

# Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

**S**on zamanlarda ülkemizde sağlık hizmetlerinin önündeki engellerin kaldırıldığı, hizmete erişimin kolaylaştığı malumdur. Bu durumun yol açtığı memnuniyetin yanı sıra çeşitli sıkıntılar ve kaygılar da dile getirilmektedir. 2000'li yılların başında yılda ortalama kişi başı 3 kez başvurudan söz edilirken bugün bu rakamın 8'i aştığı bildirilmektedir. Bu artışa ilişkin ifade edilen kaygılar, doktorların iş yükü ve sağlık harcamalarına odaklanmaktadır. Bu artışa toplumun daha fazla hasta olduğu yönünde mesnetsiz yorum getirenler de mevcuttur. Bu son yorumun bilimsel ve gözlemsel bir temeli olmadığı gibi, sağlık harcamaları ile doktora başvuru sayısı arasında bir korelasyon olduğuna ilişkin istatistik veri de mevcut değildir.

Geçmişteki doktora başvuru sayısından bahsederken referans aldığımız en kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü tarafından yürütülen 1992 Haziran tarihli Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasıdır (1). Bu araştırma, hizmeti kullananların özelliklerinin belirlenmesinin yanında hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasını da amaçlayan kapsamlı bir çalışmadır. Hane halkı araştırması ile 27.408 kişilik bir örneklem üzerinde sorgulama yapılarak veri elde edilmiştir. Bu çalışmada yıllık kişi başı

doktor başvurusu kırsalda 1,63, kentsel bölgede ise 3,05 olarak tespit edilmiştir. Toplam nüfusta yıllık kişi başı başvuru 2,44 olarak hesaplanmıştır; sigortasız kişilerde ise sadece 1,57 bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarına göre 2002 yılında 3,2 olan kişi başı doktora başvuru sayısı, düzenli bir artış göstererek 2011 yılında 8,2 olmuştur (2). Bu sayı son veri olan 2013 yılına kadar sabit kalmıştır. Ancak burada bir husus dikkat çekicidir. 2011 yılında birinci basamakta kişi başı başvuru sayısı 3,3 ile en yüksek noktadadır. Bu yıldan sonra toplam başvuru sayısı sabit (8,2) kalmasına rağmen, birinci basamaktaki başvuru sayısı düşmeye başlamış, 2012 yılında 3,1, 2013 yılında ise 2,9 olmuştur. Üç yıl içinde aradaki bu 0,4'lük düşüşün hastanelere başvuru olarak eklendiği görülmektedir. Hastaların son 3 yılda birinci basamaktan hastanelere kaymasının hangi politika değişikliğinden kaynaklandığı incelemeye muhtaçtır. Bu veri bile, yapılan taktik değişikliklerin hastaların başvurularını nasıl yönlendirebildiğini göstermektedir.

Cumhuriyet tarihimizde nüfus artırıcı (pronatalist) ve nüfus azaltıcı (antinatalist) politikalar birbiri ardına yer değiştirerek gelmiştir. Nüfusun hızla yaşlanmakta olduğu son dönemde yine nüfus artırıcı politika gündemdedir. Buna benzer

şekilde önceleri halkı bilinçlendirip sağlık hizmeti almasını teşvik eden politikalar uygulanırken hızla artan sağlık hizmeti talebi karşısında yüksek başvuru oranını düşürmeye yönelik politika arayışları başlamıştır. Sorun müracaat sayısını gösteren rakamın kendisinde mi, yoksa gerçekleşen müracaatın gerekli olup olmamasında mı? Sadece rakamların değişimine bakarak bir yargıya varmanın yeterince doğru bir yaklaşım olmadığını düşünüyorum.

Öncelikle önceki yıllarda doktora başvuru sayısının hesaplama yöntemiyle bugün Sağlık-Net ya da Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) dijital kayıtları (MEDULA) üzerinden yapılan tespitlerin karşılaştırılması dikkatli bir analiz gerektirmektedir.

Önceki hesaplamalarımız, sosyal güvenlik kapsayıcılığının sınırlı olduğu, sosyal güvenlik kapsamında olsa bile insanlara hizmet almak için hekimlere hastane dışında ulaşma yolunu kullandığı, muayenehaneler dâhil sağlık kuruluşlarında düzenli kaydın tutulmadığı, hastanelerde bile hasta kaydının poliklinik defterlerinden hesaplanmaya çalışıldığı bir ortamda üretilen verilere, ya da hane halkı araştırmalarına dayanmaktadır.

