

Sunucular tarafından uyarılan talebin kontrolü

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

N eoliberal ekonomi politikalarının zorlamalarına rağmen sağlık hizmetlerinin tamamen piyasalara bırakılmamasının başlıca nedenlerinden biri, hizmeti sunanlarla alanlar arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanan “sunucu tarafından uyarılan talep” konusudur. Sağlık hizmeti piyasasındaki arz-talep ilişkisi diğer piyasalardan farklı işlemekte, bazı durumlarda arz fazlalığı talep artışını uyarmakta, bazen de arz edenlerin manipülasyonu sonucu ihtiyaçtan kaynaklanmayan talepler oluşturulabilmekte veya kışkırtılabilmektedir. Buna bağlı olarak da aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları, zaten artmakta olan sağlık harcamalarının sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin İngiltere’de sağlık harcamalarındaki artış NHS kurulduğundan beri geçen süre içerisinde, aralıksız her yıl %4 artış ile ekonomideki büyümeden çok daha hızlı artmış olup, diğer OECD ülkeleri için de benzer bir durum söz konusudur (1, 2). ABD’nin 2007 yılında GDP’sinin %16’sını oluşturan sağlık harcamalarının 2025’te %25’e, bu şekilde gitmesi halinde 2082’de %49’a çıkacağı hesaplanmıştır (3). Yakın zaman kadar hep sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden, eksik ya da hatalı sunumundan kaynaklanan sorunlar dikkati çekmekte iken bir süredir aşırı ve gereksiz kullanıma bağlı sorunlar da dile getirilmeye başlanmıştır. ABD’de yılda 57 bin kişinin, yani her hafta binden fazla kişinin aşırı sağlık hizmet sunumu nedeniyle öldüğü anlaşılmaktadır (4).

“Sunucu tarafından uyarılan talep” konu-

su tartışılırken hangi sağlık hizmetlerinin “ihtiyaç”, hangilerinin “istek” olduğu; taleplerin gerçek ihtiyaçlardan mı kaynaklandığı, var olan hizmetlere bir yanıt olarak mı ortaya çıktığı, yoksa hizmeti sunanların uyarması ile mi oluştuğu konuları tanımlanmaya, ölçülmeye ve izlenmeye muhtaç konulardır. Konuyu tartışmaya geçmeden önce bu konuda kullanılan kavramlara kısaca değinmek gerekir. “Sunucu tarafından uyarılan talep”, sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilenme nedeniyle, sunucuların özellikle de hekimlerin, aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesini ifade etmek amacıyla kullanılan bir kavramdır (5). Aynı amaçla kullanılan bir başka kavram olan “Tercih duyarlı hizmet”, bazı sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde hekim ya da sunucunun tercihi ile belirlendiğini ifade etmek amacıyla kullanılmakta (6), “Arz tarafından uyarılan talep” ya da “Arza duyarlı hizmet” kavramları ise, bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan talepleri ifade etmektedir (7).

Örneğin, hiç bir endikasyon olmadığı halde gebenin endişesinden yararlanılarak gereksiz yere sezaryen ameliyatı yapılması ve sezaryen oranlarının artması “sunucu tarafından uyarılan bir talep” iken; endikasyon olduğu halde daha önce hizmete ulaşamayanların hizmete erişimlerinin sağlanması nedeniyle sezaryen oranlarının artması “arz tarafından uyarılan talep” anlamına gelir. Birinci tür talep hem hasta güvenliği, hem de sağlık harcamaları açısından

sakıncalı olabilmekte iken, ikinci tür talebin hizmete ihtiyacı olanlar açısından yararı söz konusudur.

