



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**İSTANBUL İLİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNDE GÖREV
YAPMAKTA OLAN UZMAN HEKİMLERİN SEVK SİSTEMİ
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ (ÖNGÖRÜLERİ, KAYGILARI VE
ÖNERİLERİ) ÜZERİNE TANIMLAYICI ÇALIŞMA**

Dr. Süleyman Akgün

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**İSTANBUL İLİNDEKİ ŞEHİR HASTANELERİNDE GÖREV
YAPMAKTA OLAN UZMAN HEKİMLERİN SEVK SİSTEMİ
HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ (ÖNGÖRÜLERİ, KAYGILARI VE
ÖNERİLERİ) ÜZERİNE TANIMLAYICI ÇALIŞMA**

Dr. Süleyman Akgün

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal Özkaya

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz süresince akademik ve klinik eğitimimiz için canla başla çalışan hocam Doç. Dr. Hilal Özkaya'ya, tezim ve eğitimimiz esnasında güler yüzlerini ve bilgi paylaşımlarını eksik etmeyen tüm uzmanlarıma, asistanlık sürecimin bir aile sıcaklığı içinde geçmesini sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm emekleriyle beni yetiştirip her koşulda sevgi ve şefkatlerini gösteren, desteklerini her zaman arkamda hissettiğim canım aileme,

Asistanlığımın son aylarında hayatıma giren, yoğun çalışma temposuna rağmen bu zor günlerimde yanımda olan, sevgi ve ilgisini benden hiç esirgemeyen, evlilik öncesi süreçte beni hiç zorlamayan, hayatımın son anına kadar yanımda olmasını dilediğim, sevgili nişanlım Nermin Eryıldırım'a teşekkür ederim.

Rahman ve Rahim, Kadir-i mutlak ve sonsuz ikram sahibi olan yüce Rabbime, uzmanlık eğitimim ile tez sürecimi sağlık ve afiyetle tamamlamamı nasip ettiği için hamdüsenaalar ederim.

Dr. Süleyman Akgün

İstanbul-2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIK SİSTEMİ.....	4
2.1.1. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	
2.1.1.1. 2002 Yılı Öncesi Dönem	
2.1.1.2. 2002 Yılı Sonrası Dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programı	
2.1.2. Temel ve Basamaklandırılmış Sağlık Hizmetleri	
2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBSH) Sunucuları	
2.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları	
2.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları	
2.1.3. Sağlık Alanında Dijital Dönüşüm	

2.2. AİLE HEKİMLİĞİ.....	15
2.2.1. <i>Aile Hekimliğinin Tanımı ve Tarihçesi</i>	
2.2.2. <i>Aile Hekimliğinin İlkeleri ve WONCA Ağacı</i>	
2.2.3. <i>Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması</i>	
2.2.4. <i>Sevk Sisteminde Aile Hekimliğinin Önemi</i>	
2.3. SEVK SİSTEMİ VE SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI.....	22
2.3.1. <i>Sevk Zinciri Kavramı ve Sevk Sisteminin Bileşenleri</i>	
2.3.2. <i>Hasta Sevkinin Etkileyen Faktörler</i>	
2.3.3. <i>Farklı Ülkelerdeki Sağlık Sistemi ve Sevk Zinciri Uygulamaları</i>	
2.3.4. <i>Ülkemizde Sevk Zinciri Uygulaması Denemeleri ve İlgili Mevzuatlar</i>	
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. <i>Araştırmanın Türü ve Kapsamı</i>	
3.2. <i>Araştırma Evreni</i>	
3.3. <i>Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi</i>	
3.4. <i>Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri</i>	
3.5. <i>Çalışmanın İstatistiksel Veri Analizi</i>	
3.6. <i>Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Varsayımlar</i>	
3.7. <i>Araştırmanın Çıkar Çatışması</i>	
3.8. <i>Çalışmanın Etik Kurul Onayı</i>	
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ ve ÖNERİ	72
KAYNAKÇA.....	75
EKLER.....	79



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

NHS: Ulusal Sağlık Servisi

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

E-ASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

SS: Standart Sapma

VSD: Verem Savaş Dispanseri

STSH: Seçici Temel Sağlık Hizmetleri

GSS: Genel Sağlık Sigortası

KHB: Kamu Hastane Birliği

KÖİ: Kamu Özel İş Ortaklığı

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

MHRS: Merkezi Hastane Randevu Sistemi

HIS: Sağlık Bilgi Sistemleri

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Anket Toplam Puanlarına İlişkin Cronbach Alpha İç tutarlılık Katsayıları
- Tablo 2.** Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı
- Tablo 3.** Katılımcılara ait Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı
- Tablo 4.** Öngörü, Kaygı, Öneri Anketleri ve Çeşitli Değişkenlerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler
- Tablo 5.** Katılımcıların “Hâlihazırda Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkilediğini Düşündüğünüz Etmenler Nelerdir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı
- Tablo 6.** Katılımcıların “Hastaların Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Hastaneye Gitme (Başvurma) Nedenleri Sizce Nelerdir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı
- Tablo 7.** Katılımcıların Anket Toplam ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları
- Tablo 8.** Katılımcıların Demografik ve Çeşitli Özelliklerine Göre Öngörü, Kaygılar ve Öneri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Katılımcıların Demografik ve Çeşitli Özelliklerine Göre Öngörü, Kaygılar ve Öneri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Tablo 10.** “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 11.** “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 12.** “Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 13.** Branş Grup ile Öngörü Anketinden Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Branş Grup ile Kaygı Anketinden Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Branş grup ile Öneri Anketinden bir değişkenin Karşılaştırılması
- Tablo 16.** Katılımcıların Öngörü Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı
- Tablo 17.** Katılımcıların Kaygılar Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı
- Tablo 18.** Katılımcıların Öneri Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. WONCA AĞACI: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri

Şekil 2. Sevk Sisteminin Bileşenleri

Şekil 3. Hasta Sevkini Etkileyen Faktörler



ÖZET

AMAÇ: Sevk zinciri, hastaların ihtiyaçlarına göre birinci basamaktan başlayarak uygun sağlık hizmetlerine adım adım yönlendirilmesini sağlayan, sağlık sisteminin etkin kullanımını amaçlayan bir yönlendirme sistemidir. Sevk zincirinin temel hedefi, ikinci ve üçüncü basamakta hizmet veren hastaneleri, alt basamaklarda tedavi edilebilecek hastaların oluşturduğu yükten arındırarak, hastane hizmetlerinin kalitesini artırmak ve sağlıkla ilgili maliyetleri düşürmektir. Çalışmada uzman hekimlerin ülkemizdeki sevk sistemi ve ilerleyen dönemlerde uygulamaya geçilmesi beklenen kademeli sevk zinciri hakkındaki görüşlerini tespit etmek amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan araştırmamız yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır. Çalışmamız 14.09.2023 ile 14.11.2023 tarihleri arasında İstanbul ilindeki şehir hastanelerinde aktif görev yapan uzman hekimlerden oluşan 202 katılımcı ile yapılmıştır. Çalışmada katılımcılara ilk bölümde yaş, cinsiyet, sağlık yöneticiliği ve mesleki deneyimleri gibi sosyodemografik özelliklerini tanımlamak amacıyla 18 soru yöneltilmiştir. Sonraki bölümde uzman hekimlerin mevcut ve tekrardan yapılanması planlanan sevk sistemi hakkındaki öngörülerini (15 soru), kaygılarını (12 soru) ve önerilerini (10 soru) tespit etmek amacıyla 37 soru yöneltilmiştir. Elde edilen verilerin cronbach's alpha ile güvenirlik analizi, skewness ve kurtosis değerlerine bakılıp dağılımın normalliği test edilerek istatistiksel analize tabi tutulmuştur. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Katılımcıların %38,1'i hastanelere direk başvurunun tamamen engellenmesi gerektiğini, %59,9'u ise hastanelere direk başvurunun tamamen engellenmemesi ancak sevk zincirine uyulmadığı takdirde yaptırım uygulanması gerektiğini ortaya koymuştur. Katılım sağlayan aile hekimliği dışında kalan uzman hekimlerin %50,3'ü aile hekimlerince kendi branşlarını ilgilendiren hastalıklarla ilgili verdikleri tedavilerin uygunluğunu 10 üzerinden 6'nın altında puanlamışlardır. Diğer branş uzmanlarının sadece %42,9'u halihazırda aile hekimlerinin sevk kararını etkileyen etmenler arasında tıbbi endikasyonu saymıştır. Medikolegal çekinceleri de hastaların sevk edilmesinde etmen olarak gören uzmanların oranı %67,5'tir. Yine hastaların sevk edilme talebini etmen olarak gören diğer uzmanların oranı %66,2 olarak saptanmıştır. Aile hekimlerinin bilgi/deneyim eksikliğini sevk edilme nedenleri arasında gören diğer uzman hekimlerin oranı %74,7 olarak tespit edilmiştir. Aile hekimliği branşında olan hekimlerin diğer branşlarda olanlara kıyasla Kaygılar toplam puanı daha yüksek

bulunmuştur. ASM’de çalışmış olan uzman hekimler ile sevk zincirinin uygulanması halinde malpraktislerin artacağı düşüncesi arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında branşlaşmanın hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelediği düşüncesi arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Yine aynı şekilde branş grupları ile sevk sisteminin birinci basamakta iş yükünün artacağı kanaati ve malpraktislerde artış izleneceği kanaati arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yaş ve mesleki deneyim arttıkça uzman hekimlerin gelmesi beklenen sevk zinciri uygulaması hakkındaki öngörü puanı yüksek kaygı puanı düşük bulunmuştur. Toplumun sevk zinciri uygulamasını benimseyeceğini düşünen katılımcı oranı %43,3 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %54,4’ü etkin ve kaliteli bir sevk sisteminin uygulanabileceğini düşünmektedir.

SONUÇ: Uzman hekimlerin sevk sistemi hakkında birçok konuda ortak öngörü ve kaygılara sahip olduğu görülmektedir. Ancak aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında birinci basamakta yaşanabilecek iş yükü artışı, malpraktis korkusu, stres ve sorumluluklarda artış gibi konularda farklı düzeylerde bir kaygı düzeyi olduğu görülmektedir. Sevk sisteminin etkin ve verimli olması için hizmet içi eğitimlerin verilmesi, sevk kriterlerinin net olarak belirlenmesi, hukuki altyapının güçlendirilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesinin gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, sağlık hizmetleri sistemi, sevk zinciri, tıbbi uzmanlık

ABSTRACT

Aim: Referral chain is a guidance system aimed at directing patients step by step to appropriate healthcare services starting from the primary care level according to their needs, with the aim of ensuring effective utilization of the healthcare system. The primary goal of the referral chain is to relieve hospitals providing services at the secondary and tertiary levels from the burden of patients who can be treated at lower levels, thus improving the quality of hospital services and reducing healthcare-related costs. The aim of this study is to determine the opinions of expert physicians regarding the referral system in our country and the gradual referral chain expected to be implemented in the future.

MATERIALS AND METHODS: Our study, which has a cross-sectional and descriptive nature, was conducted through face-to-face survey applications. The study was conducted with 202 participants consisting of specialist physicians actively working in city hospitals in Istanbul between September 14, 2023, and November 14, 2023. In the study, participants were asked 18 questions in the first section to define their sociodemographic characteristics such as age, gender, health management, and professional experience. In the subsequent section, 37 questions were directed towards determining the participant's predictions (15 questions), concerns (12 questions) and suggestions (10 questions) regarding the current and planned restructuring of the referral system. The collected data were subjected to statistical analysis after conducting a reliability analysis using Cronbach's alpha, and the normality of the distribution was tested by examining skewness and kurtosis values. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: 38.1% of the participants indicated that direct access to hospitals should be completely prevented, while 59.9% stated that direct access to hospitals should not be completely prevented, but sanctions should be applied if the referral chain is not followed. Among the participating specialist physicians excluding family medicine, 50.3% rated the appropriateness of treatments provided by family physicians for diseases related to their own specialties below 6 out of 10. Only 42.9% of other specialty physicians considered medical indication as a factor influencing family physicians' referral decisions. The percentage of specialists who consider medicolegal concerns as factors in patient referrals is 67.5%. Similarly, the percentage of specialists who consider patients' referral requests as factors is 66.2%. The percentage of other specialist physicians who perceive lack of knowledge/experience among family physicians as reasons for referral is 74.7%. Family medicine physicians were found to have a higher total Anxiety score compared to physicians in other specialties. Significant differences were found between specialist physicians who had worked in Primary Health Care Centers (ASM) and those who believed that malpractices would

increase with the implementation of the referral chain. There was a significant difference between family medicine specialists and other specialists regarding the perception that specialization overshadowed holistic patient care. Likewise, significant differences were observed between specialty groups regarding the belief that the referral system would increase the workload at the primary care level and lead to an increase in malpractices. As age and professional experience increase, specialist physicians' prediction scores regarding the anticipated implementation of the referral chain were found to be high, while their anxiety scores were low. The percentage of participants who believe that the community will adopt the referral chain implementation was determined to be 43.3%. 54.4% of the participants believe that an effective and quality referral system can be implemented.

CONCLUSION: Specialist physicians have common predictions and concerns regarding the referral system in many areas. However, there are different levels of anxiety between family medicine specialists and other specialists regarding issues such as increased workload at the primary care level, fear of malpractice, stress, and increased responsibilities. It is concluded that in order for the referral system to be effective and efficient, in-service training should be provided, referral criteria should be clearly defined, legal infrastructure should be strengthened, and public awareness should be raised

Key Words: Family Medicine, Healthcare System, Referral Chain, Medical Specialization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık sistemlerinin kuruluşunda; toplumun ihtiyaçlarına cevap verme, sağlığın geliştirilmesi ve hastaları sağlık harcamalarına karşı finansal açıdan korumak şeklinde üç temel amaç yer almaktadır (1). Bu amaçları gerçekleştirmek için sağlık sistemlerini kurgularken, güncel tıbbi ve teknolojik gelişmeleri takip etmek, sağlık hizmetine erişimde yaşanabilecek eşitsizlik ve ayrıcalıkları asgari düzeyde tutmak hedeflenmektedir (2).

İktisatta sıkça kullanılan insan ihtiyaçlarının sınırsız, buna karşılık kaynakların sınırlı olması durumu sağlık sektörü için de geçerlidir. Nitelikli sağlık insan gücünün yetersizliği, sağlık maliyetlerinin giderek artması ve coğrafyanın geniş ve farklı gelişmişlik düzeyde olması sağlık sisteminde var olan imkanların etkin ve verimli kullanılarak sürdürülebilir ve uygulanabilir stratejiler geliştirilmesini zaruri kılmaktadır (3). Bu amaçla birçok ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de sağlık sistemlerinde basamaklandırma temelinde organizasyonel yapıya gidilmiştir.

Ülkemizde sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırma kriterleri, tedavi kapsamı gibi birçok konunun aydınlatıldığı kanun ve yönetmelikler mevcuttur. Son çıkan yönetmeliğe göre; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları alanında uzman ekipler tarafından ayakta veya yataklı şekilde teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu hastanelerdir (4). Birinci basamak sağlık kuruluşları ise toplumda sık görülen hastalıkları muayene ederek veya basit tetkikler ile teşhis koyup tedavilerinin uygulandığı aynı zamanda koruyucu sağlık amacıyla aşılama, gebe takibi, kanser tarama gibi hizmetleri verildiği yerler olarak tanımlanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetini, halk sağlığı uzmanları ile beraber sıklıkla aile hekimi statüsünde görev alan pratisyen veya uzman hekimler yönetmektedir. Aile hekiminin birçok yükümlülüğünün yanında, kendisine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını değerlendirdikten sonra gereklilik halinde koordineli bir şekilde diğer uzman branş hekimlerinin yer aldığı nitelikli ve donanımlı olan hastanelere sevkini sağlayabilme sorumluluğu vardır (5). Bu hizmetin etkili ve sağlıklı şekilde sunulabilmesi için sevk zinciri uygulaması kullanılabilen yöntemlerden birisidir.

Sevk zincirini, sistemin herhangi bir yerinde sağlık hizmeti sunanların kaynak kısıtlılığı nedeniyle, hasta ve yakınlarına destek olmak, klinik durumu yönetebilmek ve hastaya tamamen veya paylaşılarak sorumluluk verilmesi için, hastanın aynı veya üst düzeydeki daha farklı ve

gelişmiş imkanlara sahip birimlere yönlendirmesi olarak tanımlamak mümkündür (6). Hastaların sağlık problemlerini gidermek için birinci basamak kuruluşları tercih etmesine rağmen olanakların yetersizliği durumunda başka bir üst basamağa başvurusunu sağlamak şeklinde tanımlayabileceğimiz sevk zincirinde amaç; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneleri alt basamaklarda tedavi olabilecek hasta grubunun yükünden kurtararak hastanelerin verdiği hizmetin kalitesini yükseltmek ve sağlığın getirdiği maliyet yükünü azaltmaktır (7).

Güçlü ve etkin bir sevk sistemi ile, maliyeti asgari düzeyde tutarak hastaların yeterli düzeyde bir sağlık hizmeti alması, hizmet veren hastanelerin imkanlarının optimal kullanımı ve hastaların diğer uzman hekimlere vaktinde ve uygun şekilde ulaşması sağlanabilmektedir. Bu sistemin işlerliği ve fayda sağlaması ancak; basamaklar arası entegrasyonun, toplumun sistem hakkındaki farkındalığının ve hekimler arası iş birliğinin sağlanması ile mümkün olabilmektedir (8). Ayrıca tıbbi kayıtların eksiksiz muhafazası ve otomasyon sistemleri aracılığıyla kurumlar arası bilgi aktarımının mümkün kılınması, sağlık profesyonellerinin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, hizmetlerin geri ödeme kapsamına alınma durumu gibi birçok faktör sevk sistemini etkilemektedir.

Ülkemiz sağlık sisteminde son yıllarda birçok köklü değişiklik gerçekleşmiştir. Bunların başında sevk sisteminin önemi ve gerekliliği hususunda hedeflerin yer aldığı sağlıkta dönüşüm programı yer almaktadır. Bu program ile aile sağlığı merkezleri kurulmuş olup yeni mevzuatlar ile aile hekimliği uygulaması getirilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetki ve sorumlulukları çizilmeye çalışılmıştır. Ayrıca 2008 yılında pilot bölgeler belirlenerek kademeli sevk zinciri projesi hayata geçirilmeye çalışılsa da aile hekimi sayısının azlığı ve mevzuatların yeterli düzenlemeleri içermemesi nedeniyle ertelenmiştir (9).

Türkiye’deki sağlık sisteminde giderilmesi gereken birçok sorun olmakla birlikte dünya standartlarında sağlık hizmeti sunulabilmesi için birinci basamağın etkin ve verimli kullanılması önem arz etmektedir. Bunun da ancak; ülke şartları ve imkanları göz önünde bulundurularak kademeli sevk zincirine geçilmesi ile mümkün olacağı görülmektedir.

Yapılan literatür taramalarında yeterli sayıda olmasa da toplumun ve aile hekimlerinin sevk sistemi ve sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşleri üzerine çalışmalara yer verildiği gözlenmiştir. Biz bu çalışmamızda sevk eden aile hekimleri ile sevk zincirinin edilen tarafında yer alan diğer uzmanlık branş hekimlerinin ilerleyen dönemlerde karar alıcılar tarafından uygulamaya geçilmesi beklenen kademeli sevk zinciri hakkındaki görüşlerini tespit etmek amaçlanmıştır. Sistemin aktif olması ve uygulamanın hayata geçmesi halinde karşılaşılabilecek

durumlar hakkında öngörü, kaygı ve beklentileri tespit ederek karar alıcılara başvurabilecekleri bir kaynak oluşturmak hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık sistemi, bir ülke veya bölgenin sağlık hizmetlerini kapsayan ve sağlık hizmetlerine erişim sağlayan bir organizasyonel yapıyı ifade eder. Sağlık sistemleri, bir toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, sağlığın devamlılığını sağlamak, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kurulmuştur. Sistemler, tarihi süreçte birçok reformlardan etkilenerek günümüze kadar farklı modellerle belirli süreler hayatta kalarak faaliyet göstermiştir (10).

Ülkenin sağlık sistemi ekonomik, kültürel ve politik faktörlere bağlı olarak şekillenir. Türkiye'de sağlık sistemi, özel sektörün de içinde yer aldığı ancak sağlık hizmetinin genellikle kamu tarafından karşılandığı bakanlık tarafından organizasyon ve kontrolünün sağlandığı bir sistemdir.

2.1.1 Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Cumhuriyet öncesi Osmanlı devletinde sağlık politika ve uygulamalarında monarşi yönetim anlayışının etkisi ve özelliklerini görmek mümkündür. Sağlık hizmeti, genellikle tedavi olmak maksadıyla saray merkezli idarecilere ve askeri veya maddi olarak otorite sahibi bireylere sunulan bir hizmet olarak verilmekteydi. Halkın sağlık ihtiyaçları ise vakıf veya dernekler tarafından sağlanmaya çalışılsa da toplumun büyük bir kısmı bu hizmetten mahrum yaşamaktaydı.

1900'lü yıllarda sosyal devlet ve refah devleti anlayışının egemen olması ile birlikte sağlık hizmeti de tüm halka yayılmaya başlamıştır. I. dünya savaşının yıkıcı etkileri devam ederken Cumhuriyet'in ilanından sonra ülkemizde ilk ele alınan konulardan biri de sağlık olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın o yıllarda merkezi ve taşra olmak üzere teşkilatlanmaya gidilmesi, koruyucu sağlık hizmetinin verilmesi, tedavi hizmetinin belediyeler ve özel idarelerin de desteği ile tüm halka ücretsiz sunulması gibi başlıca görevleri bulunmaktaydı. 1980'lere gelindiğinde liberal ekonominin etkisi ile sağlık finansmanının kamunun yanında özel sektör tarafından da sağlanması fikri gelişmeye başladı (10).

2003 yılına gelindiğinde siyasi iktidarın değişmesiyle birlikte 58. Hükümet tarafından hazırlanan Acil Eylem Planları uygulamaya geçilmiş olup sağlık alanında da ciddi reformlar gerçekleştirilmiştir. Ülkemizdeki sağlık hizmeti sunumunun uluslararası standartları yakalaması adına hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı bu dönemde uygulamaya geçilmiş devrim niteliğinde bir programdır. Ülkemiz sağlık hizmeti sunumunda önemli bir aşama katetmesine rağmen son yıllarda gelişen yeni ihtiyaçlar ve sorunlar nedeniyle bu program yetersiz kalmıştır. Kamu-özel iş birliği uygulamasının sağlık sektöründe de faaliyete geçmesi ile yeni sağlıkta yeni bir döneme geçilmiştir. Artan ve değişen talepler, sosyodemografik etkenler, imkanların kısıtlı olması gibi nedenlerle etkin ve verimli sağlık hizmeti sağlayabilmek için tarih boyunca farklı politikalar hayata geçirilmeye devam etmektedir.

2.1.1.1 2002 Yılı Öncesi Dönem

Tarihsel olarak Selçuklu ve Osmanlı devletlerinde diğer devletlere kıyasla zamanının gelişmiş sağlık hizmeti sunumu bulunmaktadır. Sağlık hizmeti, Osmanlı devletinde uzun yıllar daha çok idari ve ekonomik gücü elinde bulunan zümrelerin faydalanabildiği bir hizmet idi. Halkın monarşi yönetiminin etkisi ile sağlık hizmetine erişimi vakıflar veya dernekler yardımıyla sağlanabildiği için oldukça kısıtlı idi. Geleneksel tedavilerin yer aldığı Osmanlıda hekimler usta-çırak ilişkisi ile yetiştirilir ve saray hekimleri dışında serbest olarak çalışırlardı. İlim ve fende geri kalan Osmanlı devletinin son dönemlerinde Alman ve Fransız hekimlerin ülkeye tıp eğitimi amacıyla getirilmiş olması önemli atılımlar yapılmasını sağlamıştır. 1898 yılında açılan Gülhane Askeri Hastanesi'nin Türkiye topraklarında tertip ve düzen olarak kurulan ilk modern hastane olması bu yönelimin bir eseridir (11).

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sosyal devlet anlayışının hâkim olması ile birlikte sağlık politikalarında önemli değişimler yaşanmıştır. Sağlık, devlet tarafından finansmanının sağlandığı tüm halka ulaştırılması gereken bir hizmet olarak tanımlanmıştır. Refik Saydam'ın bakanlığı döneminde önemli hukuki reformlar gerçekleştirilmiştir. Yürürlükte olmaya devam eden Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu o dönemin eserleridir. Tıp fakültelerinin kurulması, koruyucu sağlık hizmetinin ön planda tutulması ve sıtma, verem, frengi gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi yine o dönemlerde gerçekleşmiştir (10).

