hekimi ile görüşülmüştür. Görüşülen aile hekimleri bağlı nüfus sayıları, aile hekimliği birimi gruplaması dağılımı, unvan dağılımı ve yaş ortalaması bakımından evren ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Form uzman görüşü ve literatür taraması doğrultusunda oluşturulmuştur.^[1,2,9-14] Form, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesine, ikinci bölüm ise, aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması konusundaki görüşlerinin değerlendirmesine yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

Araştırma, nitel bir araştırma olarak tasarlanmış olup araştırma kapsamında katılımcıların görüşleri aşağıdaki sorular çerçevesinde alınmıştır:

- Sevk zincirinin öncelikli uygulanması gereken bir uygulama olup olmadığı,
- Uygulanacak bir sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını nasıl etkileyeceği,
- Sürdürülebilir ve uygulanabilir bir sevk zinciri için neler yapılması gerektiği,
- Hastaların aile hekimlerini tercih etmeme nedenleri ve tercih etmelerinin sağlanmasına yönelik nelerin yapılabileceği,
- Sevk zincirinin uygulanması durumunda uygulamadan muaf tanı grubunun olup olmaması.

Araştırmada elde edilen veriler, nitel araştır-

Tablo 1. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	68	54,84
Kadın	56	45,16
Toplam	124	100,00
Yaş		
30-39	15	12,10
40-49	52	41,90
50-59	50	40,30
60-69	7	5,60
Toplam	124	100,00
Medeni Durum		
Evli	91	73,39
Bekâr	31	25,00
Diğer	2	1,61
Toplam	124	100,00
Aile hekimliği görev süresi (ay)		
1-11	14	11,29
12-23	2	1,61
24-35	5	4,03
36-47	1	0,81
48-59	3	2,42
60-71	99	79,84
Toplam	124	100,00
Branşı		
Pratisyen hekim	89	71,77
Aile Hekimi Uzmanı	27	21,77
Diğer Uzman	8	6,46
Toplam	124	100,00
İlçe		
Keçiören	33	26,61
Çankaya	30	24,19
Yenimahalle	15	12,10
Mamak	14	11,29
Sincan	13	10,48
Etimesgut	10	8,06
Altındağ	9	7,26
Toplam	124	100,00

malarda veri analizinde kullanılan Maxqda 11 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılardan elde edilen görüşme notları Maxqda programına aktarılmıştır. Programda her bir açık uçlu soru için verilen cevaplar değerlendirilerek anahtar kelimeler, cümleler kodlanmış ve sorulara verilen cevaplar içinde aynı anlamı veren ifadeler bir araya getirilerek içerik analizi yapılmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hekimlerin çeşitli sosyodemografik özelliklere göre dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $48,3 \pm 7,24$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin %26,6'sı Keçiören ilçesinde görev yapmaktadır. Katılımcı hekimlerin %79,8'inin aile hekimliği görev süresi 60-71 ay aralığında değişmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama $57,5 \pm 21,7$ ay aile hekimliği yaptıkları bulunmuştur. Ayrıca araştırmada katılımcı hekimlerin aile hekimliği birim gruplandırmasında %48,3'ü B grubunda, %22,5'i D grubunda, %16,1'i A grubunda, %4,0'ı C grubunda yer aldığı ve %8,8'inin ise grupsuz olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin nüfus ortalaması 3.797 ± 386 olarak bulunmuştur. Ancak aile hekimleri, ortalama ideal nüfusun 2.331 ± 625 olması gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerin günlük olarak muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 55 ± 14 olarak bulunmuştur. Katılımcı hekimler bir hastaya ortalama $8,4 \pm 3,7$ dakika muayene süresi ayırdıklarını belirtirken, sevk zinciri uygulanması durumunda bu sürenin yaklaşık 5 dakikaya kadar düşeceğini ifade etmişlerdir (**Tablo 2**).

