



TÜRKİYE VE İNGİLTERE SAĞLIK SİSTEMLERİ: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ KARŞILAŞTIRMASI

TURKEY AND ENGLAND HEALTH SYSTEMS: COMPARISON OF PRIMARY HEALTH CARE

Öğr. Gör. Eren AKMAN

Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü,
erenakman@kastamonu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6895-851X

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, mtarim@marmara.edu.tr,
orcid.org/0000-0002-3726-9439

Makale Gönderim- Kabul Tarihi (11.06.2020-15.08.2020)

Özet

Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin ilk ayağını birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısı ve işleyişi ülkelere göre farklılık gösterse de kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmeti sunan genel birimlerdir. Bütüncül bir sağlık hizmeti sunan bu birimler, sağlık sisteminin büyük bir bölümünü ifade etmektedir. Türkiye’de ve İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini aile hekimliği ve genel pratisyen uygulamaları oluşturmaktadır. İsimleri farklı olsa da her iki ülkedeki uygulama görev ve sorumluluk gereği benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel rol oynayan aile hekimliği ve genel pratisyen uygulamaları olmak üzere, Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklar ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, GP, Türkiye, İngiltere

Abstract

Primary health care services are the first step of the countries' health systems. Although the structure and functioning of primary health care services vary according to the country, they are the general units that provide health care for the individual and the community. These units, which provide a holistic health service, represent

a large part of the health system. Family practice and general practitioner are constitute the basis of primary health care services in Turkey and England. Although their names are different, the implementation in both countries is similar in terms of their duties and responsibilities. In this study, it focuses mainly on family practice and general practitioner, which plays a fundamental role in primary health care. Turkey and the England comparing the similarities and differences between health systems were tried to be specified.

Key Words: Primary Care, Family Practice, GP, Turkey, England

GİRİŞ

Sağlık hizmeti alan çoğu insan için birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır ve bütçe harcamalarında önemli bir yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, acil müdahale gerektirmeyen genel muayene alanlarıdır. Hem kişisel hem de toplumsal sağlık hizmeti sunulan temel birimlerdir (Newell, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini ise 10-12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde gerçekleşen Alma-Ata Konferansı oluşturmaktadır. 70 ülkeden çeşitli Bakanların katıldığı konferansın ana teması “2000 yılında herkese sağlık” idi. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin ülke içinde bütünlüğünü ele alan ve temel sağlık hizmetlerini sistem içindeki ana parça olarak ifade eden bildirge yayımlanmıştır. Bildirgeye göre temel sağlık hizmetleri, bilimsel olarak sağlam bir temele ve toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel bir ulaşılabilirliğe sahip olmalı denilmiştir. Sunulan sağlık hizmetindeki eşitsizlik ile sosyal, ekonomik ve politik olarak mücadele edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Akdağ, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki evrensellik, bütüncül bir sağlık hizmeti anlayışını beraberinde getirmektedir. Koruyucu sağlık, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ihtiyacı olan herkese dokunabilme potansiyeline sahiptir. Barındırdığı geniş kapsamlı hizmet potansiyeli ile de hastaları daha ilk aşamada elimine etmektedir. Böylelikle daha ciddi durumda olan gerçek ihtiyaç sahiplerini seçerek bir üst sağlık kuruluşuna göndermektedir. Dolayısıyla herkes verimli ve etkili bir şekilde ihtiyacı olan sağlık hizmetine erişim sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu misyonundan dolayı, güçlü bir birinci basamak hizmet sunumu olan ülkelerin; toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi bir şekilde yanıt verebileceği, sağlıkta eşitlikçi bir hizmet sağlayacağı ve sağlık harcamalarını etkin bir şekilde organize edeceği öngörülmektedir (Akman, 2014).

Bu çalışmanın amacı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde örnek gösterilen köklü ve gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olan İngiltere ile sağlık alanında kilometre taşı sayılan reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren ve hâlâ gelişimini sürdüren Türkiye sağlık sistemi arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymaktır. Çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerinin yükünü taşıyan aile hekimliği ve genel pratisyen (GP) uygulamaları üzerinde durulmuştur. Bu birimlerin yapısı, özellikleri, finansmanı ve sevk sistemi açıklanmıştır.

Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

Türkiye sağlık sistemi ağırlıklı olarak, Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmiş olan refah yönelimli sağlık sistemine (Bismarck modeli) dayanmaktadır. Refah yönelimli sağlık sistemi devletin sağlık hizmetlerini sosyal bir refah projesi olarak kabul etmesi ve kamu yararına bu hizmeti sağlamayı üstlenmesi şeklinde ifade edilmektedir (Korucu ve diğ., 2016). Ancak çoğu ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kamunun yanında özel sektörün de hizmet sağlayıcı olarak bulunduğu karma bir sağlık sistemi hakimdir (Atabey ve Meriç, 2016).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı 31 Mayıs 2008 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yürütülmektedir. Bu kanun ile birlikte primlere dayalı finansman ve tüm nüfusu kapsamayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya girmiştir. Genel Sağlık Sigortasına katılım tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur. Bu sigorta ile birlikte çalışanlar, yeşil kartlılar ve işsizler de dahil olmak üzere tüm halk, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı elde etmiştir (Gülay, 2017). Genel Sağlık Sigortasının finansmanı temelde işçi ve işverenden alınan primler ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ek olarak; vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigorta primleri de katkı sağlamaktadır (Ay ve Özyüksel, 2016). Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarına baktığımızda gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) içindeki payı %4,2’dir ve bunun %3,3’ü devlet tarafından finanse edilmektedir. Devletin sağlık harcamalarındaki payı ise %78’dir. Sağlık harcamalarındaki cepten ödemelerin payı ise %17,4 olarak belirlenmiştir (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

Türkiye’deki sağlık hizmet sunumunda üç aşamalı bir sistem bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu sağlık hizmetleri ve aile sağlık merkezleri tarafından sunulan ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaneler tarafından ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği bir üst basamak sağlık hizmet kurumlarıdır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinin bulunduğu geniş kapsamlı sağlık hizmeti sağlayıcılarını kapsamaktadır (Sargutan, 2006).