Bu konuda sıklıkla kullanılan bir başka kavram da “Uyarılan kullanım”dır. Bu kavram her iki talep türünden farklı bir hizmet ve harcama artışı durumunu ifade etmektedir (8). Örneğin birinci basamağa başvuran kişilerde saptanan patolojilerin kesin tanı için ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesi; erken tanı amacıyla yapılan toplum taramaları veya check up’lar sırasında karşılaşılan kuşku durumları için kişilerin zaten var olan bazı klinik hizmetlere yönlendirilmesi (kan basıncı, kan şekeri yüksek çıkanların iç hastalıkları kliniklerine yönlendirilmesi gibi) gibi düzenlemeler, kişilerde talep olmadığı halde bu hizmetlerin kullanımını arttıracaktır ki, “uyarılan kullanım” adı verilen bu artışlar, iyi yönetilmeleri halinde hizmet alanlar açısından yararlı olabilecek durumlardır. Uyarılan kullanım kavramının da, endikasyon, ihtiyaç, talep hatta istek söz konusu olmadığı halde, (örneğin her yeni doğanın küvöz bakımına alınması, durumunda değişiklik olan her hastanın yoğun bakıma yatırılması gibi) bazı hizmetlerin kullanımının gereksiz yere teşvik edilmesi anlamındaki “kötü kullanım” ile karıştırılmaması gerekir. Bu kavramlar ve anlamları tabloda özetlenmiştir.

“Ne kadar yatak, o kadar hasta” şeklinde özetlenebilecek olan ve ilk kez Milton Roemer isimli bir halk sağlığı profesörü tarafından ayrıntılı şekilde incelenen “arza duyarlı hizmet” konusunda geliştirilen, Roemer Yasası olarak anılan

saptamaya göre, hasta yatağı sayısı ne kadar arttırılırsa yatan hasta miktarı da o kadar artmaktadır (9). Benzer şekilde, kardiyolog sayısı ne kadar artarsa kardiyoloji hastası sayısı o kadar artmaktadır. Bu noktada, artışların ne kadarının gerekli, yani ihtiyaç temelli, ne kadarının ise gereksiz kullanım olduğu konusu çok değişken, tanımlanması ve ölçülmesi zor bir konudur.

Uyarılan talep ve kullanımlar sonucu ortaya çıkan “açıklanması zor farklılıklar” önemli bir kalite ve hasta güvenliği sorunu olarak bütün sağlık sistemlerini tehdit etmektedir. Açıklanması zor farklılıklar kavramı, aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin veriliyor olması ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantık ve kanıtlarla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesini açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (7).

Bu farklılıkların bir kısmının hekim tercihlerinden, bir kısmının ise arz fazlalığından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Hekim tercihlerinden kaynaklanan farklılıkların tıbbi gerekçeleri ve sonuçları da tartışmalı olabilmekle birlikte, arz fazlalığından kaynaklanan farklılıkların temel sağlık göstergelerinde ve yaşam kalitesinde hiçbir olumlu değişikliğe yol açmadığı çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Arza duyarlı hizmetlerdeki artış, özellikle bazı kronik sağlık sorunlarının kesin bir tedavisi ve klinik izleme rehberlerinin bulunmamasının da etkisiyle, elde bulunan tüm imkânların sonuna kadar kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Hizmeti sunanlara yapılan ödemelerin hizmet-başına ödeme tarzında olması halinde bu kullanım kazanç amacıyla daha da büyük boyutlara ulaşmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre hizmet kullanımının fazlalığı, örneğin hekime başvuru sayısının, hastanede yatış sürelerinin ve yatış oranlarının yüksekliliği gibi göstergeler, kronik hastalık prevalansı ile ilişkili olmaktan ziyade hastane yatak sayısı, uzman hekim sayısı, yoğun bakım birimi sayısı gibi sunulan hizmetlerin fazlalığı ile ilişkili bulunmakta ve hizmetlerin fazla kullanılmasının hastaların yaşam süreleri ile yaşam kalitelerine pek katkısı olmadığı anlaşılmaktadır. Hatta hizmetlerin yoğun olduğu bölgelerdeki kronik hastalık ölümlerinin diğer bölgelerden daha yüksek olduğu, hasta memnuniyetinin de daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (10, 11).