Araştırmada, hekimlerin sevk zincirinin gerekliliği, etkileri, işlerliği ve hasta başvuru durumuna ilişkin görüşleri alınmıştır. Öncelikle sevk zincirinin, bir öncelik teşkil edip etmediği sorulmuştur. Aile hekimlerinin %30'u sevk zincirinin acil ve öncelikli bir konu olduğunu belirtirken, %70'i ise sevk zinciri uygulamasının öncelikli bir konu olmadığını belirtmiştir. Sevk zincirinin acil ve öncelikli bir konu olmadığını düşünen

Tablo 2. Aile hekimlerinin iş ve işlemlerine ilişkin bulgular

Değişken	X ± SS
Bağlı nüfus ortalaması	3.797 ± 386
Günlük hasta muayenesi	55 ± 14
Bir hastaya ayrılan muayene süresi (dk)	8,4 ± 3,7
Günlük hasta sevk sayısı	3,7 ± 2,0
Sevk zincirinde beklenen hasta sayısı	98,5 ± 38,5
Sevk zincirinde hastaya ayrılacak süre (dk)	4,9 ± 2,8
İfade edilen aile hekimine bağlı ideal nüfus	2.331 ± 625

aile hekimlerinin %36,3'ü öncelikle aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi gerektiğini, %20,7'si aile hekimliğinin geliştirilmesi gerektiğini ve %12,9'u ise halkın sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiğini öncelik olarak ifade etmiştir (Tablo 3).

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

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

Sevk zinciri uygulamasının gerekli olmadığını ve hasta hekim ilişkisinde sorunlara yol açacağını ifade eden bir aile hekimi ise şu şekilde görüş bildirmiştir:

“Sevk zinciri acil ve öncelikli değildir. Öncelik birinci basamak hekimliğinin asli görevlerinin üst birimlerce doğru yorumlanması ve uygulamasının doğru yapılması konusudur. Sevk zinciri sadece birinci basamak hekimlerine yönelik baskıyı, sözel

Tablo 3. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zinciri uygulamasının acil ve öncelikli olma durumuna ilişkin görüşleri

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

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 4. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını nasıl etkileyeceğine ilişkin görüşleri

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

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

ve fiziksel şiddeti artıracaktır”.

Araştırmada ayrıca, sevk zinciri uygulamasının mevcut durumda başlaması ile aile hekimliği uygulamasının bu durumdan nasıl etkileneceğine ilişkin aile hekimlerinin görüşleri alınmıştır. Bu konuda görüş bildiren hekimlerin %5,9'u sevk zincirinin olumlu etkileri olacağını ifade ederken, %75,2'si ise olumsuz etkileri olacağı yönünde görüş bildirmiştir. Olumsuz görüş bildiren hekimlerin ifade ettikleri görüşlerin %51,2'si iş yükünün artacağı, %15,2'si ise hastalar ile tartışmalar yaşanacağı şeklinde olmuştur (**Tablo 4**).

Sevk zincirinin aile hekimlerini olumsuz etkileyeceğini belirten bir hekim özellikle ASM'lerde oluşacak tartışmalara dikkat çekerek görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Hastalar mevcut durumda bile kuyrukta beklemek istemiyorlar. Bir hasta muayenede biraz fazla kaldığında kapıda tartışmalar başlıyor. Bu yüzden sevk zincirinde hasta muayene sırasında fazla beklemek zorunda kalırsa, bu durum hastalar arasında ve hekim-hasta arasında sorunlara yol açacaktır. Yani ASM'lerde verimli iş yapılamayacak, sürekli gereksiz tartışmalar ile uğraşılacaktır.”

Sevk zincirinin hasta takibi açısından olumlu etkileri olacağını belirten bir aile hekimi ise görüşünü aşağıdaki şekilde belirtmiştir:

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

Araştırma kapsamında aile hekimlerinin kendilerine başvurmayan bağlı nüfuslarının, başvuru yapmama nedenlerine yönelik de görüşleri alınmıştır. Aile hekimlerinin görüşleri **Tablo 5**'de verilmiştir. Aile

Tablo 5. Katılımcı aile hekimlerinin kayıtlı kişilerin aile hekimine başvurmama nedenlerine ilişkin görüşleri

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

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 6. Katılımcı aile hekimlerinin uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri

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

*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

hekimlerinden 103'ü bu konuda görüş belirtmiştir. Aile hekimlerinin ifade ettikleri başvurmama nedenlerinin %20,6'sını başvurmamaların aile hekimliği hizmetlerini bilmemeleri ve %14,5'ini ise bu kişilerin aile hekimlerine güvenmemeleri oluşturmaktadır (**Tablo 5**).

