

AİLE HEKİMLİĞİNDE ZORUNLU SEVK ZİNCİRİNİN UYGULANMAMASININ SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİSİ: ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Mutlu BANKUR

Sosyal Güvenlik Uzmanı, SGK.

ORCID: 0000-0003-1354-0981

Başvuru Tarihi: 19.08.2016, **Kabul Tarihi:** 31.05.2017

DOI: 10.21441/sguz.2017.58

ÖZ

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm devletlerin temel hedefi vatandaşlarına kaliteli, ulaşılabilir ve hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunmaktır. Bu hizmetleri sunarken ortaya çıkan sorunlardan en önemlisi verilen hizmetlerin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de aile hekimliği uygulaması ile kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirlik sorununu çözmek amaçlanmıştır.

Bu çalışma ile aile hekimliği uygulamasından beklenen finansal sürdürülebilirlik sorununun çözümüne katkının elde edilememesinin önündeki en büyük engellerden biri olan zorunlu sevk zinciri uygulanmamasının, sağlık harcamaları üzerindeki etkisi akut üst solunum yolu enfeksiyonları özelinde yapılan inceleme ile ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Araştırmada yapılan analiz sonucuna göre, aile hekimliğinde zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçişin gerekliliği tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, aile hekimliği disiplini, zorunlu sevk zinciri, sağlık harcamaları, birinci basamak.

**THE IMPACT OF FAILURE TO APPLY MANDATORY REFERRAL
CHAIN AT FAMILY MEDICINE PRACTICES ON THE HEALTHCARE
EXPENSES: AN APPLICATION TO UPPER RESPIRATORY TRACT
INFECTION CASES.**

ABSTRACT

The main objective of all developed and developing states is to provide quality, accessible and fair healthcare services to their citizens. The most important issue in providing these services is to ensure the financial sustainability of these services as well. The family medicine practice in our country as in the world today is intended to facilitate access to health care services and to solve the problem of financial sustainability of these services.

Failure in mandatory referral chain is one of the main obstacles in the way to obtain the solutions for the financial sustainability issues in health care services. In this study, impact of failure to apply mandatory referral chain on healthcare expenses is put forward with the research done particularly on upper respiratory tract infections.

According to the analysis made in the research, the necessity of transferring to compulsory referral chain practice in family medicine is discussed.

Key words: Family physicians, family medicine discipline, mandatory referral chain, healthcare expenses, primary care.

GİRİŞ

Bireylerin kaliteli bir hayat geçirmelerini sağlamak ve ülkelerin beşeri sermayesini yükseltmek için sağlık hizmetleri kalitesinin ve sunumunun artırılması önem taşımaktadır. Türkiye sağlık sistemi, yapılan ve yapılacak olan yeni düzenlemeler ile sürekli iyileştirilmeye çalışılmaktadır (Hazine Müsteşarlığı, 2011).

Bilindiği üzere, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bu hizmetleri herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmak bugün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir (Kılavuz, 2010: 173-192).

Türkiye’de son dönemde hızla artan sağlık harcamaları sorgulanmaya başlamış, bu durum, ise kamu sağlık harcamalarının nasıl azaltılabileceği, özel anlamda birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılmakta olan tedavilerde ne gibi tasarruflar sağlanabileceği sorularını gündeme getirmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında konu ele alınmış ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı’nın (SB) planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) başlatılmıştır. 2003 yılında dünyada yaşanan gelişmeler paralelinde oluşturularak başlatılan SDP ile birlikte sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Bu programın önemli bir bileşeni olarak 2005 yılında uygulanmaya başlayan ve 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla tüm illerde hayata geçirilmiş olan aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler içermektedir.

Programın diğer bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile zorunlu, tüm nüfusu tek bir çatı altında toplayan, geniş kapsamlı bir temel teminat paketi kapsamında muayene, tedavi, ilaç ve tıbbi malzeme gibi sağlık hizmetlerini sunan, kişilere Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmesi bulunan özel hastaneler ve vakıf üniversite hastaneleri de dâhil olmak üzere hastane ve hekim seçme özgürlüğü tanıyan bir sağlık sigortası sistemi hayata geçirilmiştir.

SDP doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşım problemi çözülmüş görünse bile, 2005-2013 yılları arasındaki muayene sayıları incelendiğinde ikinci ve üçüncü basamaktaki muayene sayılarında beklenen düşüşün gözlenmediği ve dolayısı ile sağlık harcamalarının artmasına engel olunamadığı fark edilmektedir.

Bu çalışma ile 2003 yılında başlatılan SDP doğrultusunda, 2005 yılı itibariyle aşamalı bir şekilde uygulamaya konulan ve 2010 yılı sonu itibariyle ülke geneline yayılan aile hekimliği uygulamasında; zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin üst solunum yolları hastalıkları özelinde incelenmesi yapılarak, elde edilen sonuçlar ışığında öneriler sunulması planlanmaktadır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1 SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmış ve hastalık merkezli olarak ele alınmıştır. Toplumsal farklılıklar nedeniyle sağlık kavramının genel olarak kabul edilen bir tanımı uzun süre yapılamamıştır (Akdur, 2000: 5).

Günümüzde sağlık kavramının en kapsamlı ve kabul gören tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası önsözünde yer alan ve sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak niteleyen tanım olup, 19-22 Haziran 1946 da New York ta gerçekleştirilen 61 üye devletin temsilcilerinin katıldığı Uluslararası Sağlık Konferansında benimsenmiştir (WHO, 2014).

Sağlık hizmetleri kavramı ise, sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapı; genel olarak sağlık sektörü ve bu sektör tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Filiz, 2010).

DSÖ sağlık hizmetlerini, belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 291-304).

1.2 SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın

kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir (Kartal ve Mollahaliloğlu, 2006).

Ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu standartlardan en yaygın olanları, kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu sayede belirli dönemlerde harcamalarda meydana gelen değişiklikler ve eğilimler farklı ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir. DSÖ bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSYİH’nin en az yüzde 5’i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 1992: 15).

Tablo 1: Kamu Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Seyri ve Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Oranı

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı
2005	24.201	3,70
2006	30.319	3,99
2007	34.864	4,11
2008	41.066	4,34
2009	47.954	5,05
2010	50.616	4,60
2011	56.492	4,36
2012	61.667	4,32
2013	69.544	4,45
2014	77.189	5,4
2015	86.185	5,4

Kaynak: 2012 Yılı Kalkınma Programı ve TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2015

Tablo 1 de Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının yıllar itibariyle seyri ve GSYİH’ye oranı verilmektedir. Tablodan da görüleceği üzere ülkemizde kamu sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 2009 yılına kadar bir artış göstermektedir.

Şekil 1: Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı



Kaynak: 2012 Yılı Kalkınma Programı ve Kamu Kesiminde Sosyal Harcama İstatistikleri 2016

Şekil 1 de yıllara göre kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2009 yılına kadar artış gösterilmiştir. 2010 ve 2011 yıllarında bu seyir azalış yönünde olmuştur. Bu azalışın nedeni Dokuzuncu Kalkınma Planı 2012 Yılı Programında “Geçmiş yıllardaki kapsam genişlemesine bağlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma talebinin giderek artması, döviz kurundaki artışa paralel olarak ilaç harcamalarının artması ve küresel ekonomik krize bağlı olarak milli gelirin azalması nedenleriyle sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 2009 yılında %5’e yükselmiştir. 2010 yılında, global bütçe kapsamının devlet hastanelerine ek olarak ilaç harcamalarında içerecek şekilde genişletilmesi, ilaç ve tedaviye ilişkin alınan gider azaltıcı diğer tedbirler ve ekonomideki yüksek büyüme performansı nedeniyle sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %4,5’e gerilemiştir.” (TBMM, 2012) şeklinde açıklanmıştır.