İnsanların kendilerine sunulan, kolay erişilebilen hizmetlerden yararlanma istekleri, onların sağlık okur-yazarlıkları ve sağlık konusundaki inanç ve beklentileri ile ilişkili bir sağlık davranışı olup



Tablo: Sağlık hizmetlerindeki talep ve kullanım kavramları

Sunucu tarafından uyarılan talep	Sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilendirme nedeniyle sunucuların, özellikle de hekimlerin, aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesi.
Arz tarafından uyarılan talep	Bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan talepler.
Uyarılan kullanım	İlk başvuru anından sonra kesin tanı, erken tanı gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkan ek hizmet kullanımı.
Tercihe duyarlı hizmet	Hizmet sunucuların, genellikle de hekimlerin, var olan işlem ve tedavi seçeneklerinden birisini tercih etmesi.
Arza duyarlı hizmet	Arz tarafından uyarılan talep anlamında.
Açıklanması zor farklılıklar	Aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin veriliyor olması ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantıkla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesi.

her koşulda desteklenmesi gerekir. Ancak hizmetlerin kullanılması yönünde gelişmiş olan, alışkanlığa dönüşen bir davranışın daha sonra değiştirilmesinin ve akılcı kullanıma dönüştürülmesinin çok zor olacağı da akılda tutulmalıdır. Bunun tipik bir örneği ülkemizde yaşanmaktadır. Tüm toplumun sağlık güvence sistemi kapsamına alınmış olması, kamu ve özel sektör sağlık örgütlerinin sayısının artırılmış, hizmet kalitesinin geliştirilmiş olması ve sevk zincirinin kaldırılarak dileyenin dilediği yerden hizmet almasının sağlanmış olması şeklinde özetlenebilecek reform çalışmaları sayesinde 12 yıl önce OECD ortalamasının çok altında olan kişi başına hekime başvuru oranı,

son iki yıldır ortalamasının çok üzerine çıkmıştır. Benzer bir durum acil servis başvuruları için de söz konusudur. Hizmet kullanımı ve sağlık harcama istatistiklerinin bu eğilimlere uygun olarak sürdürülmesinin ekonomik açıdan mümkün olmayacağı anlaşılacakla birlikte, bu eğilimlerin nasıl yönetileceği de zor bir konudur.

“Hizmetlere erişimin kolaylaştırılması, karşılanmamış ihtiyaçların karşılanmasına mı yardımcı olmakta, yoksa kullanımına gerek olmayan bazı hizmetlerin kullanımını mı arttırmaktadır?” sorusu her sağlık sisteminde iyi yanıtlanması gereken önemli bir sorudur. İyi işleyen bir



Aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları, zaten artmakta olan sağlık harcamalarında sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkabilmektedir. İngiltere’de sağlık harcamalarındaki artış NHS kurulduğundan beri geçen süre içerisinde, aralıksız her yıl %4 artış ile ekonomideki büyümeden çok daha hızlı artmıştır. ABD’nin 2007 yılında GDP’sinin %16’sını oluşturan sağlık harcamalarının 2025’te %25’e, bu şekilde gitmesi halinde 2082’de %49’a çıkacağı hesaplanmıştır.

sağlık sistemi, vatandaşların ihtiyaçlarına yerinde, zamanında ve sürekli cevap veren bir sistem olduğuna göre, hatta ihtiyacının farkında olmayan vatandaşlara erken tanı amaçlı hizmetler sunarak olası riskleri saptayıp hizmete yönlendirmeyi sağlamakla yükümlü olduğuna göre, hizmetlerin yaygınlığı, sürekliliği ve erişilebilirliği esas olmak zorundadır. Öte yandan uyarılan talep ve uyarılan kullanım riski nedeniyle hizmetlerin gereksiz kullanımı ve harcama artışını kontrol altına almak da iyi işleyen bir sistemin özelliği olmak zorundadır.

Konuyla ilgili kaynaklar tarandığında arzın artışından kaynaklanan ya da sunucu tarafından uyarılan taleplerin şu durumlarda daha fazla olduğu görülmektedir:

- Herkesin sağlık güvencesine kavuşmuş olması, hizmet sunanların sayısının ve yaygınlığının artmış olması gibi nedenlerle hizmetlere erişimin her anlamda çok kolaylaşmış olması,
- Sevk zincirinin bulunmaması, hekim ve sunucu seçmede sınırsız bir özgürlüğün olması,
- Hizmet sunuculara, hekimlere yapılan ödemelerin “hizmet başına” yapılıyor olması,
- Performansa dayalı ödemelerde, performans ölçümlerinin kaliteye odaklı değil de hizmet miktarına göre düzenlenmiş olması,
- Malpraktis ve hasta güvenliği konusundaki yaptırımların etkisiyle defansif tıp uygulamalarının artması,
- TİG uygulamaları, klinik rehberler, gibi uygulamaların bulunmaması ya da etkili biçimde kullanılmaması, gibi klinik yönetim sorunlarının olması,
- Hekimlerin ikili görev yapması, yani, bir yandan kamuda hizmet verirken diğer yandan özel çalışma imkânlarının olması,
- Hekim ve sunucuların alışkanlıkları, kültürel özellikleri,
- Hastaların hastalıklarına ilişkin inanç ve beklentileri.

Sunucu tarafından uyarılan talebin kontrolü için çeşitli ülkelerde yaşanan deneyimlerin ışığında ortaya çıkan önlemler ise şu şekilde özetlenebilir:

Birinci basamağın güçlendirilmesi ve sevk zincirinin kurulması

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara en kolay erişebilecekleri şekilde ve sürekli (7/24) sunulması, iyi bir sevk zinciri kurularak ikinci ve üçüncü basamağa ihtiyacı olan vakaların doğru şekilde seçilmesi ve ulaşmasının sağlanması, tüm sağlık sistemlerinde olması gereken bir özelliktir. Birinci basamak hekimlerinin hastalara bütüncül yaklaşma özelliği, pek

çok sorunun birinci basamakta çözümlenmesini sağlamakta, uzman gerektiren durumlarda ise hastayı dolaştırmak yerine doğru yere yönlendirerek gereksiz hizmet kullanımını engellemektedir. Böyle bir sistemde gerektiğinde genel pratiisyene ek olarak hemşire, eczacı, paramedik, gibi personelden de yararlanmanın etkili olacağı görülmektedir. Bu konuda köklü deneyimlere sahip olan ülkelerden birisi İngiltere’dir. İngiltere’de iyi işleyen bir sevk sistemi olduğu halde birinci basamak sağlık örgütlerine yapılan başvuruları ve hasta ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılayabilmek amacıyla başta Londra olmak üzere çeşitli yerleşim yerlerinin kalabalık ve merkezi bölgelerine “yürü-gir merkezleri” ile “acil bakım merkezleri” kurularak her vatandaşın günün her saatinde randevusuz hizmet alması sağlanmıştır. Bu merkezleri kapsayan bir çalışmada, yürü-gir merkezlerine başvuran hastaların %16’sı, acil bakım merkezlerine başvuranların ise %12’si tarafından bu hizmetlerin olmaması durumunda hiçbir şey yapmayacaklarının ifade edildiği görülmüş; bunlara önerilen hizmetler de hesaba katıldığında söz konusu merkezlere gelenlerin sırasıyla %46 ve %33’ü için talep edilmeyen hizmet kullanımına yol açıldığı sonucuna varılmıştır (12, 13).

Yani hizmetin yaygınlaştırılması ve sürekli hale getirilmesi bazen daha önce **karşılanmamış ihtiyaçları** karşılar iken, bazı talepleri de uyarmıştır. Ancak aynı çalışmalarda bu taleplerin iyi bir triyaj sistemi ile uygun şekilde yönlendirilebileceği ve gereksiz hizmet kullanımına yol açılmadan yönetilebileceği sonucuna da varılmıştır. Hatta bu yolla hastane acil servislerindeki yığılmalara, kliniklerdeki kuyruklara daha kolay çözüm bulunacağı anlaşılmaktadır. Trijaj ve sevk olmadığı durumlarda çok görülen ve arzu edilmeyen bir durum olan **aşırı kullanım**, yani hastanın sorununa tek bir başvuru noktasında çözüm bulmak yerine pek çok yeri dolaştırmak, aslında riskten sakınma amaçlı bir uygulama olarak ortaya çıkmaktadır. İlk başvuru noktasındaki görevlinin bu konuda iyi eğitilmiş birisi olması ve yasal alt yapının kurulması halinde etkili bir triyajın mümkün olabileceği çeşitli ülkelerde denenmiş bir modeldir.