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de Refik Saydam öncülüğünde dikey bir örgütlenme benimsenmiştir ve bu sağlık organizasyonu 20. yüzyıl ortalarına kadar devam etmiştir. Bu dönemde trahom, lepra, sıtma, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele çalışmaları yapılmıştır. Ardından, Nusret Fişek ile birlikte 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa gündeme gelmiş ve bu yasanın 1963 yılında uygulanmasıyla, “Sağlık Ocağı” uygulaması Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinin temelini oluşturmuştur (Tırpan, 2010). Asli hizmet sunucu olarak ebe ve pratisyen hekimler görevlendirilmiştir. Sunulacak hizmet tümelci bir bakış açısıyla tasarlanmıştır. Yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir arada verilmesi kararlaştırılmıştır. Bu hizmetlerin ise bir kamu kurumunda ücretsiz olarak verilmesi uygun görülmüştür (Öcek ve Soyer, 2007). Belirtilen yasadaki önemli özelliklerden biri sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış olarak tasarlanmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri “ilk başvuru yeri” olarak belirlenmiştir. Birinci basamak hekimi literatürde de “gatekeeper” olarak bilinen kapı tutucu roledir. Kapı tutucular, hastanın sağlığıyla ilk olarak ilgilenen ve gerektiğinde bir üst kuruma sevk eden hekimlerdir. Ancak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile getirilen zorunlu sevk uygulaması tam olarak gerçekleştirilememiş ve çok geçmeden kaldırılmıştır (Öcek ve Çiçeklioğlu, 2013).

1978 Alma-Ata ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri daha kapsamlı bir hal almıştır. Ortaya çıkan “Sağlık Reformu” tartışmaları birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizlikleri azaltmak adına aile hekimliği temelli anlayış önem kazanmıştır. Eylül 2005 yılında Düzce’de gerçekleşen ilk pilot aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Uygulama sonrası 2010 yılı aralık ayı itibariyle tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (Başer ve diğ., 2015).

Bir ve daha çok Aile Hekimliği Birimi (AHB)’nden oluşan ve uygulamalarının yapıldığı merkezlere aile sağlık merkezleri (ASM) denilmektedir. Aile sağlığı merkezleri kişiye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sağlayan en temel birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimdir. Buralarda hiçbir şekilde yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapılmaksızın sürekli ve kapsamlı olarak

sağlık hizmeti sunulur. Ayrıca, gerektiğinde gezici sağlık hizmeti de sunan aile sağlık merkezleri tam gün esasına göre faaliyet göstermektedir (Tunç, 2015).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan diğer birim ise toplum sağlığı merkezleridir (TSM). Aile sağlığı merkezlerinin bireye yönelik faaliyetlerinin aksine topluma yönelik hizmet sunan birimdir. Bulduğu bölgedeki toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı hedeflemektedir. Toplum sağlığına yönelik risk analizleri yaparak mevcut sorunları belirlemekte ve bu sorunlara yönelik planlamalar geliştirmektedir (Tunç, 2015). Aile hekimliği birimlerini izlemekte, denetlemekte ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Ayrıca toplum sağlık merkezleri; çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, adli tıp hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, işçi ve iş güvenliği hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması gibi hizmetler sağlamakla görevli birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimdir (Saraçlı, 2010). 15.08.2017 tarihli, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı organizasyon şemasının değişmesi sonucu, bölgenin nüfusu ve büyüklüğüne göre TSM'lerin görevlerini buldukları ilçedeki İlçe Sağlık Müdürlükleri yürütmektedir. Ancak TSM'lerin faaliyetlerine devam ettiği yerler de bulunmaktadır.

Türkiye’de Aile Hekimliği

Aile hekimliği; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığı ayırmadan kayıtlı birey ve ailelere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde sunabilen, gerektiğinde diğer dal uzmanları ile konsülte edebilen, sağlık hizmetlerinin bütününe kapsayan disiplindir (Mengüllüoğlu, 2015). Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Böylelikle daha sıkı ve iyi bir doktor hasta ilişkisinin sağlanması, aile hekimliğinin temel amaçlarından biridir. Bölgedeki nüfusuna göre ekip halinde çok yönlü hizmet sunumu yapılmaktadır. Aile hekimleri valilikler ile gerçekleştirdiği sözleşmeler ile göreve başlamaktadır. Aile hekimliği sisteminde hekime yardımcı sağlık personeli de bulunmaktadır. “Aile Sağlığı Elemanı” olarak geçen bu personeller ebe, hemşire ve sağlık memurlarıdır. Bu sağlık elemanları da sözleşmeli olarak göreve başlamaktadır. Hekim, bu sağlık elemanlarının işvereni pozisyonundadır (Kasapoğlu, 2016).