Bugün ise Genel Sağlık Sigortası (GSS) mevcuttur ve sigorta kapsamında alınan



bütün sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından SGK'ya aktarılmaktadır. Hastalara e-reçete marifetiyle ilaç yazılmakta, eczaneler verdiği her ilacı sisteme kaydetmektedir. Hatta ilaç takip sistemi (İTS) yoluyla, üretimden hastaya ulaşıncaya kadar bütün zincir kayıt altında tutulmaktadır. Özel sigortalar kanalıyla alınan sağlık hizmetleri de bu sigortalar tarafından, hem de provizyonları ile birlikte, kayıt altına alınmakta ve takip edilmektedir. GSS ve özel sağlık sigortaları dışından alınan sınırlı sayıda sağlık hizmetinin bile kayıt dışı kalması zorlaşmıştır. Zira burada mali kontroller devreye girmektedir. Veri gönderilme sıhhati tartışmalı olsa da, Sağlık Bakanlığı bütün hastanelerden Sağlık-Net ve e-Nabız gibi sistemlerle standart hasta verisi toplamaktadır. E-devlet aracılığıyla hastaların doğrudan kendileriyle ilgili verilere ulaşmalarının önü açılmıştır. Bunun yanında Performans Takip Sistemi aracılığıyla performansa dayalı ödeme sistemine esas teşkil eden hizmetler doktor başına ayrı ayrı dijital havuza aktarılmaktadır. Bakanlık devlet hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerini Teşhis İlişkili Gruplama (TİG) sistemi üzerinden ayrıca toplamaktadır. Bu sisteme üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin de dâhil edilmesi ile SGK'nın da işini kolaylaştıracak önemli bir potansiyel elde edilmesi çok kolaylaşmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaydı, altı bin sağlık ocağında doldurulan formların Temel Sağlık Hizmetleri Modülüne (TSİM) aktarılmasıyla değil, 20 bini aşkın aile sağlığı merkezinden anında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden

yapılmaktadır. AHBS ile hastane kayıt sistemleri arasında bir entegrasyonun henüz kurulamamış olması önemli bir kusur olsa da, bütün bu veri kaynaklarından merkezi olarak bilgi elde edilmesi ve çıkarım yapılması son derece kolaydır.

Netice olarak veriler kıyaslanırken bu gerçeklerin göz önünde bulundurulması gerekiyor. Eski yöntemlerle elde edilen verilerin, veriye kısıtlı ulaşım yolları nedeniyle gerçekte olduğundan daha düşük bulunduğu kanaatindeyim. Bununla birlikte günümüzde hasta başvurularının gittikçe artma eğilimi göstermesi de bir vakia. Öyle de olmalıdır. Ancak elimizdeki rakamların gerçekte neyi yansıttığı ayrı bir tartışma konusu. Öncelikle vatandaşların sağlık sistemiyle teması, doktora başvuru (doktor vizitesi) olarak yorumlanmaktadır. Sistem tasarımı da önce doktoru görmeyi teşvik etmektedir. Yine bir şekilde tedavi sürecine girmiş hastanın kontrol ve takipleri de bizzat doktora bağımlı olarak yürümektedir. Bu durumlar bir yandan doktorun üstüne daha fazla yük bindirmekte, doktor eksikliğinin derinliğini artırmakta ve bu arada doktora başvuru istatistiklerimizi de yukarı çekmektedir.

OECD 2013 verilerine göre kişi başı doktora başvuru sayısı bakımından Türkiye 6,7 olan OECD ortalamasının üzerindedir (3). Türkiye'den daha fazla doktora başvuruya sahip olan ülkeler ise Rusya (9,4), Almanya (9,7), Slovakya (11), Çek Cumhuriyeti (11,1), Macaristan (11,8), Japonya (13,1) ve Kore'dir (13,2). Başvuru sayısının en düşük olduğu ül-

Toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturması, doktora müracaatı artıran nedenlerden ilk etapta aklımıza gelenlerdir.

kelerin arasında İsveç (3), Meksika (2,7), Brezilya (2,7) ve Güney Afrika'nın (2,5) olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik durumları son derece farklı olan İsveç ve Meksika gibi ülkelerin birbirine yakın olmasını aynı dinamiklerle açıklamak mümkün değildir. Güney Afrika'da kişi başı doktora başvuru sayısı 2,5 iken Kore'de 13,2 olmasını açıklamak da kolay değildir. Beş kattan fazla olan başvuru sayısını hastalık yükü, sosyokültürel yapı ve hatta sağlık hizmetlerine erişimle açıklamaya çalışmak ne denli gerçekçi olur bilmiyorum.