Hastaların aile hekimine başvurmamalarının se-

bebini temelde iki faktör ile ilişkilendiren bir aile hekimi görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

"Aile hekimine gelmeyen hasta ya aile hekimliğinde verilen hizmetleri bilmiyordur ya da sosyoekonomik durumu iyi olması sebebiyle özel hastane ve özel doktor kullanıyordur. Bu hastalara aile hekimliğini, ASM'lerin hizmetlerini iyi anlatmak gerekir. Bunu da

aile hekimleri üzerinden yapmak gerekir. Ayrıca aile hekimlerine bunun sorgusu da yapılmalıdır. Senin hastan niçin sana gelmiyor? sorusu aile hekimine sorulmalıdır ve aile hekimi hastasının kendisine başvurmasını sağlamalıdır.”

Araştırma kapsamında aile hekimlerinin görüşlerinin alındığı bir diğer konu, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri için neler yapılması gerektiği olmuştur. Bu konuda 107 aile hekimi görüşü belirtmiştir. Aile hekimlerinin, konuya ilişkin önerilerinin %23,3’ünü bağlı nüfusun azaltılması ve %21,9’unu ise toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi oluşturmaktadır (Tablo 6).

ASM’lerin ve hastanelerin entegre edilmiş ve koordineli bir şekilde çalışmaları gerektiğini ifade eden bir aile hekimi görüşünü şu şekilde belirtmiştir:

“Uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sevk zinciri uygulaması için;

1. ASM’ler için bölge laboratuvarları/görüntüleme merkezleri kurulabilir ya da yakın hastanelerin bu merkezleriyle entegrasyon sağlanarak, sadece tetkik için hasta hastaneye yönlendirilip sonuçları ASM’de takip edilebilir.
2. Her ASM’nin entegre olduğu bir hastane olmalı ve aile hekimlerinin hastanedeki uzmanlardan konsültasyon isteme imkânı olmalıdır.
3. Hastanın sevki, bulunduğu bölgedeki hastanelerle sınırlı olmalı ancak bu bölgedeki hastanelerin uzman/merkez açığı vs. olmamalıdır.
4. Sevk zincirine ısrarla uymak istemeyen hastalar için ciddi anlamda yüksek katkı payı gibi yaptırımlar olmalıdır. Ancak hastanın sevk edilmeden 2. ya da 3. basamağa başvurusu tamamen engellenmemelidir. Çünkü bu durumda aile hekimleriyle çatışmalar kaçınılmaz olur ki, bir süre sonra hekimler bu durumdan kaçınmak için hastaları sürekli sevk etmek zorunda kalacaklardır.”

Aile hekimleri uygulanabilir bir sevk zinciri için performans uygulaması, personelin desteklenmesi,

Tablo 7. Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinden muaf olması gereken tanılar hakkındaki görüşleri

Sevk zincirinden muaf olması gereken tanılar olmalı mı?	Sayı	Yüzde
Evet, olmalı	91	91,00
Hayır, olmamalı	9	9,00
Toplam	100	100,00
Sevk zincirinden muaf olması gerektiği belirtilen tanılar		
Kronik hastalıklar	78	57,35
Kanser	30	22,06
Acil vakalar	11	8,09
Kalp hastalıkları	10	7,35
Psikoz	2	1,47
Genetik hastalıklar	2	1,47
Travmalar	1	0,74
Hiperlidemi	1	0,74
Alerjiler	1	0,74
Toplam	136	100,00

basamaklar arası entegrasyon, AR-GE faaliyetleri gibi pek çok hususu belirtmiş olmalarına rağmen özellikle bağlı nüfusun düşürülmesi, toplum/hastane eğitimi ve ASM’lerin geliştirilmesini en çok yapılması gereken hususlar olarak ifade etmişlerdir.

Katılımcı aile hekimlerinin sevk zincirinin uygulanması durumunda, tüm hastaların ilk olarak ASM’ye başvurmalarının gerekip gerekmediği hakkındaki görüşleri de alınmıştır. Aile hekimleri, çoğunlukla ASM’de müdahale edilemeyecek, hastanede takibinin veya tedavisinin daha uygun olacağını düşündükleri tanıların, sevk zincirine tabi olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Görüş ifade eden aile hekimlerinin %91’i zorunlu sevk zincirinde bazı tanıların sevkten muaf olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu tanılar arasında kronik hastalıklar %57,3 ile en çok belirtilen tanı grubu olmuştur. %22,6 ile en çok belirtilen 2. tanı ise kanser olmuştur (Tablo 7).