Tüm bireyler ikamet ettikleri bölgeye yakın olan bir aile hekimine kayıtlıdır. Başka hiçbir aile hekimine kayıt yaptıramamakta ve muayene olamamaktadır. Ancak bireyler, buldukları bölgedeki aile hekiminin müsaitlik durumuna göre istediği hekimi seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Bu sayede her aile hekiminin kendisine kayıtlı olan hastaları tanıması ve takibini yapması amaçlanmaktadır. Bu olanakla birlikte her aile hekimi hastasını aile, çevre ve iş ilişkileri çerçevesinde değerlendirmektedir. Dolayısıyla bireyin yaşam koşullarını detaylı bir şekilde analiz etmekte ve bireye en uygun koruyucu sağlık uygulamalarını ve sağlık eğitimlerini gerçekleştirebilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminin ana ilkeleri arasında sevk zincirinin uygulanması yatmaktadır. Bireye yönelik yapacağı koruyucu sağlık hizmeti, tanı ve tedaviler ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yığılmaların önüne geçmesi hedeflenmektedir (hsgm.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.01.2019). Her aile hekimine kayıtlı ortalama 3500 kişi bulunmaktadır. Aile hekimine kayıtlı hasta sayısı iki aydan uzun bir süre 1000 kişinin altında kalır ise, aile hekimine uyarı yapılmaksızın sözleşmesi feshedilerek yerine başka bir aile hekiminin ataması gerçekleştirilebilir (Özcan ve Erdal, 2017).

Sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımını gösteren Tablo 1’de aile hekimliği birimlerinde görev yapan sağlık personeli ve sayıları gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı

	Hastaneler	Aile Hekimliği Birimi	Diğer Kurumlar	Toplam
Uzman Hekim	40.541	1.814	992	43.347
Pratisyen Hekim	10.719	22.268	6.455	39.442
Asistan Hekim	8.770	0	0	8.770
Toplam Hekim	60.030	24.082	7.447	91.559
Toplam Diş Hekimi	4.642	0	6.172	10.814
Eczacı	2.747	0	317	3.064
Hemşire	113.641	7.448	5.802	126.891
Ebe	27.028	13.299	12.168	52.495
Diğer Sağlık Personeli	73.226	1.874	46.106	121.206
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	193.787	17.614	24.754	236.155
Toplam Personel	475.101	64.317	102.766	642.184

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yıllığı, (2019)

Yukarıdaki tabloda belirtildiği üzere ülkemizde aile hekimliği biriminde çalışan toplam 64.317 personel bulunmaktadır. Aile hekimliği biriminde çalışan personel sayısı, toplam (642.184) sağlık iş gücünün %10'unu oluşturmaktadır. Aile hekimliği birimlerinde 24.082 kişi ile en fazla hekimler yer almaktadır. Bu hekimlerin ise en büyük bölümünü %92'lik oranla pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin (24.082) toplam hekimler (91.559) içerisindeki payı ise %26'dır. Aile hekimliği biriminde hekimlerden sonra en fazla personel sırası ile ebeler (13.299 kişi) ve hemşirelere (7.448 kişi) aittir. Aile hekimliğinde çalışan ebe ve hemşirelerin toplam meslektaşları içerisindeki payı ise sırasıyla %25 ve %6'dır. Dolayısıyla aile hekimlerine yardımcı olan ana meslek grubunun hem sayısal hem de oransal olarak ebeler olduğu görülmektedir.

Aile hekimliğinin belli başlı görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilebilir (hsgm.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 05.01.2019);

- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sağlamak
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek
- Kendisine kayıtlı kişilerin değerlendirmesini yapmak adına ev ziyaretleri gerçekleştirmek ya da iletişime geçmek
- Kişilerin kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı gibi taramalarını gerçekleştirmek
- Periyodik olarak sağlık muayenelerinde bulunmak
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak
- Kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirmek
- Özürlü, yaşlı ve yatalak kişilere gezici sağlık hizmeti sunmak
- Gerekli görülen durumlarda hastaları bir üst kuruma sevk etmek

Türkiye Aile Hekimliklerinin Finansmanı

Türkiye'deki aile hekimliği hizmeti tüm vatandaşları kapsayacak şekilde sunulmakta ve hastalar Genel Sağlık Sigortası kapsamında bu hizmetten faydalanabilmektedirler. Aile hekimliklerine ise kayıtlı olan kişi sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Bu ödemeler yapılırken, bireyin sahip olduğu yaş grubu ve

özelliklerine farklı derecede katsayı uygulaması gerçekleştirilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010)

Aile hekimliklerinde uygulanan kişi başı ödeme sistemi bazı aile hekimleri tarafından eleştiri konusu olmaktadır. Bu eleştiri ise sırf kayıtlı hasta sayısı çok olan ancak hastaları aile sağlık merkezlerine gelmeyen aile hekimlerinin, iş yükü fazla olan hekimlere göre daha fazla ücret almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca negatif performans kesintilerinden kaynaklanan yapılmayan işlerin yapılmış gibi gösterilmesinin büyük bir sorun ifade ettiği gerçeği de bulunmaktadır (Ulutaş ve diğ., 2015).

Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Sevk Zinciri

Sevk zincirinin ilk ayağını aile hekimliği sistemi oluşturmaktadır. Etkin bir sevk zincirinin işlemesi ise hastanın güvenini kazanan aile hekimliğine bağlıdır. Bu güveni oluşturmada aile hekimliğinin sunduğu hizmet kritik önem taşımaktadır. Dolayısıyla işleyen bir sevk zinciri için hasta memnuniyetini kazanmış bir aile hekimliği birinci şartı oluşturmaktadır. Hastanelerin poliklinikleri aslında birinci basamak sağlık hizmetinde sorunu giderilebilecek hastalarla doludur. Bu yığılmalar hem gereksiz harcamalar ortaya çıkarmakta hem de hastanelerde sunulan hizmet kalitesini düşürmektedir. Ayrıca bilinen en büyük yanlışlardan biri sevk zincirinin tek yönlü olarak algılanmasıdır. Aslında sevk zinciri, gerekli görülen hastaların ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesiyle birlikte, gerekli tanı ve tedavilerin yapılması sonucu durumun izlenmesi ve bakımın devamı için alt seviyedeki birimlere tekrar geri gönderilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Ancak belirtilen sevk sistemi Türkiye’de uygulanmamaktadır. Uygulanmamasının en büyük sebebi ise sevk zincirinin zorunlu olmayışıdır. Dolayısıyla, zincire dahil olmak istemeyen hasta dilediği gibi doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapabilmektedir (Özcan ve Erdal, 2017).