Sağlık harcamaları dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de ortalama yaşam süresinin artması, sağlıkta yüksek maliyetli ileri teknolojilerin kullanılması, gelir artışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine yapılan harcama ve bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay artmaktadır. Bu durum ülkeleri verilen sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğinin sağlamada yeni arayışlara sevk etmiş ve bu bağlamda güçlü bir şekilde birinci basamak hizmetlerini uygulanması gerektiği üzerinde durulmuştur.

Türkiye’de bireyler arasında koruyucu sağlık hizmeti kültürünü yerleştirerek toplam sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla aile hekimliği sistemi uygulamasına geçilmiştir.

2. AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ, AMACI, TARİHSEL GELİŞİMİ, AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ VE TÜRKİYE UYGULAMASI

2.1 AİLE HEKİMİ VE AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ

Aile hekimleri, 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 belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya SB'nin öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir (mevzuat.gov.tr).

Sağlık bakımına ihtiyacı olan her bireye kapsamlı bir sağlık hizmeti sağlayan ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin hizmet vermek üzere düzenlenmesinden birinci derecede sorumlu olan hekimdir (Bentzen vd., 1991).

2.2 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ AMACI

DSÖ, insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesini, 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” hedefleri arasında saymaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda Dünyada en çok kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, bu hizmetleri herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmak bugün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir (WONCA, 2002).

Aile hekimliği tanımı gereği birinci basamak örgütlenmesi içerisinde yer almak durumundadır. Dolayısıyla birçok ülkede aile hekimleri ulusal sağlık sisteminin giriş noktası olan birinci basamakta görev yapmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasının temel amaçları aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

1. Hastalıklarda erken tanı ve tedaviyi sağlamak,
2. Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak ve hastaları, gerekli durumlarda sağlık bilgileriyle birlikte doğru sağlık merkezine ve uzmanlık dalına yönlendirmek,
3. Toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek (Maliye Bakanlığı, 2009).

2.3. DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE ÜLKE UYGULAMALARI

2.3.1 Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Teknolojik gelişmelere paralel olarak tıp dünyası sürekli gelişim ve değişim göstermiş ve bu değişimin neticesinde tıpta yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Aile hekimine olan ihtiyaç ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Francis Peabody, tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma neticesinde hastaların ortada kaldığını ve kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır (Paul, 1991).

Aile hekimliği uygulamaları İngiltere’de ilk kez 1947 yılında başlatılmış, kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması ise 1950’li yılları kadar sürmüştür (Bayam, 2007). 1965 yılın gelindiğinde ise aile hekimliği ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı ile dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında toplanan bir kısım hedef ve stratejiler gösterilmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine has bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistemi ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir. Alma Ata Konferansının ardından DSÖ tarafından yayımlanan 1978 Alma Ata Bildirgesi, sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Temel sağlık hizmetleri, ülkelerin gündemine bir sağlık politikası olarak Alma Ata Bildirgesi’nden sonra oturmuştur. Bildirge, temel sağlık hizmetlerini neredeyse sağlıkla ilgili her şeyi kapsayacak tarzda ele almış, birçok sektörün kapsamı ve koordinasyonunu öngören geniş bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır.

Günümüzde, uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da dünya ülkelerinin birçoğunda aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (TAHEV).

2.3.2 Ülke Uygulamaları

2.3.2.1 İngiltere’de Aile Hekimliği Uygulaması

İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetleri yıllardır önem verilen bir uygulama alanıdır. Hastanın ilk başvuru yeri olan genel pratisyenler tarafından temel sağlık hizmetleri verilmektedir. Genel pratisyenler tarafından sadece tıbbi hizmetler (acil sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri) verilmemekte aynı zamanda toplum sağlığı hizmetleri de verilmektedirler. Birinci basamak sağlık

hizmetleri büyük oranda serbest sözleşmeli doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Genel pratisyenlerin ücretlendirilmesinde karma bir sistem uygulanmaktadır. Genel pratisyenlere başvurularında herhangi bir ücret ödemesi yapılmamaktadır. Bu yüzden hastaların birinci basamak sağlık hizmetine erişiminde parasal bir engel bulunmamaktadır. Yılda yaklaşık 300.000.000 doktor başvurusunun %95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da %90'nın tedavisi baştan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. İngiltere'de bir hasta yılda ortalama 5 defa genel pratisyen ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, diğerleri ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Genel pratisyenler tek başına çalışabilecekleri gibi, diğerleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilirler. Hastalar kendi genel pratisyenini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir (Korukoğlu ve Üstü, 2004).

İngiltere'de, hastalarını üst basamaklara sevk eden genel pratisyene hastanın tedavisini gerçekleştiren uzman hekim tarafından hastaya yapılan tedavi hakkında geniş bir rapor gönderilmektedir. Böylelikle hekim hem hastasının durumunu takip altında tutabilmekte, hem de yapmış olduğu sevklerin yerinde olup olmadığını gözlemleyebilmektedir (Royal Collage of General Practitioner, 2011).

2.3.2.2 Danimarka'da Aile Hekimliği Uygulaması

Danimarka'da aile hekimleri hastanelere, uzman hekime, fizyoterapist ve diğer uzmanlık dallarına hastaların ulaşımında ilk başvuru noktası olup, kapı tutuculuğu rolü üstlenirler. (Olejaz vd.,2012: 113) Danimarka'da her bir aile hekimi listesinde yaklaşık 1.600 kayıtlı kişi bulunmaktadır. Bir hasta yılda ortalama 6,9 defa aile hekimine başvurmaktadır. Bu başvurular klinik muayene, ev ziyaretleri ve telefon ile yapılan konsültasyonlardan oluşmaktadır. Kural olarak hastalar aile hekimlerini seçmekte serbesttirler. Ancak aile hekimleri listeleri dolduktan sonra isterlerse başka kayıt almazlar. Ve kişiler seçtikleri aile hekimlerini 3 ay geçmeden değiştiremezler. Aile hekimleri listesinde kayıtlı bulunan kişilerin sağlık kayıtlarını düzenli olarak tutarlar ve takibini gerçekleştirirler (www.jabfm.org).

2.3.2.3 Portekiz'de Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği uygulaması Portekiz'de 1980'lerin başında başlamış ve 5.500 doktor aile hekimliğine yönelik herhangi bir hazırlayıcı eğitimden geçmeden aile hekimi olarak göreve başlamışlardır. Bu şekilde göreve başlatılan aile hekimleri, ilerleyen dönemlerde hizmet içi eğitim programlarına dâhil edilerek bilgileri ve becerilerinin artırılması (Korukoğlu ve Üstü, 2004).

Aile hekimliği Portekiz'de hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşmada ilk başvuru noktasını oluşturur ve aile hekimleri kapı tutucu rolü üstlenirler.

Kişiler bölgelerinde bulunan aile hekimlerine kayıt olmak zorundadırlar. Portekiz’de bir aile hekimliği listesinde ortalama 1.500 kişi yer almakla birlikte bu sayı bölgeden bölgeye değişmektedir. Teoride kişiler uzman hekime aile hekimine başvurmadan direkt ulaşamazlar. Fakat pratikte kişiler acil servislere başvurarak aile hekimlerini bay-pass edebilmektedirler. Hastalar istedikleri ikinci basamağa sevk edilmelerini isteyebilirler ancak hekim seçme özgürlüğüne sahip değildirler (Barros vd.,2011: 98). Portekiz’de 6000 aile hekimi görev yapmakta olup, maaş esasına göre ücretlerini almaktadırlar (Gomes, 2014).

Seçilmiş ülke örneklerinden de görüldüğü üzere aile hekimlerinin Avrupa sağlık sistemlerindeki pozisyonu açısından ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır.

2.4 TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE UYGULAMASI

2.4.1 Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış olan aile hekimliği kavramı o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi mecburi hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir (Aktaş ve Çakır, 2012: 21-29).

1984’de Gazi Üniversitesi’nde ilk kürsü kurulmuştur. SB’ye bağlı eğitim hastanelerinde ise 1985’de süreç başlamıştır (Oğuz, 2009).