OECD sağlık verilerinde kişi başı doktora başvuru hesaplanırken detaya girilmeden ve muayenehanede, evde ya da hastanede olmasına bakılmaksızın doktor konsültasyonu ile vizitesi aynı anlamda kullanılmaktadır. Telefonla danışma, tetkik yazdırma, planlanmış ve randevu verilmiş tedavi işlemleri, fizyoterapi, diş hekimisi muayenesi veya hemşire muayeneleri gibi işlemler bu tanımın dışında tutulmaktadır.

Bu tanımlamalara rağmen OECD hesaplamalarında ülkeler arasında da farklılıklar mevcuttur (3). Mesela Belçika doktora danışmayı ve acil ambulans hizmetini dâhil etmektedir. Almanya palyatif bakım ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını da dâhil etmekte ancak aynı doktora 3 ay içinde hastanın kaç kere müracaat ettiğine bakmaksızın bunu tek başvuru olarak kayda geçmektedir. Kanada sadece sosyal güvenlik sisteminde parası doktora ödenen hizmetleri hesaplamaktadır. Farklı tarihlere ödemesi yapılan hizmetler artırıldıkça doktora müracaat rakamları da daha yüksek çıkmaktadır. Çek Cumhuriyeti 1990 öncesinde telefon görüşmelerini de dâhil etmiş, sonra hariç tutmuştur. Yunanistan sadece sözleşmesi olan doktorların baktığı hastaları dâhil etmiş, serbest çalışan doktor hastalarını hariç tutmuştur. Macaristan BT ve MRI değerlendirmelerini de dâhil etmektedir. İtalya'da hasta beyanına göre veri toplandığından, tahlil istekleri, tedavi randevuları, fizyoterapi seansları ve enjeksiyonların ayırımı yapılamamaktadır. Japonya'da kamu sağlık güvencesi altında yapılan gününbirlik cerrahi gün sayıları dâhil edilmektedir. Hollanda anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini hariç tutmaktadır. İsviçre'de hesaplamaya esas olan çalışma 15 yaş ve üzerindeki doktor başvurularını esas almaktadır. İngiltere hastane dışı muayeneleri ve serbest hekim muayenelerini hesaplama dışı bırakmaktadır. Diğer hizmetlerle birlikte genel pratisyen telefon görüşmelerini de hesaplamaktadır.

OECD'nin hekim müracaatı tanımında "Hekime telefon ile başvuru hariç,

herhangi bir sebeple başvuruda bulunulması" ifadesi yer almaktadır (4). Bu ifadede kritik iki noktadan birisi müracaat noktası olan "hekim", diğeri "herhangi" olan müracaat sebebidir. Kısacası hastayı hekime müracaata zorlayan sebepler ile müracaatın hekim veya başka bir meslek grubuna yapılmasına göre istatistik sonuçlarının farklılaştığı anlaşılmaktadır. Hem yıllar arasında kıyaslama yapılırken hem de bu verileri yönetecek politika geliştirirken, bu iki hususu dikkatle ele almak gerektiği kanısındayım.

ABD'de Medicare denen kamu sigorta sistemi, acil dışında sadece "yeni hasta" diye adlandırdığı başvuruları ödeme listesine kabul eden bir uygulama başlatmıştır (5). Bir sağlık kuruluşunda son 3 yıl içinde herhangi bir şekilde hakkında işlem yapılmamış olup başvuran hastaya yeni hasta denmektedir. Bu yeni hastalar fatura edilirken de doktor vizitesi ile orta düzey uygulayıcı (mid-lever provider) denen hekim yardımcısı, klinik görevlisi, klinik eczacı, pratisyen hemşire gibi meslek mensuplarının vizitesi ayrı kodlarla fatura edilebilmektedir. Yani doktor başvurusu ayrı, doktor dışı sağlık personeli başvurusu ayrı kategoride ele alınmaktadır. Aynı şekilde yeni hasta başvurusu ile başka doktorun yönlendirmesi veya talebi sonucu yapılan hasta muayenesine ayaktan hasta konsültasyonu denmekte ve bu da ayrı kategoride ele alınmaktadır. CPT (Current Procedural Terminology, ABD sağlık işlemleri listesi) tanımları ile Medicare tanımları arasında kısmi farklılıklar mevcuttur. Ayrıca uzmanlık alanlarının belli bir grup altında hizmet vermesi ile aile hekimliği uygulamasında bu yaklaşımlar farklı telakki edilmektedir (5, 6).