Sevk zincirinin olmayışının sağlık kurumlarına müracaatı nasıl etkilediği, aşağıdaki Tablo 2’ye ilişkin verilerde yer almaktadır.

Tablo 2. Kuruma Göre Hekime Müracaat Sayıları

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Ocağı	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği	-	214.120.750	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	1.643.937	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580
ÇEKÜS Birimi*	2.980.481	660.056	548.433	525.011	646.856	366.095
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	2.234.348	3.457.520	8.080.631	4.496.425	4.821.348
Özel Poliklinikler	731.132	546.514	523.694	461.013	501.993	539.593
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	219.205.605	214.564.156	215.990.739	235.135.618	265.496.223
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	28.208.781	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722
Hastaneler	124.313.659	396.577.644	418.581.931	447.648.830	464.876.362	497.963.259
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	292.100.331	306.825.524	340.080.539	353.703.814	380.623.055
Üniversite	8.823.361	32.143.930	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139
Özel	5.697.170	72.333.383	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	424.786.425	445.535.291	469.718.440	483.789.191	517.018.981
Genel Toplam	208.966.049	643.992.030	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yılı, (2019)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Yukarıdaki tabloda hastanelere yapılan müracaat sayısının birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatın hemen hemen iki katı olduğu görülmektedir. Sevk zincirinin olmayışı bireyleri doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Bu durum ise, sağlığın düzensiz işlenmesine ve sağlık sistemine ağır bir yük bindirmesine yol açmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına aşırı yüklenme; verimsizliğin oluşmasına, direkt ve dolaylı maliyet artışlarına, kaynakların düzgün dağıtılamamasına, asıl ihtiyaç sahiplerinin hizmetten yeterince faydalanamamasına ve sağlık personellerinin iş yükünün artmasına kadar uzanan birçok olumsuz duruma sebebiyet vermektedir.

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Yaşlı Bakım

Dünya Sağlık Örgütü’nün (1998) yayımladığı raporda yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaşını baz almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 1996 yılında yapmış olduğu yaşlılık ile ilgili tahminlerine göre ise Türkiye nüfusunun 2010 yılında %6,7, 2020 yılında %8,5 ve 2030 yılında %12,5 olacağı tahmin edilmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Bu verilerle de paralel şekilde gün geçtikçe birinci basamak sağlık hizmetlerinde olan yaşlı hasta başvurularının arttığı belirtilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşlı bakım tarafını oluşturan en önemli unsur evde bakım hizmetleridir. Evde bakım, yaşlı hastaların bakımı ve rehabilitasyonunu sağlamak, sosyal aktivitelerini kısıtlayan durumlara çözümler getirmek için yaşadıkları yerde sunulan sağlık hizmetidir. Ülkemizde evde sağlık hizmetleri, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri vasıtası ile sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı, 2015). Ancak evde bakım hizmetleri ülkemizde tam yerleşmiş bir hizmet değildir. Dolayısıyla nüfusun yaşlanma tehdidine karşılık gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Burada en önemli görev aile hekimlerine düşmektedir. Çünkü hastaları ilk karşılama ve izleme görevi onların sorumluluğundadır. Hastayı bütüncül olarak ele alan aile hekimlerinin yaşlı sağlığına yönelik bilgi birikimlerini de arttırmaları, bu bilgiler ışığında hastaları tedavi etmeleri ya da gerekli sağlık kurumlarına yönlendirmeleri gerekmektedir (Tırpan, 2010). Dolayısıyla aile hekimlerinin yaşlılara yönelik çalışmaları atlamamaları önem arz etmektedir.

İngiltere Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

İngiltere sağlık sistemi, Beveridge temelli sağlık modeline dayanmaktadır. Bu model ismini, 2. Dünya Savaşı sonrasında devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini karşılaması gerektiği görüşünü ortaya koyan Beveridge’den almaktadır. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na ait olan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services, NHS) kapsamında sunulmaktadır. Bununla birlikte özel sektör kuruluşları da sağlık hizmet sunumuna katılım göstermektedir (Dinç, 2009). Dolayısıyla çoğu ülkede olduğu gibi İngiltere’de de karma bir sağlık sistemi bulunmaktadır.