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli dönüm noktalarından birini oluşturmaktadır. 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde Aile hekimliği asistan eğitimi başlamıştır. Aile hekimliği uzmanları akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır (Saatçi, 1997: 34-59).

Yasal düzenleme olarak ise, ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme

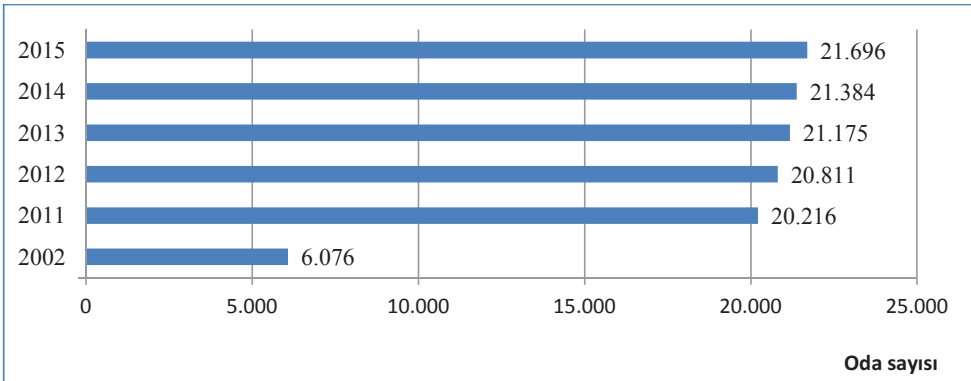
Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde aile hekimliği pilot uygulamasına Düzce ilinde geçilmiş ve kademeli geçiş takvimi uygulanarak 2010 yılı sonunda tüm Türkiye'de birinci basamakta aile hekimliği modeli uygulanmaya konulmuştur. Aile hekimliği ile ilgili mevzuat sürekli günün koşullarına göre yenilenmektedir (THSK, 2014).

2.4.2. Aile Hekimliği Uygulaması

SB'nin Dünya Bankası ile yürüttüğü ve 2003 yılında yürürlüğe giren SDP kapsamındaki "Aile Hekimliği Uygulaması" ilk olarak 2005 yılında pilot il Düzce'de başlamıştır. Ardından 2006 yılında 10 pilot ilde daha çalışılmaya başlanmış ve kademeli geçiş yapılarak 2010 yılı sonu itibariyle 81 ilde uygulamaya konulmuştur.

2014 yılı itibariyle ülke genelinde 22.497 aile hekimi hizmet vermektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2016: 118,133,137). Birinci basamakta zorunlu sevk zinciri uygulanmamaktadır. Hastalar istedikleri sağlık kuruluşuna herhangi bir sınırlama olmadan başvurabilmektedirler. Hastalar aile hekimlerini seçmede özgürdürler. Seçilen aile hekimini 3 ay geçmedikçe değiştiremezler. Aile hekimleri karma bir sistem üzerinden ücretlerini alırlar (kayıtlı kişiler için ödenecek ücret, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, gezici sağlık hizmeti giderleri ve tetkik ve sarf malzemeleri giderleri).

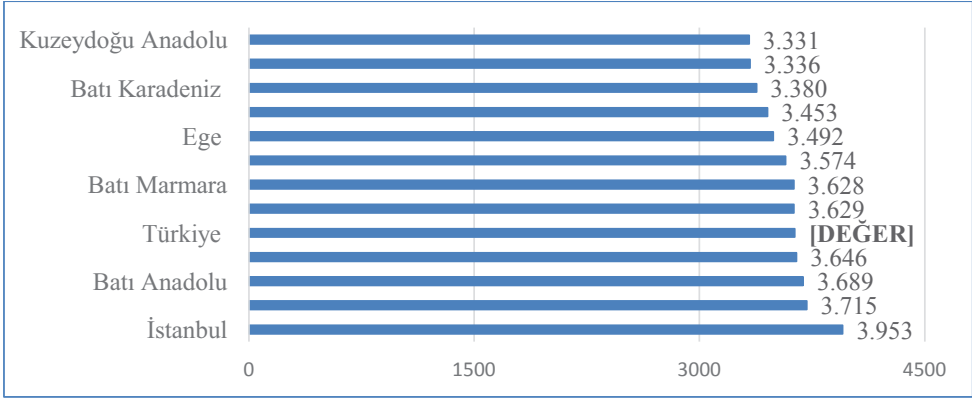
Şekil 2: Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı, Türkiye



Kaynak: SB, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015, s.117.

Aile hekimleri aile hekimliği birimlerinde hizmet verirler. 2015 yılı itibariyle 21.696 aile hekimliği birimi mevcuttur. Bu birimlerde aile hekimlerinin yanında aile sağlığı elemanları da görev yapmaktadır.

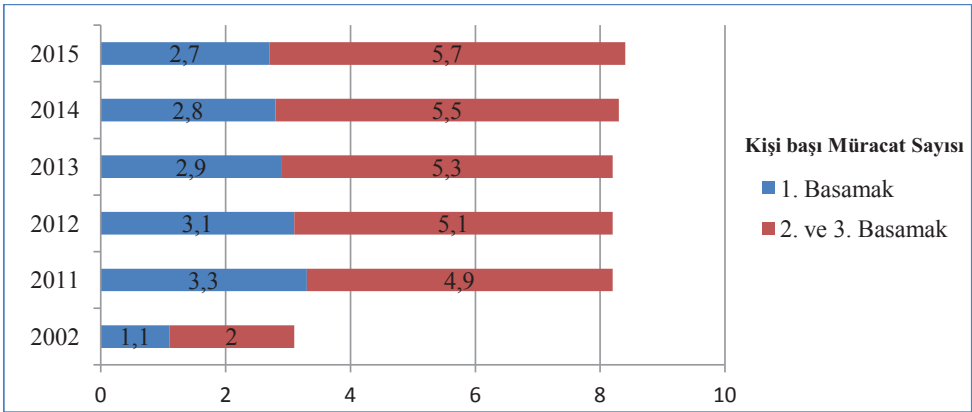
Şekil 3: Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus, 2015



Kaynak: SB, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015, s.118.

Aile hekimi listesine kayıtlı nüfus bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir. Bu değişikliğin nedeni bölgeler arası nüfus yoğunluğu farkından kaynaklanmaktadır.

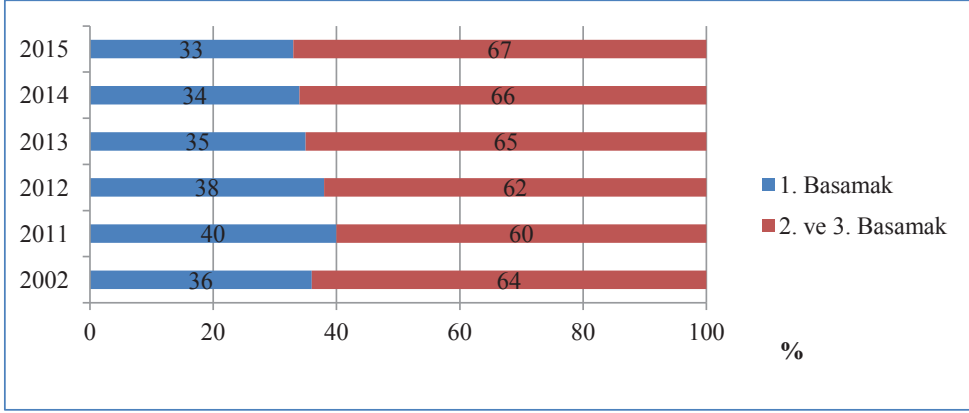
Şekil 4: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sağlık Hizmet Sunucuları



Kaynak: SB, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015, s.133.

Aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı ortalama 3.635 dir. Kişiler yılda ortalama 2,7 defa aile hekimine başvurmuşlardır. İkinci ve üçüncü basamağa ise yılda ortalama 5,7 defa gidildiği görülmektedir. Bu rakamlar aile hekimliğinin kapı tutuculuğu işlevini yerine getirmediğini ortaya koymaktadır.