Birinci On Yıllık Sağlık Planı'nı hazırlayıp uygulamaya koyarak Cumhuriyet tarihine adını yazdırmış önemli isimlerinden biri de Dr. Behçet Uz olmuştur. Sağlık hizmetlerini ülke geneline yaymak için hizmet veren kurumların entegrasyonunu sağlamıştır. Hükümet

tarafından merkezi idarenin kontrolünde, her bölgede 40 köy için 10 yataklı bir sağlık kuruluşu olması şartıyla yedi ana bölgeye ayrılarak sağlık hizmeti verilmesi planlanmıştır. Her bir sağlık kuruluşunda iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve gezici hemşireler çalışması planlanmış. Ayrıca her bölge için bir tıp fakültesi kurulması hedeflenmiştir. Ancak Uz ve ekibinden sonraki bakanlıkta uygulama alanı bulamayan proje her ilçe için bir sağlık merkezinin kurulması halini almıştır. Bu merkezler, getirdiği maliyetlerin yüksek olması ve hekimlere ödenen yüksek ücret politikasının da son bulması nedeniyle kısa süre sonra kullanılamaz hale gelmiştir (12).

Ülkemiz sağlık politikalarında önemli isimlerden biri olan Nusret Fişek önderliğinde 1961 yılında imzalanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarına uygun sürekli ve entegre şekilde sunulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda; sağlık evleri yanında sağlık ocakları, yataklı sağlık hizmet veren il ve ilçe hastaneleri açarak kademeli ve bütünleşmiş bir yapılanmaya gidilmiştir (13). 1963 yılına gelindiğinde birinci beş yıllık kalkınma planlanması kapsamında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için bazı önemli hedefler belirlenmiştir. Bu hedefleri; sağlık personellerinin düzenli ve dengeli istihdamının sağlanması, finansmanın döner sermaye tarafından sağlanması, ilaç endüstrisine yatırımların artırılması ve özel kliniklerin desteklenmesi olarak özetleyebiliriz. 2008 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS), taslak olarak çalışması ve planlanması bu dönemlere denk gelmektedir. 1990'lı yıllara gelindiğinde ise Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 'Yeşil Kart' uygulaması dar gelirli olup ödeme güclüğü yaşayan ailelere ücretsiz sağlık hizmeti sunulması amacıyla faaliyete geçirilmiştir.

2.1.1.2 2002 Yılı Sonrası Dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türk siyasi tarihinin dönüm noktalarından olan 2002 yılı genel seçimleri ile tek başına iktidara gelen partinin 22 yıl boyunca siyaseti domine etmesi diğer politikalarda olduğu gibi sağlıkta da çok önemli ve süregelen projeler hayata geçirildi. 2002 yılı Acil Eylem Planı dahilinde olan 'Herkesin Sağlık' adı altında sağlık alanındaki hedeflerinden bazıları şu şekildedir (14);

- Vatandaşların tamamını GSS kapsamına almak
- Bakanlığın idari ve fonksiyonel yapısını yeniden organize etmek
- Aile Hekimliği Uygulamasını hayata geçirmek
- Koruyucu sağlığı yaygın ve etkin hale getirmek
- Özel sektörü sağlık alanında yatırıma özendirmek
- Kamu kuruluşlarının tüm kademelerine yetki devretmek

- Sağlıkta elektronik kayıt devrine geçmek
- Sağlık personellerinin ihtiyaa göre istihdamını sağlamak

Kaliteli ve uygulanabilir politika geliştirebilmenin en önemli şartlarından biri de gerekli ve yeterli dataya yani veriye sahip olmaktır. Gelişen teknoloji ve e-dönüşüm projesiyle ülkemizdeki sağlık personeli sayısı, hastanelerdeki toplam yatak sayısı, anne ve ocuk ölüm sayıları, hastaneye müracaat sayısı, teçhizat sayısı gibi veriler sağlıklı bir şekilde kayıt altına alınabildi. Bu sayede sağlık hizmeti sunumunda yaşanan aksaklıklar ve ihtiyaçlar tespit edilebildi. Aralık 2003'te OECD ve Dünya Bankası tarafından finansmanı sağlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kamuoyuna duyuruldu. Bu programda, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, etkili ve verimli şekilde sağlanabilmesi için sağlık sektöründeki sorunlar ele alınmış ve çözüm nerileri sunulmuştur. Halkın sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla üzerinde çalışılması planlanan sekiz ana tema belirlenmiştir (10,15). Bunlar;

- Planlayan ve denetleyen bir bakanlık,
- Tek atı altında toplanan GSS,
- Etkili ve kademeli bir sevk zinciri ile temel sağlık hizmetini güçlendirmek,
- Donanımlı ve motivasyonu yüksek sağlık insan gücü,
- Eğitim ve bilimi desteklenmek,
- Kalite ve akreditasyonu sağlamak,
- İlaç ve malzemelerin akılcı yapılanması
- Sağlık Bilgi Sistemi

SDP ile uygulamaya konulmaya çalışılan Aile Hekimliği modeli ile; birinci basamak sağlık hizmetini daha düşük maliyetle geniş bir tabana yayarak sağlıklı bir toplum inşa etmek amaçlanmıştır. Finansmanın ve sevk zincirinin kurgusu yeterince iyi planlanmayınca bu model istenen düzeyde hayata geçirilememiştir. SDP'nin bir parçası olan Kamu Hastane Birliği (KHB) reformu ile hedeflenen bakanlığa ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastaneleri tek çatı altında toplayıp yeni bir özerk yapı inşa etmektir. Ancak bu organizasyon şeması sağlıklı şekilde kurgulanamayınca idari birçok problemi beraberinde getirdi (10). SDP ile birlikte sağlık sektöründe önemli ölçüde açılan birçok soruna rağmen hızla gelişen ve değişen şartlara göre kendini güncelleyebilen dengeli ve adaletli sağlık hizmetleri arzı henüz sağlanamamıştır.

2.1.2 Temel ve Basamaklandırılmış Sağlık Hizmetleri

Kapsayıcı özelliği ile kişiye, topluma ve çevreye sağlık hizmeti sunarken önleme, geliştirme, tedavi etmenin yanında destekleme ve rehabilite etme ilkelerini de içeren Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), yaşanan sektörel sorunlar nedeniyle günümüzde önemini giderek arttırmaktadır. TSH metodolojik olarak ilk kez DSÖ tarafından 1972 de yayımlanan raporda tanımlanmıştır. Bu rapora göre; sağlık hizmetini talep eden toplum ile sağlık hizmeti sunucularının ilk temas yeri ve hastaların olduğu kadar, sağlıklı bireylerin de sağlığının korunmasını sağlayan yer olarak TSH tanımlanmıştır (16). Sağlık sorunlarının daha basit, yerel ve düşük maliyetlerle giderilebileceğine dikkat çeken DSÖ, 1978 yılında Alma Ata şehrinde düzenlediği konferansta en kapsamlı haliyle TSH'nin tanımını şu şekilde yapmıştır: “TSH, bütün bireylere ve ailelere tam bir toplum katılımının sağlanması yoluyla kabul ettirilmiş ve bir ülkenin kendi öz kaynaklarına dayanarak ve kendi geleceğini belirleme ruhuyla gelişmesinin her döneminde maliyetini karşılayabileceği bilimsel yöntemlere ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetidir” (17).

Alma Ata Bildirgesinde öne çıkan başlıklardan ikisi şu şekildedir;

- Sağlık problemlerinin gelişmesini önlemek amacıyla, sağlık okuryazarlığı eğitiminin, doğru beslenmenin, temiz suyun, temel hijyen koşullarının, bağışıklamanın sağlanması önem arz etmektedir.
- Toplumun her kesimine ihtiyaçları ölçüsünde değişik bölüm ve kurumlar arasında fonksiyonel ve destekleyici olma koşulu ile entegre edilmiş bir sevk zinciri koordinasyonu sağlanmalıdır.

1980 sonrası yaşanan küresel boyuttaki ekonomik sorunlar, yetişmiş personel eksikliği, değişen sağlık sorunları nedeniyle sağlığa bütüncül yaklaşımı önceleyen TSH istenen düzeyde etkin olamadı. Günümüz literatürüne geçen Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH), tam da bu noktada herkese eşit hizmet sunmak yerine hakkaniyetli, tüm sağlık sorunları yerine mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıkları önceleyen maliyet etkinliği yüksek politikalar geliştirilmesini savunmaktadır. 2008 yılında DSÖ tarafından dört alt başlıkta yayınlanan sağlık hizmeti reformlarında bu hususlara dikkati çekmiştir (16). Bu başlıklar;

- Sosyal adaletin sağlanmış olduğu, sınıfsal ayrımların yok edildiği, hakkaniyetli bir kapsamlı sağlık hizmeti erişimini temin etmek.
- Bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alan yeniden organize edilmiş bir sağlık hizmeti sunmak.
- Diğer sektörlerle iş birliğinin sağlanmasıyla daha yaşanabilir bir çevre ve sağlıklı toplum inşa etmek.

- Etkilendiği faktörlerin giderek çoğalması nedeniyle tepeden inme kararlar ile merkezi kontrol ve yönetim anlayışının değil tüm paydaşların yetki ve sorumluluğu birlikte üstlendiği bir sağlık yönetimi inşa etmek.

Gelişen ve büyüyen tıp biliminin de etkisiyle uzmanlaşmanın gün geçtikçe artması ve daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmak amacıyla basamaklandırma temelinde bir örgütlenmeye gidilmiştir. Basamaklandırmanın temel amacı, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine en uygun seviyede, hızlı ve etkin bir şekilde erişmelerini sağlamaktır. Bu sayede, kaynakların daha verimli kullanılması ve sağlık sisteminin genel etkinliğinin artırılması hedeflenir. Ülkemizde bu yapılanma sağlık hizmetlerinin verilme sıklığı, donanımsal imkanlara güçlüğüne göre üç farklı basamak şeklinde tanımlanmıştır. Daha kompleks ve donanımlı yapısı ile sağlık sektöründe son 7 yıldır faaliyet gösteren şehir hastaneleri ile dördüncü basamak sağlık hizmeti tanımı gündeme gelmiş olsa da henüz resmi olarak böyle bir ifadeye yer verilmemiştir. Hastaların sağlık hizmeti almak için dilediği merkeze dilediği zamanda başvurması sistemde verimsizliğe, karmaşıklığa, adaletsizliğe ve haksızlığa yol açması riskinden dolayı basamaklandırma ve yönlendirme sistemin vazgeçilmez unsuru halini almıştır.

2.1.2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBSH) Sunucuları

Genel olarak, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezleri üzerinden koordine edilir ve geniş bir yelpazede sağlık hizmetleri sunulur. Bu hizmetler, kişilere ve topluma yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri içerir. BBSH'yi, bireylerin sağlık hizmeti alma ihtiyacında ilk başvurdıkları, toplumun tüm kesimini yaşam boyu izleyebilme imkanının olduğu ve tedavi etmenin yanından koruyucu sağlık hizmetinin de verildiği bir basamak olarak tanımlayabiliriz. Bu hizmetin sunumunda coğrafik yapı dikkate alınarak bağlı olduğu nüfusun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde kaynakların organizasyonu ve bireylerin katılımcı rolü üstlenmesi sağlık sisteminin işlerliği açısından çok kıymetlidir (18).

1/1000'den daha az sıklıkla görülen sağlık problemleri haricinde kalan tüm sağlık hizmetlerini karşılayabilecek yeterlilikte olması birinci basamağın kapsayıcı özelliğini tanımlanmaktadır. Kapsayıcı ve işlevsel olması için BBSH'nin sağlık hizmetine erişimde ilk başvuru noktası olması, bireyin sadece hastalandığında değil uzun süreli izlenmesi (süreklilik), kapsayıcı olması ve diğer basamaklarla entegre çalışabilmesi (koordinasyon) şeklinde dört

temel özelliği barındırması gereklidir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumları şu şekilde sınıflayabiliriz:

- Aile Sağlığı Merkezleri: Aile hekimliği sistemi, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur. Her aile hekimine, belirlenen bir nüfus grubu atanır ve bu kişilerin genel sağlık ihtiyaçlarına cevap verirler. Aile sağlığı merkezleri, koruyucu sağlık hizmetleri, rutin tıbbi muayeneler, aşılar ve basit tıbbi müdahaleler gibi hizmetler sunar.
- Toplum Sağlığı Merkezleri: *Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan merkezlerdir.* Bunlara ek olarak, cezaevleri, çocuk ıslahevleri, huzurevleri ve yetiştirme yurtları gibi kurumlarda da periyodik sağlık hizmetlerinin de koordinasyonu TSM tarafından sağlanmaktadır (19).
- KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) birimi: *Toplum sağlığı merkezinin kanser erken teşhis, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimidir* (19).
- VSD (Verem Savaş Dispanseri) birimi: *Toplum sağlığı merkezinin tüberküloz hastalığına ilişkin teşhis, tedavi, tarama ve eğitim faaliyetlerini yürüten bağlı birimidir* (19).
- Gezici Sağlık Hizmetleri Birimi: *'Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmeti'* olarak yönetmelikle tanımlanmıştır (20).
- Evde Sağlık Hizmetleri: *Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlayabiliriz.* Bu hizmetler, genellikle bakıma muhtaç, kronik hastalıkları olan veya evden çıkamayacak durumda olan kişilere yöneliktir (21).
- Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri: Özel sağlık sektöründe hizmet veren bu kurumlar, genellikle daha hızlı ve kolay erişilebilir sağlık hizmetleri sunar. Bu tür kurumlar, genel

pratisyen veya uzman doktorları bünyesinde bulundurarak basit tıbbi işlemlerin yapıldığı yerlerdir. Bazı durumlarda özel ambulans hizmetleri de sunabilirler.

Sağlık Bakanlığının 2022’de yayınladığı rapora göre ülkemizde 27.762 Aile Hekimliği Birimi, 774 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 4958 Sağlık Evi, 173 VSD, 364 KETEM hizmet vermektedir. Bu kurumlar ve birimler, Türkiye’deki sağlık sisteminin temelini oluşturur ve toplumun geniş kesimlerine erişilebilir, etkili ve verimli sağlık hizmetleri sunma amacı taşır.

2.1.2.2 İkinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları

Türkiye’deki ikinci basamak sağlık hizmetleri, genellikle ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunan sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Bu kurumlar arasında eğitim ve araştırma özelliği olmayan devlet hastaneleri, dal hastaneleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri ve belediyelere ait hastaneler olduğu gibi bakanlık tarafından çıkarılan yönetmelik usullerine uygun özel hastane ve tıp merkezleri yer almaktadır. Bu merkezler, çeşitli tıbbi disiplinlerde uzmanlaşmış doktor ve sağlık personeli barındırarak hastalara daha spesifik ve ileri düzeyde tıbbi bakım hizmeti sunmaktadırlar (22).

İkinci basamak sağlık kuruluşları, genel sağlık sorunlarından özel hastalıklara kadar geniş bir yelpazede tedavi seçenekleri sunar. Verilen hizmetler arasında alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezleri, diyaliz merkezleri, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama birimleri, obezite merkezleri, semt poliklinikleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri gibi birçok özelleşmiş hizmet yer almaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında MR, CT, USG ve özel laboratuvar testleri gibi ileri düzey tıbbi cihazlar ve teknolojiler kullanılarak kompleks tıbbi durumların teşhis ve taraması yapılabilmektedir. Hastaların daha uzun süreli bakım veya gözlem altında tutulmalarını gerektiren durumlar için yatış imkanları sağlanmaktadır. Bu kurumlar, anestezi altında yapılan daha karmaşık veya özelleşmiş organ nakilleri, ileri kanser tedavileri gibi büyük cerrahi müdahaleleri gerçekleştirecek donanımına sahiptirler (22,23).

Bazı ikinci basamak sağlık kuruluşları kişilerin yaralanma, hastalık veya ameliyat sonrası normal hayatlarına dönmelerini, fiziksel, zihinsel ve sosyal yeteneklerini en üst düzeye çıkarmalarını hedefleyen rehabilitasyon hizmetleri de vermektedir. Teknik donanım, sağlık personeli sayısı ve niteliğine göre kapasitesi değişmekle birlikte bütün ikinci basamak sağlık kuruluşları hayatı tehdit eden veya kritik bakım gerektiren durumlar için kesintisiz, hızlı ve etkili müdahale sağlayan acil servis üniteleri barındırır. Sayıları kamuda 915, özel sektörde

572'ye ulaşan bu kurumlar, Türkiye'nin sağlık sisteminde önemli bir yer tutmakta ve geniş bir hasta kitlesinin ihtiyaçlarına yanıt vermektedirler.

2.1.2.3 Üçüncü Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları

Türkiye'deki üçüncü basamak sağlık hizmetleri, genellikle büyük şehirlerde bulunan, geniş bir uzmanlık yelpazesine ve ileri teknolojik donanımına sahip, daha karmaşık sağlık sorunlarına yönelik hizmet sunan hastaneleri ifade eder. Bu hastanelerde, genel pratisyenlerin yanı sıra birçok uzmanlık ve alt uzmanlık dalında doktorlar ve tecrübeli diğer sağlık profesyonelleri bulunur. Anjiyo üniteleri, yanık, inme ve organ nakil merkezleri, toksikoloji ve yenidoğan yoğun bakım servisleri gibi birimleri barındıran yüksek riskli ameliyatlarda yapıldığı, robotik cerrahi gibi teknolojilerin yer aldığı bu hastaneler genel olarak birinci ve ikinci basamakta tanısı ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için kurulmuştur. Bu kurumları diğer basamaklardan ayıran bir diğer özellik ise halka sunulan sağlık hizmetinin yanında tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencilerine klinik eğitim ve araştırma fırsatı sunuyor olmasıdır (6,24). Bu kurumları üç kategoride sınıflandırmak mümkündür;

- Üniversite hastaneleri, en karmaşık tıbbi vakaların alanının akademik kadrolarıyla araştırılıp tedavi edildiği yerlerdir ve geniş bir uzmanlık alanına sahiptirler. Bu hastanelerde sağlık hizmeti verilmesinden çok üniversitelere bağlı öğretim üyeleri ve tıp fakültesi öğrencileri için klinik eğitim ve araştırma faaliyetleri sunarlar.
- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan ve genellikle büyük şehirlerde yer alan bu hastaneler üniversite hastaneleri gibi hem sağlık hizmetleri sunar hem de tıp alanında eğitim ve araştırma yapar. Ancak buralarda akademik kadronun az olması ve başvuran hasta sayısının fazla olması nedeniyle eğitim ve araştırma yönü sağlık hizmeti vermenin gölgesinde kalabilmektedir.
- Özel Hastaneler: Türkiye'de bazı büyük özel hastaneler, son teknoloji tıbbi ekipmanlara ve yüksek kalitede hizmet sunma kapasitesine sahip olması nedeniyle üçüncü basamak sağlık hizmeti sunabilen kurumlar arasında yer almaktadır (22,25).

Sayıları az olmasına rağmen ulusal ve hatta uluslararası düzeyde referans noktası olma özelliği ile üçüncü basamak sağlık hizmetleri, Türkiye'nin sağlık sistemini güçlendiren ve halka kapsamlı tıbbi bakım sağlayan önemli bir unsurdur. Türkiye'nin sağlık sistemi, bu kurumların sunduğu hizmetlerin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmaya yönelik çeşitli çabalar

içerisindedir. Bu çabalara son yıllarda sağlık hizmetine dahil olan yüksek teknoloji ve altyapıya sahip şehir hastanelerini örnek verebiliriz.

1990'lı yıllardan itibaren özellikle Avrupa ülkelerinde kamu özel iş ortaklığı (KÖİ) veya iş birliği olarak bilinen (Public Private Partnership) model sağlık sektöründe de aktif olarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu model; kamu ve özel sektörün beraber hareket ettiği, kamu hizmet sunumunun ve sürdürülebilirliğinin sağlanması için altyapı faaliyet ve projelerin finansmanını üstlendiği ayrıca bütün süreçlerde gerçekleşme ihtimali olan risklerin ortaklaşa paylaşıldığı bir model olarak tanımlanabilmektedir. Türkiye 2017 yılı itibariyle şehir hastanelerini bu modelle inşa ederek sağlık hizmeti sunumunda KÖİ sürecini başlatmıştır (26,27).

Uygulama ile yapılan şehir hastaneleri ile alakalı günümüze kadarki süreçte; teknolojik açıdan güçlü ve modern sağlık tesislerine sahip olma, ihtiyaç duyulan tüm uzmanlık dallarının tek merkezde toplanması gibi olumlu eleştirilerin yanında, yeterli kamuoyu bilgilendirilmesinin yapılmaması, oldukça yüksek maliyetlere ve uzun vadede borçlanılması, hastanelerde çift başlı yönetim yapısının olması gibi olumsuz eleştiriler de yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda şehir hastanelerinin sağlık sistemindeki yeri ve etkisi belirsizliğini korurken birçok bölgede yeni şehir hastaneleri inşa edilmekte ve faaliyet göstermeye devam etmektedir.

2.1.3 Sağlık Alanında Dijital Dönüşüm

Türkiye'de sağlık alanında gerçekleştirilen dijital dönüşüm, sağlık hizmetlerinin verimliliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Dijital dönüşüm, sağlık hizmetlerinin sürekli geliştirilmesine ve modernizasyonuna katkıda bulunurken, hastaların ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını daha iyi karşılamayı amaçlamaktadır. Basamaklar arası sevk zincirinde çok önemli yeri olan bu elektronik ağ sistemi, vatandaşların sağlık kayıtlarını daha iyi yönetmelerine, sağlık durumlarını takip etmelerine ve gerektiğinde hızlı ve etkili sağlık hizmeti alabilmelerine fırsat tanır. Sağlık alanında toplanan bu büyük verilerin analizi, hastalık trendlerinin belirlenmesi, epidemiyolojik çalışmalar ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde kullanılmaktadır. Bu dönüşümün ana öğeleri şunlardır:

- **Elektronik Sağlık Kayıtları (EHR):** Bu sistem, hastaların sağlık bilgilerini dijital ortamda saklamakta ve sağlık hizmet sağlayıcıları arasında bu bilgilerin paylaşılmasını sağlamaktadır. Bu kayıtlar, kapsamlı şekilde teşhisler, tedavi bilgileri, laboratuvar sonuçları, radyoloji görüntüleri, reçete bilgileri ve aşı kayıtları gibi bilgileri içerir. EHR

sistemi, hastanın sağlık geçmişine ilişkin verilerin bütünlüğünü korur ve sürekli bir sağlık kaydı sunar. Bu, farklı sağlık kuruluşları arasında hasta bilgilerinin tutarlı ve güncel kalmasını sağlar. Kayıtlar yüksek düzeyde güvenlik ve gizlilik standartlarına uygun olarak saklanır ve hastanın erişim izni verdiği kişiler bu kayıtları görebilir. Bu sağlık kayıtları diğer sağlık bilgi sistemleriyle etkileşimli çalıştığı için zaman tasarrufu sağlar, hataları azaltır ve genel sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırır (28).

- Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS): Hastaların devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve bazı özel hastaneler dahil olmak üzere sağlık kurumlarından online olarak randevu alabilmelerini sağlayan bir sistemdir. Sistem üzerinden randevu almak için, tercih edilen hastane, bölüm ve doktor seçildikten sonra müsait tarih ve saatler arasından seçim yapılır. MHRS, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak hastaların zamanından tasarruf etmelerini ve randevu süreçlerini daha verimli hale getirmeyi amaçlar. Bu sistem, hastaların sağlık hizmetlerine daha düzenli ve planlı bir şekilde erişmelerine yardımcı olmakta ve hastane yoğunluğunu azaltmaya katkıda bulunmaktadır.
- E-Nabız Sistemi: Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve bireylerin kendi sağlık kayıtlarına çevrimiçi olarak erişebildikleri, sağlık durumlarını takip edebildikleri bir sağlık bilgi sistemidir. Bu sistem sayesinde, kişiler teşhis bilgilerini, tarafına yazılan ilaçları, alerji ve aşı bilgilerini, rahatlıkla görüp takip edebilmektedir (28,29).
- E-Reçete ve E-İlaç: Doktorların elektronik ortamda reçete yazmalarını ve hastaların bu reçeteleri eczanelerden elektronik olarak temin etmelerini sağlayan sistemdir. Bu sistemle usulsüz reçete yazma ve kullanımının önüne geçilmesi, akılcı ilaç kullanımını geliştirmek hedeflenmektedir.
- Sağlık Bilgi Sistemleri (HIS): Hastanelerin yönetim, finansal işlemler, hasta kayıtları ve tıbbi süreçler gibi alanlarda kullanılan bütünlüşik bilgi sistemleri. Bu sistem sayesinde hastanelerde satın alımdan ilaçların uygulanmasına, sağlık çalışanlarının performans durumunu kontrol etmeden boş yatak sayılarına kadar tüm verilen hizmetleri anlık takip edebilmek mümkün hale gelmiştir.
- Tele-tıp ve Uzaktan Sağlık Hizmetleri: Uzaktan tıbbi danışmanlık, teşhis ve tedavi hizmetleri sağlayan sistemler. Özellikle kırsal ve ulaşımı zor bölgelerde zamandan ve maliyetten tasarruf sağlaması bakımından önem taşır.