İngiltere’de kamu temelli ve toplumun tamamını kapsayan bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Çalışanlar, emekliler, işsizler kısacası herkesin sağlık ihtiyacı devlet tarafından sağlanmaktadır. NHS, tüm vatandaşlara yönelik, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakla görevlidir. İngiltere’de ikamet eden her vatandaş bazı istisnai durumlar dışında hiçbir ücret ödemedi NHS’nin sunmuş olduğu sağlık ve bakım hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir (Gülay, 2017). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise çoğunlukla halktan toplanan genel vergilerden sağlanmaktadır. Bu finansmana ek olarak az da olsa cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları da destek vermektedir. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık kuruluşları ve reçetesiz ilaç alımında, kullanıcı katkıları ise bazı reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelerde uygulanmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015). İngiltere’de yapılan sağlık harcamalarına baktığımızda GSYH içindeki payı %9,8’dir ve bunun %7,5’si devlet tarafından finanse edilmektedir. Devletin sağlık harcamalarındaki payı ise

309

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(AKMAN, E / TARIM, M)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

%77,1'dir. Sağlık harcamalarındaki cepten ödemelerin payı ise %16 olarak belirlenmiştir (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

İngiltere’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları acil olmayan durumlarda görev alan, fiziksel ve psikolojik sağlık hizmeti sunan ilk temas noktalarıdır. Hastane ortamı dışında ve hizmet kullanıcılarına yakın bir şekilde yerleşen sağlık hizmet sağlayıcılarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelde iki görevi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, sağlık sorunu hakkında danışmanlık sağlayarak öneride bulunmaktır. İkincisi ise sürekli erişime açık olarak tedavi süreçlerindeki ilk karşılaşmayı üstlenmektir (Boyle, 2011). İngiltere birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda GP’ler üzerine kuruludur. GP’ler birinci basamak sağlık hizmetlerinde iyi işleyen bir kapı tutucu rol oynamaktadır.

GP’lere ek olarak sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri ve ebeler de toplum sağlığı hizmeti sunan diğer temel hizmet sağlayıcılarıdır (www.gov.uk, Erişim Tarihi: 09.01.2019).

Sağlık ziyaretçileri (health visitors): 5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk arz eden grupların sağlık takibinden sorumludur.

Alan hemşireleri (district nurses): Çoğunlukla yaşlılar olmak üzere evde bakım ihtiyacı olanlara sağlık hizmeti sunan hemşirelerdir.

Ebeler (midwives): Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebek sağlığından sorumlu sağlık hizmet sunucularıdır.

İngiltere’de Genel Pratisyenler (GP)

Birinci basamak sağlık hizmetleri GP’ler üzerine kuruludur. GP’ler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup halinde de çalışabilmektedir. Genellikle grup halinde çalışan bu ekipte pratisyen hekim, hemşire, sekreter ve idari mali işler sorumlusu bulunmaktadır. Bireyler Ulusal Sağlık Sigortasından ücretsiz bir şekilde faydalanabilmek için öncelikli olarak bağlı buldukları GP’lere başvuru yapmak zorundadır. İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri oturmuş bir yapıya sahiptir. Hemen hemen herkesin bağlı bulunduğu bir GP bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık %99’unun kayıtlı olduğu bir GP vardır. Geri kalan %1’lik dilim ise sağlık harcamalarını özel yolla karşılamayı tercih eden üst gelirli sınıfla oluşturmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

GP’ler kendi özel muayenesi olan serbest çalışan hekimlerdir ve bir GP’ye kayıtlı maksimum hasta sayısı 3500 kişi ile sınırlıdır. Bireyler bulunduğu bölgeye yakın konumdaki bir GP ile yıllık anlaşma yaparak kayıt olmaktadır. Farklı bölgedeki bir GP ile anlaşma yapamamaktadır. Bireyler istisnai durumlar haricinde genellikle GP’lerinden memnun kaldıkları için değiştirmemekte ve sözleşmelerini uzatmaktadır. Bu sebeple GP’ler bir bakıma “aile hekimi” olarak da adlandırılmaktadır (Oral, 2003).

Hastaların GP seçme hakkı olduğu gibi GP’lerin de hasta seçme hakkı vardır. Dolayısıyla her başvuranların GP listesine alınma zorunluluğu bulunmamaktadır. GP’ler, bölge sağlık yönetimi tarafından web sitesinde yayınlanmakta ve böylelikle müsaitlik ve doluluk oranları halka beyan edilmektedir. GP grupları istedikleri zaman listesinde bulunan hastayı çıkarma hakkına sahiptir. Ancak bu çok istisnai bir durumdur. Böyle bir olayın gerçekleşmesi için şiddet gibi ağır bir olayın yaşanması gerekmektedir (Taylor ve diğ., 2016).

Uzun yıllar boyunca varlığını sürdüren NHS bünyesinde birçok sağlık personeli bulunmaktadır. İngiltere sağlık iş gücü dağılımı aşağıdaki Tablo 3’de belirtilmiştir.

Tablo 3. İngiltere Sağlık İş Gücü Dağılımı

Personel Grubu	Personel Sayısı
GP’ler	33.921
GP destek Elemanı	75.476
Hastane ve Toplum Sağlığı Doktoru	106.131
Hemşire ve Ebeler	307.49
Ambulans Elemanı	19.772
Tedavi Edici Personel	132.673
Klinik Destek Elemanı	313.115
NHS Alt yapı Elemanı	163.845
Diğer	48
Toplam	844.981

Kaynak: (www.nuffieldtrust.org.uk Erişim Tarihi: 09.01.2019)

Yukarıdaki tabloda NHS bünyesinde çalışan toplam iş gücü belirtilmiştir. NHS bünyesinde toplam 844.981 sağlık personeli çalışmaktadır. Bu personelin 109.397’si GP birimlerinde görev almaktadır. GP birimlerinde çalışan personel sayısı toplam iş gücünün %12’sini oluşturmaktadır. NHS bünyesinde toplam 140.052 hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 33.921’i GP olarak görev yapmaktadır. GP’lerin toplam hekimler içerisindeki payı ise %24’tür.