Yukarıda sözü edilen farklı uygulamalar, insanların hekime müracaat sıklığını kıyaslamada çıplak rakamların yeterli olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte günümüz toplumlarının refah düzeyi, kültürel farklılaşma, sağlık sistemlerinin genel yaklaşımı, demografik değişim, sağlık kuruluşlarının işleyiş ve finansman modeli, sosyal güvenlik sistemi ve kamu politikaları ile günümüzün teknoloji ağırlıklı çağdaş hayat tarzı gibi birçok unsurun sağlık hizmet talebi üzerine etkisi bilinmektedir. Bu gerçeklerden hareketle, ölçüm için kullandığımız rakamlar ne olursa olsun, insanların müracaatlarının artmakta olduğu bir vakıdır.

Yukarıda sözü edilen Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre;

1. Hane halkı arttıkça hanedeki kişi başı doktora başvuru sayısı azalmaktadır, yani az çocuklu çekirdek ailede başvuru en fazla olmaktadır.
2. Sağlık hizmetlerinin kullanımı kentte

kırsaldan daha fazla, batı bölgelerimizde doğudan daha fazladır.

3. Eğitim düzeyi arttıkça doktora başvuru sayısı artmaktadır.

4. Sosyal güvence kapsamı arttıkça, diğer faktörlerden bağımsız olarak doktora başvuru sayısı da artmaktadır.

5. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan insanlar diğerlerine göre 3,5 kat daha fazla doktora başvurmaktadır (1).

Bu tespitler bile tek başına geçen süreçteki doktora başvuru sayısındaki artışı izah etmeye yeterince ışık tutmaktadır. Aile yapımız gittikçe küçülmekte, nüfusumuz büyük oranda kentleşmekte, Doğu ile Batı arasındaki eşitsizlikler azalmakta, eğitim düzeyimiz artmaktadır. Genel sağlık sigortası ile birlikte sosyal güvenlik kapsayıcılığı en üst düzeye ulaşmış, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalık yaygınlığı hızla artmıştır.

Doktora müracaatı artıran nedenlerden ilk etapta aklımıza gelenleri kategorik olarak şöyle sıralayabiliriz: Toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturmaması.

#### A) Algı ve anlayış değişikliği

1. Kültürel yapı, bilgi düzeyi ve anlayış değişmekte ve insanlar eskiden önemsemedikleri rahatsızlıklarını şimdi konu edinmekte ve hastalık şüphesi ile arayışa geçmektedir.

2. Şehirleşme, toplu ulaşım, randevu sistemleri, hizmet arzının artmış olması gibi gelişmeler hastaların başvurusunu daha hızlı ve kolay yapmalarına yol açmış ve şiddeti daha düşük şikâyetler başvuru nedeni haline gelmiştir.

3. Toplumda refah düzeyinin artması, daha basit durumları sağlık sorunu konusu eden ve sağlık hizmeti talep etme eğilimi daha düşük olan bir toplum oluşturmaktadır.

#### B) Sağlık hizmeti anlayış ve yöntemlerinde değişme

1. Sağlık hizmetleri hızlı teknolojik gelişme ve mesleki farklılaşmalarla birlikte karmaşık ve kapsamlı hal alırken, sistem bu hızlı değişmeye ayak uyduramayıp artan iş yüküne rağmen doktor çevresine odaklı hizmete devam edilmektedir. Bugün doktor düzeyinde eğitim ve beceri gerektirmeyen birçok iş doktora yüklenmekte, hastanın doktora başvurusunu zorunlu kılmaktadır.