Şekil 5: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sağlık Hizmet Sunucuları, (%)



Kaynak: SB, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2015, s.137.

Şekilde 5 den de görüleceği üzere aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşmasıyla birlikte birinci basamak muayene sayılarında artış, ikinci ve üçüncü basamak sayılarında aksi yönde bir azalış meydana gelmiştir. Ancak, uygulamanın bir bütün olarak ilk kez uygulandığı 2011 yılı sonrasında tekrar ikinci ve üçüncü basamağa doğru kayma meydana gelmiştir. Bunun nedeni ülkemiz pratiğinde zorunlu sevk zinciri uygulamasının olmamasıdır.

3. ÜST SOLUNUM YOLLARI ENFEKSİYONLARI

3.1 ÜST SOLUNUM YOLLARI ENFEKSİYONLARI

Üst solunum yolları enfeksiyonları; insanların yaşamları boyunca en sık etkilendikleri enfeksiyonlardır. Üst solunum yollarını burun, paranazal sinüsler (yüz ve üst çene kemiklerinde bulunan hava boşlukları), orta kulak, nazofarenks (üst yutak), orofarinks (orta yutak) ve larinks (gırtlak) oluşturur.

Lenfoid organlar olan adenoidler ve tonsiller üst solunum yollarının diğer önemli yapılarıdır. Solunum sistemi, sürekli olarak çok sayıda enfeksiyon ajanının (virüs, bakteri, mantar) saldırısına uğrar. Bu saldırı sonucu burun, paranazal sinüs, kulak, farinks, nazofarinks bölgesinde ortaya çıkan her türlü enfeksiyona üst solunum yolları enfeksiyonları denir (Ekim ve Uçan, 2001). Üst solunum yolu enfeksiyonları insanlar arasında çok sık görülmekte ve ciddi iş gücü kaybına neden olmaktadır (İleri, 2015: 198-205). Üst solunum yolu enfeksiyonları, İngiltere’de halkı çalışma hayatından uzak tutan nedenlerin en başında gelmektedir. Bu hastalıkların çoğu pratisyen hekimler tarafından tedavi edilmektedir (Çetinkaya, 2007: 532). Üst

solunum yolu enfeksiyonları, insanların yaşamları boyunca en sık etkilendikleri enfeksiyonlardır. Yaşamın ilk 10 yılı boyunca her sene ortalama 3 ila 8 üst solunum yolu enfeksiyonu geçirilir. Batılı ülkelerde hekim ziyaretlerinin yaklaşık %70'i bu nedenlere bağlıdır (Ekim ve Uçan, 2001). Kişiler, genellikle her yıl ortalama iki veya üç kez üst solunum yolları enfeksiyonu geçirmektedir. Farklı etkenlerle oluşmalarına karşın klinikleri genellikle birbirine benzeyen hastalık tablolarına yol açarlar. Üst solunum yolu enfeksiyonuna çok sayıda virüs ve bakteri neden olmaktadır. Viral ve bakteriyel enfeksiyonların kliniği bazen birbirine çok benzemektedir. Bu yüzden de söz konusu durum akılcı olmayan antibiyotik kullanımına neden olmaktadır. Sonuçta bu enfeksiyonlar toplumda antibiyotik dirençli kökenlerin ortaya çıkmasında dolaylı olarak rol oynayan enfeksiyonlardır (Ulusoy, 2008: 67-70). Üst solunum yolları bir flora'ya (insan vücudunda bulunan ve yer değiştirmedikçe hastalık yapmayan mikroorganizmalar topluluğu) sahiptir. Bu flora üyeleri normalde dokulara yayılmayıp, hastalıklara yol açmazlar. Konak (mikroorganizmanın yerleştiği yer, insan vücudu) direnci herhangi bir neden ile zayıfladığında bunlar zararlı hale gelebilirler.

Virüslerin yol açtığı solunum yolları sendromlarının (belli bir hastalığa ait klinik belirtilerin tümü) en önemli özelliği her bir sendroma birden fazla virüsün yol açabildiği gibi, her bir virüsün de birden fazla sendroma yol açabilmesidir. Alt tipleri ile birlikte 200'den fazla virüs akut solunum yolları enfeksiyonlarına yol açabilmektedir (Tabak, 2012: 1-2).

4. ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1 GENEL GÖRÜNÜM

Çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bu hizmetleri herkesin ihtiyacı oranında, eğitilmiş ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmaktır (Hazine Müsteşarlığı, 2011).

Aile hekimliği disiplininde ve sağlık hizmetleri sunumunda sevk zinciri önemli bir yere sahiptir. Çünkü sevk zinciri aile hekimlerinin kapı tutma işlevini yerine getirmesini sağlar. Yani başka bir deyişle bu uygulama ile aile hekimlerinin, hastalarını doğru yönlendirmeleri ile gerekli ileri tedaviye daha kısa sürede ulaşabilmeleri, ödeyici kurumlar yönünden ise gereksiz harcamaların önüne geçebilmeleri sağlanmaktadır (TÜİK, 2014). Türkiye'de hâlihazırda sağlık hizmeti sunumunda zorunlu sevk zinciri uygulanmamaktadır. Hastalar her basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına doğrudan başvurabilmekte ve her türlü sağlık

hizmetini alabilmektedirler. Birinci basamakta tedavi edilebilecek olan basit sağlık sorunlarında bile sağlık hizmet sunucularına başvurmada herhangi bir kısıtlama olmadığı için kişiler kolaylıkla ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvurmaktadır. Bu duruma örnek vermek amacıyla çalışma kapsamında akut üst solunum yolu hastalık tanısı alan kişiler üzerinde analizler gerçekleştirilmiştir. Akut üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıkları gerek SB tarafından hazırlanan birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberinde ve gerekse de diğer sağlık rehberlerinde belirtildiği üzere birinci basamakta tedavi edilmelidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularının esas görevi özellikli ve daha kompleks hastalara hizmet vermektir. Ancak bu basamaklara herhangi bir hastalık türü için başvuruda sınırlama olmadığı için birinci basamağa uğramadan gelen hastalar nedeniyle, ilgili sağlık hizmet sunucuları gereksiz iş yoğunluğu yaşamakta ve gerçekten bu basamaklarda hizmet alması gereken hastaların tetkik ve tedavisi için gerekli zaman ayırlanamamaktadır. Bu durum ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından verilen hizmetlerin kalitesini düşürmekle kalmayıp, gerekli tedaviyi alamayan ve bu nedenle de istediği sağlık durumuna erişemeyen hastaların tekrar sağlık kuruluşlarına başvurmasına neden olmakta, bunun yanı sıra zaman kaybı ve kısıtlı kaynakların yersiz kullanılmasına yol açarak çağdaş toplumların en büyük sorunlarından biri olan sağlıkta finansal sürdürülebilirliği önemli ölçüde tehdit etmektedir.

Aile hekimliğinde zorunlu sevk zinciri uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisini akut üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıkları özelinde incelemek ve çıkacak sonuçlar ışığında görüş ve öneriler sunmak amacıyla SGK MEDULA sisteminden 1 Ekim 2012 – 31 Mart 2013 tarihleri arasında aile hekimliğine ve diğer kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına başvuran ve ICD 10 hastalık sınıflandırmasından akut üst solunum yolu enfeksiyonu (J00 ila J06.9) tanısı almış olan kişilerin verileri alınmıştır. Veriler SPSS Modeler 14.2 ve SAS Enterprise Guide 5.1 programları kullanılarak analiz edilmiştir. 1 Ekim 2012 – 31 Mart 2013 tarihleri arasında alınan veride 33.920.934 takip sayısına ulaşılmış olup, yapılan değerlendirme sonrası 2.681.090 kaydın sağlık hizmet sunucularına yapılan başvurularda başarı/başarısızlığı ortaya koymak için ilerleyen kısımda tanımlanan gün kısıtı ve başarılı/başarısızlık ölçütü nedeniyle 17 Mart-31 Mart arası başvuru yapmış olanların başarılı/başarısız olduğu yönünde fikir yürütülemeyecek olmasından dolayı ana veriden çıkartılmıştır.