Türkiye'de EHR, MHRS, E-nabız gibi sağlık bilgi sistemlerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hastaların memnuniyetini artırmaya yönelik çok önemli bir adımdır.

Bu sistemler, sağlık sektörünün modernizasyonu ve dijitalleşmesi sürecinin temel taşlarını oluşturmaktadır.



2.2 AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimliği, herhangi bir ayırım gözetmeksizin her yaş grubuna birinci basamak sağlık hizmeti sunarken kendine özgü disiplini ve sorumluluğu olan özelleşmiş bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimleri, hizmet verdiği toplumu yakından takip ederek her yönüyle tanınması, bireyleri hastalık odaklı değil bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesi ile adeta bir sanat icra eden hekim grubudur. Sağlığı koruması ve hastalıkları erken tanıyıp tedavi etmeyi önceliğiyle birlikte her ülke kendi sağlık sisteminin dinamikleri ve ihtiyaçlarına göre kendine özgü aile hekimliği tanımı geliştirmiştir. Bu sebeple Dünya Aile Hekimleri Örgütü olarak adlandırdığımız World Organization of Family Doctors (WONCA) tarafından uluslararası kabul gören aile hekimliği tanımı *“Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen, bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştiren birinci basamak yönelimli akademik ve bilimsel bir uzmanlık alanıdır”* şeklinde belirlenmiştir (1,18,30).

BBSH'nin etkili bir şekilde sunulması, toplumun hastalık yükünü azaltmakla beraber, ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve de eğitimi vermelerine olanak sağlayacaktır. Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek, kaynakları verimli kullanarak daha fazla hizmet sağlanmak ve hakkaniyet ilkesi dikkate alınarak bütün bireylere ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak için aile hekimlerine büyük görev ve sorumluluk düşmektedir. Bu sonuçları elde etmek için herkesin kolayca erişebileceği, herhangi bir engel olmadan danışabileceği, başvurabileceği bir aile hekiminin olması ve hekimin bu hizmeti verebileceği merkezlerin ve uygun şartların oluşturulması çok önem arz etmektedir (31,32).

2.2.1 Aile Hekimliğinin Tanımı ve Tarihçesi

Aile Hekimliği, ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme gelmiştir. Tıpta aşırı uzmanlaşmayla birlikte hastaların şikayetlerine yönelik muhatap bulmakta güçlük çekmesi, bireye özgü ve kapsamlı sağlık hizmeti verecek bir uzmanlık alanına ihtiyacı doğurmuştur. 1970'lere gelindiğinde Leeuwenhorst grubu tarafından Hollanda'da ve sonrasında Alma Ata Konferansı Bildirgesi ile aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olması resmi olarak kararlaştırılmıştır. 1961 yılında sağlık ocakları sistemi faaliyete geçmiş olsa da

ülkemizde aile hekimliğinin uzmanlık dalı olarak yürürlükte kabul görmesi 1983 yılında gerçekleşmiştir. Ana bilim dalı olarak ilk kez Gazi Üniversitesinde kurulmuş ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimleri ilk kez 1985 yılında İstanbul, Ankara ve İzmir’deki eğitim ve araştırma hastanelerinde başlamıştır. 2003 yılına gelindiğinde SDP içerisinde yer alan aile hekimliği uygulaması ile aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetinde yer alacağı açık olarak belirtilmiş olup uygulamanın 81 ilde aktif olması 2010 yılını bulmuştur (10,12).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) aile hekimlerini; *“bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir”* olarak tanımlamıştır. Aile hekiminin kayıtlı nüfusu ile yakından sürekli ve güvene dayalı bir iletişim içinde olması kendisine olan başvuruları fiziksel ve psiko-sosyal yönden bütüncül olarak değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Yine TSHK tarafından belirlenen aile hekiminin görev ve sorumluluklarından bazıları şu şekildedir (19,20);

- Koruyucu sağlık hizmeti sunmak
- Periyodik sağlık muayeneleri yapmak
- Birinci basamak tanı, tedavi, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmeti sunmak
- Aile sağlığı merkezinde tanı veya tedavisi mümkün olmayan hastaların sevkini sağlamak
- Sevk edilen hastaların geri bildiriminin yapılarak verilen hizmetlerin koordinasyonunu sağlamak
- Kayıtlı nüfusun sağlıkla ilgili kayıtlarını tutmak ve takibini yapmak
- İlgili mevzuatlara uygun kişiye yönelik evlilik raporu, sürücü olur raporu, iş göremezlik raporu gibi her türlü sağlık raporunu düzenlemek

Gerçek veya tüzel en az yedi kişinin kazanç paylaşma dışında, belirli ve ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere, bilgi ve çalışmalarını sürekli olarak birleştirmek gayesiyle oluşturdukları, tüzel kişiliğe sahip kişi topluluğa dernek denir. Aile hekimleri uzmanı ve akademisyenleri ile asistanlık süreci devam eden hekimlerin üye olabileceği Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), ilk olarak 1990’da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) adı ile kurulmuş olup 1998’de günümüzdeki ismini almıştır. Bu dernek güçlü akademik kadrosu ile birinci basamak sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliğini yükseltmek

adına üyelerine eğitimler vermekle beraber sağlık politikası uygulayıcılarının aile hekimliğine yönelik aldıkları tüm kararları takip edip gerekli öneri ve uyarıları yetkili birimlere sunmaktadır (30).

2.2.2 Aile Hekimliğinin Temel İlkeleri ve WONCA Ağacı

WONCA 2005 yılında, aile hekimliğinin temel yeterlilik ve ilkeleri hakkında kendine özgü eğitim içeriğiyle kanıta dayalı bilimsel ve akademik temelli bir modalite geliştirmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede kabul gören bu modeli maddeler halinde açıklarken şema halinde özetini de inceleyebiliriz.

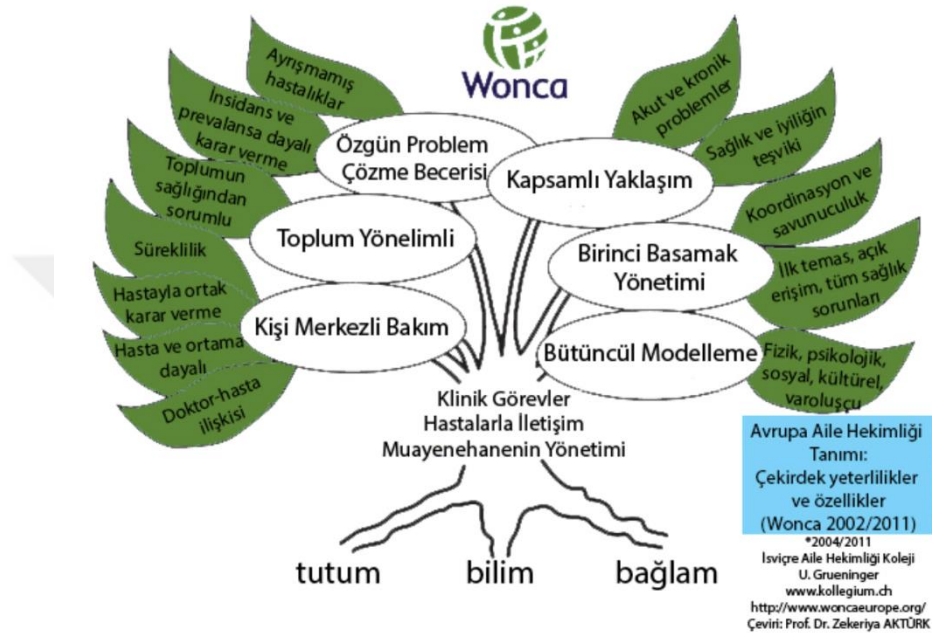
- İlk başvuru noktası olması özelliği ile sağlık hizmeti almak isteyen bütün bireylerin her türlü sağlık sorunları ile ilgilenir.
- Birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerini koordine ederken, diğer sağlık çalışanlarıyla ve gereklilik halinde diğer uzman hekimlerin görüşlerini alarak kaynakları etkili kullanır.
- Kişi merkezli yaklaşımı benimserken hastalık süreci ile uğraşırken hastanın yaklaşımı ve şartlarını da dikkate alarak kişiye özgü ve birey merkezli bir yaklaşımı benimser.
- Hastası ile arasında güvene dayalı iletişimi önemserken belirli bir hastalık veya süreci değil hastanın yaşam boyu süreklilik halinde bir hizmet sunar.
- Erken evrede karşılaşılan bulgu ve semptomları dikkate alarak olası tanılarını hızlı ve etkili şekilde değerlendirip gereksiz tetkik ve tedavilerden hastayı korur.
- Hastalarının sorunlarını varoluşsal ve kültürel boyutları dikkate alarak bio-psiko-sosyal yönden bütüncül yaklaşımla ele alır ve bireyin sağlıklı olması için çabalar.
- Diğer kurum veya kuruluşlarla organize halde çalışarak toplumun sağlığını geliştirmek ve hastalıkları önlemek adına ayrıca sorumluluklar üstlenir (3,16,30).

Çekirdek yeterliliklerin öğrenilmesi ve öğretilmesi için bu maddelere üç temel felsefe eklenmelidir. Ancak bu özellikler sadece aile hekimlerini değil bütün hekimleri kapsamaktadır.

- Çalışma şartları, kültür, ekonomi ve ahlaki özellikler hekimlerin kendi bağlamlarını ve çevreyi anlamalarında önemli bir etkiye sahiptir. Yani hekimler bulunduğu konum ve şartları dikkate alarak sağlıkla ilgili kararlar almaktadır.

- Mesleki yeteneği, değer yargıları, duygusal ve ahlaki yaklaşımı hekimin işindeki etik anlayışını yansıtır. Tutumunu belirlediği için hekimlerin iş ve özel hayatındaki etkileşimlerinin farkında olması ve dengeyi gözetmesi çok önemlidir.
- Semptomları, tanı ve tedavileri güncel tıbbi literatürler eşliğinde araştırıp öğrenerek kapsamlı bilgi sahibi olması hekimin bilimsel boyutunu yansıtır.

Wonca Ağacı - Wonca Tree



Şekil 1. WONCA AĞACI: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri (33).

Bir aile hekimliği uzmanının edinmiş olması gereken bilgi ve yeterlilikleri, buna ait ölçme ve değerlendirme esaslarını her ülke kendi ihtiyaç ve imkanları ölçüsünde belirli müfredatlarla belirlemektedir. Dünya’da aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi ülkeden ülkeye 3 ile 5 yıl arasında değişmektedir. Ülkemizde bu süre Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nce 2009 yılı itibariyle 18 ay klinik içi uygulama eğitimi, 18 ay zorunlu rotasyon olmak kaydıyla 3 yıl olarak belirlenmiştir. Bu eğitim süresince asistanlar kliniğin verdiği hizmetler ölçüsünde; aile hekimliği, obezite, sigara bırakma, gibi poliklinikler, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (E-ASM), palyatif servis gibi birimlerde çalışabilmektedir. 18 ay süren bu rotasyonlar ise; iç hastalıkları (4 ay), çocuk sağlığı ve hastalıkları (4 ay), kadın hastalıkları ve doğum (3 ay), ruh sağlığı ve hastalıkları (2 ay), dermatoloji (1 ay), göğüs hastalıkları (1 ay), kardiyoloji (1 ay), acil tıp (1 ay) ve seçmeli (1 ay) şeklindedir. Bu uygulamalı eğitimlerin yanında güncel bilgileri takip etmek ve hekimlerin tıbbi bilgilerini iyileştirmek adına eğitim seminerleri düzenlenmektedir (30).

2.2.3 Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

DSÖ ve WONCA tarafından 1980’li yıllardan itibaren sağığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve maliyet etkin bir sağığ hizmeti sunumu için BBSH’nin önemi vurgulanmıştır. Bu yönde yapılan çalışmalar ve Avrupa Birliğı, OECD gibi uluslararası kuruluşların da desteklemesi ile 2003 yılında ölkemizde SDP geliştirilmiş ve uygulanmaya çalışılmıştır. Ölkemizin 2003 yılı öncesi beklenen yaşam süresi, insani gelişme indeksi, ölüm hızları, bağışıklama oranları gibi temel sağığ göstergelerine bakıldığında da bir iyileşmeye ihtiyaç olduğu açıkça görölmektedir. Bu parametrelerin iyileştirilmesi amacıyla SDP’nin en önemli ayaklarından biri olan aile hekimliği uygulaması 2004 yılında pilot illerde başlanarak 2010 yılında tüm ölk geneline uygulanmaya geçilmiştir. Bu uygulamanın temelinde hakkaniyetli, verimli ve etkili bir sağığ hizmeti sunmak yatmaktadır (16,29).

2004’te yayınlanan Aile Hekimliği kanunu ile aile hekimi “*kişiyeye yönelik koruyucu sağığ hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağığ hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiğı ölçüde gezici sağığ hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağığ Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip*” olarak tanımlamıştır. Aile hekimlerine, hizmet sunarken birlikte çalışacağı aile sağığı elemanını kendi seçebilme olanağı verilmektedir. Aile sağığı merkezinde verilen hizmetler ücretsiz olarak sağlanacak olup acil haller ve mecburi durumlar dışında bireyin, aile hekimine uğramadan diğere sağığ kuruluşlarına müracaat etmesi halinde kişiden katkı payı alınacaktır. Mevcut olsa da zorunluluğı bulunmayan bu sevk işlemleri Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS) üzerinden gerekçeleri belirtilerek başlatılmakta ve sevk formu hastaya elden verilmektedir. Uygulamaya göre aile hekiminin kendisine kayıtlı nüfusu en az 1000, en fazla 4000 kişi olarak belirlenmiştir (30,34).

Yıllar içinde istihdam sağlanarak kayıtlı nüfusun kademeli azaltılması ve 2023 yılında 2000 kişiyeye düşürölmesi hedeflenmişti. Ancak geline nokta yeterli hekim sayısı ve aile sağığı birimi sağlanamadığı için şu an bir birime ortalama 3000 kişi düşmektedir. Sağığ Bakanlığı’nın aile hekimi sayısını arttırarak hekime bağılı nüfusu azaltmaya çalışmasındaki temel amaç, daha kaliteli sağığ hizmeti sağlamanın yanında sevk zinciri uygulamasını hayata geçirmektir. Bu hedef doğrultusunda hazırlıkları yapılan gerekli sistemsel altyapılar ve mevzuat çalışmaları sekteye uğramış ve tamamlanamamıştır.

2.2.4 Sevk Sisteminde Aile Hekimliğinin Önemi

Aile hekimleri, periyodik sağlık muayeneleri yapmak, koruyucu sağlık hizmetleri vermek gibi görevlerinin yanında ilk temas noktası olması nedeniyle aile sağlığı merkezinde tanı veya tedavisi yapılamayan hastaların sevkini sağlamakla da yükümlüdür. Ayrıca sevk edilen hastalara yapılan işlemleri geri bildirim olarak değerlendirmek, diğer basamaklardaki tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak aile hekiminin sorumluluklarındandır. BBSH'nin etkili şekilde sunulabilmesi, toplumun sağlığını iyileştirip hastalık yükünü azaltacaktır. Bu sayede ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında kaliteli sağlık hizmetleri ve eğitimlerin verilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca hastaların sağlık sorunlarına yönelik başvurması gereken uzmanlık dalı veya kurumu tespit etmesinde doğru yer ve zamanda tedavi almasına olanak sağlamaktadır (7,10).

Aile hekimliği sistemi ile, tüm bireylere hakkaniyetli şekilde sağlık hizmeti ulaştırılması, BBSH'nin sağlığı koruma, tanı koyma, tedavi ve rehabilite etme yönleriyle toplumun katılımını sağlayarak sunulması amaçlanmaktadır. Sağlık sisteminde, kabul edilebilir bir sevk sisteminin veya sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi için BBSH'nin eğitimlerle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının özendirilmesi, birey ve toplumun ihtiyaçları dikkate alınarak koruyucu sağlığa ağırlık verilmesi gereklidir.

2.3. SEVK SİSTEMİ VE SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI

Birçok ülkede ikinci veya üçüncü basamakta verilen ayakta tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmı, hem hastalar hem de sağlık sistemleri için daha düşük maliyetle birinci basamakta karşılanabilir. Hastaların birinci basamak kuruluşlarından hizmet almalarını sağlamak için iyi işleyen bir sevk sisteminin uygulanıyor olması önem arz etmektedir. Kaliteli ve etkin bir sevk sistemi ile; hastaların en uygun hizmet sunucusundan, gereksiz maliyetlerin olmadığı optimal düzeyde hizmet alması sağlanabilir. Bu sayede hastane hizmetleri optimal düzeyde ve maliyet etkili kullanılabilir. Uzman hekime ihtiyaç duyan hastalar bu hizmete daha kolay ve zamanında erişebilir. Sevk sisteminin en önemli parçalarından biri olan sevk zincirinin ülkenin şartları ve ihtiyaçlarına uygun planlanması ve uygulanması ile BBSH'nin sağlık sistemindeki önemi ve katkısı ortaya çıkacaktır (6,35).

2.3.1 Sevk Zinciri Kavramı ve Sevk Sisteminin Bileşenleri

Sevk zinciri, aciliyet gerektiren haller dışında hastaların ilk olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvurması neticesinde bu basamakta başvuru şikayetine yönelik teşhis veya tedavi imkânı bulunmaması halinde uygun şartlar sağlanarak bir üst basamağa yönlendirilmesidir. Hasta sevkini, sağlık sisteminin herhangi bir düzeyinde hizmet vermekte olan sunucuların kaynak veya bilgi yetersizliği nedeniyle, hastanın kliniğini yönetmek, hastaya faydalı olmak ve hasta sorumluluğunu devretmek için daha iyi ve kapsamlı kaynaklara sahip olan aynı veya üst seviye merkezden yararlanmak olarak da tanımlamak mümkündür (6,18).

Sevk sistemi, ülkelerin mevcut sağlık sistemine ilişkin faktörlerden (sağlık profesyoneli mevcudiyeti, örgütsel yapı, kültürel konular, eğitim düzeyi, siyasi gelişmeler vb.) ve genel faktörlerden (nüfus büyüklüğü ve yoğunluğu, hastalık yükü ve dağılımı, finansal alt yapı, sağlık okuryazarlığı, teknolojik alt yapı vb.) etkilenmektedir. Bu esaslar dikkate alındığında sevk sisteminin bileşenlerini DSÖ beş alt başlıkta incelemektedir (6).

İşleyen bir sevk sistemi için, her basamak kurumların kendi içinde uyumlu çalışması gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için de her basamağın; rollerinin, yetki ve sorumluluklarının açık bir şekilde tanımlanması, protokollerin belirlenmesi, hizmetin sunumu için uygun ulaşım ve iletişim araçlarına sahip olması şarttır. Sivil toplum kuruluşlarının da kamunun eksik kaldığı noktalarda desteği önem arz etmektedir. Sevk süreçlerinin belirli

standartlarda gerçekleşebilmesi için tıp ve hemşirelik başta olmak üzere ilgili bölümlerin eğitim programlarına dahil edilmesi gerekmektedir.

Sevk sürecinin önemli bir bileşeni de uygulanabilir olmasıdır. Sevkin gerçekleşmesi için gerekli olan araçların (sevk formu, bilgi kayıt sistemi, randevu sistemi gibi) mevcudiyeti ve hastanın biyopsikososyal durumu dikkate alınarak kararların verilmesi sistemin uygulanabilirliğini kolaylaştıracaktır. Hasta ve/veya yakınına, sevkin sebebi, gitmemesi halinde gelişebilecek durumlar, sevk sonrası takip süreci gibi bilgilerin sağlık çalışanları tarafından uygun bir dil ile açıklanması elzemdir. Çünkü ihtiyaçlarının giderilmesi, semptomlarının düzelmesi gibi hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerden biri de hastanın hekim veya diğer sağlık çalışanları ile kurduğu sağlıklı iletişimidir (36,37).

Sevk sisteminin önemli olan bir diğer bileşeni, denetleme ve geliştirme sürecidir. Hizmet veren kurum yöneticileri ve deneticileri gelen tüm sevkleri belirli periyotlarla izleyip raporlamalıdır. Denetleme esnasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar (6,18,35);

- *Uygun prosedürle sevki yapılmayan hastaların süreçlerinin tespiti,

- *Sevki gerekli olmasına rağmen sevk edilmeyen hastaların tespiti,

- *Sevk edilmesine rağmen geri bildirim alınamayan hastaların tespiti,

- *Sevkin zamanlaması ve faydasının değerlendirilmesi.

- *Sevki yapılan hastaya ait bilgilerin ve geri bildirimlerin uygunluk ve yeterliliğinin tespiti,

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

Şekil 2. Sevk Sisteminin Bileşenleri (18).

2.3.2 Hasta Sevkini Etkileyen Faktörler

Sağlık sisteminde BBSH'yi merkezine alan ve bu basamağı önceleyen ülkelerde birinci basamaktan diğer basamaklara yapılan sevklerin oranı kuruma başvuru yapanların %15'ine kadar düşebilmektedir. Toplumun büyük bir kısmı bu sayede birinci basamakta tedavi ve takip işlemlerini sürdürebilmekte ve sağlık ihtiyaçlarını büyük oranda karşılayabilmektedir. Sevk işlemini başlatan hekimin bilgi ve tecrübesi de sevkin gerçekleşip gerçekleşmemesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlıkta kalite göstergelerinden biri olan sevk oranının yüksek olması birinci basamakta yetersiz ve bilgisiz sağlık çalışanlarının varlığına, düşük olması ise deneyimli ya da sorumluluk üstlenmeyen sağlık profesyonelleri varlığına işaret olması şeklinde yorumlanabilmektedir. Sevkin gerçekleşeceği birimler arasındaki koordinasyon da sevk işlemini ve sevkin kalitesini etkileyen diğer önemli bir faktördür (38).

Sevk sisteminin bileşenlerinden olan hastalar penceresinden bakıldığında sevki etkileyen faktörlere hastaların şikayetlerini tanımlamadaki güçlük ve farklılıkları da sayabiliriz. Toplumun refah seviyesi yüksek olan kesimi için doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hekime başvurmanın getireceği maliyet önemsiz görülmektedir. Aynı şekilde eğitim düzeyi yüksek kişiler de sağlık okuryazarlığının yeterli olduğunu düşünerek birinci basamak hekimin yönlendirmesine ihtiyaç duymadan üst basamak kurumlara müracaat etmeyi hak olarak görebilmektedir. Ayrıca hasta ve yakınlarının tıbbi neden olmaksızın sevkin talep edilmesi veya edilmemesi yönündeki istekleri de sevki etkileyen faktörler arasına girmektedir.

Sağlık hizmeti ihtiyacının giderilmesi için nereye, nasıl ve ne zaman başvurulabileceği, hangi basamakta ne gibi sağlık hizmetlerinin verildiği bilgisi politika belirleyiciler tarafından netlik kazandıktan sonra tüm paydaşlara yetki ve sorumlulukları ölçüsünde eğitimler düzenlenerek verilmesi halinde sevki etkileyen faktörlerin sisteme getireceği yükü hafifletecek ve sistemin kalitesini, işlerliğini arttıracaktır. Yapılan hasta sevkinde etkili olan faktörleri, hekime ilişkin, hastaya ilişkin, yapısal ve toplumsal olarak 4 alt kategoride şekil 3'te görülebiliriz (6,18,39).