Danimarka’da mesai dışı saatlerdeki başvurular için genel pratiisyenlerin telefonla yaptığı triyaj uygulamasına ilişkin bir çalışmada, başvuruların %50’sinin telefonla halledilebildiği, üçte birinin yüz yüze görüşmek için davet edilmesi gerektiği, %19’una ise ev ziyareti yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır (14). Bu sonuçlar, Hollanda’da hemşireler tarafından gerçekleştirilen birinci basamak triyaj uygulaması sonuçları ile uyumludur (15).

Sunuculara yapılan ödeme sistemlerinin düzenlenmesi

Sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerin hizmet başına değil de yerine göre kişi başına ya da karma yöntemlerle yapılmasının uyarılan talepleri kontrol edebileceği görülmektedir. Hekimlere yapılan ödemelerde, özellikle hizmet başına ödeme modelinin sunucu tarafından uyarılan talep artışına en çok neden olan model olduğu anlaşılmaktadır. Bu ödeme biçimi, sağlık sektöründeki vekil-ajan ilişkisinden kaynaklanan "ahlaki tehlike" olasılığını arttırmaktadır. Daha açık bir deyişle, hekimin vereceği hizmetin miktarı ile orantılı olarak para alacağını bilmesi durumunda, gerekli olmayan bazı hizmetlerin verilmesi de mümkün olabilmektedir. Bunun yerine karma modellerin uygulanması daha mantıklı görünmektedir. Performansa dayalı ödemelerin yapılması gereken durumlarda ise performans ölçümlerinde yapılan işin miktarına değil kalitesine, çıktılarına odaklanılmalıdır. Sunucu tarafından uyarılan talebin kontrolü açısından en etkili ödeme yönteminin sabit maaş ödemesi olduğu kesindir. Sabit maaş yöntemi, talebi uyarmak bir yana, tam tersine hekimlerin hizmet miktarını düşürerek kendilerine daha çok boş zaman yaratma eğiliminde olmalarını sağlayan bir yöntemdir (16). Ancak bu yöntemde de hizmetlerin eksik kullanımı riski bulunduğundan, hizmet kalitesinin ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesi söz konusudur.

Hastaların klinik karar süreçlerinde yer alması

Özellikle kronik hastalıklarda, yapılması gereken işlem ve tedavilere klinisyen ve hastaların mevcut kanıtların ışığında birlikte karar vermeleri, giderek yaygınlaşan ve hem etik açıdan doğru, hem de alınacak sonuçların başarısı açısından yerinde bir uygulamadır. Ortak karar verme sürecinde, bu amaçla geliştirilmiş, broşür, DVD, kitapçık ya da akış şemaları şeklinde kullanılabilen karar yardımcılarından yararlanılmaktadır. Özellikle tedavi seçenekleri tartışmalı olan, "tercihe duyarlı hizmet" örneklerinden, meme kanseri, prostat hipertrofisi, diz osteoartriti gibi durumlar için geliştirilmiş karar yardımcılarının yaygın olarak kullanılmakta olduğu dikkati çekmektedir (17).

Karar yardımcıları sayesinde hastaların bilgilendirilmeleri ve kendileri için doğru olan seçeneklere karar vermeleri mümkün görünmekte, örneğin bu şekilde elektif cerrahi işlemlerde %25 oranında azalmaların olabileceği anlaşılmaktadır (18). Ancak bu yaklaşımın başarısının üç önemli koşula bağlı olduğu görülmektedir (19):

- Kanıta dayalı en son bilgiye ulaşma imkânının her an el altında olması,
- Seçeneklerin artıları ve eksileri konusunda iyi bir rehberin bulunması,
- Hasta katılımını destekleyici bir klinik ortamının bulunması.

Karar yardımcıları geliştirme konusunda çok çalışma bulunmakla birlikte, bu yardımcıların uygulamaya konulması için gerekli kültürün oluşturulması konusunda daha pek çok çabaya ihtiyaç vardır. "Hekim en doğrusunu bilir" rahatlığını tercih eden hasta ve politikacıların tüm sorumluluğu hekimlere devretmesi ve bazı klinisyenlerin "zaten her şeye hasta ile birlikte karar veriyoruz" gerekçesi ile bu tür uygulamalara ilgisiz kalması, bu uygulamaların önündeki en önemli engeldir. Ancak yakın bir gelecekte hastalar için "bilgilendirilmiş rıza"nın yerine "seçenekler hakkında bilgilendirilmiş rıza"nın önem kazanacağı ve hizmet sunucular için işlerin eskisi kadar kolay olmayacağı kesindir.