Bir aile hekimi ise hastanın takibi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla

hastaların ASM'lere başvurmaları ve sevk zincirine tabi olmaları gerektiğini belirterek görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak verilebilmesi ve hastaların takibinin sağlanması açısından hastalar sevk zincirine tabi olmalıdır. Çünkü bir sağlık sorununa sahip hastalar aile hekimlerine başvurmadan hastaneye gitmeleri durumunda hastanelerin yoğunluğundan dolayı yeterince sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Ancak kronik hastalık tanısı almış hastalarda sevk zorunlu olmamalıdır.”

Tartışma

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

Aile hekimliği uygulamasının bir gerekliliği olarak da düşünülen sevk zincirine ilişkin Sağlık Bakanlığı'nca 2016 yılında gerekli mevzuat çalışmalarının başlayacağı ve uygulamaya yönelik adımların atılacağı belirtilmiştir.^[15] Bu çalışmada aile hekimleri tarafından sevk zinciri uygulamasının mevcut durumda acil ve öncelikli bir uygulama olup olmadığı değerlendirilmiştir. Aile hekimlerinin %70'i uygulamanın acil ve öncelikli olmadığını belirtmiştir. Aynı hekimler sevk zincirinden önce aile hekimlerine bağlı nüfusun düşürülmesi, günlük iş yükünün azaltılması, ASM'lerin geliştirilmesi ve halkın bilinçlendirilmesinin daha öncelikle üzerinde durulması gereken konular olduğunu belirtmiş ve araştırmaya katılan hekimlerin %75,2'si sevk zincirinin aile hekimliği uygulamasını olumsuz etkileyeceğini ifade etmişlerdir.

Gerek hastaların doğrudan istedikleri hekime ulaşabilme alışkanlıkları ve gerekse de aile hekimliği konusundaki bilgi yetersizliği, uygulanacak

bir sevk zincirinin hastalar tarafından benimsenmesinde sıkıntılar oluşturacaktır. Bu kapsamda aile hekimlerinin uygulamaya ilişkin olumsuz olarak belirttikleri görüşlerin %15,2 si hastalar ile tartışmalar yaşanacağı şeklinde olmuştur. Hekimlerin hastayı sevk etmeme yönündeki davranışları, hastanın sevk talebinin karşılanmaması, hastalar tarafından kabullenilmeyecek ve bu durum hasta hekim arasında sorunlar oluşturacaktır. TTB, (2006) aile hekimliğinin pilot uygulandığı Düzce iline yönelik değerlendirmesinde hastaların istediği hekimi seçebileceği düşüncesinin aile hekimleri üzerindeki sevk baskısını artırdığını tespit etmiştir⁽¹⁶⁾ Little vd. (2004) tarafından, hasta ve/veya ailesinin isteklerinin, hekimin sevk davranışında güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmiştir ve bu araştırma bulgularını destekler niteliktedir.⁽¹⁷⁾

Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, tanı ve tedaviye yönelik yönlendirme, uzmanlık becerileri gerektirme ve hasta ya da üçüncü kişilerin sevk talepleri hekimlerin hastalarını sevk etme nedenleri arasında belirtilmiştir.⁽¹⁸⁾ Tıbbi durum dışında bir diğer etken de piyasa unsurlarının baskın olduğu sistemlerdir. Bu sistemlerde hekimin sevk kararını belirleyen temel faktör tüketici baskıları olmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerine güvenmeyen, uzmanlık kültürünün hâkim olduğu toplumlarda sevk zinciri zorunluluğu sorunlara yol açmaktadır.⁽¹⁹⁾

