

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ KAPİTUTUCULUK İŞLEVİ VE BU İŞLEVIN SAĞLIK SİSTEMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

PÜREN AKTAŞ*


ÖZ

Hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerinin düzenlenmesi, gelişmiş ülkelerde sağlık politikası yapım süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda kapitutuculuk, hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin birinci basamak hekimleri tarafından düzenlenmesi yoluyla sağlık harcamalarının kontrolü ve kaynakların verimli kullanımı amacını taşımaktadır. Kapitutuculuğun sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık çıktıları üzerine etkileri sosyal bilimler alanyazınında tartışmalı konulardan biridir. Bu çalışmada, mevcut uluslararası alanyazın taranarak farklı ülkelerde birinci basamak hekimlerinin üstlendikleri kapitutuculuk rolünün sağlık sistemi ve hastaların sağlık çıktıları üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sistemi, sağlık politikası, kapitutuculuk

MAKALE HAKKINDA

* Araştırmacı, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, purenaktas@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0783-8044>

Gönderim Tarihi: 09.07.2019

Kabul Tarihi: 12.09.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Aktaş, P. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularının Kapitutuculuk İşlevi ve Bu İşlevin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(4): 879-892.

THE GATEKEEPING ROLE OF THE PRIMARY HEALTH CARE PROVIDERS AND ITS IMPACTS ON THE HEALTH CARE SYSTEM

PÜREN AKTAŞ*

ABSTRACT

Regulation of patients' access to health care services is a central component of health policy in industrialized countries. The gatekeeping system is one of the cost-containment measures which hinders individual access to specialists through general practitioners. The impacts of gatekeeping on health care provision and health outcomes are highly controversial in the social sciences literature. Drawing on a comprehensive review of the international literature on this topic, in this paper, I explore the positive and the negative implications of primary care providers' gatekeeping role for health care services and health outcomes.

Keywords: Health care system, health care policy, gatekeeping

ARTICLE INFO

* Researcher, Bogazici University Social Policy Forum, purenaktas@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0783-8044>

Received: 09.07.2019

Accepted: 12.09.2019

Cite This Paper:

Aktaş, P. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularının Kapı Tutuculuk İşlevi ve Bu İşlevin Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(4): 879-892.

I. GİRİŞ

Sağlık politikalarının amacı, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini verimli, kaliteli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sağlamaktır. Hastaların yüksek kalitede sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir biçimde erişmesi ve kaynakların verimli kullanımı ise demokratik ülkelerdeki başarılı sağlık politikalarının önemli özellikleri arasındadır (Blank, Burau 2007).

İkinci Dünya Savaşı'nı takip eden süreçte, özellikle Avrupa ülkeleri, hakkaniyetli ve evrensel sağlık hizmetleri sunumunu geliştirmeyi amaçlayan sağlık politikaları üretmişlerdir (Reibling, Wendt 2008). Fakat 1970'lerin başından itibaren artan sağlık harcamaları ve OPEC Petrol Krizi ile ortaya çıkan küresel finansal bunalım nedeniyle sağlık politikalarının temel amaçları da değişime uğrar. Neoliberal ekonomi modelinin ortaya çıkmasıyla birlikte sağlık politikaları, maliyetleri kontrol etmek ve verimliliği arttırmak amaçları doğrultusunda oluşturulur. 1990'lı yıllardan itibaren olan süreçte ise maliyet kontrolü düzenlemeleri sağlık politikalarının temel amaçları arasında yer alarak, her vatandaşa eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmanın temel şartı olarak görülmüştür (Reibling, Wendt 2008). Güçlü kapıtutuculuk uygulamasının olduğu ülkelerde sağlık hizmeti sunumundaki düşük maliyetler nedeniyle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine verilen önem de artmıştır (Starfield 1994).

Kapıtutuculuk (gatekeeping)¹ uygulaması, sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği arttırmayı ve maliyeti kontrol etmeyi amaçlar. Bu sistemde aile hekimleri, sağlık hizmeti sunumunun maliyetlerini en çok arttıran ikinci basamak sağlık hizmetlerine ve tetkiklere erişimi kontrol eden "kapıtutucular" olarak yer alırlar (Franks et al. 1992; Gervas et al. 1994). Doğrudan/serbest erişim modelinin aksine kapıtutuculuğun olduğu sağlık sistemlerinde hastalar uzman hekim muayenelerine kendileri erişemezler; bunun için aile hekimlerinin kendilerini uzman hekimlere sevk etmelerine ihtiyaç duyarlar (Kroneman et al. 2006). Burada amaç, hastaların görece daha masraflı olan sağlık hizmetlerinden yararlanmasının, hastalardan daha fazla tıbbi bilgiye sahip olan aile hekimleri yoluyla düzenlenerek bu hizmetlerin daha verimli kullanılmasının sağlanmasıdır (Reibling, Wendt 2008). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerinin birinci basamakta sunulmasını vurgulamakta ve kapıtutuculuk uygulamasını desteklemektedir (Kroneman et al. 2006).

Türkiye'nin sağlık sisteminde de kapıtutuculuk modeli birden çok kez uygulanmaya çalışılmış, fakat başarılı olunamamıştır. Türkiye'de kapıtutuculuk ilk defa 1961'de çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile gündeme gelmiş fakat uygulamaya geçirilememiştir. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kapıtutuculuk modeli tekrar gündeme gelmiş, programın önemli hedeflerinden biri olarak "etkili, kademeli sevk zinciri" belirtilmiştir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini ve bu doğrultuda aile hekimliği modelinin yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı 2003). Fakat aile hekimliği modeli de sevk zincirinin kurulmasını ve birinci basamağın kapıtutuculuk rolünün kurumsallaşmasını beraberinde getirmemiştir.