Herkesin erişimine uygun, yaygın, kapsamlı, kaliteli ve sürekli sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması ne kadar gerekli ise, bu hizmetlerin insana yaraşır ve sürdürülebilir olması da o derece önemlidir. İnsanın, sağlık hizmetlerinin nesnesi değil, öznesi olduğunu bir kez daha hatırlamak gerekir

Kaynaklar

- 1) Editorial. Why is health care inflation greater than general inflation? *J Health Serv Res Policy*, April 16, 2014;1-2. as doi:10.1177/1355819614531940.
- 2) OECD. Health data at a glance 2013, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> OECD (Erişim tarihi: Nisan 2015).
- 3) Congressional Budget Office, *The Long-Term Outlook for Health Care Spending* November 2007.
- 4) Sipkoff M. 9 Ways To Reduce Unwarranted Variation. *Managed Care* 2003;12(11):20-24. <http://www.managedcaremag.com/archives/0311/0311.variation.html> (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2015)
- 5) Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supply Induced Demand for Medical Services. Productivity Commission, Melbourne, Australia, 2002.
- 6) Wennberg JE, Brownlee S, Fisher ES, Skinner JS, Weinstein JN. An agenda for change: Improving Quality and Curbing Health Care Spending. *Dartmouth Atlas White Paper*, 2008.
- 7) Dartmouth Atlas Project Topic Briefing 2007. Supply Sensitive Care. www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/supply_sensitive.pdf. 2007.
- 8) Rosen R. Meeting need or fuelling demand? Improved access to primary care and supply-induced demand. *NuffieldTrust*, 2014.
- 9) Abel EK, Fee E, Brown TM, Milton I, Roemer Advocate of Social Medicine, International Health, and National Health Insurance. *American Journal of Public Health* 2008; 98 (9):1595-97.
- 10) Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile

Hekimin vereceği hizmetin miktarı ile orantılı olarak para alacağını bilmesi durumunda, gerekli olmayan bazı hizmetlerin verilmesi de mümkün olabilmektedir. Bunun yerine karma modellerin uygulanması daha mantıklı görünmektedir. Performansa dayalı ödemelerin yapılması gereken durumlarda ise performans ölçümlerinde yapılan işin miktarına değil kalitesine, çıktılarına odaklanılmalıdır.

L. Pinder, *The implications of regional variations in Medicare spending: Part 1. Utilization of services and the quality of care. Annals of Internal Medicine* 2003;138:273-287.

11) Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile L. Pinder, *The implications of regional variations in Medicare spending: Part 2. Health outcomes and satisfaction with care. Annals of Internal Medicine* 2003;138:288-298.

12) O' Cathain A, Coster J, Salisbury C, Pearson T, Maheswaran R and Nicholl J. Do walk in centres for commuters work? A mixed method evaluation. *British Journal of General Practice* 2009;59:934-939.

13) Arain M, Campbell MJ and Nicholl JP. Impact of a GP led walk-in Centre on NHS Emergency departments. *Emergency Medicine Journal*. 2014, doi: 10.1136/emered-2013-202410.

14) Christensen MB, Olesen F. Out of Hours Service in Denmark: Evaluation Five Years after Reform," *British Medical Journal* 1998;316(7143): 1502-1505.

15) Grol R, Giesen P, van Uden C. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. *Health Affairs* 2006; 25(6): 1733-1737.

16) Grytten J, Sorensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *J Health Econ*. 2001 May;20(3):379-93.

17) O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas Ha, Moulton BW, Sepucha KR. Toward the "tipping point": decision aids and informed patient choice. *Health Aff (Project Hope)* 2007;26:716-25.

18) O'Connor A, Bennett C, Stacey D, Barry M, Col N, Eden K. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD001431.

19) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS, *BMJ* 2010;341:c5146.