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde hastaların her düzeyde hizmete sevksiz erişebilme imkânına sahip olması birinci basamağa yapılan başvuru sayısını da etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2012-2016 yılları arasındaki hekime müracaat sayılarına ilişkin verilere bakıldığında, birinci basamağa müracaatın, 2. ve 3. basamağa müracaatın gerisinde kaldığı görülmektedir. 2016 yılı sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarında, hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, birinci basamağa 2,7 iken, 2. ve 3. basamağa müracaat sayısı 5,9 olmuştur.⁽²⁰⁾ Sağlık sistemlerinde, hastaların çoğunlukla birinci basamağı tercih etmeleri beklenirken, Türkiye'de 2. ve 3. basamağın daha fazla tercih edildiği görülme-

ktedir. Bu araştırmada, aile hekimlerinin %65,7'si hastaların ilk başvurusu ASM'lere yapmaları için bazı iyileştirmelerin yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Araştırmada ayrıca katılımcı hekimlere nüfusun bir kısmının hiç aile hekimlerine başvurmama nedenleri sorulmuştur. Hekimlerin soruya verdikleri yanıtlar; %20,6'sı hastaların aile hekimliği hizmetlerini bilmeme, %14,5'i aile hekimine güvenmeme, %9,0'ı eski alışkanlığı sebebiyle hastaneye gitme ve %4,2'si ise genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama şeklinde olmuştur.

Çiçeklioğlu vd. (2013) yaptığı bir çalışmada; katılımcı aile hekimlerinin %33,3'ü kendilerine kayıtlı nüfusun %40-60'ının kendilerinden hiç hizmet almadığını ve bu kişilerle hiç karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimler, hastaların kendilerine başvurmama nedenleri arasında, genç nüfus olup hizmet ihtiyacı duymama, uzman hekime başvurma ve hastaneye erişimin kolay olmasını belirtmişlerdir. Hastaların birinci basamağı tercih etmemelerinin nedenleri arasında hastanın demografik özellikleri, ekonomik ve sosyal özellikleri ve sosyal ilişkileri de belirleyici olmaktadır.⁽⁴⁾

Yapılan araştırmalarda hastaların birinci basamağı tercihindeki en önemli faktörler; hekimin, hastayı tedavi süreçleri hakkında bilgilendirmesi⁽²¹⁾, hasta takibinin sürekliliğinin sağlanması^(22,23), hastanın en iyi tedaviyi alma isteği^(24,25) ve hekim tarafından yapılan muayenenin derinliği⁽²⁶⁾ olarak belirtilmiştir.

Araştırmada, ayrıca aile hekimlerinin iyi bir sevk zinciri uygulaması için nelerin yapılması gerektiğine yönelik görüşleri de alınmıştır. Aile hekimleri arasından en sık tekrarlanan görüş, %23,3 ile bağlı nüfusun düşürülmesi gerektiği olmuştur. Aile hekimlerinin ideal olarak ifade ettikleri bağlı nüfus ortalaması 2.331±625,17 kişidir. Çiçeklioğlu vd. (2013) çalışmalarında aile hekimine bağlı nüfusun 2.000-2.300 olması durumunda sevk sisteminin işlevsel olabileceğini belirtmiştir. Sağlık sistemlerinin iyi işlediği ülkeler arasında yer alan İngiltere'de

aile hekimine bağlı nüfus ortalaması 2015 yılında 1.530 iken, Norveç'te 1.127 kişidir. ^(27,28) Ayrıca katılımcı hekimlerin iyi bir sevk zinciri uygulaması için belirttikleri görüşlerin %21,9'u ise hastaların/toplumun eğitilmesi gerektiği şeklinde olmuştur. Hekimler toplumun, sağlık sorunlarında en uygun sağlık hizmetinin ne zaman ve nereden alabilecekleri konusunda eğitilmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık okuryazarlığı düşük ya da sınırlı olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri daha az anladığı, bu hizmetlere daha zor ulaştığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı belirtilmiştir.⁽²⁹⁻³¹⁾

Eskandari vd. (2013) tarafından, özellikle kırsal bölgelerde sevk zincirinin geliştirilmesi için basamaklar arası koordinasyonun iyi sağlanması, toplumun farkındalığının ve hizmet sunucuların bilgi düzeyinin artırılması ve sevk hiyerarşisinin atlanarak doğrudan üst basamağa başvuruların önlenmesi gerektiği belirtilmiştir.⁽³²⁾

Araştırmada ayrıca sevk zincirinin uygulanması durumunda hangi tanıların sevkten muaf olması gerektiğine yönelik katılımcı hekimlerin görüşleri alınmıştır. Bu tanıların başında kronik hastalıklar, kanser, acil vakalar ve kalp hastalıkları gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastalar, genellikle birinci basamak muayene randevusu için bekleme, sağlık merkezinde muayene için geçen bekleme süresi ve sevk sonrası uzman hekime erişimde bekleme süresi gibi zaman kayıpları yaşamaktadırlar.