Maliyet kontrolü ve verimliliğin yanı sıra kapıtutuculuğun hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hastaların sağlık hizmetine eşit erişimi üzerinde de etkileri vardır. Fakat kapıtutuculuk üzerine yapılan araştırmalar oldukça tartışmalı ve bazen çelişkili sonuçlar ortaya koymakta ve kapıtutuculuğun pek çok farklı olumlu ve olumsuz sonucuna değinmektedir (Garrido et al. 2011; Greenfield et al. 2016; Reibling, Wendt 2012). Bu derleme çalışması, kapıtutuculuk modeli üzerine yapılan araştırmaların sonuçlarını Türkçe alanyazına kazandırma amacı taşımaktadır. Kapıtutuculuk modelinin Türkiye'de birden çok

¹ "Gatekeeping" kelimesinin çevirisinde Öcek ve diğerleri (2006) makalesi referans alınmıştır.

kez uygulanmaya çalışıldığı fakat uygulamaların olumsuz sonuçlandığı göz önüne alındığında, konu hakkında Türkçe alanyazına yapılacak katkılar önem taşımaktadır. Türkiye’deki sağlık politikalarında “sevk zinciri”, İngilizce alanyazında “gatekeeping” olarak geçen modelden bu derleme çalışmasında, aile hekimlerinin rolünü daha iyi vurgulaması nedeniyle, Öcek ve diğerleri (2006) çevirisinden yola çıkılarak “kapıtutuculuk” olarak bahsedilecektir. Alanyazın üzerine sistematik bir tartışma sunmak adına bu çalışmada Coulter (2010) ve Reibling ve Wendt (2012)’in kapıtutuculuk üzerine benzer sistematik değerlendirmeler sundukları çalışmalarındaki sınıflandırmalardan yola çıkılarak verimlilik, maliyet kontrolü, hasta memnuniyeti ve özerkliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik konuları üzerinde durulacaktır.

II. VERİMLİLİK

Kapıtutuculuk uygulaması, gerekli olmayan uzman hekim muayenelerinin, tıbbi testlerin tekrarlanması ve hastaların aynı şikâyetler için birden fazla doktora muayene olmalarının önüne geçerek verimliliği arttırmayı amaçlar (Reibling, Wendt 2008). Bazı araştırmalara göre bu uygulamada aile hekimleri, hastaların daha ileri sağlık hizmetlerine erişiminde başlangıç noktası olma rolleri sayesinde ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynakların doğru kullanılmasını ve uzman hekimlerin gerçek ve/veya ciddi hastalıklarla karşılaşmasını sağlarlar (Gervas et al. 1994; Greenfield et al. 2016). Fakat bu savlar kapıtutuculuk uygulamasının olmadığı durumlarda gereksiz ikinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının var olduğunu ön görmekte, bu durumun bazı hastaların sağlık hizmetlerinden hakkaniyetli bir şekilde yararlanmasını engellediğini iddia etmektedir (Garrido et al. 2011). Garrido ve diğerlerine (2011) göre ise kapıtutuculuğun verimlilik üzerinde olan etkisine dair yapılan çalışmalar, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından gereksiz kullanıldığına dair yeterli veri sunmamaktadır. Reibling ve Wendt (2012) ise kapıtutuculuk uygulamasının verimliliği artırabilmesi için aile hekimlerinin hastaların uzman hekimlere sevk taleplerini reddedebilme yetkisinin bulunması gerektiğini vurgularlar. Albertson ve diğerleri (2000) tarafından yapılan bir çalışmaya göre aile hekimleri, hastalardan gelen sevk taleplerinin %70’ini aslında kendileri tedavi edilebilmektedir. Kapıtutuculuğun politika yapım sürecinde meşrulaştırılabilmesinin nedenleri, aile hekimlerinin hastalara kıyasla bilgi üstünlüklerinin olması ve hastalardan gelen gerekli olmayan sevk taleplerini reddedebilme kapasiteleridir.

Kapıtutuculuk üzerine yapılan bir alanyazın taramasına göre bazı araştırmalar kapıtutuculuğun daha kısa süreli ve daha az sayıda hospitalizasyonu sağladığı, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha az kullanımına ve acil servise başvuru sayılarının azalmasına neden olduğu görülmektedir (Garrido et al. 2011). Aynı araştırma, bu çalışmaların büyük bir kısmının kapıtutuculuk ve verimlilik arasında doğrudan bir ilişki kuramadığını vurgular. 11 Avrupa ülkesini karşılaştıran başka bir çalışmada ise kapıtutuculuğun olmadığı ülkelerde kronik hastalığı olmayan bireylerin, kronik hastalığı olanlarla aynı oranda hekimlere başvurduğu, güçlü kapıtutuculuk modeli olan ülkelerde ise kronik hastalığı olan bireylerin muayene sayısının kronik hastalığı olmayanlardan daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Reibling, Wendt 2018). 17 Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkesi hakkında yapılan bir araştırma ise kapıtutuculuğun “verimliliği artırma potansiyeli olduğunu” belirtir (Reibling, Wendt 2012). Fakat kapıtutuculuk uygulaması yüzünden sağlık hizmetlerinin kullanımının azalması, ciddi hastalıkların daha geç teşhisine de neden olabilmektedir (Greenfield et al. 2016). Örneğin güçlü kapıtutuculuk uygulamasının olduğu Danimarka ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde kanser hastalarının iyileşme oranı diğer Avrupa ülkelerinden daha düşüktür; fakat kapıtutuculuk uygulamasının kanser teşhis oranları üzerindeki etkisi tartışmalıdır (Vedsted, Olesen 2011). Lakin güçlü kapıtutuculuk uygulaması olan ülkelerde aile hekimleri, kadınların sağlık izlemlerinde

önemli bir role sahiptir ve bu durum rahim ağzı kanseri teşhisinde olumlu bir etkiye neden olmaktadır (Reibling, Wendt 2012).