Analiz kapsamında sağlık hizmet sunucuları sınıflandırılmasında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) esas alınmaktadır. Buna göre sağlık hizmet sunucuları aile hekimlikleri, devlet ikinci basamak, özel ikinci basamak, devlet üçüncü basamak, üniversite sağlık tesisleri ve vakıf üniversite sağlık tesisleri olmak üzere altı farklı grupta incelenmiştir.-

Belirtilen dönem içerisinde 19.969.489 kişi bir veya birden fazla akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile aile hekimliği ve diğer kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına başvurmuş olup, bu kişilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler oluşturulmuştur.

Tablo 5: 01/10/2012-31/03/2013 Tarihleri Arasında Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Takiplerinin Dağılımı

Sağlık Hizmet Sunucusu	Takip Sayısı	Yüzde Dağılımı
Aile Hekimliği	22.547.970	72,18%
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	3.825.186	12,24%
Özel İkinci Basamak Sağlık Tesisleri	3.864.070	12,37%
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	730.215	2,34%
Üniversite Sağlık Tesisleri	142.366	0,46%
Vakıf Üniversite Hastaneleri	130.037	0,42%
Toplam	31.239.844	100,00%

Tablo 5 den görüleceği üzere söz konusu dönemde akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış takiplerin %72,18'i aile hekimliğine başvurmuş, %12,24'ü devlet ikinci basamak sağlık tesislerine, %12,37'si özel ikinci basamak sağlık tesisleri, %2,34'ü devlet üçüncü basamak sağlık tesisleri, %0,46'sı üniversite sağlık tesisleri ve %0,42'si de vakıf üniversite hastanelerine başvurmuştur.

Bir başka tanımlayıcı istatistik olarak aile hekimliği ve diğer sağlık hizmet sunucularına yapılan takiplerde yazılan reçeteler aşağıdaki tabloda incelenmektedir.

Tablo 6: 01/10/2012-31/03/2013 Tarihleri Arasında Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Takiplerinde Yazılan Reçete Sayısı ve Birim Başına Maliyeti

Sağlık Hizmet Sunucusu	Reçete Tutarı (TL)	Reçete Sayısı	Reçete Başına Maliyet (TL)
Aile Hekimliği	580.581.465	22.547.970	25,75
2. ve 3. Basamak Sağlık Tesisleri	194.342.993	8.691.874	22,36

Tablo 6 dan da görüleceği üzere belirtilen dönem içerisinde aile hekimliğinde yazılan 22.547.970 reçete için 580.581.465 TL ödenmiş, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise 8.691.874 reçete yazılmış ve 194.342.993 TL ödenmiştir(SUT 1.5.1'e göre sadece 60 c 1,3 ve 9'uncu maddeleri kapsamından olanlar sevke tabi

olup, yapılan müracaatlar içerisinde söz konusu grubun oranı %3'ü bulmadığı tespit edildiğinden yapılan hesaplamalarda bu husus göz ardı edilmiştir). Aile hekimliğinde yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 25,75 TL olurken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 22,36 TL olarak gerçekleşmiştir. Belirtilen dönem içerisinde sağlık hizmet sunucularına yapılan başvurularda yazılan reçetelerde reçete başı maliyetleri incelendiğinde aile hekimliğinde yazılan reçetelerin birim maliyeti ile diğer sağlık hizmet sunucularınca yazılan reçetelerin maliyetleri birbirine çok yakın çıkmıştır.

Son tanımlayıcı istatistik olarak belirtilen dönemdeki kamu ile özel ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına yapılan toplam takiplerin belirtilen dönemdeki akut üst solunum yolu enfeksiyonları takiplerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 7: Alınan Dönemdeki Tüm Takiplerin Dağılımı ve Alınan Dönemdeki Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Takipleri ile Karşılaştırılması

Sağlık Hizmet Sunucusu	Belirtilen Dönemdeki Tüm Takiplerin Sayısı	Belirtilen Dönemdeki Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Tanısı Almış Takiplerin Sayısı	Belirtilen Dönemdeki Tüm Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Tanısı Almış Takiplerin /Toplam Takiplere Oranı
Tüm Sağlık Hizmet Sunucuları (Aile Hekimliği Hariç)	187.870.500	8.691.874	5%

Tablo 7 den de görüleceği üzere sadece akut üst solunum yolu enfeksiyonlarındaki takiplerin birinci basamağa kayması halinde bile %5'lik bir hasta yükü ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında rahatlamaya sebebiyet verecektir. Bu büyüklük zorunlu sevk zincirinin gerekliliğini ortaya koymak açısından son derece önemlidir.

4.2 UYGULAMA

Sağlık hizmet sunucularının akut üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde başarılı olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla bazı değerlendirmelerde bulunulmuştur. Söz konusu değerlendirmede kullanılan ölçütler;

Gün kısıtı: Kişilerin belirtilen dönem içerisinde sağlık hizmet sunucularına akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile yapmış oldukları başvurularda

başvuru neticesini başarılı/ başarısız olarak tanımlamada kullanılan süre olarak tanımlanmıştır. Bu süre akut üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıklarının gerek ulusal ve gerekse de uluslararası rehberlere göre tedavi edilebilme süreleri ile SUT'ta kontrol muayeneleri için konulan 10 günlük süre de dikkate alınarak, uzman hekimler ile yapılan görüşmeler neticesinde 15 gün olarak alınmıştır.

Başarılı/başarısızlık ölçütü: Kişilerin sağlık hizmet sunucularına yapmış oldukları başvuruları 6 aylık dönem içerisinde takip edilmiş olup, ilk başvuruyu takip eden ikinci başvuru şayet belirlenen gün kısıtına göre 15 günden önce olmuş ise kişinin yapmış olduğu ilk başvuru başarısız, 15 günden sonra olmuş ise ilk başvuru başarılı olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca, belirtilen dönem içerisinde akut üst solunum enfeksiyonu tanısı ile herhangi bir sağlık hizmet sunucusuna bir kez yapılan başvurular, yapılmış olduğu hizmet sunucusu bazında başarılı olarak kabul edilmiştir. Analiz bu kabuller üzerinden şekillendirilmiştir.

Altı farklı gruba ayrılan sağlık hizmet sunucularında akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısına ilişkin başarı oranları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için “çok gözlü tablolarda ki-kare testi” uygulanmıştır. Kullanılan hipotezler şu şekildedir:

H₀ :Sağlık hizmet sunucularının akut üst solunum yolu enfeksiyonlarını tedavi etmedeki başarı durumları arasında fark yoktur.

H₁ :Sağlık hizmet sunucularının akut üst solunum yolu enfeksiyonlarını tedavi etmedeki başarı durumları arasında fark vardır.

Yapılan incelemelerde Tablo 8 den de görüleceği üzere belirtilen dönemde sağlık hizmet sunucularından herhangi birine sadece bir kez, 12.283.582 kişi (Bu hastalar incelenen dönem içerisinde çalışma konusu hastalık nedeniyle sadece bir (1) kez SHS'ye müracaat etmişlerdir) başvurmuş olup, bu başvurular sağlık hizmeti sunucuları için başarılı olarak kabul edilmiştir. Yine aynı tabloya baktığımızda belirtilen dönemde sadece bir kez sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvuruların %70,97'si aile hekimliğine olup, bu yüksek başarı yüzdesi aile hekimliğinin akut üst solunum yolu enfeksiyonlarını tedavi etmedeki etkinliğini ortaya koymasından son derece önemlidir. Ayrıca bu oran aile hekimliği uygulamasının vatandaşlar tarafından benimsendiğinin de bir göstergesidir.