2. Hasta odaklı hizmet anlayışı, hastanın sistemde güçlendirilmesi ve karar süreci-

lerine katılımının sağlanması gibi güncel anlayış değişiklikleri "kanıta dayalı" davranış biçimleri değil hastanın algı, anlayış ve beklentilerince yönetilen bir süreç oluşturmakta ve bu da hastanın doktora başvurusuna yansımaktadır.

3. Geçmişte sınırlı tanı araçları kullanılarak bir sonuca varma ve tedavi yolu seçilirken günümüzde yeterli kanıtı elde edecek çeşitli teknolojik tanı araçlarına başvurulmakta, bazen hastaların tekrar tekrar farklı tanı yöntemlerini kullanması gerekmektedir. Bazen bu test araları uzamakta, yeni başvuruları zorunlu kılmaktadır.

4. Hastalıklardan korunma, erken teşhis gibi hususlarda toplumsal uyarılar ve kampanyalar hasta olmadan veya şüphe üzerine başvuruyu artırmaktadır. Orta yaştan sonra kadınların meme kanseri, açısından yılda bir kez doktora başvurması, erkeklerin prostat kanseri açısından yılda bir kez PSA baktırması gibi tavsiyelerle artırılan başvurular farklı alanlarda görülmektedir.

5. Gebelerin ve bebeklerin her ay düzenli doktor kontrolü teşvik edilmekte ve toplumu duyarlılığı arttıkça yaygınlaşmaktadır.

6. Sağlık kuruluşlarında doktor vizite (poliklinik) süreçleri tasarımı hastanın en kısa temasla ve en kısa sürede işini bitirmeye göre değil, hizmet verenlerin veya kuruluşun kendini güvence altına almasına ya da geleneklerine göre tasarlanmaktadır. Bu da gerçekte bir başvurunun aynı gün ve müteakip günler tekrar başvurulara dönüşmesine yol açmaktadır.

7. Sağlıklı olan toplum kesimlerinde ihmal ve göz ardı edilen sağlık sorunlarını fark etmeye yönelik sağlık taraması ve check-up gibi hizmetler hasta üretme araçları olarak kullanılmaktadır.

8. Acil poliklinik ve servislerimiz doktora mesai sonrasında kolay ve hızlı erişim alanları olarak görülmekte bu yüzden gereğinden fazla kullanılmaktadır. Sadece başvuruyu artırmakla kalmayıp gerçek acil vakaların hak ettiği hizmeti almasını da riske etmektedir.

#### C) Yaşlanma ve kronik hastalıklar

1. Yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar nedeniyle bunların doktora müteaddit defalar başvuru ihtiyacı hızla yükselmektedir.

2. Kronik hastalıklarda ömür boyu ilaç kullanımı, periyodik olarak ilaç reçete edilmesini ve böylece doktor vizitesini gerekli kılmaktadır.

#### D) Sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi

1. Sağlık hizmet sektörü bir hayır ve fedakârlık alanı olmaktan çıkıp üretim sektörüne dönüştüğü için kârı maksimize edecek yöntemler geliştirilmekte ve pastayı büyütecek hasta talebi üretilmektedir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

2. Sağlık kuruluşları hasta görmekten dolayı menfaat elde ettiğinden insanların başvurmasını teşvik etmektedir.

3. Sağlık çalışanlarının gördükleri hasta sayısı ile gelirleri arasında ilişki kurulmuş olması ve bunun bir teşvik aracı olarak kullanılması hastayı cezbetmektedir.

4. Özel sağlık kuruluşlarının sosyal güvenlik kapsamında hizmet vermesi, hasta cezbetme hususundaki kendi dinamiklerini daha fazla harekete geçirmelerine yol açmıştır.

#### E) Sosyal güvenlik politikalarının etkisi

1. Gelişen sosyal güvenlik sistemi sağlık hizmetini ekonomik anlamda erişilemez olmaktan çıkarmış ve hemen herkesin bu hizmete erişiminin önündeki en temel engeli kaldırmıştır.

2. Erişimin kolaylaşması nedeniyle hastaların alternatif görüş arayışıyla aynı hastalıktan dolayı birçok doktora başvurduğu da olmaktadır.

3. Sosyal Güvenlik Kurumu düzenlemelerinde, bazı ilaçların reçete edilmesinde testlerin veya radyolojik görüntülemelerin şart koşulması, ilacın belli doktorlar tarafından reçete edilebilmesi hatta sadece doktor tarafından ilaç reçete ve repete edilmesi gibi finansal tasarruf gayesiyle ortaya koyduğu uygulamalar başvuru artışını zorlamaktadır.