Hekim ya da uygulamaya ilişkin faktörler	Hasta ile ilişkili faktörler	Yapısal faktörler	Toplumsal faktörler
➤ Hekimin sevk sonucu sağlanacak yararlar ya da sevkten beklentileri ➤ Hekimin yaşı ya da deneyimleri ➤ Hekimin cinsiyeti ➤ Hekimin uzmanlık derecesi ➤ Hekim hasta ilişkileri ve uyumu ➤ Hekimin uzman hekim ile ilişkisi ➤ Uygulamanın boyutu ➤ Erişilebilir hizmetler ➤ Hekimin psikolojik özellikleri (belirsizlik ve risklerin tolere edilmesi) ➤ Hekimlik süresi ➤ Sevk sistemine ilişkin bilgi düzeyi ➤ Hizmet kalite algısı ➤ Özel sağlık sorunlarına ilişkin geçmiş deneyimleri ➤ Hastanın sevk uyma kapasitesini algılama ➤ Zaman	➤ Semptomların şiddeti ➤ Sevk isteği ➤ Yaş ➤ Cinsiyet ➤ Sosyal sınıf ➤ Teşhis ➤ Eş zamanlı hastalıklar ➤ Davranışlar ➤ Sorun algısı ➤ Tedaviye yönelik tutum ➤ Sağlık sistemi ile geçmiş deneyimleri ➤ Hastalığın şiddeti, süresi ➤ Hastanın hekimin yeterliliği konusundaki algısı	➤ Uzman hizmetinin dağılımı ➤ Mahrumiyet ➤ Uzman hekim hizmetine erişilebilirlik ve kullanılabilirlik ➤ Toplum için kullanılabilir alternatif uzman hizmeti ➤ Tedavi için yeterli zaman ➤ Sevk sistemi ile ilgili kılavuzlar, yönergeler ➤ Birinci basamak klinik yeterliliği ➤ Sevk edilen kurumda sunulan hizmet kalitesi maliyeti ve kapsamı ➤ Sevk edilen kurumda bulunan çalışanların kapasitesi, motivasyonu ➤ Sağlık güvencesi	➤ Bölgesel olarak kişi başına düşen uzman hekim sayısı ➤ Toplumun kırsal, kentsel ya da büyük şehirlere dağılımı ➤ Sağlık okuryazarlığı ➤ Tıp eğitimi okullarının mevcudiyeti ➤ Hastalık etiketlenmesi ➤ Toplumsal ortak deneyimler

Şekil 3. Hasta Sevkini Etkileyen Faktörler (18).

2.3.3 Farklı Ülkelerdeki Sağlık Sistemi ve Sevk Zinciri Uygulamaları

Farklı ülkelerin sağlık sistemleri ve sevk zincirleri, yönetim yapıları, finansman modelleri, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sonuçları açısından büyük farklılıklar gösterir. Bu sistemler genellikle ülkenin ekonomik durumu, politik yapısı ve sosyal değerleri tarafından şekillendirilir. Uygulanan sistem, sevk zinciri ve özellikleri hakkında bazı ülkelerden örnekleri şu şekilde verebiliriz (9,18):

- **Amerika Birleşik Devletleri**

Sağlığı özel sigortaların finanse ettiği, yüksek sağlık harcamaları ve ileri teknolojinin uygulandığı bir ülkedir. Uygulanan herhangi bir sevk zinciri yoktur. Branşlaşmış uzman hekimlerin sayısı aile hekimlerine oranla ortalamanın çok üstündedir. Hastalar dilediği gibi sigortasına uygun olacak şekilde ikinci ve üçüncü basamağa direk başvuru yapabilir. Nüfusun büyük bir kısmı için sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler mevcuttur.

- **İngiltere**

Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından sunulan, vergilerle finanse edilen ve sevk zincirinin zorunlu olduğu bir kamu sağlık sistemi mevcuttur. Sağlık hizmeti tüm vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bir aile hekimine 1800 kişi kayıtlıdır ve bir bireyle ortalama yılda 5 görüşme yapılmaktadır. Birinci basamak hekimleri uygun gördüğü takdirde hastanın ikinci basamağa sevkini başlatabilmektedir. Bu sevk oranı %6 civarındadır ve hasta için uygun olan hastane ve hekime sevk sağlanır.

- **Hollanda**

Kamu ve özel sigortanın birlikte finanse ettiği sistemde her bireyin kendisinin belirlediği bir aile hekimine kaydı bulunmaktadır. Acil ve bazı özel durumlar haricinde bireyin birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurusu zorunludur. Bir aile hekimine yaklaşık 2300 kişi bağlıdır ve vakaların yarısı telekomünikasyon yardımıyla yüz yüze görüşmeye ihtiyaç kalmadan çözülebilmektedir. Görüşmelerin yaklaşık 5'te 1'i de ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilmektedir. Hafta sonu ve mesai sonrası da aile hekimleri belirli bir program dahilinde nöbet usulü çalışmaktadır. Birçok ülkenin aile hekimlerinden daha fazla yetkinlik ve sorumluluk yüklenmiştir.

- **Bulgaristan**

Birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verilen ülkede bu hizmeti sunan hekimler bireysel veya gruplar halinde özel merkezlerde çalışmaktadır. 2000'li yıllarda sevk sistemine geçilen ülkede genel pratisyenler kapı tutucu rolü üstlenmektedir ve ihtiyaç halinde sevk işlemi başlatmaktadır. Sevk onayı olmadan üst basamaklara başvuran hastalar, tüm sağlık giderlerini kendi cebinden ödemek zorunda kalmaktadır. Sevk oranları düşük olan ülkede, oranları yüksek çıkan hekimlere negatif performans uygulanarak ücret kesintisine gidilir.

- **Kanada**

Birkaç elektif hizmetler dışında tamamen kamu tarafından sağlanan sağlık sistemi birinci basamak odaklıdır. Hekimlerinin yaklaşık yarısı genel pratisyen hekim statüsündedir. Ayrıca birçoğu özerk ve özel hekimler olarak bağımsız ya da gruplar halinde çalışmaktadır. Hastanelerin neredeyse tamamı belediyeler ve gönüllü örgütlerce idare edilen kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Uygulanan zorunlu bir sevk sistemi yoktur.

- **Japonya**

Birinci basamak sağlık hizmetini merkeze alan bir sistem söz konusu olmayan ülkede zorunlu bir sevk zinciri uygulaması yoktur. Hastalar dilediği hastaneye ve hekime başvurmakta özgürdür. Teşvik olması için hastaneye başvuranların %30'undan fazlası sevk yoluyla gelmesi halinde devlet tarafından o hastaneye ek ödenekler uygulanmaktadır. Bir vatandaşın dünya ortalamasının üzerinde yılda 14 defa doktora gidiyor olması, nüfusun yaşlanması ile artan maliyetler sistemin finansal sürdürülebilirlik konusunda zorluklara yol açmaktadır.

- **İsveç**

Birinci basamak sağlık kurumlarında uzman hekim, hemşire, jinekolog, ebe, fizyoterapist bulunmaktadır. Hemşirelere hastayı ilk görüp muayene etme ve kurumundaki hekimine veya hastaneye sevkini uygunluğunu değerlendirme yetkisi verilmiştir. Ayrıca bazı ilaçları reçete etme yetkisi de bulunmaktadır. Okullarda verilen sağlık hizmetleri bu merkezlerce değil belediyelerce sağlanmaktadır. İş yerlerinde ise işyerleri için kurulmuş olan sağlık birimlerince hizmetler sunulmaktadır. Doğrudan hastaneye başvuru tamamen engellenmemiş olmakla birlikte bireyin hastaneye direk başvurusu olması halinde ödenecek katkı payları yüksek tutulmuştur.

- **Küba**

Küba'nın sağlık sistemi, dünya çapında yüksek erişilebilirliği, kapsamlılığı ve etkinliği ile tanınır. Nispeten düşük bir bütçeyle bile, vatandaşlarına geniş kapsamlı sağlık hizmetleri sunabilen ve önceleyen sosyalist bir sağlık sistemi modeline sahiptir. Aile hekimi başına yaklaşık 500 bireyin düştüğü yakın takip ve kapsamlı hizmeti sunmaya olanak sağlayan bir aile hekimliği sistemi mevcuttur. Zorunlu bir sevk zinciri uygulaması olmasa da halkın büyük çoğunluğu ilk başvuruyu mahallesinde bulunan aile hekimine yapmaktadır.

- **Singapur**

Singapur'un sağlık sistemi, yüksek kalite sağlık hizmetleri sunması, verimliliği ve yenilikçi finansman mekanizmaları ile tanınır. Sistemin temelinde, kişisel sorumluluk, yüksek kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasını sağlayacak finansal sürdürülebilirlik yer alır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini önceleyen bu finansman modelinde; Medisave (bir tür zorunlu sağlık tasarruf hesabı), MediShield Life (evrensel sağlık sigortası) ve Medifund (düşük gelirli vatandaşlar için yardım fonu) yer almaktadır. Bu model sayesinde vatandaşların sağlık maliyeti konusunda bilinçli hale gelmesi ve sağlık masraflarına ortak olması sağlanmaktadır.

rnekleri verilen sistemlerin her biri, sağlık hizmetlerine erişim, kalite ve maliyet açısından avantajlar ve dezavantajlar sunar. Sevk zincirindeki farklılıklar sağlık sisteminde hizmetlerin nasıl sunulduğunu ve hastaların bu hizmetlere nasıl erişebildiğini büyük ölçüde etkilemektedir.

2.3.4 lkemizde Sevk Zinciri Uygulaması Denemeleri ve İlgili Mevzuatlar

Yıllar içinde ülkemiz sağlık sisteminde birçok değişim ve dönüşüm gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Bunlardan bir kısmı başarı ile sonuçlansa da bir kısmı henüz hayata geçirilememiştir. Uzun yıllardır tartışılan ve birçok kanun ve yönetmeliklerde yer almasına rağmen henüz tam anlamıyla hayata geçirilemeyen bir konu da sevk zinciri uygulamasıdır. BBSH'nin sağlık ocakları tarafından sunulduğu dönemde yürürlükte olan Sağlık Hizmetleri yönergesinde hastaların ocak şartlarında tanı ve tedavisi mümkün olmayan hallerde belirlenen formlar dahilinde hastanelere sevkini sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Acil vakalar haricinde sevk sistemine uymayanlar verilen hizmet karşılığında fazladan ücret öderler. Bu ücretler *“Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 9 uncu maddesinin (c) bendine göre Sağlık Bakanlığı’nca belirlenir”* ifadeleri yönergede yer almaktadır (40).

5/1/1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un, sağlık hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili 13. Maddesi *“Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevkı gereken acil vakaları hastaneye yollarlar. Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları - kendi yetkileri dahilinde olan müdahaleyi uyguladıktan sonra gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya uzman müdahalesini gerektiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir.”* şeklindedir. 14. Madde de ise; *“...Acil vakalar hariç, sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenlerin ücrete tâbi oldukları...”* belirtilmiştir (41).

24/11/2004 tarihinde yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu gereğince; aile hekimince sevkı yapılmadan hastanelere müracaat eden kişilerden katkı payı alınacağı açıkça belirtilmiştir. Yine 2006 yılında çıkan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu’nda genel sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin Sağlık Bakanlığı’nca belirlenen sevk zinciri kurallarına uyması gerektiği belirtilmiştir. 2008 yılına gelindiğinde bakanlıkça belirlenen dört ilde (Isparta, Denizli, Bayburt, Gümüşhane) zorunlu sevk zinciri uygulaması uygulandı. Bu pilot uygulama ile tüm hastaların acil haller dışında doğrudan üst basamaklara ücretsiz başvuru hakkı tamamen engellenerek aile hekimine başvurmadan muayene olmak isteyen kişilerin belirlenen katılım ücretlerini ödemesi gerekiyordu. Uygulama tüm ülkede yaygınlaştırılmak istense de 2009 yılı haziran ayında yayınlanan 85 sayılı genelgede; halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçildiği ve Avrupa Birliği ve OECD ülkelerine kıyasla kişi başına düşen hekim

sayısında çok yetersiz olduğu belirtilmiş ve zorunlu sevk uygulamasının ertelenmesine karar kılınmıştır (42).

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2017 yılında güncellenerek son halini almış olup aile sağlığı merkezlerinde tanı ve tedavisi mümkün olmayan durumlarda hastaların üst basamak sağlık kuruluşlarına sevkinin düzenlemesi gerektiğini belirtir. Ancak hastaların herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurularını engelleyecek ya da başvurularını azaltacak herhangi bir yaptırım uygulanmamaktadır (9,43).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü ve Kapsamı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmamız literatür taraması yapıldıktan sonra farklı kliniklerden alanında uzman 15 hekim ve sağlık idareciliği yapan 5 yöneticinin görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca sorulardaki cümle bütünlüğünü sağlamak ve anlam karmaşasının önüne geçmek için Türkçe dili uzmanından destek alınmıştır. Uzman hekimlere ilk bölümde yaş, cinsiyet, sağlık yöneticiliği ve mesleki deneyimleri gibi sosyodemografik özelliklerini tanımlamak amacıyla 18 soru yöneltilmiştir. Sonraki bölümde uzman hekimlerin mevcut ve tekrardan yapılması planlanan sevk sistemi hakkındaki öngörülerini (15 soru), kaygılarını (12 soru) ve önerilerini (10 soru) tespit etmek amacıyla 37 soru yöneltilmiştir.

Anketler yüz yüze görüşmelerle veya sonradan teslim alınmak suretiyle elden verilen formlarla cevaplanmıştır. Elden toplanan anket formları istatistiksel analiz için online anket formatına dönüştürülerek işlenmiştir. Toplamda 55 soruya yer verilen çalışmamız 14.09.2023 ile 14.11.2023 tarihleri arasında 2 aylık periyotta yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır. Elde edilen verilerin analiz edilip yazılması süreci 20 Şubat 2024 tarihinde tamamlanmıştır.

3.2 Araştırma Evreni

Sevk zincirinin son basamağı olan eğitim ve araştırma hastaneleri kapsamında yer alan ve 2017 yılı itibarıyla yeni uygulama modeli olarak hayatımıza giren şehir hastaneleri bulunduğu bölge halkının basit veya karmaşık tüm sağlık sorunlarının çözümü için başvurduğu merkezlerdir. İstanbul ilinde birçok yan dal alanları dahil olmak üzere tüm branşlarda uzman hekimlerin yer aldığı toplamda 4 adet şehir hastanesi bulunmaktadır. Araştırma evrenini Başakşehir Çam ve Sakura, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu, Kartal Lütfi Kırdar ve Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın olmak üzere İstanbul ilindeki şehir hastanelerinde görev yapmakta olan uzman hekim ve klinik hocaları oluşturmaktadır.

3.3 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve power analizi için yeterli verisi bulunmayan anketlerin araştırmalarda kullanılabilmesi için gerekli minimum örneklem büyüklüğü ile ilgili olarak, alan yazında farklı görüşler bulunmaktadır. Gorsuch ve Kline bir anketin çalışmalarda

kullanılabilmesi için minimum örneklem büyüklüğünün 100 olması gerektiğini belirtmiştir (44,45). Bazı araştırmacılar ise, minimum örneklem büyüklüğünün ölçme aracında yer alan madde sayısının; 3-6 katı civarında olmasının yeterli olacağını, bazı araştırmacılar en az 5 katı olması gerektiğini savunmaktadır (46,47). Everitt ve Nunnally ise her bir madde için mümkün olduğunda çok sayıda katılımcıya ulaşılması gerektiğini, ancak madde sayısı başına en az 10 katılımcıya ulaşılması gerektiğini savunmaktadır (48). Bu görüşler doğrultusunda örneklem büyüklüğü ile ilgili olarak çalışmada kullanılacak en çok maddeye sahip anketin toplam 15 madde içermesinden dolayı; Gorsuch ve Kline'ye göre en az 100, Cattell'e göre 45-90, Hair ve arkadaşlarına göre 75, Nunnally'e göre 150 katılımcı olmalıdır.

Bu çalışmada katılımcı sayısı olarak en az 200 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Dolayısıyla, literatürde belirtilen farklı görüşler doğrultusunda, katılımcı sayısı ve toplanacak verilerin istatistiksel analizi için gerekli en az katılımcı sayısından daha fazla olmuştur. Bu sebeple katılımcı sayısı analiz için yeterli ve uygun bulunmuştur. Hastanelerin poliklinik veya servisleri ziyaret edilerek tüm uzman hekimlere ulaşmaya çalışılmıştır ve herhangi bir branş ayrımı gözetilmemiştir. Anket verileri tamamlandığında dahili branşlardan 175, cerrahi branşlardan 27 kişi olmak üzere toplam 202 kişiye ulaşıldığı tespit edilmiştir.

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

İstanbul'da yer alan şehir hastanelerinde çalışmak, uzmanlık eğitimini tamamlamış olmak, gönüllü olarak anket sorularını cevaplamaya rızası olması çalışmamızın dahil edilme kriterleridir.

3.5 Çalışmanın İstatistiksel Veri Analizi

Çalışmamızda kullanılan tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler medyan(min-maks) ve Ort $\pm$ SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde sunulmuştur.

Öngörü, Kaygı ve Öneriler anketinden elde edilen puanların güvenilirlik analizi Cronbach's Alpha ile test edilmiştir (49). Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinden elde edilen değerlerin $\pm 3,29$ eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (50,51).

Öngörü, Kaygı ve Öneriler toplam puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Öngörü, Kaygı ve Öneriler toplam puanları ile katılımcıların çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden Independent Samples t testi uygulanmıştır. Öngörü, Kaygı ve Öneriler toplam puanları ile katılımcıların çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden sidak testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-Square test kullanılmıştır ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 1. Anket Toplam Puanlarına İlişkin Cronbach Alpha İç tutarlılık Katsayıları

Ölçek ve Alt Faktörleri	Madde sayısı	Cronbach (α)
Öngörüler Toplam	15	0.834
Kaygılar Toplam	12	0.826
Öneriler Toplam	10	0.792

Cronbach Alpha değerlerinin .50 sınırının üzerinde olmasını anket sorularımızın ve alt faktörlerimizin iç tutarlılığının yeterliliğine referans gösterilmiştir (49). Anket toplam puanlarımızın güvenirlik analizi sonuçlarında Cronbach Alpha değerleri .79 ile .83 arasında değişmektedir. Anketlerimizin iç tutarlılığının, bu çalışmada yeterli düzeyde olduğu görülmüştür.

3.6 Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Varsayımlar

Diğer hastanelerde çalışan hekimlere anketi ulaştırmak bulunduğum kurum olması nedeniyle Çam ve Sakura şehir hastanesine göre çok daha zor olmasından kaynaklanan evren büyüklüğü oranında hastaneler arasındaki örneklem sayısı eşit dağılım gösterememiştir. Benzer şekilde özellikle cerrahi branşlara iş yoğunluğu ve ulaşılabilirlikteki zorluk nedeniyle örneklem sayısına kliniklerin evren büyüklüğüne uygun oranda erişim sağlanamamıştır.

Bazı uzman hekimlerin çalıştıkları birimlerde verilen sağlık hizmetlerinden ötürü sevk zincirini ilgilendiren konularla direk alakadar olamaması ankette verilen cevapları etkilediği düşünülmektedir.

3.7 Araştırmanın Çıkar Çatışması

Çalışmamızda çıkar çatışmasına sebep olabilecek bir durum gerçekleşmemiştir.

3.8 Çalışmanın Etik Kurul Onayı

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından oy birliğiyle 23.08.2023 tarihli ve KAEK/ 23.08.2023.383 karar numaralı belgede çalışmayı yürütmekte herhangi bir sakınca bulunmadığını belirterek izin ve uygunluğunu belirtmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların %23,3'ü (n:47) aile hekimliği, %20,3'ü (n:41) çocuk sağlığı ve hastalıkları, % 13,9'u (n:28) acil tıp kliniği, %11,9'u (n:24) iç hastalıkları, kalan %30,7 si (n:62) ise göğüs hastalıkları (n:12), enfeksiyon hastalıkları (n:8), kardiyoloji (n:7), nöroloji (n:5), radyoloji (n:5), ortopedi (n:4), fiziksel tıp ve rehabilitasyon (n:4), genel cerrahi (n:3), psikiyatri (n:3), kulak burun boğaz (n:3), göz hastalıkları (n:3), üroloji (n:2), plastik ve rekonstrüksiyon cerrahi (n:1), beyin sinir cerrahisi (n:1), genetik hastalıkları (n:1) branşlarında çalışmaktadır. Ayrıca akademik ünvana sahip (doçent veya profesör) hekimler katılımcıların %14,9'unu (n:30) oluşturmaktadır.

Çalışmanın bu bölümünde gerçekleştirilen anket çalışmasında elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına ait bulgulara yer verilmiştir. Bulgular bölümünün ilk kısmında katılımcıların demografik ve diğer özelliklerine ilişkin frekans dağılımlarına yer verilmiştir. İkinci bölümünde ise katılımcıların Öngörü, Kaygı ve Öneriler anketlerinden aldıkları puanların demografik ve çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=202)

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
Yaş (yıl)	35,0 (29,0-70,0)	37,93±8,16
Cinsiyet		
Kadın	106	52,5
Erkek	96	47,5
Medeni durum		
Evli	149	73,8
Bekâr	53	26,2
Ana uzmanlık dalı		
Dâhili	175	86,6
Cerrahi	27	13,4
Branş		
Aile hekimliği	47	23,3
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	41	20,3
Acil tıp	28	13,9
İç hastalıkları	24	11,9
Diğer	62	30,7
Branş Grup		
Aile hekimliği	47	23,3

Diğer	155	76,7
Akademik Ünvan		
Uzman/Yan Dal. Dr.	172	85,1
Prof./Doç.Dr.	30	14,9
Uzman hekim olarak çalışma süresi (yıl)	4,0 (1,0-35,0)	7,16±7,62
Hekim olarak toplam çalışma süresi (yıl)	10,0 (4,0-45,0)	13,09±8,16
Şu ana kadar Aile sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında görev yaptınız mı?		
Evet	76	37,6
Hayır	126	62,4
Görev yaptıysanız süresi (ay)	7,0 (1,0-160,0)	14,76±21,47
n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma		

Tablo 2’de katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişkin frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların minimum yaşı 29, maksimum yaşı 70, medyan yaşı 35 iken ortalama yaş ise 38 (SS=78.16)’dir. Katılımcıların %52,5’inin (n=106) kadın, %73,8’inin (n=149) evli, %86,6’sının (n=175) ana uzmanlık dalı dâhiliye, %30,7’sinin (n=62) diğer branşlarda görev yaptığı, %14,9’unun (n=30) akademik ünvanının Doçent/Profesör Dr. olduğu ve %37,6’sının (n=76) şu ana kadar aile sağlığı merkezinde veya sağlık ocağında görev yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara ait Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=202)

Değişkenler	n	%
Dünyada Uygulanan Sevk Sistemi Örnekleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğumu Düşünüyorum.		
Evet	29	14,4
Kısmen	122	60,4
Hayır	51	25,2
Sizce Türkiye’de Sevk Sistemi Uygulaması Nasıl Olmalıdır?		
*Hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direk başvurusu engellenmemeli. Ancak sevk zincirine uymadığı durumlarda sigortadan kendilerine yapılan geri ödeme oranı azaltılmalıdır.	121	59,9
*Hastaların aile hekimlerine başvurmadan 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına muayene olması tamamen engellenmelidir.	72	35,6
*Hastalar istedikleri uzmanlık dallarına herhangi bir kısıtlama olmadan muayene olabilmelidir.	5	2,5

*Diğer	4	2,0
Bir günde polikliniğe başvuran ortalama kişi sayısı		
20'den az	16	7,9
21-40 arası	33	16,3
40-60 arası	62	30,7
61-80 arası	45	22,3
81 ve daha fazla	46	22,8
Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır?		
20'den az	119	76,8
21-40 arası	14	9,0
40-60 arası	8	5,2
61-80 arası	6	3,9
81 veya daha fazla	8	5,2
Sizce Polikliniğinize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır?		
20'den az	85	54,9
21-40 arası	37	23,8
40-60 arası	14	9,0
61-80 arası	9	5,8
81 veya daha fazla	10	6,5
n=Sayı, %=Yüzde		

Tablo 3'te katılımcıların çeşitli değişkenlerine ait frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre %60,4'ünün (n=122) kısmen dünyada uygulanan sevk sistemi örnekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu bunun yanında %25,2'sinin (n=51) ise yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü, %59,9'unun (n=121) Türkiye'de sevk sisteminin "Hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direk başvurusu engellenmemeli. Ancak sevk zincirine uymadığı durumlarda sigortadan kendilerine yapılan geri ödeme oranı azaltılmalıdır" şeklinde olması gerektiğini bunun yanında sadece %2'sinin (n=4) "Hastalar istedikleri uzmanlık dallarına herhangi bir kısıtlama olmadan muayene olabilmelidir" şeklinde olması gerektiğini düşündüğü sonucu çıkmıştır. Aile hekimliği uzmanlığı dışında kalan diğer uzmanlardan (n=155); %30,7'sinin (n=62) günde polikliniğe başvuran hasta sayısının 40-60 arası olduğu, %76,8'inin (n=119) kendilerine başvuran hastalarından %20'sinden az oranda kendi aile hekimlerine muayene olduktan sonra başvuru yaptığı, %54,9'unun (n=85) kendilerine aile hekimisi tarafından sevk edilmiş/yönlendirilmiş olmasına rağmen %20'sinden az oranda gerçekten sevk edilme ihtiyacı olduğu görüşünü belirtmişlerdir.