Tablo 8: 01/10/2012-31/03/2013 Tarihleri Arasında Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Takibi Almış ve Sağlık Hizmeti Sunucularına Sadece Bir Defa Gitmiş Kişilerin Dağılımı

Sağlık Hizmet Sunucusu	Kişi Sayısı	Yüzde Dağılımı
Aile Hekimliği	8.718.009	70,97%
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	1.730.483	14,09%
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	1.389.128	11,31%
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	329.293	2,68%
Üniversite Sağlık Tesisleri	68.285	0,56%
Vakıf Üniversite Hastaneleri	48.384	0,39%
Toplam	12.283.582	100,00%

Tablo 9: 01/10/2012-31/03/2013 Tarihleri Arasında Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Tanısı Almış *İki veya Daha Fazla* Takiplerin Dağılımı

Sağlık Hizmet Sunucusu	Başarılı	Başarılı %	Başarısız	Başarısız%	Toplam
Aile Hekimliği	12.192.063	88%	1.637.898	12%	13.829.961
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	1.728.174	83%	366.529	17%	2.094.703
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	1.991.995	80%	482.947	20%	2.474.942
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	330.373	82%	70.549	18%	400.922
Üniversite Sağlık Tesisleri	60.005	81%	140.76	19%	74.081
Vakıf Üniversite Hastaneleri	64.575	79%	170.78	21%	81.653
Toplam	16.367.185	100%	2.589.077	100%	18.956.262

Kişilerin sağlık hizmet sunucularına birden fazla başvuruya gerek duymamaları sunulan sağlık hizmetinin başarılı olduğu şeklinde addedilmiştir. Belirtilen dönem içerisinde sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuruların başarılı/başarısızlık ölçütü olarak belirlenen 15 gün içerisinde ilk başvuruyu takip eden ikinci başvuru şayet belirlenen gün kısıtına göre 15 günden önce olmuş ise kişinin yapmış

olduğu ilk başvuru başarısız, 15 günden sonra olmuş ise ilk başvuru başarılı olarak değerlendirilmiştir. Buna göre belirtilen dönemde akut üst solunum enfeksiyonu tanısı almış iki veya daha fazla takipler içerisinde %88'lik bir başarı yüzdesiyle ilk sırayı aile hekimliği almıştır. Son sırada, %79'luk başarı yüzdesiyle vakıf üniversite hastaneleri gelmektedir.

Tablo 10: 01/10/2012-31/03/2013 Tarihleri Arasında Akut Üst Solunum Enfeksiyonu Takiplerinin Başarılı/ Başarısız Dağılımı(Tüm Takipler Dahil)

Sağlık Hizmet Sunucusu	Başarılı	Başarılı %	Başarısız	Başarısız%	Toplam
Aile Hekimliği	20.910.072	93%	1.637.898	7%	22.547.970
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	3.458.657	90%	3.665.29	10%	3.825.186
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	3.381.123	88%	4.829.47	12%	3.864.070
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	6.596.66	90%	70.549	10%	7.302.15
Üniversite Sağlık Tesisleri	1.282.90	90%	14.076	10%	1.423.66
Vakıf Üniversite Hastaneleri	1.129.59	87%	17.078	13%	1.300.37
Toplam	28.650.767		2.589.077		31.239.844

Belirtilen dönem içerisinde tek gidişlerin ve iki veya daha fazla gidişlerin sağlık hizmet sunucusu ve basamak bazında dağılımı incelendiğinde yine aile hekimliği tek gidişlerde ve iki veya daha fazla gidişlerde olduğu gibi kabul edilen varsayımlar ve kısıtlar dâhilinde %93'lük bir başarı yüzdesiyle ilk sırada yer almakta iken vakıf üniversite hastaneleri %87'lik bir başarı oranı ile son sırada yer almaktadır.

Çalışmada belirlenen hipoteze göre tüm sağlık hizmet sunucularının başarı oranları arasındaki farkın %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmaktadır. ($p < 0,05$). Sonuç olarak, belirlenen 15 günlük süre kısıtı içerisinde sağlık hizmet sunucusuna birden fazla başvurulması hali başarısızlık, diğer haller başarılı olarak tanımlanmış iken, başarı oranları incelendiğinde en yüksek başarı oranı, aile hekimliğine yapılan başvurularda (%92,7 başarı oranı) gözlemlenmiştir.

Tablo 11: Sağlık Hizmet Sunucuları Arasındaki Başarı Oranları İkili Karşılaştırma Sonuçları (p değeri)

Karşılaştırılan Sağlık Tesisleri	p değeri
Aile Hekimliği-Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	0
Aile Hekimliği-Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	0
Aile Hekimliği-Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	0
Aile Hekimliği-Üniversite Sağlık Tesisleri	0
Aile Hekimliği-Vakıf Üniversite Hastaneleri	0
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri- Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	0
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri- Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	0,035
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri- Üniversite Sağlık Tesisleri	0
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri-Vakıf Üniversite Hastaneleri	0
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri-Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	0
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri-Üniversite Sağlık Tesisleri	0
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri-Vakıf Üniversite Hastaneleri	0
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri- Üniversite Sağlık Tesisleri	0,008
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri-Vakıf Üniversite Hastaneleri	0
Üniversite Sağlık Tesisleri - Vakıf Üniversite Hastaneleri	0

Tablo 11 de sağlık hizmet sunucularının başarı oranlarında fark olup olmadığı ikili karşılaştırmalarında bağımsız örneklerde ki-kare testinin sonuçları sunulmaktadır. Bu sonuca göre; % 95 güven düzeyinde tüm karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Örneğin, aile hekimliği başarı oranı sırasıyla devlet ikinci basamak sağlık tesisleri, özel ikinci basamak sağlık tesisleri, devlet üçüncü basamak sağlık tesisleri, üniversite sağlık tesisleri ve vakıf üniversite hastaneleri başarı oranlarından daha yüksektir.

4.3 MALİYET ANALİZİ

Yapılan değerlendirmeler neticesinde aile hekimliğinin akut üst solunum yolu enfeksiyonlarını tedavi etmede diğer kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına göre üstünlüğü görülmektedir. Söz konusu dönemde aile hekimliği dışında bulunan diğer sağlık hizmet sunucularına yapılan takiplerin aile hekimliğine yapılması varsayımının bütçe etkisi hesaplanmıştır.

Bilindiği üzere birinci basamakta verilen sağlık hizmetleri 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun Ek 2 nci maddesi uyarınca doğrudan hizmet alımı

sözleşmesiyle temin edilmekte ve SGK, SB'ye aile hekimliğinde verilen sağlık hizmetleri için herhangi bir ödeme yapmamaktadır.

Yine SGK, devlet ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına global bütçe uygulaması nedeniyle muayene ücreti ödememektedir. Ancak yapılan global bütçe görüşmelerinde bu hizmet sunucularına yapılan tüm takipler dikkate alınarak hesaplama yapıldığından çalışmada, tasarruf miktarı hesaplanırken bu sağlık hizmet sunucularına yapılan takipler hesaplamaya dahil edilmiştir.

İlgili tasarruf miktarını hesaplamak için SUT'un Ek 2A Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesinde iç hastalıkları için sağlık hizmet sunucusunun büyüklük ve kamu ve özel ayırımına göre yapılan sınıflandırmada belirlenen muayene ücretleri dikkate alınmıştır.

Tablo 12 göre belirtilen dönemde aile hekimliği dışındaki sağlık hizmet sunucularınca akut üst solunum yolu enfeksiyonlarını için 8.691.874 takibe hizmet verilmiştir.

Tablo 12: Yapılan Takiplerin Sağlık Hizmet Sunucuları Bazında Maliyeti

Sağlık Hizmet Sunucuları	Muayene Ücreti (TL)	Muayene Sayısı	Toplam Tutar
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	26	3.825.186	99.454.836
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	24	3.864.070	92.737.680
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	45	730.215	32.859.675
Üniversite Sağlık Tesisleri	56	142.366	7.972.496
Vakıf Üniversite Hastaneleri	56	130.037	7.282.072
Toplam		8.691.874	240.306.759

Belirtilen dönem içerisinde aile hekimliği dışındaki hizmet sunucularına yapılan takiplerin hepsinin aile hekimliğine yapılması halinde SUT'un "Ek 2A Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesinde" iç hastalıkları için sağlık hizmet sunucusunun büyüklük ve kamu ve özel ayırımına göre yapılan sınıflandırmada belirlenen muayene ücreti ile takip sayısı çarpımı oluşan toplam 240.306.759 TL'lik tutarda tasarruf sağlanacaktır.