Bazı çalışmalar güçlü kapıtutuculuk uygulamasının gerekli olmayan uzman hekim muayenelerini azaltarak verimliliği arttırdığını öne sürmektedir. Fakat bu durumun sonucunda bazı önemli hastalıklar geç teşhis edilebilmektedir. Kapıtutuculuk uygulaması sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırabiliyor olmasına rağmen, alanyazında bu doğrultuda bir uzlaşma bulunmamaktadır (Reibling, Wendt 2012).

III. MALİYET KONTROLÜ

Maliyet kontrolü, kapıtutuculuğun en önemli hedeflerinden biridir. Kapıtutucu rolündeki aile hekimleri sayesinde gerekli olmayan uzman hekim muayenelerinin, testlerin tekrarlanması ve çoklu teşhislerin azaltılması amaçlanmaktadır. Bunların yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci basamak sağlık hizmetlerinden daha az maliyetli olması nedeniyle hastaların aile hekimleri tarafından tedavi edilmesinin sağlık hizmeti maliyetlerini azaltacağı ön görülmektedir.

Kapıtutuculuğun maliyet kontrolü üzerindeki etkisi hakkında yapılan araştırmalar iki farklı yönetime başvurmaktadır (Reibling, Wendt 2012). Bazı çalışmalar aynı ülke içerisinde kapıtutuculuk uygulanmasından öncesi ve sonrası hakkındaki karşılaştırmalarına odaklanırken, bazı çalışmalar ise ülkelerin sağlık harcamalarını regresyon analiziyle karşılaştırmaktadır. Alanyazında bu konuda yapılmış çalışmalar ise çoğunlukla farklı sayıdaki OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını karşılaştırmaya odaklanmaktadır (Gervas et al. 1994; Gerdtham et al. 1998; Delnoij et al. 2000; Greenfield et al. 2016). Bunların yanı sıra bir çalışma ise kapıtutuculuk hakkında bir alanyazın taraması sunmakta ve maliyet kontrolüne odaklanan çalışmaların çıktılarını genel olarak değerlendirmektedir (Garrido et al. 2011).

Kapıtutuculuk, aile hekimlerinin hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini kontrol etmeleri nedeniyle Birleşik Krallık sağlık sisteminde diğer Avrupa ülkelerine kıyasla oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Klein 1995). 22 OECD ülkesinde sağlık harcamalarını belirleyen faktörleri inceleyen bir çalışmada kapıtutuculuk uygulamasının olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gerdtham et al. 1998). Garrido ve arkadaşları (2011) yaptıkları alanyazın taramasında kapıtutuculuğun maliyet kontrolü üzerine etkisini inceleyen 12 araştırma bulmuşlardır. Bu araştırmaların çoğunluğu hospitalizasyona odaklanırken, 5 tanesi ayakta tedavi hizmetleri ve 3 tanesi de ilaç harcamaları hakkında veri sunmaktadır. Bu çalışmaların çoğu kapıtutuculuğun olduğu sağlık sistemlerinin harcamalarında %6 ila %80 arasında bir azalma olduğunu göstermiştir. Delnoij ve arkadaşları (2000) 18 OECD ülkesindeki genel ve ayakta tedavi hizmetlerinde sağlık maliyetlerini incelemişler, kapıtutuculuğun sağlık maliyetlerinde hiçbir etkisinin olmadığını ortaya koymuşlardır. Fakat bu çalışmada ortaya çıkan önemli bir sonuç, kapıtutuculuk uygulamasında ayakta tedavi hizmetlerindeki maliyet artışının daha yavaş ilerlediğidir.

Reibling ve Wendt (2012) kapıtutuculuk uygulamasının maliyet kontrolü üzerindeki etkisinin politika yapıcıların düşündüğü gibi doğrudan olmadığını, aynı sırada sağlık harcamalarını etkileyen diğer faktörlerin de olabileceğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunucularına verilen teşvikler ve ödeme modellerine getirilen düzenlemeler de maliyet kontrolünü etkilemektedir (Gervas et al. 1994). Örneğin, hekimlerin performans sistemi ile maaş aldıkları Fransa'da aile hekimleri, hizmet verdikleri nüfusa oranla ödeme yapılan Birleşik Krallık'a kıyasla hastalara daha uzun muayene süreleri ayırmakta ve daha fazla tetkik istemektedirler (Gervas et al. 1994). Geri ödeme modellerinin etkisi

kapıtutuculukla sınırlı kalmamaktadır ve hasta memnuniyeti ve özerkliğine de etkisi olmaktadır.

IV. HASTA MEMNUNİYETİ VE ÖZERKLİĞİ

Hastaların hekim ve tıbbi tedavi seçme hakkına pek çok ülkenin sağlık sisteminde vatandaşların memnuniyetini ve özerkliğini arttırmak amacıyla önem verilmektedir. Fakat kapıtutuculuk uygulaması hastaların bu seçme hakkını kısmen de olsa kısıtlayarak hastaların doğrudan uzman hekimlere başvurmalarını engellemekte, bunun sonucunda hasta memnuniyetini azaltabilmektedir (Reibling, Wendt 2012). Hastalar, hekim ve tedavi seçme hakkına değer vermelerine rağmen bazı durumlarda doğru seçimler yapmak için yeterli bilgiye sahip olmayabilirler ve bu hakkı kullanmayabilirler (Berendsen et al. 2009; Coulter 2010; Coulter, Jenkinson 2005). Pratikte ise hastalar sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki tercihlerini yakınları, kendi kişisel deneyimleri ve kendi aile hekimlerinin önerileri doğrultusunda yapmaktadırlar ve uzman hekimlere başvurmadan önce genellikle kendi aile hekimlerinin önerileri doğrultusunda hekim seçmektedirler (Berendsen et al. 2009; Coulter 2010). Kapıtutuculuk uygulaması hastaların seçme hakkını kısmen kısıtlamasına rağmen aile hekimlerinin uzman hekimlere yaptığı doğrudan sevkler bekleme sürelerini azaltarak hasta memnuniyetini arttırmak konusunda önemli bir etkidir (Greenfield et al. 2012).