GP’lerin Finansmanı

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında serbest bir şekilde çalışan GP’ler Sağlık Bakanlığı ile gerçekleştirdiği sözleşme sonucu gelirlerini elde etmektedir. Bu sözleşme kapsamında GP’lere kişi başı ödeme sistemi uygulanmaktadır. Bu ödeme sisteminde GP’lere kayıtlı olan kişilerin sosyo-demografik yapısı ve hizmet sunulan bölgenin gelişmişlik düzeyi de dikkate alınmaktadır (Dinç, 2009).

GP’lerin hizmet sunumu gerçekleştirdiği binanın temini bölge sağlık yönetimi tarafından sağlanmaktadır. Eğer, hizmet sunulan bina GP’ye ait bir mülk ise bu durumda bölge sağlık yönetimi, GP’lere bina kirasını ödemektedir. Bununla birlikte kullanılacak bilgisayarlar ve personelin eğitim giderleri de bölge sağlık yönetimi tarafından karşılanmaktadır. Ancak tıbbi araç ve gereçlerin giderleri GP’ler tarafından ödenmektedir (Dinç, 2009).

İngiltere Sağlık Hizmetlerinde Sevk Zinciri

İngiltere sağlık sisteminde oturmuş bir sevk sistemi hakimdir. Sağlık hizmetleri basamaklandırılmış şekilde tasarlanmıştır. Bu basamağın ilk ayağını ise GP’ler oluşturmaktadır. GP’lerden aldıkları sağlık hizmetinden NHS kapsamında ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. GP’ler kapı tutucu rol üstlenmekte ve hastalarla ilk temas noktasıdır. Hastalar, ihtiyaç halinde GP’lere başvuru yapmakta, eğer GP gerekli görürse hastayı bir üst sağlık kuruluşuna sevk etmektedir (www.rcgp.org.uk, Erişim Tarihi: 08.01.2019). Hastalar için gerekli ileri tanı ve tetkiklerde götürü hizmet almak isteyen GP’ler, “health commissioning” adı verilen anlaşmayı bölgedeki hastaneler ile imzalamakta, bu şekilde en nitelikli ve en uygun fiyatlı olan hastane ve ilgili doktor seçilmekte, ilgili hastalar bu merkeze yönlendirilmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

GP'ler, hastaları bir üst sağlık kuruluşuna sevk ettiğinde sorumluluğu bitmemektedir. Üst kurumdaki uzman hekim hastanın tedavisini gerçekleştirdiğinde, hastanın tedavi süreci hakkında GP'ye bir rapor göndermektedir. Bu rapora göre, GP'nin hasta takibini devam ettirmesi gerekmektedir (Bankur, 2017). Hastaların sevk zincirine riayet etmeden GP'lere başvurmak yerine doğrudan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yaptığı durumlarda ise NHS hizmet giderlerini karşılamamakta, muayene ve tedavi ücretlerini hasta kendisi ödemek zorunda kalmaktadır (Dolton, 2016).

İngiltere'de Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Yaşlı Bakım

Dünya genelinde yaşam ömrünün uzamasıyla birlikte yaşlı bakım hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Genellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlanmanın getirdiği sonuç olarak sağlık hizmetlerine olan talep artışı hem hastalar hem de hizmet sunucular için problemler doğurmaktadır (Taşçı, 2010). Bu durum İngiltere sağlık sistemi için de bir baskı unsuru olarak kendini göstermektedir.

Artan uzun yaşam süresi beraberinde toplum sağlığı, acil bakım hizmetleri ve sosyal bakım hizmetleri gibi ihtiyaçları da getirmektedir. Yapılan çalışmalarda İngiltere sağlık sistemindeki yaşlıların, tüm GP randevularının %50'sini, ayakta tedavi randevularının %64'ünü ve yatarak tedavi randevularının ise %70'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. İngiltere'deki toplam sağlık bakım harcamalarının ise yaklaşık %70'inin yaşlı olan kişilerin tedavi ve bakım giderleri oluşturmaktadır (www.phc.ox.ac.uk, Erişim Tarihi: 08.01.2019). Dolayısıyla İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunlukla yaşlılar tarafından kullanılması ve bu hizmetlerin geniş harcamalar doğurması sağlık hizmetlerinin giderek evrilmesine ve sağlık politikalarında değişikliklere yol açmasına neden olmaktadır.

SONUÇ

Temelleri ikinci dünya savaşına dayanan İngiltere sağlık sistemi evrimini hızlı bir şekilde tamamlamış, çoğu ülke tarafından takdir edilen ve örnek alınan bir sistemdir. Türkiye sağlık sistemi ise köklü reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren ve gelişimini hâlâ sürdüren bir yapıya sahiptir. Bunun en iyi kanıtlarından biri, genel sağlık sigortasının "31 Mayıs 2008 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile yürürlüğe girmesidir (Gülay, 2017). Ancak her ne kadar 2008 yılında yürürlüğe girse de zorunlu olarak herkesin genel sağlık sigortası kapsamına alınması 01.01.2012 yılında gerçekleşmiştir (www.sgk.gov.tr, Erişim Tarihi: 02.06.2020). Bu çalışmada, ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel rol oynayan aile hekimliği ve GP'ler olmak üzere, Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri karşılaştırılarak benzerlik ve farklılıklar ortaya koyulmaya çalışılmıştır.