Aile hekimliğinde ve diğer sağlık hizmet sunucularında yazılan reçeteleri basamak bazında ve söz konusu basamakların tedavi etme kriterine

göre sınıflandırdığımızda başarılı olanların içerisinde aile hekimliğinde yazılan 20.910.072 reçete için 540.410.837 TL denmiş, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise 7.740.695 reçete yazılmış ve 174.377.019 TL denmiştir. Başarılı olanların içerisinde aile hekimliğinde yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 25,84 TL olurken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 22,53 TL olarak gerçekleşmiştir.

Hesaplanan 240.306.759 TL'lik tasarruf tutarından Tablo 6 da ortaya koyulan aile hekimliğinde akut üst solunum yolu enfeksiyonu takiplerinde yazılan reçetelerin ortalama maliyeti (25,75 TL) ile devlet ikinci basamak sağlık tesisleri ve devlet *nc* basamak sağlık tesislerinde yazılan reçete başı ortalama maliyet (22,36 TL) arasındaki farkın (3,39 TL), devlet ikinci basamak sağlık tesisleri ve devlet *nc* basamak sağlık tesislerinde yazılan reçete sayısı (8.691.874) ile *arpımı sonucu elde edilen* 29.442.778 TL çıkarıldığında *net tasarruf miktarı* olan 210.863.981 TL'ye ulaşılmıştır.

Bu tutar sadece muayene creti ve reçete başına ortalama maliyet farkından oluşmakta olup, doğrudan tasarruf miktarını ifade etmektedir. Doğrudan sağlanan maliyet tasarrufunun yanında, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları yerine aile hekimliğinde muayene edilmesi ile ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmaların önüne geçilmesi sağlanacak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında tedavi alması gereken hastalar için ayrılan srenin artmasına bağlı olarak hekimin koymuş olduğu teşhis ve tedavideki etkinliğinin artması ile birlikte sağlık hizmet sunucularına yapılacak mükerrer başvuruların önüne geçilmesi sağlanarak dolaylı maliyet tasarrufları da sağlanacaktır. Ayrıca verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına paralel olarak hasta memnuniyet oranlarında da artış sağlanmış olacaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hayatta olmaktan sonra yaşamın gereklerini yerine getirebilmek için öncelikli ve olmazsa olmaz olgu olan sağlık insanlık için diğer bütün göstergelerden daha öncelikli öneme sahiptir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin temel amaçları sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir, bütün vatandaşlarına eşit haklara sahip bireyler olarak, kaliteli sağlık hizmetine hakkaniyet içinde ulaşmalarını sağlamaktır. Sağlık ve sağlık hizmetleri pek çok ülkede hem ekonomik hem de sosyal bir sorun olması ve sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kıt olması nedeniyle son yıllarda oldukça fazla tartışılmaktadır. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de sağlık hizmeti üretimi için toplum bazında kıt olan kaynaklar kullanılmaktadır. Bilindiği üzere kamu kaynakları sınırlı olup bu kaynakların etkin bir şekilde kullanılması son derece önemlidir. Vatandaşların arzu edilen sağlık hizmetlerini almasının yanı sıra söz konusu hizmetlerin finansmanı ve sürdürülebilirliği de oldukça önem arz etmektedir.

Türkiye’de de sağlık hizmetleri harcamalarının dünyaya paralel bir şekilde artış göstermesi çeşitli önlemlerin alınmasını gündeme getirmiştir. Bu bağlamda uygulamaya konulan SDP ve bu projenin ana bileşenlerinden biri olan aile hekimliği uygulaması ile hem sağlık hizmetlerine vatandaşların ulaşım sorununun çözümü hedeflenmiş, hem de koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vererek sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliği sorununa katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Aile hekimliği uygulamasına geçişle koruyucu sağlık hizmetlerinde (aşılama oranı, gebelik takibi vb.) büyük oranda başarı sağlanmıştır. Ancak, sağlık harcamalarının artması sorununa mevcut uygulama ile tam bir çözüm bulunulamamıştır. Bunun en büyük nedeni ise aile hekimliği uygulamasının olmazsa olmazı olan zorunlu sevk zincirinin hayata geçirilememiş olmasıdır.

Çalışmada belirlenen başarı/başarısızlık kriterlerine göre yapılan değerlendirme neticesinde aile hekimliği %92,7’lik bir başarı oranı ile sağlık hizmet sunucuları arasında ilk sırayı almaktadır. Akut üst solunum yolu enfeksiyonlarının ulusal ve uluslararası kılavuzlara göre birinci basamakta tedavi edilmesinin mümkün olduğundan hareketle aile hekimliği dışındaki tüm sağlık hizmet sunucularına yapılan bu tanıyı almış 8.691.874 takibin aile hekimliğine yapılması halindeki tasarruf miktarı hesaplanmıştır.

Bu hesaplama neticesinde 240.306.759 TL’lik bir muayene ücreti tasarrufu sağlanmıştır. Aynı zamanda aile hekimliğinde ve diğer sağlık hizmet sunucularında yazılan reçete başı maliyetler incelenmiştir. Burada aile hekimliğinde yazılan

reçetelerin reçete başına maliyeti ile diğer sağlık hizmet sunucularında yazılan reçete başı maliyet arasında aile hekimliği lehinde 3,39 TL'lik bir fark ortaya çıkmıştır. Bulunan muayene ücreti tasarrufundan, sağlık hizmeti sunucuları bazında reçete başı maliyet arasında aile hekimliği lehinde oluşan 3,39 TL'lik fark neticesinde oluşan 29.442.778 TL çıkartılarak 210.863.981 TL'lik net tasarruf miktarına ulaşılmıştır.

Ortaya konulan tasarruf miktarının yanı sıra aile hekimliği dışındaki tüm sağlık hizmet sunucularına gerçekleştirilen 8.691.874 akut üst solunum yolu enfeksiyonları takibinin, belirtilen dönem içerisindeki aile hekimliği dışındaki tüm sağlık hizmet sunucularına gerçekleştirilen 187.870.500 takip ile karşılaştırması yapılarak zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilmesi halinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularınca yapılacak takiplerdeki azalma ortaya konulmuştur.

Zorunlu sevk zinciri uygulamasının gerekliliğine sadece doğrudan tasarruf yönüyle bakmak eksik değerlendirmeye ve çıkarımlarda bulunmaya neden olacaktır. İşgücü piyasasında sağlık sorunları ile mücadele eden bireylerin verimli olması beklenemez. Bu nedenle yapılan çalışmada bulunan tasarruf miktarı dolaylı maliyetler ve sağlanacak kazanımlar ile birlikte değerlendirilmelidir. Dışsallık etkisi ile beraber değerlendirildiğinde büyük ölçekli olmasından dolayı sağlık harcamaları bir ülkenin makroekonomik performansına olumlu katkılar sağlamaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemini ve harcamalarını tek bir pencereden incelemek ya da tek bir değişkenin etkisiyle açıklamak mümkün değildir.

Aile hekimliği uygulamasından beklenen olumlu çıktı hâlihazırda uygulanan sistemin bireylere sağlık hizmet sunucusunu seçme şansı tanımamasından dolayı elde edilememektedir. Sağlık hizmet sunucusu seçme tercihi, sağlık hizmetinin doğası gereği oluşan bilgi asimetrisinden dolayı, sağlık hizmeti alanlara değil kişilerin gereksinimleri doğrultusunda ilgili sağlık hizmet sunucularına yönlendirilmesini sağlayacak sağlık profesyonellerine bırakılmalıdır.