Kapıtutuculuk uygulamasının ve doğrudan erişim modelinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar tartışmalı sonuçlar ortaya koymaktadır. Wensing ve diğerleri (2004) hasta memnuniyeti ve kapıtutuculuk arasında önemli bir ilişki bulmazken, Kroneman ve diğerleri (2006) doğrudan erişim modelinde hastaların kapıtutuculuk uygulamasına kıyasla daha fazla memnuniyete sahip olduklarını belirtmektedirler. Doğrudan erişim modelinin olduğu ülkelerde hastalar istedikleri doktora direkt erişme hakkına sahip oldukları için sonradan yürürlüğe konulan kapıtutuculuk uygulaması sonucunda bazı hastaların memnuniyetleri azalmaktadır (Reibling, Wendt 2012). Fakat bu ülkelerde de hastalar uzman hekimlere doğrudan başvurmaktaansa aile hekimlerinden öneri almayı tercih ettikleri için hastalar arasında ortaya çıkan memnuniyetsizlik oldukça küçük bir grupla sınırlı kalmaktadır (Reibling, Wendt 2012). Kapıtutuculuk uygulamasının güçlü olduğu ülkelerde hastalar hekim ve tedavi seçme haklarına önem vermelerine rağmen bu konuda herhangi bir baskı hissetmemektedirler (Gervas et al. 1994).

Hastaların kendi sağlık durumları ve tıbbi prosedürler hakkında hekimlerden bilgi edinmeye önem vermeleri nedeniyle hasta ve hekim arasındaki iletişim, hasta memnuniyeti açısından önemlidir (Coulter 2010; van den Brink-Muinen et al. 2003). Kapıtutuculuk uygulamasında aile hekimleri hastaların tıbbi geçmişi hakkında daha fazla bilgiye sahipken, doğrudan erişim modelinde hekimlerin hastaların yaşam tarzları, beslenmeleri gibi bireylerin sağlıklarını etkileyecek konularda rutin sorular sormaları gerekmektedir. Fakat bu farklılıkların hekim ve hasta iletişimi üzerine olumlu veya olumsuz bir etkisi bulunamamıştır (van den Brink-Muinen et al. 2003). Bu bağlamda doğrudan erişim modeli ve kapıtutuculuk arasındaki tek farklılık, hastaların aile hekimlerine ikinci basamak sağlık hizmetleri kullanımında daha sık danışması ve aile hekimlerinin onları doğru ve verimli hizmet kullanımı için yönlendirmeleri sonucunda hasta memnuniyetinin artması hakkında olmuştur (Reibling, Wendt 2012; van den Brink-Muinen et al. 2003).

Kapıtutuculuğun yanı sıra hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer faktör ise geri ödeme modelleridir. Hekimlerin performans sistemi ile maaş aldığı ülkelerde aile hekimleri gelirlerini arttırmak amacıyla hastaları uzman hekimlere sevk etmekten kaçınabilirler (Greenfield et al. 2016). Bunun yanı sıra performans sistemi ve nüfus temelli ödeme sistemi aile hekimleri arasında gelir artırımı bağlamında daha fazla rekabete yol açtığı için hasta

memnuniyetini arttırmak adına uzman hekimlere yapılan sevk sayısını arttırabilir (Godager et al. 2015). Ayrıca aile hekimlerinin hastalara daha uzun muayene süresi ayırması ve daha fazla tetkik talep etmesi de hastaların memnuniyetini arttıran diğer unsurlar arasındadır (Cape 2002). Özetle, finansal faktörler aile hekimlerinin hastalarla olan ilişkilerini farklı biçimlerde düzenleyerek hastaların memnuniyeti üzerinde etkilidir.

Sonuç olarak, hastalar hekimlerini ve tedavilerini seçme hakkına değer vermelerine rağmen bu hakkın kapıtutuculuk uygulamasıyla kısıtlanması hastaların memnuniyetini azaltmayabilir. Sağlık durumları ve tedavi süreçleri hakkında aile hekimlerinden bilgi edinebilmek hastaların memnuniyetini daha yüksek oranda etkilemektedir. Bunların yanı sıra finansal faktörlerin hekimlerin hizmet sunma davranışları üzerindeki etkileri de göz ardı edilmemelidir.

V. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİ

Kapıtutuculuk uygulaması, uzman hekimlerin iş yükünü azaltarak görece daha önemli sağlık sorunları olan hastaların daha uzun muayene süreleriyle tedavi olmalarını ve sonuç olarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmayı amaçlar. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kalitesi yalnızca sunulan sağlık prosedürleriyle ilgili değil, aynı zamanda hasta ve hekim arasındaki ilişkiyle de alakalıdır. Kapıtutuculuk uygulamasının sağlık hizmetleri sunumunun ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri hakkında yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu konuda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışma ise kapıtutuculuk ve kalite arasında doğrudan bir ilişki kurmamakta ve kapıtutuculuk ile doğrudan erişim modelleri arasında herhangi bir fark bulmamaktadır (Garrido et al. 2011; Reibling, Wendt 2012).

Bunun yanı sıra kapıtutuculuk uygulaması uzman hekimlerin iş yükünü azaltırken aile hekimlerinin iş gücünü arttırmaktadır ve bu durumun sonucunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite düşebilmektedir (Greenfield et al. 2016). Ayrıca bu uygulamanın aile hekimleri ve uzman hekimler arasında olan ayrımı arttırarak aralarındaki bilgi akışını engelleyeceği, bunun ise hastaların sağlık çıktılarını olumsuz etkileyebileceği farklı çalışmalar tarafından öne sürülmüştür (Berendsen et al. 2009; Greenfield et al. 2016). Fakat aile hekimlerinin hali hazırda hastaların tıbbi geçmişlerini bilmeleri nedeniyle farklı tedavilerin bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar, aile hekimlerinin üstlendiği koordinasyon rolüyle engellenebilir (Reibling, Wendt 2008). Aile hekimlerinin farklı tedavileri koordine etmesi özellikle kronik hastalar için oldukça önem taşımaktadır (Berendsen et al. 2009).