Tablo 4. Öngörü, Kaygı, Öneri Anketleri ve Çeşitli Değişkenlerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	Min	Mak	Ort.	SS
Öngörü Toplam	202	15,00	72,00	56,80	8,06
Kaygı Toplam	202	12,00	54,00	34,24	7,51
Öneri Toplam	202	10,00	50,00	42,11	5,14
Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz	155	1,00	10,00	5,42	2,13
Branşınızı İlgilendiren Hastalıklarla İlgili Aile Hekimlerince Verilen Tedavileri Uygunluk/Etkililik Açısından Değerlendiriniz	155	1,00	10,00	5,53	1,97
	n	%			
Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz					
6 altı	77	49,7			
6 ve üstü	78	50,3			
Branşınızı İlgilendiren Hastalıklarla İlgili Aile Hekimlerince Verilen Tedavileri Uygunluk/Etkililik Açısından Değerlendiriniz					
6 altı	78	50,3			
6 ve üstü	77	49,7			

n=Sayı, %=Frekans, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma,

Tablo 4’te katılımcıların anket toplam ve çeşitli değişkenlerden aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Katılım sağlayan aile hekimliği dışında kalan uzman hekimlerin (n=155); %49,7’si aile hekimlerince kendi branşlarını ilgilendiren sevklerin doğruluğunu 10 üzerinden 6’nın altında, %50,3’ü ise aile hekimlerince kendi branşlarını ilgilendiren hastalıklarla ilgili verdikleri tedavilerin uygunluğunu 10 üzerinden 6’nın altında puanlamışlardır.

Tablo 5. Katılımcıların “Hâlihazırda Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkilediğini Düşündüğünüz Etmenler Nelerdir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı (n=202)

Değişkenler	Toplam (n=202)		Aile Hekimliği (n=47)		Diğer (n=155)	
	n	%	n	%	n	%
Aile sağlığı merkezlerinin tanı koyma ve tedavi etme olanaklarının kısıtlı olması	144	71,6	40	85,1	10	67,5
Aile hekiminin karşılaştığı hastalık hakkında yeterli bilgi/deneyime sahip olmaması	141	70,1	26	55,3	11	74,7
Aile hekimlerinin medikolegal sonuçlardan çekinmesi	138	68,7	34	72,3	10	67,5
Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği	132	65,7	27	57,4	10	68,2
Hastanın sevk edilme talebi/ısrarı	132	65,7	30	63,8	10	66,2
Sevk için tıbbi endikasyon olması	105	52,2	39	83,0	66	42,9
Hastalığın tedavisindeki aciliyet durumu	80	39,8	30	63,8	50	32,5
Muayene edilen hasta sayısının fazla olması	63	31,3	20	42,6	43	27,9
Toplam	935	465,2	246	523,4	689	447,4

n=Sayı, %=Yüzde

Tablo 5'te tüm katılımcıların "Hâlihazırda Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkilediğini Düşündüğünüz Etmenler Nelerdir?" Sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında benzer oranlarda verdiği yanıtlar şu şekildedir;

- "Aile hekimlerinin medikolegal sonuçlardan çekinmesi" ifadesine aile hekimliği uzmanları %72,3 oranında katılırken diğer uzman hekimler benzer bir oranda %67,5 oranında katılmaktadır.
- "Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği" ifadesine aile hekimliği uzmanları %57,4 oranında katılırken diğer uzman hekimler biraz yüksek olmakla benzer bir oranda %68,2 oranında katılmaktadır.
- "Hastanın sevk edilme talebi/ısrarı" ifadesine aile hekimliği uzmanları %63,8 oranında katılırken diğer uzman hekimler benzer bir oranda %66,2 oranında katılmaktadır.

Bu analiz sonucuna göre aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında farklı oranlarda çıkan yanıtlar ise şu şekildedir;

- Aile hekimliği uzmanlarının “Aile sağlığı merkezlerinin tanı koyma ve tedavi etme olanaklarının kısıtlı olması” ifadesini kabul edenler %85,1 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %67,5 tir.
- “Aile hekiminin karşılaştığı hastalık hakkında yeterli bilgi/deneyime sahip olmaması” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %55,3 iken bu oran diğer uzmanlar için %74,7’ dir.
- “Sevk için tıbbi endikasyon olması” ifadesinin sevk kararını etkilediğini düşünen aile hekimliği uzmanlarının oranı %83 iken bu oran diğer uzman hekimler için %42,9’ dur.
- “Hastalığın tedavisindeki aciliyet durumu” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanlarının oranı %63,8 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %32,5’ tir.
- “Muayene edilen hasta sayısının fazla olması” ifadesini doğru bulan aile hekimliği uzmanlarının oranı %42,6 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %27,9’ dur.

Tablo 6. Katılımcıların “Hastaların Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Hastaneye Gitme (Başvurma) Nedenleri Sizce Nelerdir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı (n=202)

Değişkenler	Toplam		Aile hekimliği (n=47)		Diğer (n=155)	
	n	%	n	%	n	%
Aile sağlığı merkezinde tedavi olamayacağı düşüncesi	163	81,5	42	89,4	121	79,1
Sevk zincirinin zorunlu olmaması	159	79,5	38	80,9	121	79,1
Hastanedeki olanaklarının fazla olması	128	64,0	38	80,9	90	58,8
Alışkanlık	126	63,0	36	76,6	90	58,8
Hastanın aile hekimine güven duymaması	116	58,0	29	61,7	87	56,9
Uzmanlık hizmetine geç ulaşma endişesi	63	31,5	19	40,4	44	28,8
Aile hekiminin de kendisini sevk edeceği düşüncesi	61	30,5	17	36,2	44	28,8
Başvuru şikâyetinin şiddeti	28	14,0	12	25,5	16	10,5
Başvuru şikâyetinin aciliyeti	16	8,0	6	12,8	10	6,5
Hastanın aile hekimine ulaşamaması	15	7,5	3	6,4	12	7,8
Toplam	875	437,5	240	510,6	635	415,0

n=Sayı, %=Yüzde

Tablo 6’da tüm katılımcıların “Hastaların Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Hastaneye Gitme (Başvurma) Nedenleri Sizce Nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında benzer oranlarda verdiği yanıtlar şu şekildedir;

- “Aile sağlığı merkezinde tedavi olamayacağı düşüncesi” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %89,4 iken bu oran diğer uzmanlar için %79,1’dir.
- “Sevk zincirinin zorunlu olmaması” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %80,9 iken bu oran diğer uzmanlar için %79,1’dir.
- “Hastanın aile hekimine güven duymaması” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %61,7 iken bu oran diğer uzmanlar için %56,9’dir.

Bu analiz sonucuna göre aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında farklı oranlarda çıkan yanıtlar ise şu şekildedir;

- “Hastanedeki olanaklarının fazla olması” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %80,9 iken bu oran diğer uzmanlar için %58,8’dir.
- “Alışkanlık” ifadesinin sevk kararını etkilediğini düşünen aile hekimliği uzmanlarının oranı %76,6 iken bu oran diğer uzman hekimler için %58,8’dir.
- “Uzmanlık hizmetine geç ulaşma endişesi” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanlarının oranı %40,4 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %28,8’dir.

Tablo 7. Katılımcıların Anket Toplam ve Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=202)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Öngörü toplam	r 1								
	p								
2-Kayıt toplam	r ,332**	1							
	p <0.001								
3-Öneri toplam	r ,471**	-0,077	1						
	p <0.001	0,278							
4-Yaş (yıl)	r ,142*	-,221**	0,105	1					
	p 0,044	0,002	0,139						
5- Uzman Hekim Olarak Çalışma Süreniz (yıl)	r 0,103	-,209**	0,070	,901*	1				
	p 0,144	0,003	0,320	<0.001					
6- Hekim olarak toplam Çalışma Süreniz (yıl)	r 0,138	-,219**	0,075	,976*	,923*	1			
	p 0,051	0,002	0,287	<0.001	<0.001				

7-Daha önce aile sağlığı merkezinde veya sağlık ocağında görev yaptıysanız süresini belirtiniz (ay)	r	-0,015	-0,034	0,047	,474*	0,202	,456*	1		
	p	0,900	0,769	0,688	<0.001	0,080	<0.001			
8-Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz	r	0,105	-0,027	-	,224*	,236*	,202*	0,261	1	
	p	0,194	0,736	0,327	0,005	0,003	0,012	0,084		
9-Branşınızı İlgilendiren Hastalıklarla İlgili Aile Hekimlerince Verilen Tedavileri Uygunluk/Etkililik Açısından Değerlendiriniz	r	-0,011	0,034	-	0,075	0,114	0,080	0,077	,637*	1
	p	0,890	0,681	0,053	0,36	0,162	0,328	0,617	<0.001	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 7’de katılımcıların anket toplam ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilere ait pearson korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre öngörü toplam puanı ile kaygılar toplam puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.332$, $p<0.001$).

Öngörü toplam puanı ile öneri toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.471$, $p<0.001$).

Öngörü toplam puanı ile yaş (yıl) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.142$, $p=0.044$). Yaş arttıkça hekimlerin sevk sistemi hakkındaki öngörülerimize katılma oranı artmaktadır.

Kaygılar toplam puanı ile yaş (yıl) arasında ($r=-0.221$, $p=0.002$), Uzman Hekim Olarak Çalışma Süreniz (yıl) arasında ($r=-0.209$, $p=0.003$), Hekim olarak toplam Çalışma Süreniz (yıl) ($r=-0.219$, $p=0.002$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu veriler ışığında yaş arttıkça, uzman hekim olarak ve toplam hekimlik çalışma süresi uzadıkça sevk sistemi hakkında ankette ifade ettiğimiz kaygıların azaldığı görülmektedir.

“Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz” Sorusu ile yaş (yıl) arasında ($r=0.224$, $p=0.005$), Uzman Hekim Olarak Çalışma Süreniz (yıl) arasında ($r=0.236$, $p=0.003$), Hekim olarak toplam Çalışma Süreniz (yıl) ($r=0.202$, $p=0.012$) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuca göre diğer uzman hekimlerin yaşları arttıkça ve de uzman hekimlik süresi ve toplam hekimlik süresi uzadıkça aile hekimlerinin verdiği sevk kararlarının daha doğru ve yetkin olduğu kanaatine vardıkları tespit edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Demografik ve Çeşitli Özelliklerine Göre Öngörü, Kaygılar ve Öneri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)

Değişkenler	n	Öngörü Toplam	Kaygılar Toplam	Öneri Toplam
Cinsiyet		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Kadın	106	57,33±6,33	34,4±7,15	43,02±4,38
Erkek	96	56,23±9,63	34,08±7,93	41,13±5,73
t=		0,950	0,295	2,653
p=		0.334	0.768	0.009
Medeni durum		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Evli	149	56,77±7,6	34,07±7,68	42,24±5,11
Bekar	53	56,92±9,33	34,75±7,09	41,77±5,26
t=		-0,123	-0,571	0,568
p=		0.902	0.569	0.571
Ana uzmanlık dalı		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Dahiliye	175	56,20±8,17	34,78±7,38	41,93±5,28
Cerrahi	27	60,74±6,14	30,78±7,60	43,37±3,95
t=		2,768	-2,614	1,362
p=		0.006	0.010	0.175
Branş		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1)Aile hekimliği	47	54,45±10,36	39,11±7,01	41,30±5,16
2)Çocuk sağlığı ve hastalıkları	41	55,66±5,75	33,32±7,58	42,05±4,71
3)Acil tıp	28	57,86±7,54	32,79±6,18	42,00±3,93
4)İç hastalıkları	24	57,63±6,36	33,58±5,98	42,75±5,36
5)Diğer	62	58,56±7,89	32,10±7,50	42,60±5,82
F=		2,180	7,509	0,525
p=		0.073	<0.001	0.718
Post-Hoc=		-	2,3,4,5<1	
Akadmik ünvan		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Uzman/Yan dal dr.	172	56,77±8,2	34,54±7,59	41,87±5,09
Prof.Dr./Doç.Dr.	30	57,00±7,35	32,57±6,99	43,53±5,27
t=		0,142	-1,330	1,640
p=		0.887	0.185	0.166
Bir Günde Polikliniğinize Başvuran Ortalama Kişi Sayısı		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1)20'den az	16	53,19±10,11	38,50±7,30	41,88±5,80
2)21-40 arası	33	56,91±9,37	34,85±5,93	41,79±3,47
3)40-60 arası	62	57,39±5,97	34,79±7,57	42,63±4,79
4)61-80 arası	45	54,42±9,18	33,13±8,93	41,89±6,72
5)81 ve daha fazla	46	59,54±6,71	32,7±6,57	41,98±4,74
F=		3,343	2,203	0,223
p=		0.011	0.070	0.925
Post-Hoc=		4<5	-	-

t=Independent t test, F=One Way ANOVA test, Post-Hoc; Sidak Test

Tablo 8’de katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenleri ile Öngörü, Kaygılar ve Öneri toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre cinsiyet ile öneri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.653$, $p=0.009$). Kadınların erkeklere kıyasla öneri toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ana uzmanlık dalı ile Öngörü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.768$, $p=0.006$). Ana uzmanlık dalı cerrahi olanların dâhiliye olanlara kıyasla Öngörü toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ana uzmanlık dalı ile Kaygılar toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.614$, $p=0.010$). Ana uzmanlık dalı dâhiliye olanların cerrahi olanlara kıyasla Öngörü toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Branş ile Kaygılar toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=7.509$, $p<0.001$). Aile hekimliği branşında olan hekimlerin diğer branşlarda olanlara kıyasla Kaygılar toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre aile hekimliği branşında olanlar ile İç hatalıkları branşı arasında ($p=0.021$), Çocuk sağlığı ve hastalıkları branşı arasında ($p=0.002$), Acil tıp branşı arasında ($p=0.002$) ve diğer branşlar arasında ($p<0.001$) Kaygılar toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Bir Günde Polikliniğinize Başvuran Ortalama Kişi Sayısı ile Öngörü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.343$, $p=0.011$). Bir günde polikliniğine ortalama 81 ve daha fazla hasta başvuran hekimlerin diğer ortalamalara kıyasla Öngörü toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların Demografik ve Çeşitli Özelliklerine Göre Öngörü, Kaygılar ve Öneri Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=205)

Değişkenler	n	Öngörü Toplam	Kaygılar Toplam	Öneri Toplam
Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	76	56,71±8,99	34,83±7,71	41,82±4,97
Hayır	126	56,87±7,49	33,9±7,41	42,30±5,25
t=		-0,132	0,853	-0,650
p=		0.895	0.395	0.517

Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	30	56,77±7,61	33,67±7,57	42,5±5,43
Hayır	172	56,81±8,16	34,35±7,53	42,05±5,1
t=		0,030	-0,458	0,439
p=		0.976	0.648	0.661
Dünyada Uygulanan Sevk Sistemi Örnekleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğumu Düşünüyorum)		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1)Evet	29	60,45±7,79	31,41±7,24	44,21±4,03
2)Kısmen	122	56,91±7,52	34,70±6,85	41,81±4,84
3)Hayır	51	54,49±8,81	34,78±8,87	41,67±6,12
F=		5,286	2,443	2,859
p=		0.006	0.089	0.060
Post-Hoc=		1>3	-	-
Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır? (n=155)		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1)20'den az	119	58,34±6,30	33,03±6,72	42,92±4,14
2)21-40 arası	14	56,00±7,04	32,71±5,12	42,21±5,25
3)40-60 arası	8	55,75±5,52	32,5±10,43	40,63±6,67
4)61-80 arası	6	53,83±3,54	32,83±9,52	42,00±5,29
5)81 ve üstü	8	53,75±16,66	33,00±10,81	34,25±11,40
F=		1,645	0,015	5,868
p=		0.166	1.000	<0.001
Post-Hoc=		-	-	1,2,4>5
Sizce Polikliniğinize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır? (n=152)		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
1)20'den az	82	58,07±6,40	32,12±6,77	42,90±4,77
2)21-40 arası	37	56,54±5,34	36,03±6,59	42,00±4,67
3)40-60 arası	14	57,36±8,33	34,00±7,34	41,43±5,46
4)61-80 arası	9	58,00±4,24	31,89±4,34	41,33±2,65
5)81 ve daha fazla	10	57,3±16,06	26,90±8,44	39,70±10,87
F=		0,300	4,328	1,060
p=		0.877	0.002	0.378
Post-Hoc=		-	1<2	-

t=Independent t test, F=One Way ANOVA test, Post-Hoc; Sidak Test

Tablo 9'da katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenleri ile Öngörü, Kaygılar ve Öneri toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz

sonucuna göre “Dünyada Uygulanan Sevk Sistemi Örnekleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğumu Düşünüyorum” değişkeni ile Öngörü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5.286$, $p=0.006$). Dünyada uygulanan sevk sistemi örnekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin diğer gruplara kıyasla Öngörü toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre dünyada uygulanan sevk sistemi örnekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında ($p<0.001$) Öngörü toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

“Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır?” Sorusu ile Öneri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5.868$, $p<0.001$). “Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır?” Sorusuna 20’den az yanıtı veren hekimlerin diğer gruplara kıyasla Öneri toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır?” Sorusuna 81 ve üstü yanıtı veren hekimler ile 20’den az yanıtı veren hekimler arasında ($p<0.001$), 21-40 arası yanıtını veren hekimler arasında ($p=0.004$) ve 61-80 arası yanıtını veren hekimler arasında ($p=0.046$) Öneri toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

“Sizce Polikliniğinize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır?” Sorusu ile Kaygılar toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=4.328$, $p=0.002$). “Sizce Polikliniğinize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır?” Sorusuna 21-40 arası yanıtını veren hekimlerin diğer gruplara kıyasla Kaygılar toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Sizce Polikliniğinize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır?” Sorusuna 20’den az yanıtını veren hekimler ile 21-40 arası yanıtını veren hekimler arasında ($p=0.042$) Kaygılar toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 10. “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	“Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?”		
	Evet, (n=76)	Hayır, (n=126)	p
Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	4 (5,3)	7 (5,6)	0.483 ^a
Katılmıyorum	8 (10,5)	19 (15,1)	
Kararsızım	7 (9,2)	9 (7,1)	
Katılıyorum	33 (43,4)	64 (50,8)	
Kesinlikle katılıyorum	24 (31,6)	27 (21,4)	
Sevk sistemi ile birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	3 (3,9)	2 (1,6)	0.550 ^b
Katılmıyorum	5 (6,6)	4 (3,2)	
Kararsızım	7 (9,2)	9 (7,1)	
Katılıyorum	32 (42,1)	60 (47,6)	
Kesinlikle katılıyorum	29 (38,2)	51 (40,5)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 10'da “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Öngörü anketi maddelerinden “Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir” ve “Sevk sistemi ile birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	“Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?”		
	Evet, (n=76)	Hayır, (n=126)	p
Sevk sistemi ile hastalıkların erken tanı ve tedavi imkânı güçleşecektir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	17 (22,4)	25 (19,8)	0.935 ^a
Katılmıyorum	40 (52,6)	72 (57,1)	
Kararsızım	12 (15,8)	19 (15,1)	
Katılıyorum	7 (9,2)	10 (7,9)	

Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	10 (13,2)	11 (8,7)	0.335 ^a
Katılmıyorum	15 (19,7)	27 (21,4)	
Kararsızım	4 (5,3)	11 (8,7)	
Katılıyorum	28 (36,8)	57 (45,2)	
Kesinlikle katılıyorum	19 (25)	20 (15,9)	
Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	11 (14,5)	6 (4,8)	0.110 ^a
Katılmıyorum	10 (13,2)	26 (20,6)	
Kararsızım	12 (15,8)	20 (15,9)	
Katılıyorum	32 (42,1)	60 (47,6)	
Kesinlikle katılıyorum	11 (14,5)	14 (11,1)	
Sevk sisteminin gelmesi ile birinci basamak hekimleri defansif davranarak sorumluluk almaktan daha fazla kaçınacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	4 (5,3)	3 (2,4)	0.421 ^b
Katılmıyorum	13 (17,1)	18 (14,3)	
Kararsızım	16 (21,1)	36 (28,6)	
Katılıyorum	28 (36,8)	52 (41,3)	
Kesinlikle katılıyorum	15 (19,7)	17 (13,5)	
Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	20 (26,3)	28 (22,2)	0.009 ^b
Katılmıyorum	20 (26,3)	58 (46)	
Kararsızım	24 (31,6)	34 (27)	
Katılıyorum	9 (11,8)	3 (2,4)	
Kesinlikle katılıyorum	3 (3,9)	3 (2,4)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 11’de “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Kaygılar anketinin çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile “Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.” değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.009). Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında çalışmayanların çalışanlara göre sevk sistemi uygulanması halinde malpraktislerde artmaya sebebiyet vermeyeceği yönündeki kanaati daha ağır basmaktadır.

Tablo 12. “Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	“Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?”		
	Evet, (n=30)	Hayır, (n=172)	p
Ülkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sistemi uygulanabilir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	7 (23,3)	13 (7,6)	0.062 ^a
Katılmıyorum	3 (10)	33 (19,2)	
Kararsızım	4 (13,3)	37 (21,5)	
Katılıyorum	9 (30)	58 (33,7)	
Kesinlikle katılıyorum	7 (23,3)	31 (18)	
Sevk sisteminde aile hekimlerine negatif değil, pozitif performans yöntemi uygulanmalıdır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	1 (3,3)	7 (4,1)	0.360 ^b
Katılmıyorum	1 (3,3)	5 (2,9)	
Kararsızım	7 (23,3)	24 (14)	
Katılıyorum	9 (30)	80 (46,5)	
Kesinlikle katılıyorum	12 (40)	56 (32,6)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 12’de “Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile öngörü ve öneri anketinden çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile herhangi bir değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Branş Grup ile Öngörü Anketinden Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Branş Grup		
	Aile hekimliği (n=47)	Diğer (n=155)	p
Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	2 (4,3)	9 (5,8)	0.004^a
Katılmıyorum	3 (6,4)	24 (15,5)	
Kararsızım	4 (8,5)	12 (7,7)	
Katılıyorum	16 (34)	81 (52,3)	

Kesinlikle katılıyorum	22 (46,8)	29 (18,7)	
Sevk sistemi ile birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	3 (6,4)	2 (1,3)	
Katılmıyorum	3 (6,4)	6 (3,9)	
Kararsızım	3 (6,4)	13 (8,4)	0.287 ^b
Katılıyorum	22 (46,8)	70 (45,2)	
Kesinlikle katılıyorum	16 (34)	64 (41,3)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 13'te branş grup ile öngörü anketine ait çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre branş grup ile “Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir.” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.004). Diğer uzman hekimler aile hekimliği uzmanlarına kıyasla branşlaşmanın hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelediği ifadesine daha az katıldığı izlenmektedir.