Türkiye ve İngiltere sağlık sistemlerini genel olarak ele aldığımızda, her iki ülkenin de ana amacı tüm bireyleri kapsayan bir sağlık sistemine erişmektir. Her iki ülkede de sağlık hizmeti çoğunlukla kamu tarafından sağlanmaktadır. Sağlık harcamaları genel olarak Türkiye'de primlerle finanse edilirken, İngiltere'de vergilerle finanse edilmektedir. Ana finansmanın yanında her iki ülkede de cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları bulunmaktadır. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık kuruluşları ve reçetesiz ilaç alımında, kullanıcı katkıları ise bazı reçeteli ilaçlar ve dış sağlığı hizmetleri için yapılan ödemelerde uygulanmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

Genel itibariyle her iki ülkede de kamunun yanında özel sektörün de hizmet sağlayıcı olarak bulunduğu karma bir sağlık sistemi hakimdir (Atabey ve Meriç, 2016). Hizmetin finansmanında kamunun payı bir hayli yüksektir. Her iki ülkenin de sağlık harcamalarındaki devletin payına baktığımızda Türkiye'nin %78 ve İngiltere'nin %77,1'lik harcamalarıyla birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Aynı şekilde iki ülkede de sağlık hizmetine yapılan cepten ödemelerin Türkiye'de



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

%17,4 ve İngiltere’de %16’lık payla birbirine yakın düzeyde olduğu anlaşılmaktadır (data.oecd.org, Erişim Tarihi: 02.06.2020).

Ülkelerin benimsedikleri kapsayıcılık anlayışından dolayı, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi de kolay olacak bir şekilde tasarlamışlardır. Her iki ülkede de birinci basamak sağlık hizmetleri aynı görev ve sorumluluğa sahiptir. Hiçbir şekilde hasta ayrımı yapılmadan koruyucu sağlık, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri üzerine kurulu iken, İngiltere’de GP’ler üzerine kuruludur.

Aile hekimlerini ve GP’leri iş gücü olarak değerlendirdiğimizde birbirine yakın sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de aile hekimliği biriminde çalışan sağlık personelleri (64.317), ülkedeki tüm sağlık iş gücünün (642.184) %10’unu oluşturmaktadır. Hekim bazında değerlendirdiğimizde ise aile hekimleri (24.082), toplam hekimlerin (91.559) içerisinde %26’lık bir paya sahiptir (Tablo 1). İngiltere’de GP birimlerinde çalışan sağlık personeli (109.397), ülkedeki tüm sağlık iş gücünün (844.981) %12’sini oluşturmaktadır. Hekim bazında değerlendirdiğimizde ise GP’ler (33.921), toplam hekimlerin (140.052) içerisinde %24’lük bir paya sahiptir (Tablo 3). Dolayısıyla oransal olarak aile hekimliği ve GP birimlerinin iş gücü açısından birbirine yakın sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Ancak sayısal olarak İngiltere sağlık iş gücünün Türkiye’ye göre fazlalığı ve nüfus olarak Türkiye’ye kıyasla daha az oluşu, kişi başına düşen sağlık çalışanı/hekim sayısını arttırmakta ve böylelikle daha yüksek refaha neden olmaktadır.

Aile hekimliği ve GP’lerin işleyişi, görev ve sorumlulukları büyük oranda benzerlik göstermektedir. Her ikisi de sözleşmeli personeldir. Bölge sağlık idareleri ile yaptıkları anlaşmalar neticesinde görev alırlar ve bu anlaşmada belirtildiği üzere kayıtlı kişi sayısına göre gelir elde ederler. Sözleşmede belirtilen bir husus da kayıtlı kişilerin sahip olduğu özelliklerdir. Çünkü bu durum, ödemelerdeki katsayıyı değiştirebilmektedir. Her iki uygulamada da yardımcı personel eşliğinde ve ekip halinde hizmet sunulmaktadır. Vatandaşın ikamet ettiği bölgeye göre kayıtlı hasta profili oluşturularak sağlık hizmeti verilir (Kasapoğlu, 2016; Taylor ve diğ., 2016). İki uygulamada da bireyler ikamet ettikleri bölgeye yakın bir aile hekimi ya da GP’yi seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Her ikisinde de hastaları bütüncül bir şekilde ele alarak tanıma, takip etme ve kişiye yönelik hizmet sunma anlayışı bulunmaktadır. Ancak, kapı tutucu olarak tasarlanan bu birimler, uygulama açısından farklılık göstermektedir. İngiltere bu uygulamanın en güzel örneklerindedir. Çünkü oturmuş bir sevk sistemi hakimdir. Hastaların doğrudan üst sağlık kurumlarına başvurması engellenmiş, sevk zincirine dahil olmayanlar ise ulusal sağlık sistemi dışında tutulmuştur (Dolton, 2016). Ancak Türkiye’de böyle bir yaptırım söz konusu değildir. Hastalar istediği basamaktaki sağlık kuruluşuna hiçbir yaptırım olmadan başvurabilmektedir (Özcan ve Erdal, 2017). Dolayısıyla işleyen bir sevk zinciri bulunmamakta bu durum ise iki ülke arasındaki en belirgin farkı oluşturmaktadır.

İngiltere gelişmiş ve yaşlı nüfusa sahip bir ülkedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti talep edenlerin içerisinde yaşlı kesimin payı büyüktür. Bu kesim kronik rahatsızlıklara sahip olma, yataklı tedavi ihtiyacı ve engellilik durumu barındırdığı için riskli grup olarak adlandırılmaktadır. Bu faktörler yüksek morbidite ve mortalitelere yol açmakla birlikte sağlık sistemine büyük katastrofik yükler sebebiyet vermektedir (Levine ve diğ., 2019). Dolayısıyla yaşlı kesimin sürekli takip altında tutulması gerekmektedir. İngiltere’nin sahip olduğu zorunlu sevk zinciri bu duruma büyük katkı sağlamaktadır. Çünkü GP’ler bireylerin sağlık geçmişlerine bütüncül bir şekilde hakim olarak sağlıklarını kontrol altında tutmakta ve gerektiğinde erken tanı ve tedavide bulunabilmektedir. Türkiye ise gelişmekte olan bir ülkedir ve nüfusu yaşlanma eğilimindedir. Ancak Türkiye’de zorunlu sevk zinciri olmadığı için bireyler kopuk bir vaziyette farklı zamanlarda farklı kurumlardan sağlık hizmeti almaktadır (Özcan ve Erdal, 2017). Bu durum ise, bireylerin sağlık geçmişlerinin bütüncül olarak kayıt altında tutulmasına