Kapıtutuculuk uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerine etkisi hakkında yapılan araştırmalar bu konu hakkında kesin sonuçlar sunmamaktadır (Garrido et al. 2011; Reibling, Wendt 2012). Fakat sağlık hizmetlerinin az kullanımının ciddi hastalıkların geç teşhisinde etkili olabileceği göz önüne alındığında kapıtutuculuk uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu söylenebilir (Greenfield et al. 2016). Özetle, bu konuda yapılan araştırmaların arttırılması kapıtutuculuk ve sağlık hizmetlerinin kalitesi arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için gereklidir.

VI. SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE EŞİTLİK

Sağlık hizmetlerine her bireyin eşitlik içerisinde erişmesi gelişmiş refah devletlerinin en önemli hedefleri arasında yer almaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen olumlu veya olumsuz farklı faktörler bulunmaktadır. Bireyler arasında sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe yol açan etmenler ise çeşitli politikalarla azaltılmaya çalışılmaktadır (Gervas et al. 1994; Reibling, Wendt 2008). Reibling ve Wendt (2008)'e göre bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini çeşitli yatay ve dikey eşitsizlikler etkilemektedir.

Yatay eşitsizlikler bireyler arasındaki sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanan eşitsizlikleri içerir. Doorslaer ve Koolman (2004) yüksek gelir grubundaki bireylerin uzman hekimlere daha sık başvurduklarını ortaya koyarken, Reibling ve Wendt (2011) ise benzer bir farklılığın farklı eğitim seviyelerine sahip bireyler arasında olduğuna değinir. Farklı eğitim seviyeleri nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde bireyler arasında kaynaklanan eşitsizlik en sık olarak doğrudan erişim modeli olan Fransa, Almanya ve Belçika gibi ülkelerde görülmektedir (Reibling, Wendt 2012). Doğrudan erişim modeli olan ülkelerde yüksek eğitim seviyesine sahip hastalar uzman hekimlere direkt olarak başvururken daha düşük eğitim seviyelerine sahip kişiler ise muayene olmak için aile hekimlerine başvurmayı tercih etmektedirler (Reibling, Wendt 2008).

Dikey eşitsizlikler ise bireyler arasında farklı sağlık durumlarını, buna bağlı değişen ihtiyaçlardan kaynaklanan farklılıkları kapsar. Dikey eşitsizliklerin azaltılması yönündeki politikalar ciddi sağlık sorunları olan bireylere sağlık hizmetlerine erişimde öncelik verme amacını taşır.

Bu bağlamda kapıtutuculuk uygulaması bireyler arasındaki yatay ve dikey eşitsizlikleri azaltarak sağlık hizmetlerine erişimi standartlaştırır (Reibling, Wendt 2008). Kapıtutuculuk uygulaması yüksek sosyoekonomik statüdeki bireylerin sahip olduğu bilgisel avantajı azaltıp, ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırarak gerekli olmayan uzman hekim muayenelerini engeller ve sağlık durumları daha riskli bireylere öncelik verir. Örneğin Fransa'da kapıtutuculuğun getirilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik farklılıkların önemi azalmıştır (Le Fur, Yılmaz 2008).

Fakat kapıtutuculuğun eşitsizlikleri azaltıcı etkisi, farklı sosyoekonomik gruplar arasında sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri tamamen ortadan kaldırmakta yeterli olmamıştır. Kapıtutuculuk uygulamasında daha yüksek eğitim seviyesine sahip olan bireylerin uzman hekimlere sevk talebi daha fazla olmakla beraber hekim ve tedavi seçme haklarını da daha sık kullanmaktadırlar (Reibling, Wendt 2008). Bunun yanı sıra daha yüksek gelir seviyesine sahip olan bireyler kapıtutuculuk uygulamasında da özel sağlık hizmetlerine erişim şansına sahiptirler. Örneğin İngiltere'de güçlü bir kapıtutuculuk uygulaması olmasına rağmen yüksek gelire sahip olan hastalar özel sektörde çalışan uzman hekimlere muayene olabilmektedirler (Greenfield et al. 2016). Bu eşitsizliklere rağmen kapıtutuculuk uygulaması hastaların aile hekimleri aracılığıyla tıbbi bilgiye erişimini kolaylaştırmaktadır (Greenfield et al. 2016; van den Brink-Muinen et al. 2003). Ayrıca hastaların sağlık hizmetlerini gereksiz kullanmaları engellenerek öncelikli hastaların hizmetlere erişimleri kolaylaştırılmaktadır (Reibling, Wendt 2008).

Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler hem kapıtutuculuk uygulamasında hem de doğrudan erişim modelinde görülmektedir. Fakat kapıtutuculuk uygulaması aile hekimlerine başvuruyu zorunlulararak gerekli olmayan sağlık hizmetleri kullanımını azaltmakta ve bu sayede erişimdeki eşitsizliklerin bir kısmını engellemektedir. Kapıtutuculuk uygulaması sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltarak bireylerin sağlık ihtiyaçlarını kategorileştirerek dikey eşitsizliklerin bir kısmını ortadan kaldırmaktadır.