Tablo 14. Branş Grup ile Kaygı Anketinden Çeşitli değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Branş grup		p
	Aile hekimliği (n=47)	Diğer (n=155)	
Sevk sistemi ile hastalıkların erken tanı ve tedavi imkânı güçleşecektir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	7 (14,9)	35 (22,6)	
Katılmıyorum	25 (53,2)	87 (56,1)	0.416 ^a
Kararsızım	10 (21,3)	21 (13,5)	
Katılıyorum	5 (10,6)	12 (7,7)	
Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	1 (2,1)	20 (12,9)	
Katılmıyorum	6 (12,8)	36 (23,2)	
Kararsızım	0 (0)	15 (9,7)	<0.001 ^a
Katılıyorum	19 (40,4)	66 (42,6)	
Kesinlikle katılıyorum	21 (44,7)	18 (11,6)	
Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	3 (6,4)	14 (9)	
Katılmıyorum	5 (10,6)	31 (20)	
Kararsızım	6 (12,8)	26 (16,8)	0.026 ^a
Katılıyorum	21 (44,7)	71 (45,8)	

Kesinlikle katılıyorum	12 (25,5)	13 (8,4)	
Sevk sisteminin gelmesi ile birinci basamak hekimleri defansif davranarak sorumluluk almaktan daha fazla kaçınacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	3 (6,4)	4 (2,6)	
Katılmıyorum	3 (6,4)	28 (18,1)	
Kararsızım	11 (23,4)	41 (26,5)	0.133 ^a
Katılıyorum	19 (40,4)	61 (39,4)	
Kesinlikle katılıyorum	11 (23,4)	21 (13,5)	
Birinci basamak hekimlerinin sevk edilecek durumlar hakkında yeterli donanım ve yetkinliğe sahip olmaması üst basamaklara gereğinden fazla başvurulara sebep olacaktır. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	6 (12,8)	13 (8,4)	
Katılmıyorum	15 (31,9)	31 (20)	
Kararsızım	2 (4,3)	34 (21,9)	0.053 ^a
Katılıyorum	18 (38,3)	58 (37,4)	
Kesinlikle katılıyorum	6 (12,8)	19 (12,3)	
Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	8 (17)	40 (25,8)	
Katılmıyorum	10 (21,3)	68 (43,9)	
Kararsızım	18 (38,3)	40 (25,8)	<0.001 ^b
Katılıyorum	7 (14,9)	5 (3,2)	
Kesinlikle katılıyorum	4 (8,5)	2 (1,3)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 14'te branş grup ile kaygılar anketinin çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre branş grup ile “Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır.” arasında ($p<0.001$), “Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır.” arasında ($p=0.026$), “Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.” arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 15. Branş grup ile Öneri Anketinden bir değişkenin Karşılaştırılması

Değişkenler	Branş grup		p
	Aile hekimliği (n=47)	Diğer (n=155)	
Vatandaşların muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için 1.Basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak direkt üst basamaklara başvurmaları tamamen engellenmelidir. n(%)			
Kesinlikle katılmıyorum	4 (8,5)	5 (3,2)	0.013 ^a

Katılmıyorum	14 (29,8)	20 (12,9)
Kararsızım	10 (21,3)	28 (18,1)
Katılıyorum	12 (25,5)	57 (36,8)
Kesinlikle katılıyorum	7 (14,9)	45 (29)

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 15'te branş grup ile öneri anketinin çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre branş grup ile "Vatandaşların muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için 1.Basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak direkt üst basamaklara başvurmaları tamamen engellenmelidir." Sorusu arasında (p=0.013) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diğer uzman hekimler aile hekimlerine kıyasla üst basamak sağlık kuruluşlarına direkt başvuruyu engelleme noktasında daha rijit ve katı bir uygulamayı kabul etmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların Öngörü Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Öngörü Anketi Soruları	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1) Sevk sistemi, kapı tutucu rolü ile 1. basamak hekimlerinin diğer üst basamaklar üzerinde yetki ve kontrol sahibi olduğu uygulama olarak tanımlanabilir.	17 (8,4)	48 (23,8)	39 (19,3)	70 (34,7)	28 (13,9)
2) Sevk sistemi, sağlık kaynaklarının toplum ihtiyaçları için uygun şekilde kullanılabilmesi amacı ile 1. Basamak hekimlerine yetki ve sorumluluk veren bir uygulamadır.	6 (3)	5 (2,5)	12 (5,9)	106 (52,5)	73 (36,1)
3) Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir.	11 (5,4)	27 (13,4)	16 (7,9)	97 (48)	51 (25,2)

4) Ülkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sistemi uygulanabilir.	20 (9,9)	36 (17,8)	41 (20,3)	67 (33,2)	38 (18,8)
5) Sevk zincirinin uygulanması halinde toplum sevk sistemini kabullenip benimseyecektir.	26 (12,9)	37 (18,3)	51 (25,2)	53 (26,2)	35 (17,3)
6) Sevk sistemi ile birlikte 2 ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır.	5 (2,5)	9 (4,5)	16 (7,9)	92 (45,5)	80 (39,6)
7) Sevk sistemi sayesinde randevu bulmakta güçlük çekme sorunu ortadan kalkacaktır.	5 (2,5)	11 (5,4)	26 (12,9)	93 (46)	67 (33,2)
8) Ülkemiz vatandaşlarının sevk sistemi hakkındaki sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir.	110 (54,5)	60 (29,7)	19 (9,4)	12 (5,9)	1 (0,5)
9) Sevk zinciri, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde daha nitelikli hizmet verilebilmesini sağlar.	1 (0,5)	6 (3)	8 (4)	87 (43,1)	100 (49,5)
10) 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direkt başvuru imkânının olması, sağlık insan gücü başta olmak üzere kaynaklarımızın verimli kullanılmasına engel olmaktadır.	2 (1)	3 (1,5)	5 (2,5)	70 (34,7)	122 (60,4)
11) Sevk sisteminin uygulanması sağlık için harcanan bütçenin azalmasına ve ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır.	1 (0,5)	2 (1)	7 (3,5)	86 (42,6)	106 (52,5)
12) Üçüncü basamakta verilen tıp fakültesi öğrencilerine yönelik eğitimler ve uzmanlık eğitimleri sevk sistemi ile daha etkili ve başarılı olacaktır.	2 (1)	6 (3)	26 (12,9)	92 (45,5)	76 (37,6)
13) Sevk zinciri uygulaması hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler.	10 (5)	17 (8,4)	51 (25,2)	70 (34,7)	54 (26,7)

14) Sevk zincirinin uygulanması hekimlerin toplum içindeki saygınlığını arttıracaktır.	4 (2)	10 (5)	37 (18,3)	72 (35,6)	79 (39,1)
15) Sevk sistemi, hastanın sağlığı, teşhis ve tedavisi üzerine hasta ve yakınına bilgi aktarımında daha çok imkân sağlayacaktır.	3 (1,5)	9 (4,5)	26 (12,9)	98 (48,5)	66 (32,7)

Tablo 16’da katılımcıların Öngörü anket maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Elde edilen verilere göre öngörü anketinde yer alan 1. soru için belirtilen kanaat diğer ifadelerde olduğu gibi katılım yönünden bir tarafa eğilim göstermemektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Kaygılar Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Kaygılar Anketi Soruları	Kesi nlikl e katıl mıyo rum	Katılm ıyoru m	Kara rsız m	Katıl ıyoru m	Kesi nlikl e katılı yoru m
1) Sevk sistemi ile hastalıkların erken tanı ve tedavi imkânı güçleşecektir.	42 (20,8)	112 (55,4)	31 (15,3)	17 (8,4)	-
2) Sevk sistemi, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği derinleştirecektir.	54 (26,7)	111 (55)	27 (13,4)	8 (4)	2 (1)
3) Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır.	21 (10,4)	42 (20,8)	15 (7,4)	85 (42,1)	39 (19,3)
4) Sevk sisteminin uygulanması yürütülen sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyecektir.	71 (35,1)	99 (49)	20 (9,9)	9 (4,5)	3 (1,5)
5) Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır.	17 (8,4)	36 (17,8)	32 (15,8)	92 (45,5)	25 (12,4)
6) Aile hekimleri uygunsuz sevk talebinde bulunan hasta ve hasta	7 (3,5)	16 (7,9)	30 (14,9)	87 (43,1)	62 (30,7)

yakınlarının şiddetin her tipine maruz kalacaktır.					
7) Sevk sisteminin gelmesi ile 1. basamak hekimleri defansif davranarak sorumluluk almaktan daha fazla kaçınacaktır.	7 (3,5)	31 (15,3)	52 (25,7)	80 (39,6)	32 (15,8)
8) Kaliteli sevk sistemini uygulayabilmek için ülkemizde yeterli sayı ve donanımda 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşu mevcut değildir.	46 (22,8)	94 (46,5)	23 (11,4)	29 (14,4)	10 (5)
9) Sevk zinciri uygulanırken hastaya ait sağlık verilerinin basamaklar arasında eksiksiz ve sorunsuz aktarımı güçtür.	34 (16,8)	70 (34,7)	36 (17,8)	48 (23,8)	14 (6,9)
10) Birinci basamak hekimlerinin sevk edilecek durumlar hakkında yeterli donanım ve yetkinliğe sahip olmaması üst basamaklara gereğinden fazla başvurulara sebep olacaktır.	19 (9,4)	46 (22,8)	36 (17,8)	76 (37,6)	25 (12,4)
11) Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimine bağlı nüfusun çok olması, eksiksiz muayene ve hastalarla yeterli süre görüşme yapılmasını zorlaştırmaktadır.	12 (5,9)	26 (12,9)	30 (14,9)	84 (41,6)	50 (24,8)
12) Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.	48 (23,8)	78 (38,6)	58 (28,7)	12 (5,9)	6 (3)

Tablo 17’de katılımcıların Kaygılar anket maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kaygılar alt başlığında yer alan 3, 7 ve 9’uncu ifadeler için hekimlerce diğer ifadelerde olduğu gibi yoğun bir fikir birliği sağlanamamıştır.

Tablo 18. Katılımcıların Öneri Anketi Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Öneri Anketi Soruları	Kes nlikl e katıl mıyo rum	Katılm ıyoru m	Kara rsızı m	Katıl ıyoru m	Kesi nlikl e katılı yoru m
1) İlgili uzmanlıklar tarafından birinci basamakta görev yapan hekimlere ihtiyaçlarına uygun eğitimler verilmelidir.	4 (2)	5 (2,5)	4 (2)	92 (45,5)	97 (48)
2) Sevk kriterleri ile ilgili algoritmalar aile hekimliği akademisyenleri tarafından bilimsel veriler ışığında güncellenerek oluşturulmalıdır.	1 (0,5)	3 (1,5)	7 (3,5)	80 (39,6)	111 (55)
3) Birinci basamakta çalışan hekimlerin hastayı sevk etme yetkisi kanser ön tanısı, tarama testinin anormal sonuçlanması gibi durumlar hariç belirli kriterlere göre sınırlandırılmalıdır.	8 (4)	25 (12,4)	37 (18,3)	80 (39,6)	52 (25,7)
4) Sevk sisteminde aile hekimlerine negatif değil, pozitif performans yöntemi uygulanmalıdır.	8 (4)	6 (3)	31 (15,3)	89 (44,1)	68 (33,7)
5) Vatandaşların muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için 1. basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak direkt üst basamaklara başvurmaları tamamen engellenmelidir.	9 (4,5)	34 (16,8)	38 (18,8)	69 (34,2)	52 (25,7)
6) Telekonferans gibi elektronik sistemlerle branşlar ve basamaklar arası online konsültasyon imkânı sağlanmalıdır.	8 (4)	11 (5,4)	30 (14,9)	95 (47)	58 (28,7)
7) Zamanında sevk edilemeyen bu sebeple tanı ve/veya tedavisinde gecikme yaşanan hastalara karşı hekimi ve hastayı koruyucu yönetmelikler geliştirilmelidir.	1 (0,5)	6 (3)	6 (3)	95 (47)	94 (46,5)
8) Halkı bilinçlendirmek ve sağlık okuryazarlığını arttırmak için Sağlık Bakanlığı tarafından sevk sistemi ile ilgili kamu spotları oluşturulmalıdır.	1 (0,5)	-	12 (5,9)	64 (31,7)	125 (61,9)
9) Sevk basamaklarını atlayarak doğrudan üst basamak kamu hastanelerine başvuruda	3 (1,5)	1 (0,5)	9 (4,5)	50 (24,8)	139 (68,8)

bulunanlardan daha yüksek katkı payı alınmalıdır.

10) Sağlık sisteminde yer alan bütün bilgi yönetim sistemleri Sağlık Bakanlığınca ortak veri tabanında birleştirilmelidir.

1 (0,5)	2 (1)	5 (2,5)	65 (32,2)	129 (63,9)
---------	-------	---------	-----------	------------

Tablo 18’de katılımcıların Öneri anket maddelerine verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir.

Çalışmamızda katılımcılara son olarak yöneltilen “Branşınız özelinde sevk sistemi ile ilgili belirtmek istediğiniz bir konu veya öneriniz varsa yazınız.” ifadesine verilen yanıtları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hollanda sağlık sisteminde uygulanan sevk sisteminin ülkemiz adına en uygun model olduğunu düşünüyorum. Öncelikle sevk edilen hasta için ara bir yüz olmalı ve e-nabız aracılığıyla üst basamağa gönderildiğinde aile hekimi ile yazışma sağlanabilmeli. Ayrıca sevk sisteminde performans uygulaması olmamalı ve hekimlere yönelik sevk sistemi ve hastalıklar hakkında hizmet içi eğitimler arttırılmalı. (Aile Hekimliği Profesörü)*
- Aile hekimlerinin, konjonktiviti bile yönetemediği bir ülkeden bahsediyoruz. Maalesef sevk sistemi diye bir şey yok. Her geleni üst merkezlere sevk eden bir aile hekimi sistemimiz var. Sistemin tümünden değişmesi ve aile hekimlerinin ciddi bir eğitim alması gerektiğini düşünüyorum. (Göz Hastalıkları Doçenti)*
- Çoğu hastaya multidisipliner bir yaklaşım gerekte olup 1. Basamaktaki hekim birden fazla sevk yapabilme yetkisine sahip olması gerekte olup sevk kriterleri ve algoritmaları için her branşın akademisyenleri tarafından katkı da bulunmalıdır ve aynı hastalık için 2 uzmanlığa sevki söz konusu ise örneğin pnömoni gibi gem göğüs hem enfeksiyon tarafından tedavi edilebilirliği söz konusu ise öncelikler belirtilmelidir. Komplike olan ve olmayan vakaların önceliklerine göre sevk gerçekleşmelidir. (Göğüs Hastalıkları Doçenti)*
- Yan dal branşında anadalın sorumluluktan kaçınması gibi gerçekler var ve aynı sorunlar 1. basamak sevki sisteminde de yaşanacaktır, fakat yine de sevk sistemi pratiğinin ülkemizde oturması için buna bir yerden bir şekilde başlanmak zorundadır. (Hematoloji Yan Dal Uzmanı)*
- Acil Servis başvuruları inanılmaz artmış durumda artık branşımızda samanlıkta iğne arar gibi gerçek acilleri atlamamak için efor sarf ediyoruz. Yeşil alan uygulaması*

kaldırılmalı tüm işleyiş koruyucu hekimlik üzerine olmalı. Yeşil alan hekimleri aile hekimliğine kazandırılabilir. **(Acil Tıp Doçenti)**

- Astım, Koah gibi kronik hastalıkların takibi birinci basamakta yapılabilmesi. Gereklik halinde üst basamağa sevk edilmelidir. Solunum fonksiyon testi aile hekimleri tarafından yapılabilmelidir. Aile hekimlerinin gerekli hallerde danışabileceği ilgili branş hekimleri belirlenmiş olmalı ve belirli periyotlarda görüşmeler ayarlanmalı. **(Göğüs Hastalıkları Doçenti)**

- Sevk sistemindeki yetersizlik nedeni ile aile hekimleri tarafından çok kolay çözülebilecek durumlar ülkeye, hastaya, doktora, ekonomiye ek iş yükü olarak geri dönmektedir. **(Enfeksiyon Hastalıkları Doçenti)**

- Diyabet obezite hipertansiyon vs gibi çok sık görülen Hastalıkların 1. Basamakta erken dönemlerde tanı tedavileri sağlanmalıdır **(Dahiliye Doçenti)**

- Birinci basamakta en azından tinea tedavileri, kontakt dermatitler, ürtiker, lokal enfeksiyonlar gibi basit hastalıklar tanınabilmeli ve hasta yönetilebilmelidir. **(Dermatoloji Uzmanı)**

- Aile Hekimliği asistanlarının Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji rotasyonunun mecburi olması gerekmektedir. **(Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı)**

- Acil servislerde yeşil alanın kalkması ve gerçek hastalara etkin tedaviyi verebilmek için aile hekimliğine gitmeyen hastaların acile başvurusu durumunda muayene için kayıt açtırırken nakit ödeme yapması sağlanmalıdır. Bu bile sevk zincirine uymak için hastaları yönlendirecek bir girişimdir. **(Acil tıp uzman)**

- Hasta yükünü ikinci basamaktan çekseniz aynı problemi 1. Basamağa yaşatırlar. Bunun için gerekenler yok. Kural yok, olanı uygulayan yok.- hukuk sistemi Sevk sistemi yok, olsa da vicdanını göğsüne koyup işini yapmak isteyen, öğrenmek isteyen, işini iyi yapmak isteyen yok- sağlık sistemi Görgülü akıllı olgun insan yok— eğitim ve kültür sistemi Sorunlarının çoğunun bozulan insan kalitemiz ve ahlakımız ile ilgili olduğunu düşünüyorum. Bataklığı kurutmak gerek. Bakınız: acil serviste tutanak tutulan mevzular... Diğer bütün çözümler bunu uygulayan insan düzelmedikçe havada kalır. **(Pediatri Uzmanı)**

- Günlük 2500 hastanın muayene olduğu bir acil serviste çalışıyorum, gelen hastaların %90'ı aile hekimliğinden çözülebilecek hastalar, kalan %15'i ise poliklinik hastası, gerçekten acile gelmesi gereken hasta sayısı %5 bile değildir, bu yüzden sevk sisteminin aktif çalışması sistemi ciddi manada düzelterektedir. **(Acil tıp uzman)**

- Çocuk hastalıkları otör hocaları tarafından algoritmalar oluşturulmalı ve aile hekimleri çocuk hastaların sevk edilme sürecinde aksaklıklar en aza indirilmesi sağlanmalı. *Kronik sebeplerle düzenli takipli yan dal hastalarının sevk Zincirine takılmasına gerek olmamalı. **(Pediatri Uzmanı)**
- Sevk sisteminin olmadığı günümüz koşullarında 2. Ve 3. Basamaktaki hasta yoğunluğu nedeniyle hastaların aldığı hizmetin kalitesi düşük ve yanlış veya geç teşhis riski olabilecek tüm diğer sistemlerden daha yüksek düşüncesindeyim. Sevk sistemine ek olarak 1. basamak hekimlerin tümüne kıdem-kademe gelirse deneyim yıllarına göre ve sahadaki eğitimlerine göre sevk sisteminin yükü azalacaktır, junior-senior doktor olarak tüm 1. Basamak hekimleri ayrılabilir ve görev dağılımları yapılabilir. **(Pediatri Uzmanı)**
- 3. Basamağa branş sevkleri branş uzmanına konsülte edilmeli her hasta direkt acile yönlendirilmemeli, aile hekimi ya da 1-2. Basamakta takip ve tedavisi yapılabilecek durumlar için hastaya sen bir acile git denmemeli. Hekimi koruyucu önlemler alınmalı. **(Acil tıp uzman)**
- Mevcut koşullar altında (Bakılan hasta sayısı, halkımızın doktor düşkünlüğü aynı şikayet için aynı branştan birden çok doktora giderek verilen tedaviyi teyit etme ihtiyacı, her geçen gün artan sağlıkta şiddet, oy kaygısı vb.) sevk sisteminin ülkemizde uygulanacağına inanmıyorum. **(Dahiliye Uzmanı)**
- Çocuk hasta en zordur. Gerekli görünen her durumda çocuk uzmanına danışılacak online bir sistem gereklidir. **(Pediatri Uzmanı)**
- MHRS ve ALO 182 çağrı merkezinin iyileştirilmesi ile gereksiz sevkler ve hastaların sevk edilme talebi azalacaktır. **(Aile Hekimliği Uzmanı)**
- ASM'lerde yeterli güvenlik önlemi alınmadan sevk zincirine geçilmesi halinde hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının öldürülmesine kadar uzanacak pek çok olayın yaşanacağı, bugüne kadar yaşanan pek çok olay göz önüne alındığında neredeyse kesindir. **(Aile Hekimliği Uzmanı)**
- Özellikle halkın bu konuda bilinçlendirilmesi ve sevk zincirinin zorunluluk olarak değil uygulayanlara ödül verilecek bir sistem olarak uygulanması gerektiğini düşünüyorum. **(Aile Hekimliği Uzmanı)**
- Hekim başına düşen hasta sayısı halen yüksek. **(Aile Hekimliği Uzmanı)**

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın ana hedefi, ülkemiz sağlık sisteminde uygulanmaya hazırlanan ve sevk sisteminin kritik bir bileşeni olan sevk zinciri uygulamasının, hayata geçirilme sürecindeki mevcut durumun analizini yaparak karşılaşılmaması beklenen sorunlara ve bu sorunlar için önerilen çözümlere ışık tutmaktır.

Bu çalışmamız yüz yüze anket uygulamasıyla 14.09.2023 ile 14.11.2023 tarihleri arasında 2 aylık periyotta dahil edilme kriterlerini karşılayan İstanbul'daki şehir hastanelerinde görev yapmakta olan 202 uzman hekime uygulanmıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşları, sağlığın korunması hizmetini sağlayacak ve karşılaşılan sağlık sorunlarının birçoğunu daha düşük maliyetle ve az kaynak kullanılarak giderebilecek olan merkezlerdir. Şehir hastaneleri ise, yapısal ve donanımsal kaynakların yüksek olması, birçok yan dal uzman hekimin ve akademisyenin görev alması nedeniyle özellikli sağlık hizmetlerinin verilmesi amacıyla kurulan merkezlerdir. Ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuru imkanının olması bu merkezlerin asıl amacından uzaklaşarak sağlık hizmeti sunumunda verimlilik ve etkililiği düşürmektedir. Ayrıştırılmamış şikayetler ve semptomlar nedeniyle bu merkezlere yoğun başvuruların olması, asıl özellikli hizmet alması gereken hastaların bu merkezlere ulaşmasına da engel olmaktadır.

Çalışmamızda, üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları beklenirken, özellikli ve özelliksiz tüm sağlık sorunlarına hizmet veren şehir hastanelerini inceleme nedenimiz; sevk zincirinin uygulanabilirliğini, mevcut sorunlara çözüm sunma potansiyelini ve sağlık sistemimizin bu uygulamaya olan hazırlık seviyesini değerlendirmektir.

Bu çalışmamızda, katılımcıların minimum yaşı 29, maksimum yaşı 70, ortalama yaş ise 38 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %52,5'inin kadın, %73,8'inin evli, %86,6'sının ana uzmanlık dalı dâhiliye, %14,9'unun akademik unvanının Doçent/Profesör Dr. olduğu ve %37,6'sının şu ana kadar aile sağlığı merkezinde veya sağlık ocağında görev yaptığı belirlenmiştir. Ankara'da 201 aile hekimi üzerinde yapılan benzer bir çalışmada; katılımcıların yaş ortalaması 39 ± 3 , %49,3'ü kadın ve %74,6'sı ise evli bulunmuştur. Trabzon'da yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması 48 ± 6 , %35,2'si kadın ve %94'ünün ise

evli olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki yaş ortalamasının Ankara ve Trabzon'daki çalışmaya kıyasen düşük kalması şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin yüksek çoğunluğunun mecburi hizmet atamasıyla gelmiş olmalarına bağlanmıştır. Ankara'daki çalışmada benzer olmasına rağmen Trabzon'daki çalışmaya kıyasen katılımcıların çoğunluğunun kadın olması, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile aile hekimliğinin kadınlar için daha tercih edilebilir branşlar olmasına ve çalışmamızda erkek egemen olan cerrahi branşlara ulaşamamasına bağlanmıştır. Cerrahi branşlardaki uzmanların ameliyatta olmaları ve ayrıca karşılaştığımız cerrahların anket çalışmamıza karşı duyarlı olmayıp önemsememeleri nedeniyle dahili branşlar daha yüksek oranda katılım sağlamışlardır. Çalışmanın daha deneyimli ve tecrübeli olan akademisyenlerce değerlendirilmesi öncelendiğinden dolayı doçent ve profesörlerin ankete katılımı yüksek tutulmaya çalışılmıştır (9,52).

Katılımcıların %59,9'unun Türkiye'de sevk sisteminin "Hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direk başvurusu engellenmemeli. Ancak sevk zincirine uymadığı durumlarda sigortadan kendilerine yapılan geri ödeme oranı azaltılmalıdır" şeklinde, bunun yanında sadece %2'sinin "Hastalar istedikleri uzmanlık dallarına herhangi bir kısıtlama olmadan muayene olabilmelidir" şeklinde olması gerektiğini düşündüğü sonucu çıkmıştır. Aktürk ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı benzer bir çalışmada katılımcıların %48,6'sının sevk zorunluluğunu desteklerken sadece %10,8'inin sevk zincirine karşı olduğu ortaya konulmuştur. Beyza ve arkadaşlarının yaptığı nitel bir çalışmada katılımcıların %85'i sevk zinciri uygulamasının gerekliliğini belirtmiştir. Yine sevk sistemi ile alakalı aile hekimlerine yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %85'i sevk zinciri uygulanmasını gerekli görürken %15'i sevk sisteminin gelmemesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda sevk zincirinin gelmesini savunan hekimlerin oranının diğer çalışmalara kıyasen daha yüksek çıkması son yıllarda artan poliklinik başvurularına ve katılımcılarımızın sevk edilen tarafta yani hastanede çalışan uzman hekimler olmasına bağlanmıştır (52-54).