Yıllardır kutsanan ama bir türlü gerçekleşemeyen sevk zinciri konusu duygusal olmaktan ziyade gerçekçi olarak ele alınırsa bazı tedbirlerin geliştirilebileceğini düşünüyorum. Hastaneye acil dışında doğrudan başvuran hastadan yüksek katkı payı alınabilir. Bu tür başvuruların performans ölçümündeki puan değeri daha düşük tutulabilir. Aksine sevkle başvuran hastadan alınacak katkı payı minimize edilip hekim hesabına yüksek performans puanı kabul edilebilir.



## Politika Önerileri ve Tedbirler

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılarak kolaylaştırılması sistem açısından olumlu bir performans göstergesi olarak kabul edilmektedir. Koruyucu hekimlik, anne çocuk sağlığı hizmetleri, kanserde erken teşhis ve tedavinin yaygınlaştırılması dâhil birçok uygulama, doktora başvuru artışını teşvik eden politikaların sonucudur. Bu durumda gerçekten doktora başvuru sayısını azaltmak gibi bir hedefimiz olabilir mi? Olmalı mı? Doktor başvuru sayısı ile sağlık harcamaları arasında bir ilişki kurduğumuz için mi, yoksa doktor iş yükünün artışı için mi kaygı duyuyoruz? Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar için başvuruyu hem kolaylaştırmak, hem de artırmak gerekmiyor mu?

Bu kabil soruları çoğaltmak mümkündür. İhtimal ki, yaygın kanaat sağlık hizmetinin israf derecesinde kullanıldığı ve kolaylaşan erişimin, gelişen sağlık sisteminin istismar aracı haline geldiği yönünde. Esas kaygı da bu istismarın ve sistem üzerine binen haksız yükün önlenemesinden kaynaklanıyor sanırım. Doğru analiz yapabilecek istatistikler üretmek, doktorlar üzerine binen aşırı yükü hafifletmek, biteviye tekrarladığımız doktor açığı konusuna çözüm üretmek, daha kaliteli hizmet sunabilmek, maliyetleri kontrol edebilmek, kötü kullanım ve istismarı önlemek için geliştirilebilecek politikalar şüphesiz vardır. Problemi net olarak ortaya koyabilirsek tedbirleri geliştirmek de o denli mümkün olacaktır.

Önerilebilecek tedbirleri genel çerçeve itibarıyla, kısa vadeli taktik yaklaşımlarla başlayıp, orta vadede hastaları yönlendirme politikalarının geliştirilmesi ve uzun vadeli olarak sağlık hizmetinde doktor merkezli anlayıştan mesleki çeşitliliğe geçişin gerçekleştirilmesi olarak özetlemek mümkündür.

### 1. Doktora başvuru tanımı

Ülkemizde doktora başvuruyu ifade eden tanımlama net değildir. Gerçek bir başvurudan çok, hastanın sağlık sistemiyle temas frekansını yansıtmaktadır. Poliklinik numarasının karşılığıdır bir bakıma. Her teması doktor başvurusu haline getirmek yerine bunun ayrıştırılması, söz gelimi bir hastalık nedeniyle yapılan ilk başvurunun esas alınması tabloyu değiştirecektir. Sosyal güvenlik kayıtlarında bu başvurunun ayrı kodla tanımlanması, farklı fiyat uygulanması, bu başvuruda hastaya daha fazla vakit ayrılması gibi ek politikalar da geliştirilebilir.

### 2. Mesleki çeşitlilik

Tanı konmuş bir hastanın takip ve kontrollerinin sürekli doktor tarafından yapıyor

### F) İletişim kanallarının yayınlığı

1. Artan iletişim kanalları ile tanıtım ve reklamlar hizmet alternatiflerini duyurmakta, hastalar bu bilgiye dayalı arayışla farklı doktora müracaat eğiliminde olmaktadır. Böylece sağlık hizmet tüketimi artmaktadır.
2. Artan iletişim kanalları sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını da sağlamaktadır; oluşan bilgi kirliliği sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirmekte ve bunun için doktora başvuruyu teşvik etmektedir.