Bu bekleme süreleri, hasta, hekim ve diğer sağlık çalışanında memnuniyetsizlik, sağlık hizmetlerinde maliyet artışı ve potansiyel gelir kaybına neden olabileceği gibi, hastaların klinik sonuçlarının kötüleşmesiyle ilgili endişelerine de neden olmaktadır.⁽³³⁾ Hastalıkların önlenmesi, birinci basamak hizmetlerinin geliştirilmesi ve kronik hastalıkların yönetimi hastaların bekleme süreleri göz önüne alınarak ele alınması gereken temel konular olarak belirtilmektedir.⁽³⁴⁾ Bu kapsamda, ikinci ya da üçüncü basamakta tedavi gerektiren ve

rutin bakımlarını bu basamaklarda yapan hastaların sevke tabi olması, bu hastalar için zaman, maliyet ve istenmedik sonuçlar ortaya çıkarabilecektir. Ayrıca aile hekiminin reçete etme yetkisinin olmadığı bazı özellikli ilaçları kullanan ve bu ilaçların ilgili dal uzmanı hekimler tarafından yazılmasının zorunlu olduğu durumlarda hastaların sevke tabi olması bu hastaları olumsuz etkileyecektir.

Sonuç

Güçlü sağlık sistemleri, her düzeyde hizmetin, insan kaynakları, teknolojik donanım, fiziksel yapılar ile etkili ve verimli bir şekilde sunulması ve ihtiyacı karşılayabilir olması ile sağlanabilir. Sağlık sistemlerinde insan kaynakları, donanım, hizmet sunum yerlerinin dağılımı gibi kaynakların varlığı ve geliştirilmesi ülkede uygulanan sağlık politikalarının bir sonucu olarak şekillenmektedir.

Pek çok ülkede son yıllarda, demografik yapıların değişmesi, hastalık yapılarının değişmesi, teknolojik gelişmeler göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin düşürülmesi, tedavi hizmetlerine olan ihtiyacın koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ile azaltılması ve hizmete erişimin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde politika geliştirilmesi ve uygulanması aşaması öncesinde gerek hizmet sunum tarafında gerek hizmetten yararlanacak toplum tarafında uygun altyapının oluşturulması büyük önem arz etmektedir. Bu araştırmada elde edilen bulgular da göstermektedir ki mevcut durumda uygulanacak sevk zinciri aile hekimliğini/birinci basamağı dolayısıyla da sağlık sisteminin bütünü olumsuz

etkileyecektir. Bu nedenle sevk zincirine uygun bir yapının oluşturulması, uygulamanın istenilen verimlilikte olmasını sağlayacaktır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu hizmetlere yönelik uygulamalar, hizmete erişimin artırılması ve aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etse de, aile hekimlerine bağlı nüfusun fazla olması pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Araştırmada aile hekimleri, sevk zincirinin uygulanması ve iyi işlemesine yönelik en büyük engel olarak bağlı nüfuslarının fazla olmasını belirtmişlerdir. Bu sebeple sürdürülebilir bir sevk zinciri için atılması gereken en büyük adım aile hekimine bağlı nüfusun düşürülmesi olacaktır.

Araştırmada elde edilen bir diğer sonuç ise, sağlık hizmeti kullanımında topluma yönelik bilgilendirici ve bilinçlendirici uygulamaların da olması gerektiğidir. Katılımcı aile hekimleri her ne kadar kendi çalışma koşulları ve iş yüklerine yönelik görüşler ifade etmişlerse de, öte yandan hastalara yönelik atılması gereken adımlara da vurgu yapmışlardır.

Özellikle hastaların sağlık okuryazarlıklarının düşük olması sevk zinciri ya da diğer uygulamaların işlerliğinde önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Hastalar birinci basamağı tercih etmeyerek, üst basamak sağlık kurumlarına sevk edilme yönünde ya da doğrudan başvuru ile sistemi zorlamaya devam edeceklerdir. Bu sebeple hizmet sunumu tarafında yapılacak geliştirme faaliyetlerinin yanında topluma yönelik atılacak adımlar da ayrıca tamamlayıcı olacaktır.