Tablo 1. Kapıtutuculuk Modelinin Sağlık Hizmetleri Sunumu Üzerindeki Etkileri

<i>Verimlilik</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizasyon süresinin kısalması ve acil servise başvuru sayısının azalması (Garrido et al. 2011) • İkinci basamak sağlık hizmetlerinin daha az kullanımı (Gervas et al. 1994; Garrido et al. 2011; Greenfield et al. 2016) • Kadın sağlığının daha iyi takibi ve kadın kanserlerinin erken teşhisi (Reibling, Wendt 2012) • Sağlık hizmetlerinin az kullanımı sonucunda ciddi hastalıkların geç teşhisi (Greenfield et al. 2016)
<i>Maliyet Kontrolü</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık harcamalarının azalması (Gerdtham et al. 1998; Garrido et al. 2011) • Ayakta tedavi hizmetleri sunumunda maliyet artışının daha yavaş ilerlemesi (Delnoij et al. 2000)
<i>Hasta Memnuniyeti ve Özerkliği</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Doğrudan uzman hekime başvurunun engellenmesi sonucunda hasta memnuniyetinin azalması (Reibling, Wendt 2012) • Aile hekimlerinin doğru ve verimli hizmet kullanımı için yönlendirmeleri, doğrudan sevkler ile uzman hekimlerde bekleme sürelerinin azalması sonucunda hasta memnuniyetinin artması (van den Brink-Muinen et al. 2003; Greenfield et al. 2012; Reibling, Wendt 2012) • Doğrudan erişim modelinden kapıtutuculuk sistemine geçen ülkeler ve güçlü kapıtutuculuk uygulaması bulunan ülkeler arasında farklı sonuçlar (Reibling, Wendt 2012)
<i>Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Birinci basamak hekimlerinin iş yükünün artması ve birinci ve ikinci basamak hekimleri arasında bilgi akışının azalması sonucu sunulan hizmet kalitesinde düşüş ihtimali (Berendsen et al. 2009; Greenfield et al. 2016) • Kapıtutuculuk uygulamasının sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkilerini anlamaya yönelik araştırmalar yetersizdir (Garrido et al. 2011; Reibling, Wendt, 2012)
<i>Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitlik</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik avantajların ortadan kaldırılması sonucu, yüksek ihtiyaçlı hastaların önceliği ve bireyler arasındaki eşitlik artırılması (Le Fur, Yılmaz 2012; Reibling, Wendt 2012; Greenfield et al. 2016)

VII. TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ VE KAPİTUTUCULUK UYGULAMASI

Türkiye’de ilk olarak 1961’de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da yer alan fakat hayata geçirilemeyen kapıtutuculuk sistemi, 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yeniden gündeme gelmiştir. “Etkili, kademeli sevk zinciri” hedefinin gerçekleştirilmesi amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ön plana çıkarken, bu doğrultuda aile hekimliği modelinin yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulamaya başlanan aile hekimliği modeli, 2011 yılından itibaren tüm Türkiye’ye yayılmıştır. Fakat aile hekimliği modeli, Türkiye’de sağlığın sosyalizasyonu döneminde güçlendirilen sağlık ocaklarının sunduğu ulaşılabilir, koruyucu, eşitlikçi sağlık hizmetlerini zedelediği gerekçesiyle eleştirilmiş, aile hekimliği modelinin getirdiği esnek çalışma sistemi ve performansa dayalı geri ödemeler sonucunda hekim emeğinin değersizleştiği de vurgulanmıştır (Yılmaz 2009; Türk Tabipleri Birliği 2013). Bunun yanı sıra aile hekimliği modelinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda hedeflenen güçlendirilmiş temel sağlık hizmeti sunumunu birinci basamak sağlık

hizmetlerinin parçalı hale getirilmesi nedeniyle gerçekleştiremediği de vurgulanmıştır (Türk Tabipleri Birliği 2018). Bu bağlamda kapıtutuculuk modeli, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gerçekleştirmekte başarılı olamadığı hedefleri arasındadır.

Kapıtutuculuk uygulaması Türkiye'de 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren Sevk Zinciri Pilot Uygulaması ile Denizli ve Isparta'da hayata geçirilmiştir. Fakat aile hekimliği uygulamasının pilot döneminde sevk zinciri uygulamasının getirilmesi aile hekimlerinin iş yükünü arttırmış, hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerinden verimli yararlanmasını engellemiştir (Türk Tabipleri Birliği 2008). Bu nedenle uygulamaya geçirdikten 15 gün sonra sevk zinciri modeli kaldırılmıştır.

Kısa süren ve olumsuz sonuçlanan sevk zinciri deneyimine rağmen aile hekimlerinin sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerini inceleyen farklı araştırmalar yürütülmüştür (Bektemür ve diğerleri 2018; Bulut, Uğurluoğlu 2018). Bazı hekimler sağlıklı bir sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi gerektiğini ifade etmişler ve aile hekimlerinin iş yükünü azaltacak önlemlerin alınmasının, koruyucu hekimliği ön plana çıkaracak düzenlemeler getirilmesinin, ayrıca kamunun sevk zinciri hakkında bilinçlendirilerek hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilememesinin önemini vurgulamışlardır (Bektemür ve diğerleri 2018). Fakat bu konuda yapılan bir başka çalışma ise aile hekimlerinin sevk zincirine olumsuz baktığını ortaya koymuştur (Bulut, Uğurluoğlu 2018). Aile hekimleri sevk zinciri uygulamasının getirilmesinden ziyade hekimlere bağlı nüfusların düşürülmesi, iş yükünün azaltılması gibi önlemlerle daha kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu önemsemektedirler (Bulut, Uğurluoğlu 2018).