ve değerlendirilmesine engel oluşturmaktadır. Türkiye açısından bu engellerin kaldırılması için işleyen bir sevk zincirinin kurulması şarttır. Buna ek olarak, sağlık kayıtların bütüncül olarak değerlendirilmesi için birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ve özel-kamu sağlık kurumları arasındaki sağlık bilgi sistemleri entegrasyonunun sağlanması önerilmektedir.

Sonuç olarak, kilometre taşı sayılan sağlık reformlarını yakın tarihlerde gerçekleştiren Türkiye ile genellikle diğer ülkeler tarafından örnek gösterilen ve köklü bir geçmişe sahip olan İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi ve özelliği itibarıyla çoğunlukla benzer olduğu görülmüştür. Ancak farklılıklar olduğu durumlar da söz konusudur. Bu farklılıklar ise Türkiye sağlık sisteminin gelişimini devam ettiriyor olması, özellikle de aile hekimliği uygulamasının İngiltere'ye göre çok yeni bir yapıya sahip olmasından kaynaklanabilir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemlerinin geçmişi, sahip oldukları ekonomik, politik ve diğer özellikleri göz önünde bulundurulduğunda bu farklılıkların kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmaktadır. Bahsedilen mevcut farklılıkların politika yapımcılar tarafından dikkate alındığı takdirde Türkiye sağlık sisteminin daha ileri seviyelere ulaşacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri, Ankara. TC Sağlık Bakanlığı.
- Akman, M. (2014). Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18, 70-78.
- Atabey, S.E. ve Meriç, M. (2016). Sağlık harcamaları ve evrensel kapsama açısından Türk ve Alman sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı incelenmesi. Sosyoekonomi, 24, 113-131.
- Ay, S. ve Özyüksel, S. (2016). Alman sağlık sigortası sistemi çerçevesinde, Türkiye'de bireylerin gelir durumuna uygun bir sağlık sigortası modeli önerisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Dış Ticaret Enstitüsü.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5, 76-84.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. Sosyal Güvence Dergisi,
- Başer, D.A., Kahveci, R., Koç, E.M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. Ankara Med J, 15, 26-31.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England) health system review. Health Systems in Transition, 13, 1-486.
- Dinç, G. (2009). Birleşik Krallık Sistemi. Celal Bayar Üniversitesi Matbaası.
- Dolton, P. (2016). Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. Journal of Health Economics, 49, 193-208
- Gülay, A. (2017). Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı ve İngiltere ile karşılaştırılması. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Korucu, K.S., Oksay, A. ve Gök, G.A. (2016). Azerbaycan-Türkiye sağlık sistemlerinin karşılaştırılması üzerine bir inceleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19, 131-174.

Levine, S., Malone, E., Lekichvili, A. and Briss, P. (2019). Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. Preventing Chronic Disease,

Mengüllüoğlu, N., (2015). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin aile hekimliği uzmanlık tezlerine etkisi, (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Newell, F. (2016). Framework for patient and public participation in primary care commissioning. NHS England.

Öztürk, Z. ve Karakaş, E.T. (2015). Avrupa birliği’ne üye ülkelerde sağlık sistemleri yönetim ve organizasyon yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,

Oral, İ. (2003). ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Sosyal Bilimler Dergisi,

Özcan, C. (2017). Erdal R. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan süreçler. Smyrna Tıp Dergisi,

Öcek, Z. ve Soyer, A. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Öcek Z. ve Çiçeklioğlu M. (2013). Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Taylor, K., Lobb, P. and Siegel, S. (2016). Primary Care: Today and tomorrow. Deloitte.

Saraçlı, T.S. (2010). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli değerlendirmesi: İzmir ili pilot uygulaması. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sargutan, E. (2006). Birleşik Krallık Sistemi. Ülkelerin Karşılaştırılmalı Sağlık Sistemleri.

TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2018 Yıllığı. Ankara, 2019

T.C. Resmi Gazete. Olağanüstü Hal Kanunu 694 Sayılı KHK. 15.08.2017. Sayı: 2935, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27.02.2015. Sayı: 29280. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi.

TC Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum,

Tunç, B. (2015). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurum düzeyinde kişiye yönelik hizmet kapsayıcılığını değerlendirme ölçeği. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Tırpan, K. (2010). Birinci basamak ve geriatri ilişkisi. Akademik Geriatri,

Ulutaş, Y., Akbaba, Ö., Bozçalı, F., Ünal, F. ve Taşçı, E. (2015). Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu. Türk Tabipler Birliği Yayınları,

<https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england> (Erişim Tarihi: 09.01.2019)

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (Erişim Tarihi: 02.06.2020)

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/gss_hangi_tarihten (Erişim Tarihi: 02.06.2020)

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi> (Erişim Tarihi: 05.01.2019)

<https://www.nuffieldtrust.org.uk> (Erişim Tarihi: 09.01.2019)

<https://www.phc.ox.ac.uk> (Erişim Tarihi: 08.01.2019)

<https://www.rcgp.org.uk> (Erişim Tarihi: 08.01.2019)