Aile hekimliği uzmanlığı dışında kalan diğer uzmanlardan (n=155); %45,1'inin günde polikliniğe başvuran hasta sayısının 60 ve üstünde olduğu sonucu, %76,8'inin kendilerine başvuran hastalarından %20'sinden az oranda kendi aile hekimlerine muayene olduktan sonra başvuru yaptığı sonucu ve %54,9'unun kendilerine aile hekimi tarafından sevk edilmiş/yönlendirilmiş olmasına rağmen hastalarının %20'sinden az oranda gerçekten sevk edilme ihtiyacı olduğu sonucu 2018 yılında Çankaya ve ark. tarafından yapılan çalışmadaki %50'nin üzerinde katılımcısının 60 ve üzeri hasta muayene ettiği sonucuyla, uzman hekimlere yöneltilen "doğrudan hastaneye başvurma oranı kaçtır?" sorusuna %82,5 ortalama değer (78,3-83,1) ile cevap vermesi sonucuyla ve katılımcıların %50'den fazlası kendilerine yapılan

başvurulardaki hizmet endikasyonunun %40 ve altında olduğu sonucuyla uyumlu ve benzer çıkmıştır. Bu verilerle birçok merkezde poliklinik başvurularının yüksek olduğu ve bu başvuruların çoğunun ilgili uzmanlık alanı ile direk alakalı olmadığı sonucu çıkmaktadır. Ayrıca hastaların almak istediği sağlık hizmetinin büyük bir kısmını hastanelere başvurmadan birinci basamak sağlık kuruluşlarından karşılayabileceği kanaati hekimler tarafından ortaktır. Çalışmamızda sevk edilme ihtiyacı olmamasına rağmen başvuruların diğer çalışmaya oranla biraz yüksek çıkması ise şehir hastanelerinin medyatik yüzünün olması ve bu merkezlerde daha kaliteli bir sağlık hizmeti alınacağı düşüncesinin yaygın olmasına bağlanmıştır (9).

Çalışmamıza katılım sağlayan aile hekimliği dışında kalan uzman hekimlerin; %49,7'si aile hekimlerince kendi branşlarını ilgilendiren sevklerin doğruluğunu 10 üzerinden 6'nın altında belirtirken katılımcıların ortalama puanı ise $5,42 \pm 2,13$ idi. Sevk kararının doğru verilebilirliğini ölçen başka bir çalışmada yine katılımcıların 1'den 10'a kadar sevk kararının uygunluğunu değerlendirilmesi istenilmiş ve uzman hekimler bu soruyu ortalama $5,99 \pm 2,30$ olarak puanlamışlardır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında aile hekimlerinin verdiği sevk kararlarının uygunluğu sevk edilen tarafta yer alan diğer uzman hekimlerce orta derecede değerlendirilip çok iyi bir derece alamamıştır (9).

Çalışmamızda tüm katılımcılara yöneltilen “Hâlihazırda Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkilediğini Düşündüğünüz Etmenler Nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtları aile hekimliği uzmanı ve diğer uzman hekimler diye sınıflandırdığımızda karşımıza çıkan sonuçlar şu şekildedir;

- Aile hekimliği uzmanlarının “ASM'nin tanı koyma ve tedavi etme olanaklarının kısıtlı olması” ifadesini kabul edenler %85,1 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %67,5 tir. Yani diğer branşlar, hastalıkların tanı ve tedavisinin ASM şartlarında mümkün olabileceği düşüncesini aile hekimliği uzmanlarına göre daha kabul edilebilir bulmaktadır.
- “Sevk için tıbbi endikasyon olması” ifadesinin sevk kararını etkilediğini düşünen aile hekimliği uzmanlarının oranı %83 iken bu oran diğer uzman hekimler için neredeyse yarı yarıya %42,9'dur. Yani diğer uzman hekimler, sahadaki aile hekimlerince verilen sevk kararlarının yarısından fazlasının tıbbi bir gerekçe olmadan yapıldığını düşünmektedir. Oysaki aile hekimliği uzmanları aynı görüşte değildir.
- “Aile hekimlerinin medikolegal sonuçlardan çekinmesi” ifadesine aile hekimliği uzmanları %72,3 oranında katılırken diğer uzman hekimler benzer bir oranda %67,5 oranında katılmaktadır. Hekimleri ve sağlık çalışanlarını koruyan bir hukuki zeminin

olmaması, yaşanan dava süreçleri hekimleri risk almaktan çekinmeye ve defansif tıbbi yaklaşıma sevk ettiği kanaatini uyandırmaktadır.

- “Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği” ifadesine aile hekimliği uzmanları %57,4 oranında katılırken diğer uzman hekimler biraz yüksek olmakla benzer bir oranda %68,2 oranında katılmaktadır. Sevk edilen sağlık kuruluşlarına erişim kolaylığının olması aile hekimlerinin sorumluluk almaktan kaçınmaya sebebiyet vermiş olabileceği düşünülmüştür.
- “Hastanın sevk edilme talebi” faktörünü sevk etkileyen etmenler arasında kabul eden aile hekimliği uzmanlarının oranı %63,8 iken benzer şekilde diğer uzmanlarda da %66,2 olarak tespit edilmiştir. Bu oranın yüksek olması ve 3. en sık etmen olarak yer alması son yıllarda yaşanan sağlıkta şiddete ve iş doyumundaki azalmaya bağlanmıştır. Bu durum diğer diğer uzman hekimlerce de fark edilen bir etmen olmuştur.
- “Hastalığın tedavisindeki aciliyet durumu” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanlarının oranı %63,8 iken diğer uzman hekimlerde bu oran %32,5’tir. Bu sonuçlar bizlere yapılan birçok sevk aile hekimlerce tahmin, şüphe veya korku ile aciliyet olduğu düşüncesinin diğer uzmanlarca kabul görmediğini göstermektedir. Bu durum sahadaki aile hekimlerin bilgi eksikliğinden veya defansif hekimlik tavrından kaynaklandığını düşündürmektedir.
- “Aile hekiminin karşılaştığı hastalık hakkında yeterli bilgi/deneyime sahip olmaması” ifadesine katılan aile hekimliği uzmanı oranı %53,3 iken bu oran diğer uzmanlar için %74,7’dir. Sevk edilen tarafta yer alan diğer uzmanlık branşı hekimlerinin 4’te 3’ünün sahadaki aile hekimlerinin bilgi düzeyini yetersiz bulması bize aile hekimlerine verilen eğitimin yetersiz olduğu kanısına veya branşlaşmayla birlikte birçok hastalığın artık aile hekimlerinin uzmanlık alanına girmediği düşüncesine götürmektedir.

Aynı sorunun 199 aile hekimi ve 179 uzman hekime sorulduğu başka bir çalışmada verilen yanıtları bizim çalışmamız ile mukayese edildiğinde ise cevapların önem sırasına göre şu sonuçlara varılmıştır (9);

- ASM’nin tanı ve tedavi olanakları ayrı ayrı etmenler olarak paylaşılmış olsa da çalışmamızla benzer şekilde aile hekimlerince en çok işaretlenen cevaplar olmuşlardır. Diğer uzmanlar için de ilk sıralarda yer alan etmenlerdir. Bu çalışmayla birlikte ASM olanaklarının iyileştirilmesi halinde aile hekimlerince daha az sevk yapılacağı fikri ön plana çıkmaktadır.
- Çalışmada geçen “*Güncel pratik tıbbi kılavuzun varlığı*” ifadesini sevk için tıbbi endikasyon olarak yorumlayabiliriz. Bu ifadeye katılım sağlayan kişilerin oranı

çalışmamızda verilen orana göre çok düşük kalmakta ve etmenler arasında en alt sıralarda yer almaktadır. Bu aradaki fark bizlere anketlerin çalışıldığı bölgede görev yapan aile hekimlerinin bilgi düzeyi ile veya hastanelere doğrudan başvuru sayısı ile alakalı olabileceğini düşündürmektedir.

- ‘Malpraktis korkusu’ ifadesini çalışmamızdaki medikolegal çekinceler ile benzer değerlendirdiğimiz takdirde; bu etmenin çalışmamızda yüksek oranda ve tüm hekimlerce ortak kanaat olarak belirtilmesi bizlere son yıllarda artan medikolegal süreçlerde yaşanan hukuki sorunların etkisinin olduğunu göstermektedir.
- Üst basamak sağlık kuruluşlarına erişim kolaylığı seçeneği çalışmamızla aynı şekilde en çok işaretlenen 4. etmen olmuştur ve oransal olarak birbirine yakın sonuçlar elde edilmiştir.
- “Hastanın sevk edilme talebi” ifadesi sevk kararını etkileyen etmenler arasında oransal olarak en üst sıralarda yer almış ve çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.
- Hekimin bilgi ve tecrübesinin sevk kararını etkilediğini düşünen hekim ise neredeyse hiç yoktur. Çalışmamızla farklı sonuçlar elde edilmesini, bölgede yer alan aile hekimlerinin bilgi düzeylerinin gerçekten yeterli düzeyde olmasına veya en azından öyle bir kanaatin olduğuna bağlanmıştır. Ayrıca branşlaşmanın son yıllarda giderek belirginleşmesiyle birlikte ‘aile hekimlerinin pasif durumda kalıp reçete ve rapor yazan bir branş olma, tanı ve tedaviye yetkin olamama’ gibi algıların giderek hekimlerce de kabul gördüğü fikrini akıllara getirmektedir.

Çalışmamızda tüm katılımcılara yöneltilen “Hastaların Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Hastaneye Gitme (Başvurma) Nedenleri Sizce Nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile topluma yöneltilen “Doğrudan hastaneye başvurma nedenleriniz nelerdir?” sorusunun yöneltildiği başka bir çalışmada verilen cevaplar incelendiğinde şu sonuca ulaşmaktayız; ASM’de tedavi olamayacağı endişesi ve alışkanlık hekimler tarafından doğrudan hastaneye başvurma nedenleri arasında en üst sıralarda yer almasına rağmen hastalar tarafından bakıldığında hekimlerin sandığı kadar önemli bir etmen olmadığı diğer çalışmada alt sıralarda yer almasından görülmektedir. Yine Isparta’da yapılan başka bir nitel çalışmada benzer etmenler hastaneye başvurma nedenleri arasında sayılmaktadır. Hastanedeki olanakların yüksek olması benzer oranlarda yüksek bir etmen olarak görülürken ‘uzmanlık hizmetine geç ulaşma endişesi’ yine iki çalışmada da benzer oranlarda düşük bir etmen olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bize sevk zinciri uygulamasına geçilmesi halinde branş uzmanlarına ulaşamama ve tanı ve tedavilerin gecikmesi endişesinin toplum ve hekimler açısından kaygı oluşturacak bir etmen olmadığını göstermektedir (9,55).

Çalışmamızda hesapladığımız katılımcıların öngörü, kaygı ve öneri anket toplam puanı ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilere ait pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre; öngörü toplam puanı ile kaygılar toplam puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç bize belirlediğimiz öngörü cümlelerine katılım arttıkça hekimlerin duyduğumuz kaygılara da katılımın arttığını göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda öngörü toplam puanı ile öneri toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç da bizlere aynı şekilde sevk sisteminde öngördüğümüz durumlara katılım arttıkça önerdiğimiz tavsiyelere de katılımın arttığını göstermektedir. Başol ve arkadaşlarının 2015’te yaptığı bir çalışmada benzer önermelerin de katılımcılar tarafından desteklendiği sonucu çıkmaktadır. Öngörü toplam puanı ile yaş (yıl) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani yaş arttıkça hekimlerin sevk sistemi hakkındaki öngörülerimize katılma oranı artmaktadır (35,56,57).

Kaygılar toplam puanı ile yaş (yıl) arasında, uzman hekim olarak çalışma süreniz (yıl) arasında, hekim olarak toplam çalışma süreniz arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu veriler bize yaş ve hekimlik deneyim süresi arttıkça katılımcıların sevk sistemi hakkında ankette ifade ettiğimiz kaygılara katılımının azaldığını göstermektedir. Bulut ve arkadaşlarının çalışmalarında sevk sistemi ile ilgili bahsettikleri çekinceler de benzer şekilde katılımcılar tarafından kabul görmektedir. Deneyimli ve tecrübeli hekimlerin gelmesi muhtemel sevk zinciri hakkında daha pozitif ve iyimser bakmakta olduğunu, mesleğin ilk yıllarında olan hekimlerin ise sevk zinciri hakkında daha karamsar ve endişe duydukları sonucuna varabilmekteyiz. Son yıllarda yaşanan mesleki itibarın zedelenmesi ve yaşanan sağlıkta şiddet vakaları gençlerin kaygı duymasına sebep olduğu düşünülmektedir (18,39).

“Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz” sorusu ile yaş (yıl) arasında, uzman hekim olarak çalışma süreniz (yıl) arasında, hekim olarak toplam çalışma süreniz (yıl) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç bize diğer uzman hekimlerin yaşları arttıkça ve de uzman hekimlik ve toplam hekimlik süresi uzadıkça aile hekimlerinin verdiği sevk kararlarının daha doğru ve yetkin buldukları kanaatini göstermektedir (9,35,53).

Katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenleri ile Öngörü, Kaygılar ve Öneri toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçlarımıza göre cinsiyet ile öneri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kadın hekimler, sevk sistemi ile ilgili öneri olarak sunduğumuz tavsiyeleri erkek hekimlere göre daha yüksek katılımı desteklemektedir. Bu sonuç kadınların daha çözüm odaklı ve önerilere daha açık kişilik

yapılarının olmasına bağlanabilmektedir. Ayrıca aile hekimliği branşında olan hekimlerin diğer branşlarda olanlara kıyasla kaygılar toplam puanı daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmeti sunumu hakkında aile hekimliği uzmanlarının daha bilgili olmasından ötürü gelişebilecek sorunlara karşı kaygılarının daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Katılımcılara yöneltilen “Dünyada Uygulanan Sevk Sistemi Örnekleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğumu Düşünüyorum” değişkeni ile öngörü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Dünyada uygulanan sevk sistemi örnekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin diğer gruplara kıyasla Öngörü toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Sevk sistemi örnekleri hakkında bilgi sahibi olan kişilerin bizim ülkemizdeki uygulama için öngördüğümüz durumlara katılması, diğer örneklerde olduğu gibi bizim sevk sisteminde de benzer durumların yaşanabileceği kanaatini desteklemektedir.

Daha önce ASM veya sağlık ocağında çalışmış olma durumu ve sağlık yöneticiliği yapmış olma durumu ile öngörü, kaygı ve öneri toplam anket puanı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Bu sonuç çalışmamızda yöneticilik yapan kişilerin ve ASM’de çalışan kişilerin görev sürelerinin kısa olması nedeniyle sahayı tecrübe edecek yeterli süre çalışmamasına bağlanmıştır.

“Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile öngörü anketi maddelerinden “Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Branşlaşmanın bütüncül yaklaşımı gölgelediği ifadesine ASM veya sağlık ocağında çalışan hekimlerin katılımının daha yüksek olması beklenirken anlamlı farkın çıkmaması; aile hekimliği uygulamasının henüz tam olarak istenen düzeyde hayata geçirilememesine ve katılımcıların aile hekimliği uzmanlığı eğitimi almadan pratisyen hekim olarak görev almış olmalarına bağlanmıştır (30,34).

“Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile Kaygılar anketinin çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçlarına göre; “Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?” Sorusu ile “Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.” değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ASM veya sağlık ocağında çalışmayanların çalışanlara göre sevk sistemi uygulanması halinde malpraktislerde artışa sebebiyet vermeyeceği yönündeki kanaati daha ağır basmaktadır. Bu durum birinci basamak sağlık kuruluşlarında kısa süre de olsa çalışmayan uzman hekimlerin sahadaki şartlar

hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamasına ve birinci basamak hekimlerin sorumluluklarının artması halinde yaşanabilecek yanlış uygulamaların kestirilememesine bağlanmıştır.

“Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?” sorusu ile öngörü anketinde yer alan “Ülkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sistemi uygulanabilir.” maddesinin karşılaştırılmasına ilişkin analizde bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bektemur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sevk sisteminin uygulanabilirliği sorulmuş ve çalışmamızla benzer oranda katılımcıların yarısından fazlasının uygulanabilir olarak cevapladığı ve aile hekimleri ile diğer hekimler arasında da anlamlı bir farkın saptanmadığı ortaya konmuştur. Etkin ve verimli bir sevk sisteminin hayata geçirilmesi idari, ekonomik, sosyal birçok faktöre bağlıdır. Biz de sağlık yöneticiliği yapmış kişilerin daha kapsamlı ve geniş açıdan sistemi değerlendirebileceğini düşünerek uygulanabilirlik açısından anlamlı bir fark saptamayı öngörmüştük. Anlamlı bir farkın çıkmaması katılımcıların yöneticilik sürelerinin kısa olmasına ve aldıkları pozisyon itibarıyla sevk zinciri ile alakalı olmayan yerlerde görev almış olma ihtimallerine bağlanmıştır (52,53).

Branş grup ile “Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir.” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diğer uzman hekimlerin aile hekimliği uzmanlarına kıyasla branşlaşmanın hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelediği ifadesine daha az katıldığı izlenmektedir. Bu durum aile hekimliği uzmanlığı çekirdek eğitim programının önemli bir parçası olan hastalara bütüncül yaklaşımın diğer uzman hekimlerin eğitimlerinde daha az yer verilen bir konu olmasına bağlanmıştır (6,30).

Sevk sistemi ile birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların azalacağı öngörüsü tüm branşlar arasında ortak kanaat oluşturan bir ifade olması nedeniyle aile hekimleri ve diğer uzman hekimler arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

Branş grup ile kaygılar anketinin çeşitli maddelerinin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçlarımıza göre branş grup ile “Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır.” arasında, “Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır.” arasında, “Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlarına kıyasla diğer uzman hekimler sevk sistemi uygulandığı takdirde birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünün çok da artış göstermeyeceğini düşünmektedir. Sevk etme kararının yetki ve sorumluluğunun, aile

hekimlerinde stres yaratacağı yönündeki öngörüğü diğer uzman hekimler aile hekimlerine kıyasla daha az kabul etmektedir. Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izleneceği kaygısı aile hekimlerinde diğer uzman hekimlere kıyasla daha fazla katılınan bir ifade olmuştur. Bu sonuçlar bizlere sevk zinciri uygulamasında kapı tutucu rol üstlenecek olan aile hekimliği uzmanlarının uygulama esnasında karşılaşılabileceği sorunların aile hekimliği uzmanlarınca fazlaca abartıldığı ya da diğer uzman hekimlerce hafife alındığı sonucunu gözler önüne sermektedir.

Katılımcılara yöneltilen “Vatandaşların muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için 1.Basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak direkt üst basamaklara başvurmaları tamamen engellenmelidir.” sorusu ile branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diğer uzman hekimler üst basamak sağlık kuruluşlarına direk başvuruyu engelleme noktasında aile hekimliği uzmanlarına kıyasla daha rijit ve katı bir uygulamayı talep etmektedir. Benzer başka bir çalışmada aynı soru ‘Sevk zincirini isteme durumu’ şeklinde sorulmuş ve zorunlu sevk zinciri uygulansın cevabı aile hekimlerince %46,7 diğer uzmanlarca %70,9 şeklinde belirtilmiş olup çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durum aile hekimliği uzmanlarının bazı durumlarda sevkini gerekli olmadığını düşünmesine veya direk başvuru hakkının açık olması halinde alınacak sorumluluğun azalacağını düşünmesine bağlanabilir (9).

Katılımcıların %54’ü ülkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sistemi uygulanabileceğini düşünürken %29,7’si uygulanamayacağını düşünmektedir. Beyza ve ark. yaptığı nitel çalışmada aile hekimlerinin %70’i sevk zincirinin uygulanabileceğini düşünürken Bektemur ve ark. aile hekimlerine yönelttiği aynı soruya katılımcılarının %55,72 si ‘evet uygulanabilir’ cevabını vermiştir. Beyza ve ark. yaptığı çalışmada daha iyimser sonuçlar alınmış olsa da sevk zincirinin uygulanabileceğine olan inancın hekimler arasında zayıf olduğu görülmektedir (52,53).

‘Toplum sevk zinciri uygulamasını benimseyecektir’ ifadesine katılımcılarımızın %43,3’ü katılırken, %31,2’si bu ifadeye katılmadığını belirtmektedir. Beyza ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %85’i sevk zinciri uygulamasının hizmet sunucuları memnuniyetini artıracığını, %55’i hasta memnuniyetini ise düşürücü etkisi olacağını söylemişlerdir (53).

Uygunsuz sevk taleplerine karşı aile hekimlerinin sözel veya fiziksel şiddete maruz kalacağını düşünen hekimlerin oranı %73,8’dir. Sağlık verilerinin basamaklar arası aktarımında güçlük yaşandığını düşünen hekimlerin oranı %30,7’dir. Sağlık verilerinin saklanması ve gereklilik halinde uzmanlar tarafından görüntülenebilmesi önem arz etmektedir.

Başka bir nitel çalışmada mevcut haliyle sevk zinciri için uygun alt yapı ve koşulların varlığına ilişkin yöneltile soruda benzer sıkıntılar dile getirilmiştir. E-nabız, hastane ve aile hekimleri bilgi sistemleri mevcut olsa da kurumlar arası bilgi akışında istenen düzeyde olunmadığı anlaşılmaktadır (9).

Son olarak da katılımcılarımıza yönelttiğimiz açık uçlu soru olan ‘Branşınız özelinde sevk sistemi ile ilgili vurgulamak istediğiniz noktaları belirtiniz’ ifadesine verilen yanıtlardan elde ettiğimiz sonuçları şu şekilde özetleyebiliriz;

- Astım, KOAH gibi kronik hastalıkların takibi, diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi hastalıkların erken yakalanıp tedavi edilmesi, konjonktivit, tinea, dermatit, ürtiker gibi hastalıkların tanınıp tedavi edilmesi ASM şartlarında yapılabilmelidir.
- Acillerdeki yeşil alan kaldırılarak burada istihdam edilen hekimlerin ASM’de görev alması sağlanabilir. Aile hekimi görmeden acile başvuran kişilerden ücret alınması bir çözüm olabilir.
- Aile hekimleri arasında da kıdem-kademe getirilmeli bizlere sevk edilmeden bilgili ve tecrübeli hekimlerce hastalıkların tanı ve tedavisi sağlanabilmelidir.
- Sevk zinciri ile ilgili algoritmaların alanında uzman kişiler tarafından belirlenip buna yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmelidir.
- Yan dal branşlarda karşılaştığımız anadalin dahi sorumluluktan kaçındığı gerçekleri mevcut olsa da bir şekilde sevk sisteminin oturması adına bir yerlerden başlanılmalıdır.
- Kurlsızlık ve hukuksuzlukların yaşanması ile birlikte insanımızdaki etik ve ahlaki değerlerin yitirilmesi nedeniyle yerine gelecek hiçbir sistem verilen sağlık hizmetini değiştirmeyecektir.
- Elektronik alt yapının güçlendirilip sağlık verilerinin aktarımı tam ve eksiksiz yapılmalıdır.
- Çocuk hastalar tarafımıza çok sık yönlendirilmekte. Gereklik halinde online bir sistemde danışmanlık sağlanabilir.
- ASM’lerde sağlıkta şiddete sebebiyet vermesi riskinden dolayı güvenlik önlemleri alınmadan sevk zinciri uygulamasına geçilmemelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİ

Bu çalışmada İstanbul ilindeki şehir hastanelerinde görev yapmakta olan uzman hekimlerin sevk sistemi ve sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşleri araştırılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen verilere göre;

- Uzman hekimlerin neredeyse tamamı zorunlu veya kısmi sevk zinciri uygulamasının olması gerektiğini belirtmektedir.
- Hastalıkların yarısından fazlasının birinci basamakta tanı ve tedavisi mümkün olmasına rağmen hastaların aile sağlığı merkezlerine uğramadan direk hastanelere başvurdukları görülmektedir.
- Aile hekimlerince yapılan yönlendirmelerin uygunluğu diğer uzmanlarca yeterli düzeyde bulunmamaktadır.
- Aile hekimlerinin sevk kararını etkileyen sebepler içinde tüm uzmanlarca benzer oranda kabul görenlerin; ASM'deki olanakların yetersizliği, medikolegal çekinceler, üst basamak sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirlik, hastanın sevk edilme talebi olduğu tespit edilmiştir.
- Sevk kararını etkileyen faktörler arasında, aile hekimliği uzmanları ve diğer uzmanlar tarafından farklı oranlarda kabul gören başlıca nedenler ise; aile hekiminin konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, hastalığın acil bir durumu olması ve sevk için tıbbi bir gereklilik bulunmasıdır.
- Hastaların direk hastaneye başvurma nedenleri arasında hekimlerce en çok kabul edilenler; Hastaların ASM'de tedavi olamayacağı endişesi ve alışkanlıktır.
- Mesleki çalışma süresi arttıkça aile hekimlerince verilen sevk kararlarının daha doğru verildiği kanaati artmaktadır.
- Daha önce ASM'lerde çalışmış olan uzman hekimlerin sevk zinciri uygulaması ile birlikte malpraktislerde artış olacağı kanaati çalışmayan uzmanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Branşlaşmanın hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelediği kanaati diğer uzmanlarca aile hekimliği uzmanlarında olduğu kadar yüksek bulunmamıştır.
- Sevk sistemi ile birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların azalacağı kanaati yüksek oranda tüm uzmanlarca kabul görmektedir.