Kaynaklar

- WHO. Referral Systems - A Summary of Key Processes To Guide Health Services Managers. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/adresinden> 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Macintyre K, Lochigan M, Letipila, F. Understanding referral from primary care clinics in rural Kenya: using health information systems to prioritize health services. *Int J Health Plann Mgmt* 2003; 18(1): 23-39.
- Rasoulynejad SA. Study of self-referral factors in the three-level healthcare delivery system, Kashan, Iran, 2000. *Rural and Remote Health* 2004; 4(4): 237.
- Glasgow IK, Deljoni D, Bakker D. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy* 1998; 45(3): 221-38.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 22/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı. <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 23/05/2017 tarihinde erişilmiştir.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara, Sağlık Bakanlığı. 2003: 26-36.
- OECD. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. www.oecd.org/publishing/corrigenda adresinden 02/12/2017 tarihinde erişilmiştir.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi Denetim Formları. <http://ailehekimligi.gov.tr/component/content/article/102-gorusler/1618-aile-sal-merkezi-ve-2-aile-hekimlii-birimi-denetim-formlar-guncel.html> adresinden 02/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
- Foot C, Naylor C, Imison C. The Quality of GP diagnosis and referral. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Diagnosis%20and%20referral.pdf> adresinden 17/12/2016 tarihinde erişilmiştir.
- Imison C, Naylor C. Referral Management Lessons for Success, Birinci baskı. London, The King's Fund. 2010: 9-15.
- Üstü Y, Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 Yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Balkan Med J* 2011; 28: 55-61.
- Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici MT. Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası sağlık kurumlarına başvuru sıklıklarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012; 4(2): 48-53.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2013-2017 Stratejik Plan. Birinci baskı. Ankara, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014.
- Türk Tabipleri Birliği. Aile Hekimliğinde Son Durum Raporu. Birinci Baskı. Ankara, TTB Yayınları. 2006: 7-13.
- Little P, Dorward M, Greg W, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328(7437): 444.
- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Schrader S Von, Family Physicians' referral decisions results from the ASPN Referral Study. *J Fam Pract* 2002; 51:215-22.
- Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Birinci baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2013: 60-1.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2016: 141-87.
- Mengoni A, Seghieri C, Nuti S. Heterogeneity in preferences for primary care consultations: results from a discrete choice experiment. *Int J Stat Med Res* 2013; 2: 67-75.
- Turner D, Tarrant C, Windridge K, et al. Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 132-7.
- Seghieri C, Mengoni A, Nuti S, et al. Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models. *Eur J Health Econ* 2014; 15: 773-85.
- Tinelli M, Ryan M, Bond C. Patients' preferences for an increased pharmacist role in the management of drug therapy. *Int J Pharm Pract* 2009;17:275-82.
- Tinelli M, Nikoloski Z, Kumpunen S. Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services. *Eur J Pub Health* 2014; 25: 3-9.
- Hole AR. Modelling heterogeneity in patients' preferences for

- the attributes of a general practitioner appointment. *J Health Econ* 2008; 27: 1078-94.
27. Thorlby R, Arora S. International Health Care System Profiles. The English Health Care System. <http://international.commonwealthfund.org/countries/england/adresinden> 23/01/2018 tarihinde erişilmiştir.
28. Lindahl AK. International Health Care System Profiles. The Norwegian Health Care System. <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/adresinden> 23/01/2018 tarihinde erişilmiştir.
29. Taş TA, Akış N. Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016; 25(3): 119-24.
30. Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Literacy and health outcomes. Evidence report/technology assessment no. 87. In Agency for Healthcare Research and Quality publication no. 04- E007-2 Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. 2004.
31. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health* 2014; 12(1): 61-8.
32. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of Referral system to health care provision in rural societies in Iran. *Journal of Caring Sciences* 2013; 2(3): 229-36.
33. Murray M. Reducing waits and delays in the referral process. *Fam Pract Manage* 2002; 9(3): 39-42.
34. Kreindler SA. Watching your wait: Evidence-Informed strategies for reducing health care wait times. *Qual Manag Health Care* 2008; 17(2): 128-35.

Geliş tarihi: 31.01.2018

Kabul tarihi: 01.07.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Sinan Bulut,

e-posta: sinanbulut@hitit.edu.tr