Türkiye'de hastaların sağlık hizmetlerini kullarımlarına dair veriler, ikinci ve üçüncü basamak hekimlerinin yoğunluğunu gözler önüne sermektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2017 yılında hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı ikinci ve üçüncü basamakta 6,0 iken, birinci basamakta bu sayı 2,9'dur (Sağlık Bakanlığı 2018). Toplam hasta müracaat sayılarına bakıldığında ise ikinci ve üçüncü basamak hekimlerine müracaat sayıları, birinci basamak hekimlerine müracaat sayısının iki katından fazladır (Sağlık Bakanlığı 2018). Kapıtutuculuk uygulamasının ikinci basamakta yoğunlaşan hasta sayısını, ikinci basamak hekimlerinin iş yükünü azaltacak olmasına ve ikinci basamaktaki kaynakların daha verimli ve eşitlikçi kullanımını sağlayacak olmasına rağmen, Türkiye'de aile hekimliği modelinin uygulanış biçimi ve birinci basamağın koruyucu yönünün zayıflatılması nedeniyle hekimlerin bu konuda çekimser yaklaştıkları söylenebilir. Kapıtutuculuk uygulamasıyla birlikte aile hekimlerinin iş yükünün artması ve hastayla iletişimi sevk odaklı bir noktaya getirmesi ihtimalleri, bu çekimserliğin önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Günümüz koşullarında neredeyse 5 dakikaya inen muayene süreleri göz önüne alındığında, kapıtutuculuk uygulamasının aile hekimliğini sevk odaklı bir birime dönüştürmesi yönündeki kaygılar oldukça haklıdır (Türk Tabipleri Birliği 2017). Bu bağlamda Türkiye için kapıtutuculuk uygulaması düşünülürken öncelikle aile hekimlerinin çalışma koşulları iyileştirilmeli, birinci basamakta sağlık hizmeti sunumunun hem koruyucu hem de tedavi edici yönleri güçlendirilmelidir.

VIII. SONUÇ

Kapıtutuculuk uygulamasının öncelikli amacı sağlık maliyetlerini azaltmak ve hastaların özellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini düzenleyerek verimliliği arttırmaktır. Fakat kapıtutuculuk uygulamasının etkileri bu iki temel amacın ötesindedir ve bu uygulama aynı zamanda hasta memnuniyetini ve özerkliğini, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hizmetlere erişimde eşitliği de etkilemektedir. Kapıtutuculuk uygulaması hakkında yapılan akademik çalışmalar verimlilik ve maliyet kontrolü hedeflerine ulaşıldığına dair bazı kanıtlar sunarken, bu sonuçların olumsuz etkileri de alanyazında tartışılmaktadır. Bazı

akademisyenler kapıtutuculuk nedeniyle hastaların gerekli olduğu zamanlarda dahi hekimlere danılmaktan çekinmesi nedeniyle geç teşhislerin artması hakkında kaygılıdır ve bu durumun bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkilediğini düşünmektedirler.

Kapıtutuculuk uygulaması sonucunda hastaların hekim seçme hakkının kısıtlanması her durumda hastalarda memnuniyetsizlik ile sonuçlanmamaktadır. Kapıtutuculuk uygulamasının ve doğrudan erişim modelinin olduğu ülkelere dair yapılan hasta memnuniyeti araştırmaları, finansal faktörler ve hastaların sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarının farklılığı nedeniyle farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmeti sunumunun kalitesi arasındaki pozitif ilişki düşünüldüğünde, hastaların sağlık çıktılarının iyileştirilmesi sonucunda hasta memnuniyetinin de orta vadede artacağı düşünülebilir.

Alanyazında hemfikir olunan önemli bir konu ise kapıtutuculuk uygulamasının hastalar arasındaki eşitsizlikleri azaltıcı etkisidir. Bu uygulamanın olduğu ülkelerde hastalar arasındaki bazı yatay eşitsizliklerin devam etmesine rağmen dikey eşitsizliklerin önemli bir kısmı ortadan kaldırılmıştır. Dikey eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, bireylerin sağlık çıktılarının iyileştirilmesi konusunda yatay eşitsizliklerin azaltılmasından daha fazla önem taşımaktadır. Fakat buna rağmen düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin iyileştirilmesi noktasında aile hekimlerinin yönlendirici rolleri oldukça kritiktir.

Kapıtutuculuk uygulaması hakkında yapılan çalışmaların farklı sonuçlar ortaya koymasının nedenleri olarak bu konudaki veri eksikliği ve yapılan akademik çalışmaların kalitesinin yetersiz oluşu görülmektedir (Garrido et al. 2011; Greenfield et al. 2016). Farklı ülkelerdeki sağlık sistemleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma kültürleri de kapıtutuculuk uygulamasının sonuçları üzerinde etkilidir (Reibling, Wendt 2012). Kapıtutuculuk uygulaması hakkında daha kapsamlı bir çerçeve sunmak için bu uygulamanın verimlilik, maliyet kontrolü, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastaların sağlık çıktıları ve hekimlerin işgücüne etkisi hakkında daha fazla veriye ihtiyaç vardır (Greenfield et al. 2016). Bazı alanlardaki veri eksikliğine rağmen kapıtutuculuk uygulamasının sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği azalttığına dair kesin kanıtlar bulunmaktadır. Kapıtutuculuk uygulamasını iyileştirmek ve olumlu etkilerini artırmak amacıyla aile hekimleri ve uzman hekimler arasındaki işbirliğinin artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ayrımın yumuşatılması, bazı akademisyenler tarafından önerilmektedir (Greenfield et al. 2016).

Türkiye’de ise sağlık sisteminde kapıtutuculuk uygulaması denenmesine rağmen uygulamalar başarılı olamamış, kısa süre içerisinde kaldırılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda yapılan araştırmalar Türkiye’de aile hekimliği modelinin öncelikli sorunlarını ortaya koymakta, bu sorunlar çözülmeden kapıtutuculuğun ve sevk zincirinin uygulamaya geçirilmesinin zorluklarını gözler önüne sermektedir.