- Aile hekimliği uzmanlarına kıyasla diğer uzman hekimler sevk sistemi uygulandığı takdirde birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünün çok da artış göstermeyeceğini düşünmektedir.
- Sevk etme kararının yetki ve sorumluluğunun, aile hekimlerinde stres yaratacağı yönündeki öngörüyü diğer uzman hekimler aile hekimlerine kıyasla daha az kabul etmektedir.
- Katılımcıların sadece yarısı ölkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sisteminin uygulanabileceğini düşünmektedir.
- Katılımcıların yarısından fazlası toplumun sevk zinciri uygulamasını benimseyeceğini düşünmemektedir.
- Uygunsuz sevkler karşısında sağlık çalışanlarına şiddetlerin artacağı kanaati hakimdir.
- Sevk zinciri ile ilgili algoritmaların alanında uzman kişiler tarafından belirlenip buna yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmelidir.
- Acillerdeki yeşil alan kaldırılarak burada istihdam edilen hekimlerin ASM’de görev alması sağlanabilir.
- Aile hekimleri arasında da kıdem-kademe getirilmeli bizlere sevk edilmeden bilgili ve tecrübeli hekimlerce hastalıkların tanı ve tedavisi sağlanabilmelidir.

Çalışmamız neticesinde sevk zinciri uygulamasının ölkemiz sağlık sistemi için gerekli ve önemli olduğu görölmektedir. Sağlık hizmeti toplumun tüm kesimine sunulan nitelikli insan gücü ve yüksek teknoloji isteyen bir hizmettir. Bu sebeple hizmet sunumunda kaynakların etkili ve verimli kullanılması önem arz etmektedir. Sevk sistemi ve sevk zinciri uygulamasının devreye girmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının daha etkin ve kaliteli hizmetler sunmasını mümkün kılacaktır. Bu yaklaşımla, sağlığın korunması hizmetleri ve sık rastlanan hastalıkların tanı ve tedavisi gibi basit tıbbi işlemler, hastanelere başvuru yapılmadan aile sağlığı merkezlerinde sunulabilecektir.

Sevk zincirinin uygulanabilir olması için sağlık hizmeti sunumunda kilit rol oynayan uzman hekimlerin bu uygulama ile ilgili beklentileri ve çekincelerinin dikkate alınması önem arz etmektedir. Bu çalışmamız uzman hekimlerin sevk sistemi hakkında birçok konuda ortak öngörü ve kaygılara sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak aile hekimliği uzmanları ile diğer uzmanlar arasında birinci basamakta yaşanabilecek iş yükü artışı, malpraktis korkusu, stres ve sorumluluklarda artış gibi konularda farklı düzeylerde bir kaygı düzeyi olduğu görölmektedir.

Aile hekimliği uzmanlarının aldıkları eğitim ve edindikleri klinik nosyon sayesinde birinci basamakta verilen hizmetlerin kalitesinin arttığı g r lmektedir. Hastaların sağlık sorunlarını gidermek için farklı branşlara çok kez ba vurmasının altında bran la manın getirdiği bütüncül yaklaşımın gölgelenmesi yatmaktadır. Sevk zinciri uygulaması kapsamında uygun eğitimler sağlanarak, birinci basamakta yerine getirilmesi gereken hizmetler sunulmalı ve ancak gerektiğinde hastaların ileri düzey tedavi için sevk edilmesi sağlanmalıdır.

Sevk kriterlerinin klinikler arasında mutabakat sağlanarak açık bir şekilde belirlenmesi sistemin işlerliği açısından önem arz etmektedir. Ayrıca yaşanabilecek tıbbi veya toplumsal sorunlara karşı hukuki zeminin sağlanması ve güvenlik önlemlerinin alınması gereklidir. Hizmeti alan kesimin yani toplumun sevk sistemi hakkında bilinçlendirilmesi hizmet sunucularının i lerini kolaylaştıracaktır.

Literatürde sevk sistemi ve sevk zinciri uygulaması hakkında belirli kriterler  ne sürülmüş ve farklı ülkelerdeki uygulamalardan bahsedilmiştir. Bu çalışmamızla, sağlık sisteminin payda larından biri olan uzman hekimlerin gelmesi muhtemel sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerini ortaya koyarak politika belirleyicilere ba vurabilecekleri bir kaynak oluşturulmak istenmiştir. Ancak  lkemizde böyle bir uygulama öncesi mevcut koşulların tespiti ve uygulama sırasında yaşanabilecek durumların öngörülebilmesi için tüm paydaşları içine kapsamlı birçok çalışmaya daha ihtiyaç olduğu g r lmektedir.

KAYNAKÇA

1. WHO. The World Health Report : Health Systems-Improving Performance. Geneva; 2000.
2. Başak O. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2007;11(3).
3. Yalman F, Bayat M, Çatı K. Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2015;15.
4. Okur F, İren Akbıyık D. Aile Hekimlerinin Hastaları Bir Üst Basamak Sağlık Kuruluşlarına Tıbbi Endikasyon Dışı Sevk Nedenlerinin Değerlendirilmesi. [Ankara]: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ; 2019.
5. Saatçi E, Bozdemir N. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2006;10(2).
6. WHO. <http://www.who.int/management/facility/referral/en/>. 2015. Referral Systems - A Summary of Key Processes To Guide Health Services Managers.
7. Emet M, Uzkeser M, Aslan Ş. Sevk Zinciri Protokolüne Uymayan Hastalar. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2008;7(1).
8. McWhinney I, Freeman T. Mc Winney's Aile Hekimliği Kitabı. Dilek G, editor. New York: Oxford University Press; 2017.
9. Çankaya S, Beyhun NE. Trabzon İlinde Toplumun ve Hekimlerin Sevk Sistemi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi Çalışması. [Trabzon]: KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ; 2018.
10. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1).
11. Çavdar N, Karcı E. XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir Deneme. Literature and History of Turkish. 2014;9(4).
12. Dirican M. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. 2(7).
13. Aksakoğlu G. Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. Memleket Siyasi Yönetim Dergisi. 2008;8(7).
14. Sağlık Bakanlığı. <https://vergiedaircom.files.wordpress.com/2021/03/t.c.-58.-hukumet-acil-eylem-plani-aep.pdf>. 2003. TC 58. Hükümet Acil Eylem Planı.

15. Sülkü SN. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın. 2011;
16. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara; 2008.
17. Tatar M. Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış. Toplum ve Hekim. 1994;78–88.
18. Bulut S. Aile Hekimlerinin Zorunlu Sevk Zinciri Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>. 2015. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>. 2010. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>. 2015. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.
22. Cogun S. İkinci ve çnc Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması. [İstanbul]: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
23. ÇİÇEK GÜMÜŞ E, GNGRM Z. İKİNCİ BASAMAK SAğLIK HİZMETLERİNE BAŞVURU YAPAN HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAğLIK HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2020 Mar 19;23(1):119–26.
24. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 8th ed. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2017.
25. AYDIN A, ATADAğ Y, KAYA D, DİLBER KKER H, BAŞAK F, UÇAK S. Aile Hekimliği Uygulamasının Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Ayaktan Hasta Bavurularındaki Etkisi. ARCHIVES OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE. 2017 Dec 1;2(3):74–8.
26. Acartürk E, Keskin S. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu zel Ortaklığı Modeli. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;
27. Yılmaz E. Yaygınlama Dönemindeki ehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açıısından İyi Uygulama rnekleri . [İstanbul]: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
28. Altuntaş EY. Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm. İstanbul: Eğitim Yayınevi; 2019.
29. Aslan , Güzel . Endüstri 4.0 Gelişim Süreci ve Sağlıkta Dijital Dönüşüm. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD). 2019;650–9.
30. Kayan D, Arıca S. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin Uluslararası Çekirdek Yeterlilikleri ve Ulusal Müfredat Doğrultusunda Değerlendirilmesi. [İstanbul]: İstanbul Prof. Dr. Cemil Taçioğlu ehir Hastanesi; 2023.

31. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res*. 2006 Dec 1;6(1):5.
32. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner–specialist referral process. *Intern Med J*. 2005 Aug 26;35(8):491–6.
33. Allen J. WONCA AVRUPA 2005 Basım Türkçe Çevirisi. Başak O, Saatçi E, editors. Vol. 4. Ankara: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları; 2011.
34. Bayhan ND. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Uygulamasının Değerlendirilmesi. [DÜZCE]: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
35. Başol E. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE STRATEJİ: SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ. *BJSS Balkan Journal of Soccal Scences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015.
36. Güldal D, Günvar T. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012;16:107–12.
37. AKTAŞ RA. Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Yönelimli Klinik Yaklaşım Eğilimi, Bir Nitel Çalışma. [Sivas]: Cumhuriyet Üniversitesi; 2016.
38. Başer D, Kahveci R. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*. 2015;
39. BULUT S, UĞURLUOĞLU Ö. Referral System in Health Care. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2020;5(1):166–82.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
41. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Sayılı Kanun . 1961.
42. Sağlık Bakanlığı. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genelgesi. 2009.
43. Resmi Gazete. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu. 2004.
44. Gorsuch RL. Factor Analysis. Erlbaum. 2nd ed. New Jersey; 1983.
45. Kline P. An Easy Guide to Factor Analysis. Routledge. . New York; 1994.
46. Cattell R. The scientific use of factor analysis. New York: Plenum; 1978.
47. Hair JF, Black WC, Tatham RL, Anderson RE. Multivariate data analysis. Upper Saddle River,. New Jersey: Prentice Hall. ; 2010.
48. Nunnally J. Psychometric theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.; 1978.
49. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Vol. 16. *Psychometrika*; 1951. 297–334 p.
50. Mayers A. Introduction to statistics and SPSS in psychology. 2013;
51. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th ed. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; 2001.

52. Bektemur G, Arıca S, Gençer MZ. How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey? Ankara Medical Journal. 2018 Sep 28;18(3):256–66.
53. YAPICI B. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ UYGULAMASI HAKKINDA PAYDAŞ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2023.
54. Aktürk Z STEMKA. Türkiye’de 2008-2011 Yılları Arasında Aile Hekimlerinin TAHUD, Özlük Hakları ve Sevk Zinciri Hakkındaki Görüşleri: Zamanla Neler Değişti? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2013;7(1).
55. BAŞ S. BİREYLERİN AİLE HEKİMLİĞİNİ TERCİH ETMEME SEBEPLERİ. [Isparta]: SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ; 2017.
56. Eskandari M., Abbaszadeh A., Borhani F. Barriers of Referral system to health care provision in rural societies in Iran. J Caring Sci. 2013;2(3).
57. Seyed-Nezhad M, Ahmadi B. Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. Department of Health Management and Economics, School of Public Health. 2021;10(12).



EKLER

EK 1. ETİK KURUL İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR KOORDİNATÖR
BAŞHEKİM YARDIMCILIĞI (UZ.DR. AYŞIN BOĞA)
İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR ETİK KURUL BİRLİĞİ
4.09.2023 17:02:20 E-96317027-514-10-223274407
223274407

Sayı : E-96317027-514.10-223274407
Konu : KAEK/23.08.2023.383

04.09.2023

Sayın Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA

Kurulumuz çoğunluğunun katılımı ile klinik araştırmalar etik kurulu toplantısı yapılmış olup; Yürütücüsü olduğunuz Ast. Dr. Süleyman AKGÜN'ün tezi olan 'İstanbul İlindeki Şehir Hastanelerinde Görev Yapmakta Olan Uzman Hekimlerin Sevk Sistemi Hakkındaki Düşünceleri (Öngörülleri, Kaygıları Ve Önerileri) Üzerine Tanımlayıcı Çalışma' konulu araştırma dosyası klinik araştırmalar etik kurulunca görüşülüp oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. Merih ÇETİNKAYA
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 8B22B0D9-6FC7-4373-BA0D-64D9D342BA8C
Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Başakşehir Mahallesi G-434 Caddesi No: 2L, Başakşehir/İSTANBUL 34000
Telefon No: 0900000000000
e-Posta: Internet.Adresi:saglik.gov.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Fidan ARSLAN
Tıbbi Sekreter
Telefon No:



EK 2. TUEK ONAY FORMLARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 24.10.2023-292833



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-48865165-302.14.01--292833
Konu : Dr. Süleyman AKGÜN Tez Konusu
Belirleme, Değişirme ve Onama

24.10.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Aşağıda kimlik bilgileri belirtilen tıpta uzmanlık öğrencisinin tez konusu 20.10.2023 tarih ve 41 sayılı akademik kurul kararına istinaden onaylanmış olup hakem raporları Ek'te yer almaktadır. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ad Soyad:	Dr.Süleyman AKGÜN
TC Kimlik No:	*****
Uzmanlık Dalı(Anadal):	Aile Hekimliği
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	Başakşehir Çam Sakura ve Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Seçil ARICA
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:4

Dağıtım:
Hamidiye Tıp Fakültesi Dekanlığına
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSPKHP99M5* Pin Kodu : 61952

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Mektebi Tıbbiyye-I Şahane Külliyesi, Tıbbiye Cad. No:38 Selimiye
Telefon: 216 346 36 38 Faks: 216 346 36 40
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Seçil ARICA
Unvanı: Öğretim Üyesi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. TEZ ANKETİM

İstanbul İlindeki Şehir Hastanelerinde Görev Yapmakta Olan Uzman Hekimlerin Sevk Sistemi Hakkındaki Düşünceleri (Öngörüler, Kaygıları ve Önerileri) Üzerine Tanımlayıcı Çalışma

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından uzmanlık tezi için yürütülen bilimsel bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı; uzmanlık eğitimi tamamlamış ve İstanbul’da bulunan 3. basamak sağlık hizmeti veren şehir hastanelerinde aktif olarak görev yapan hekimlerin ülkemiz sağlık sistemi için muhtemel sevk zinciri hakkındaki fikirlerini ortaya koymaktır. Üç ana başlıkta yöneltilecek sorular ile sevk sistemi hakkındaki öngörüler, kaygılar ve önerilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kişisel bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Sağlığın geliştirilmesine önemli bir katkı sağlayacağını düşündüğümüz bu çalışma için aşağıda yer alan ankete samimi cevaplarınızla katılım göstererek vakit ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Süleyman AKGÜN
Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

- ☐ Erkek
☐ Kadın

3. Medeni Durumunuz:

- ☐ Evli
☐ Bekar

4. Ana Uzmanlık Dalınız:

- ☐ Dahili
☐ Cerrahi

5. Branşınız ve Akademik Ünvanınız:.....

6. Uzman Hekim Olarak Çalışma Süreniz:..... yıl

7. Hekim olarak Toplam Çalışma Süreniz:..... yıl

8. Bir Günde Polikliniğinize Başvuran Ortalama Kişi Sayısı:

- ☐ 20'den az
☐ 21-40 arası
☐ 40-60 arası
☐ 61-80 arası
☐ 81 veya daha fazla

9. Şu Ana Kadar Aile Sağlığı Merkezinde veya Sağlık Ocağında Görev Yaptınız mı?(Yaptıysanız süresini belirtiniz)

- ☐ Hayır
☐ Evet ay / yıl

10. Daha Önce Sağlık Yöneticisi Olarak Görev Yaptınız mı?

(Yaptıysanız çalıştığınız pozisyonları süreleri ile belirtiniz)

- ☐ Hayır
☐ Evet pozisyon:.....ay / yıl pozisyon:.....ay / yıl

11. Halihazırda Aile Hekimlerinin Sevk Kararını Etkilediğini Düşündüğünüz Etmenler Nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Aile sağlığı merkezlerinin tanı koyma ve tedavi etme olanaklarının kısıtlı olması
☐ Aile hekiminin karşılaştığı hastalık hakkında yeterli bilgi/deneyime sahip olmaması
☐ Hastanın sevk edilme talebi/ısrarı
☐ Aile hekimlerinin medikolegal sonuçlardan çekinmesi
☐ Üst basamak sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği
☐ Muayene edilen hasta sayısının fazla olması
☐ Sevk için tıbbi endikasyon olması
☐ Hastalığın tedavisindeki aciliyet durumu
☐ Diğer.....

12. Hastaların Aile Hekimine Başvurmadan Doğrudan Hastaneye Gitme (Başvurma) Nedenleri Sizce Nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hastanedeki olanaklarının fazla olması
☐ Aile sağlığı merkezinde tedavi olamayacağı düşüncesi
☐ Alışkanlık
☐ Aile hekiminin de kendisini sevk edeceği düşüncesi
☐ Uzmanlık hizmetine geç ulaşma endişesi

- ☐ Sevk zincirinin zorunlu olmaması
- ☐ Hastanın aile hekimine güven duymaması
- ☐ Hastanın aile hekimine ulaşamaması
- ☐ Başvuru şikayetinin şiddeti
- ☐ Başvuru şikayetinin aciliyeti
- ☐ Diğer.....

13. Dünyada Uygulanan Sevk Sistemi Örnekleri Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğumu Düşünüyorum.

- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen
- ☐ Evet

14. Sizce Türkiye’de Sevk Sistemi Uygulaması Nasıl Olmalıdır?(Tek seçenek işaretleyiniz.)

- a) Hastalar istedikleri uzmanlık dallarına herhangi bir kısıtlama olmadan muayene olabilmelidir.
- b) Hastaların aile hekimlerine başvurmadan 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına muayene olması tamamen engellenmelidir.
- c) Hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direkt başvurusu engellenmemeli. Ancak sevk zincirine uymadığı durumlarda sigortadan kendilerine yapılan geri ödeme oranı azaltılmalıdır.
- d) Diğer(belirtiniz).....

(15-18. SORULAR AİLE HEKİMLİĞİ DIŞINDAKİ UZMANLAR İÇİN HAZIRLANMIŞTIR.)

15. Aile Hekimlerinin Kendi Uzmanlık Alanınızla İlgili Sevk Kararlarını Doğru Verebilme Yetkinliklerini Derecelendiriniz.

(1 en kötü-10 en iyi olacak şekilde)

- ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

16. Branşınızı İlgilendiren Hastalıklarla İlgili Aile Hekimlerince Verilen Tedavileri Uygunluk/Etkililik Açısından Değerlendiriniz.

(1 en kötü-10 en iyi olacak şekilde)

- ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

17. Sizce Polikliniğinize Başvuranların Yüzde Kaçı Kendi Aile Hekimlerine Muayene Olduktan Sonra Size Başvurmaktadır?

- ☐ 20’den az
- ☐ 21-40 arası
- ☐ 40-60 arası

- ☐ 61-80 arası
☐ 81 veya daha fazla

18. Sizce Polikliniğimize Aile Hekimi Tarafından Sevk Edilen/Yönlendirilen Hastaların Yüzde Kaçının Gerçekten Sevk Edilme İhtiyacı Vardır?

- ☐ 20'den az
☐ 21-40 arası
☐ 40-60 arası
☐ 61-80 arası
☐ 81 veya daha fazla



ANKET SORULARIMIZI 1-5 ARASINDA PUANLAYINIZ.

(1: KESİNLİKLE KATILMIYORUM - 3: KARARSIZIM - 5: KESİNLİKLE KATILIYORUM)

ÖNGÖRÜLER(15 Soru)	1	2	3	4	5
1) Sevk sistemi, kapı tutucu rolü ile 1. basamak hekimlerinin diğer üst basamaklar üzerinde yetki ve kontrol sahibi olduğu uygulama olarak tanımlanabilir.					
2) Sevk sistemi, sağlık kaynaklarının toplum ihtiyaçları için uygun şekilde kullanılabilmesi amacı ile 1. Basamak hekimlerine yetki ve sorumluluk veren bir uygulamadır.					
3) Branşlaşmanın getirdiği belirli hastalıklar üzerine yoğunlaşma hastalara bütüncül yaklaşımı gölgelemektedir.					
4) Ülkemizde etkin ve kaliteli bir sevk sistemi uygulanabilir.					
5) Sevk zincirinin uygulanması halinde toplum sevk sistemini kabullenip benimseyecektir.					
6) Sevk sistemi ile birlikte 2 ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır.					
7) Sevk sistemi sayesinde randevu bulmakta güçlük çekme sorunu ortadan kalkacaktır.					
8) Ülkemiz vatandaşlarının sevk sistemi hakkındaki sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir.					
9) Sevk zinciri, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde daha nitelikli hizmet verilebilmesini sağlar.					
10) 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına direkt başvuru imkânının olması, sağlık insan gücü başta olmak üzere kaynaklarımızın verimli kullanılmasına engel olmaktadır.					
11) Sevk sisteminin uygulanması sağlık için harcanan bütçenin azalmasına ve ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır.					
12) Üçüncü basamakta verilen tıp fakültesi öğrencilerine yönelik eğitimler ve uzmanlık eğitimleri sevk sistemi ile daha etkili ve başarılı olacaktır.					
13) Sevk zinciri uygulaması hasta-hekim ilişkisini olumlu yönde etkiler.					
14) Sevk zincirinin uygulanması hekimlerin toplum içindeki saygınlığını arttıracaktır.					
15) Sevk sistemi, hastanın sağlığı, teşhis ve tedavisi üzerine hasta ve yakınına bilgi aktarımında daha çok imkân sağlayacaktır.					

KAYGILAR(Çekince)(12 Soru)	1	2	3	4	5
1) Sevk sistemi ile hastalıkların erken tanı ve tedavi imkânı güçleşecektir.					
2) Sevk sistemi, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği derinleştirecektir.					
3) Sevk sistemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü arttıracaktır.					
4) Sevk sisteminin uygulanması yürütülen sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyecektir.					
5) Sevk zincirinde hastayı sevk etme kararının yetki ve sorumluluğu, aile hekimlerinde stres yaratacaktır.					
6) Aile hekimleri uygunsuz sevk talebinde bulunan hasta ve hasta yakınlarının şiddetin her tipine maruz kalacaktır.					
7) Sevk sisteminin gelmesi ile 1. basamak hekimleri defansif davranarak sorumluluk almaktan daha fazla kaçınacaktır.					
8) Kaliteli sevk sistemini uygulayabilmek için ülkemizde yeterli sayı ve donanımda 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşu mevcut değildir.					
9) Sevk zinciri uygulanırken hastaya ait sağlık verilerinin basamaklar arasında eksiksiz ve sorunsuz aktarımı güçtür.					
10) Birinci basamak hekimlerinin sevk edilecek durumlar hakkında yeterli donanım ve yetkinliğe sahip olmaması üst basamaklara gereğinden fazla başvurulara sebep olacaktır.					
11) Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimine bağlı nüfusun çok olması, eksiksiz muayene ve hastalarla yeterli süre görüşme yapılmasını zorlaştırmaktadır.					
12) Sevk sisteminin uygulanması halinde malpraktislerde artışlar izlenecektir.					

ÖNERİLER(10 Soru)	1	2	3	4	5
1) İlgili uzmanlıklar tarafından birinci basamakta görev yapan hekimlere ihtiyaçlarına uygun eğitimler verilmelidir.					
2) Sevk kriterleri ile ilgili algoritmalar aile hekimliği akademisyenleri tarafından bilimsel veriler ışığında güncellenerek oluşturulmalıdır.					
3) Birinci basamakta çalışan hekimlerin hastayı sevk etme yetkisi kanser ön tanısı, tarama testinin anormal sonuçlanması gibi durumlar hariç belirli kriterlere göre sınırlandırılmalıdır.					
4) Sevk sisteminde aile hekimlerine negatif değil, pozitif performans yöntemi uygulanmalıdır.					
5) Vatandaşların muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için 1. basamak sağlık kuruluşlarını atlayarak direkt üst basamaklara başvurmaları tamamen engellenmelidir.					
6) Telekonferans gibi elektronik sistemlerle branşlar ve basamaklar arası online konsültasyon imkânı sağlanmalıdır.					
7) Zamanında sevk edilemeyen bu sebeple tanı ve/veya tedavisinde gecikme yaşanan hastalara karşı hekimi ve hastayı koruyucu yönetmelikler geliştirilmelidir.					
8) Halkı bilinçlendirmek ve sağlık okuryazarlığını arttırmak için Sağlık Bakanlığı tarafından sevk sistemi ile ilgili kamu spotları oluşturulmalıdır.					
9) Sevk basamaklarını atlayarak doğrudan üst basamak kamu hastanelerine başvuruda bulunanlardan daha yüksek katkı payı alınmalıdır.					
10) Sağlık sisteminde yer alan bütün bilgi yönetim sistemleri Sağlık Bakanlığınca ortak veri tabanında birleştirilmelidir.					

Branşınız özelinde sevk sistemi ile ilgili belirtmek istediğiniz bir konu veya öneriniz varsa yazınız:

.....

.....

.....

.....