Türkiye'de hâlihazırda sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurularda zorunlu sevk zinciri uygulanmamakta, hastalar istedikleri sağlık hizmeti sunucusuna diledikleri gibi başvurumaktadırlar. Bu durum asli görevi daha ağır ve kompleks hastalıkları tedavi etmek olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yığılmalara neden olmaktadır. Buna ilaveten söz konusu basamaklarda hizmet alması gereken hastaların yoğunluktan dolayı gerektiği şekilde hizmet alamamasına da yol açmaktadır. Bu durum sağlığına kavuşamayan hastaları arayışa sevk etmekte ve değişik sağlık hizmet sunucusuna defaatle başvurmaya yöneltmektedir. Sağlık hizmet sunucuları arasında bilgi işlem alt yapısı eksikliği nedeniyle yapılan tahlil ve tetkikler her sağlık kurumunda ayrıca tekrarlanmakta ve kıt olan kaynakların etkin kullanılmamasına/israfa yol açmaktadır. Sevk zinciri uygulamasının devreye

sokulması ile birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına yapılan müracaat sayılarının yıllar içinde azalacağı ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının daha reel bir yapıya kavuşacağı söylenebilir. Türkiye’de sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün ayaktan hastalar için yapılmakta olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini artırmakta ve dolayısıyla sevk zincirinin gerekliliği fikrini daha da güçlendirmektedir.

Zorunlu sevk zinciri uygulaması ile birlikte hastaların uygun basamağa ve sağlık hizmet sunucusuna yönlendirilmesi ve zamanında başvurusu sağlanacaktır.

İkinci basamakta azalan yoğunlukla birlikte hastalar için ayrılan zaman artacak bu da hekimin uyguladığı tedavide başarı oranını arttırarak gerek hasta memnuniyeti ve gerekse de çoğul kullanımların önüne geçilerek kaynak tasarrufu sağlanacaktır.

Üçüncü basamakta hizmet veren sağlık hizmet sunucuları azalan yoğunlukla birlikte asli görevleri olan araştırma ve geliştirme faaliyetlerine ağırlık vererek Türkiye’de eksik kalan bilimsel faaliyetlerde bulunabileceklerdir. Yapılacak klinik çalışmalar ile katma değeri yüksek sağlık hizmetleri üreterek sağlık ekonomisine katkıda bulunulabilecektir.

Söz konusu değerlendirmeler ışığında bazı politika önerileri üretilmiştir. Öncelikle; aile hekimlikleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında veri paylaşımına imkân verecek elektronik ağlar kurulmalıdır. Kurulacak bu elektronik ağ sayesinde aile hekimi sevk edeceği hastası için ilgili sağlık hizmet sunucusundan randevu alabilmelidir. Ayrıca aile hekimlerine verilecek yetki ile burada yapılan tedavi hakkında bilgi sahibi olabilmelerine imkân verilmeli ve bu sayede hastanın sonraki tedavisinde aile hekimlerinin etkin rol almaları sağlanmalıdır.

Aile hekimliği birimlerinde laborant, sosyal çalışmacı, psikolojik rehberlik ve danışma uzmanları ve diyetisyen gibi sağlık çalışanları da görevlendirilmelidir. Aile hekimliği birimlerine gerekli ekipman desteği sağlanmalı, halen verilmekte olan görüntüleme hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri daha etkin hale getirilerek bütüncül hizmet sunumu hedeflenmelidir.

Yapılan çalışma ve benzerleri tekrarlanarak zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilmesinin gerekliliği değişik yönleriyle ortaya konulmalı, toplumda aile hekimliğinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik yapılan eleştirilere düzenlenecek eğitim programları neticesinde arttırılacak kalite ile cevap verilmelidir.

KAYNAKÇA

Akdur, R. (2000). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Üçüncü Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Aktaş, E., & Çakır, G.(2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması, Ege Tıp Dergisi, 51 (1), 21-29.

Anadolu Üniversitesi. (2015, Haziran 2) <http://ds.anadolu.edu.tr/ekitap/SAK201U.pdf> adresinden ulaşılmıştır.

Barros, P., Machado, S., Almeida, & S. J. (2011). Health System In Transition (HIT) Portugal.

Bayam, L. (2007). PLAB MRCS Clinical Fellow Trafford General Hospital / Manchester. UK.

Bentzen, B. G, et al., (1991). The Role of the General Practitioner/family Physician in Health Care Systems: a Statement from WONCA.

Çetinkaya, E. (2007). “Akut Solunum Hastalıkları El Kitabı” Nobel Tıp Kitapevleri.

Ekim, N. Uçan, E.(2001). Solunum Sistemi İnfeksiyonları, Ankara: Toraks Kitapları

Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi).Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gomes, L. F. (2014, Aralık 19). General practice / Family Medicine in Portugal, <http://www.uemo.eu/gp-in-europe/86-portugal.html> adresinden ulaşılmıştır.

Hazine Müsteşarlığı Öğlen Grubu. (2011). Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulamasının Politika Analizi Raporu, Ankara.

Journal of The American Board of Family Medicine. (2014, Aralık 12) www.jabfm.org/content/257suppl_1/s34.long , adresinden ulaşılmıştır.

İleri, F. (2015, Haziran 4) Üst Solunum Yolu İnfeksiyonları, <http://toraks.org.tr/uploadfiles/book/file/2422011141258-14.pdf> adresinden ulaşılmıştır.

Kartal, M. ve Mollahaliloğlu, S. (2006). OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 2002-2003. Ankara RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, , Ankara: Siyasal Kitapevi.

- Kalkınma Bakanlığı. (2017, Mayıs 15). Kamu Kesiminde Sosyal Harcama İstatistikleri 2016, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/content.aspx?List=4fd56128%2Db7e9%2D440a> adresinden ulaşılmıştır.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış Ve Temel Bakım Hizmetleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 29, 173-192.
- Korukoğlu, S. Üstü, Y.(2004) Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Maliye Bakanlığı. (2009). Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Komisyon Raporu, Ankara
- Oğuz, D.(2009). Aile Hekimliği Akademik Gastroentoloji Toplantıları, Ankara.
- Olejaz, M., Juul, N, A., & Rudkjøbing, A. (2012). Health System In Transition (HIT) Denmark.
- Paul, O. (1991). The Caring Physician: The Life of Francis W. Peabody. Boston. Library of Congress, Yayın No: 91- 76042.
- Resmi Gazete. (2014, Kasım 11) 5258 sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun, <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Kanunlar.aspx> adresinden ulaşılmıştır.
- Royal College of General Practitioner.(2014, Aralık 12) It's Your Practice www.nhks.uk/choiceinthNHYS/yourchoices/GPchoice/Document/rcgp_iyp__full__booklet_web_version.pdf. adresinden ulaşılmıştır.
- Saatçi E. (1997) Dünyada Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Çukurova, Adana: Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (1992). Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı .(2016).Sağlık İstatistikleri Yıllığı.
- Tabak, F. (1991). Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- TAHEV, (2014, Kasım 18) Aile Hekimliğinin Dünyadaki Gelişimi, <http://www.tahev.org/pages.asp?L=3> adresinden ulaşılmıştır.
- TBMM. (2014, Aralık 22). Dokuzuncu Kalkınma Planı. http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/Yillik_Program_2012.pdf adresinden ulaşılmıştır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014, Kasım 18) Türkiyede Aile Hekimliği, www.ailehekimliği.gov.tr/index.php?Option=comcontent&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213 adresinden ulaşılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2015, Aralık 15). Sağlık Harcama İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/prehaberbultenleri.do?İd=18853> adresinden ulaşılmıştır.

Ulusoy, S. (2008). Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik Tedavi, Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi, 61, 67-70.

WHO. (2014, Aralık 11). Dünya Sağlık Örgütü, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> adresinden ulaşılmıştır.

WONCA. (2002, Aralık 22). Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_Turkish_version.pdf adresinden ulaşılmıştır.