KAYNAKLAR

1. Albertson G.A., Lin C.T., Kutner J., Schilling L.M., Anderson S.N. and Anderson R.J. (2000) Recognition of Patient Referral Desires in an Academic Managed Care Plan. **Journal of General Internal Medicine** 15(4): 242–247.
2. Bektemür G., Arıca S. ve Gençer M.Z. (2018) Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? **Ankara Medical Journal** 18(3): 256–266.
3. Berendsen A.J., de Jong G.M., Meyboom-de Jong B., Dekker J.H. and Schuling J. (2009) Transition of Care: Experiences and Preferences of Patients Across the Primary/Secondary Interface: A Qualitative Study. **BMC Health Services Research** 9: 1–8.
4. Bulut S. ve Uğurluoğlu Ö. (2018) Aile Hekimlerinin Bakış Açısı ile Sevk Zincirinin Değerlendirilmesi. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi** 22(3):118–132.
5. Blank R.H. and Bureau V. (2007) **Comparative Health Policy**. Palgrave Macmillan, Hampshire.
6. Brekke K.R., Nuscheler R. and Straume O.R. (2007) Gatekeeping in Health Care. **Journal of Health Economics** 26(1):149–170.
7. Van den Brink-Muinen A., Verhaak P.F., Bensing J.M., Bahrs O., Deveugele M., Gask L., ... & Oppizzi L. (2003). Communication in general practice: differences between European countries. **Family Practice** 20(4): 478-485.
8. Cape J. (2002) Consultation Length, Patient-Estimated Consultation Length, and Satisfaction with The Consultation. **British Journal of General Practice** 52(485): 1004–1006.
9. Coulter A. (2010) Do Patients Want A Choice and Does It Work? **BMJ** 341: 7780.
10. Coulter A. and Jenkinson C. (2005) European Patients’ Views on the Responsiveness of Health Systems and Healthcare Providers. **European Journal of Public Health** 15(4): 355–360.
11. Çiçeklioğlu M., Öcek Z., Yücel U., Özdemir R., Türk M. ve Taner Ş. (2013) **Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?** Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
12. Delnoij D., Van Merode G., Paulus A. and Groenewegen P. (2000) Does General Practitioner Gatekeeping Curb Health Care Expenditure? **Journal of Health Services Research & Policy** 5(1): 22–26.
13. Doorslaer E. and Koolman X. (2004) Explaining The Differences in Income-Related Health Inequalities across European Countries. **Health Economics** 13(7): 609–628.
14. Dourgnon P. and Naiditch M. (2010) The Preferred Doctor Scheme: A Political Reading of a French Experiment of Gate-Keeping. **Health Policy** 94(2): 129–134.
15. Franks P., Clancy C.M. and Nutting P.A. (1992) Gatekeeping Revisited: Protecting Patients from Overtreatment. **The New England Journal of Medicine** 327(6): 424–9.

16. Le Fur P. and Yilmaz E. (2008) Referral to Specialist Consultations in France in 2006 and Changes since the 2004 Health Insurance Reform. **Questions d'Economie de la Santé** 134: 1-8.
17. Garrido M.V., Zentner A. and Busse R. (2011) The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of the Literature. **Scandinavian Journal of Primary Health Care** 29(1): 28–38.
18. Gerdtham U.G., Jönsson B., MacFarlan M. and Oxley H. (1998) The Determinants of Health Expenditure in Tte OECD Countries: A Pooled Data Analysis. **Developments in Health Economics and Public Policy** 6: 113–34.
19. Gervas J., Fernandez P.M. and Starfield B.H. (1994) Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. **Family Practice** 11(3):307–317.
20. Godager G., Iversen T. and Ma C.T.A. (2015) Competition, Gatekeeping, and Health Care Access. **Journal of Health Economics** 39: 159–170.
21. Greenfield G., Pliskin J.S., Feder-Bubis P., Wientroub S. and Davidovitch N. (2012) Patient-Physician Relationships in Second Opinion Encounters - The Physicians' Perspective. **Social Science and Medicine** 75(7):1202–1212.
22. Greenfield G., Foley K. and Majeed A. (2016) Rethinking Primary Care's Gatekeeper Role. **BMJ** 354: 1-6.
23. Klein R. (1995) **The New Politics of the NHS**. Longman, London.
24. Kroneman M.W., Maarse H. and Van Der Z.J. (2006) Direct Access in Primary Care and Patient Satisfaction: A European Study. **Health Policy** 76(1): 72–79.
25. Öcek Z.A., Çiçeklioğlu M. ve Türk M. (2006) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye'de Uygulanabilir Mi? **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi** 15(8): 144–148.
26. Reibling N. and Wendt C. (2008) **Access Regulation and Utilization of Healthcare Services**. Mannheim University, Germany.
27. Reibling N. and Wendt C. (2011) Regulating Patients' Access to Healthcare Services. **International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics** 1(2): 1–16.
28. Reibling N. and Wendt C. (2012) Gatekeeping and Provider Choice in OECD Healthcare Systems. **Current Sociology** 60(4): 489–505.
29. Sağlık Bakanlığı (2003) **Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
30. Sağlık Bakanlığı (2018) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
31. Starfield B. (1994) Is Primary Care Essential? **The Lancet** 344(8930): 1129–1133.

32. Türk Tabipleri Birliği (2008) **Aile Hekimliğinde 'Co-pilot' Uygulaması**. <http://www.ttb.org.tr/315ydn1> Erişim Tarihi: 29.04.2019.
33. Türk Tabipleri Birliği (2017) **Tabip Odaları "5 Dakikada Muayeneye Hayır" Dedi!** <http://www.ttb.org.tr/195ycpj> Erişim Tarihi 27.08.2019.
34. Türk Tabipleri Birliği (2018) **Aile Hekimliği: Ne Dediler, Ne oldu?** http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bc1a-1adc-11e8-af60-25b4195f91bb Erişim Tarihi 27.08.2019.
35. Vedsted P. and Olesen F. (2011) Are the Serious Problems in Cancer Survival Partly Rooted in Gatekeeper Principles? An Ecologic Study. **British Journal of General Practice** 61(589): e508-12.
36. Wensing M., Baker R., Szecsenyi J. and Grol R. (2004) Impact of National Health Care Systems on Patient Evaluations of General Practice in Europe. **Health Policy** 68(3): 353–357.
37. Yılmaz B.N. (2009) Aile Hekimliği: Hekim Emeğinin Değersizleşmesi ve Esnekleşmesi. **Toplum ve Hekim** 24(2): 159–160.