### G) Şehirleşme ve modern hayat

1. Artan teknolojinin, üretilen toksik kimyasal, radyoaktif ve elektromanyetik ajanların, hava kirliliğinin, sanayinin, hızlı ulaşımın taşıdığı hastalıkların yaygınlığının, yoğun iş hayatının doğurduğu stresin, trafik ve iş kazalarının, şiddet uygulamalarının ve daha birçok çağdaş

etkenin sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı zorunlu olarak artırdığı malumdur.

### H) Popülist politikalar

Sağlık uluslararası olduğu kadar ulusal anlamda da bir "yumuşak güçtür". Bu gücü kullanmak istemesi doğal olan politikacılar erişime engel teşkil edecek tedbirlere yanaşmamakta, hatta popülist politika ve söylemlerle erişimi artırmaktadır.

### I) Arzın talep oluşturması

Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği arzın bizzat kendisinin talep oluşturmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik imkân, tercih ve rehberliklerin artması hizmete olan talebi de arttırmaktadır. Hizmeti sunan ve alan arasındaki bilgi eşitsizliği sağlık hizmetinin önemli bir açmazıdır. Dolayısıyla arzın talebi yönetme gücü ortaya çıkmakta ve hizmete olan başvuruyu artırıcı etkiye neden olmaktadır (7).

olması, çoğu kez doktor emeğinin israfına yol açmaktadır. Doktor yardımcısı, uzman hemşire, uzman ebe, fizyoterapist, odyolog, klinik psikolog, klinik eczacı gibi mesleklerin görev ve sorumluluk alanları belirginleştirilerek günümüzde tanı sonrasında doktorlara yüklenen bir dizi iş yükü paylaşılabilir. Halkın bu tür görev değişimini kabullenmesinin zaman alacağı malumdur; özel tanıtım, bilgilendirme ve bilinçlendirme süreci gerekir.

Mesleki çeşitliliğe sadece doktora başvuru sayısı açısından bakmak hadiseyi küçümsemek olur. Tanı süreçleri, kronik hasta takibi, taburcu olan hastanın rehabilitasyonu gibi birçok alandaki hizmetler doktor dışına kaydırılabilir. Alanında özelleşmiş meslek mensuplarının görev üstlenmesi, hastalara nitelikli yaklaşım sunma fırsatı verebileceği gibi, doktor başına düşen iş yükünü azaltması ve böylece doktorların sunduğu hizmetin niteliğine de katkı sağlaması beklenir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde mesleki çeşitlilik etkili olacaktır. Aile hekimlerinin ekipleri diğer sağlık meslekleri ile zenginleştirilerek iş yükü dağılımı daha kolay yapılabilir. Aile hekiminden başka aile hemşiresi, aile psikoloğu, aile danışmanı gibi meslek mensupları ekibe güç katacaktır. Birinci basamakta koruyucu hizmetler, anne, çocuk takibi, kronik hasta takibi, tedavi sonrası kontroller, uzun süreli tedaviler, rehabilitasyon hizmetleri gibi birçok hizmet doktor dışına kaydırılabilir. Eczanelerinde ilaç alıp vermeye mahkûm edilmiş binlerce eczacıya ilk başvuruda veya tedavi sürecinde hasta danışmanlığı misyonu yükleyip aile hekimliğinin tamamlayıcı gücü haline getirilebilir. Yine hastaların basit şikâyetlerle doğrudan doktora yönelmeden önce bireysel sağlık kayıtlarını paylaşarak danışabilecekleri çağrı merkezleri kurulabilir. Sevk zinciri böylece dayatmacı olmaksızın yeni bir anlayışla ve kapsamlı olarak hayata geçirilebilir.

Doktorların görev tanımının yeniden yapılırken medikolegal sorunlara yol açmayacak şekilde hukuki alt yapısının kurulması gerekmektedir. Radikal bir yaklaşımla pratisyen hekim için 6 yıl, uzman hekim için 10 yıl eğitim gerektirmeyen bütün işlerin doktor görev ve sorumluluk alanı dışına çıkarılması gerektiğini düşünüyorum. Doktor emeğini israf etmekten böylece kurtulmuş oluruz. Doktor görev ve sorumluluk alanı dışına çıkarılan bütün görevlerin tasnif edilerek uygun meslek eğitimine dâhil edilmesi ve bu meslek mensuplarına yetki devri yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmet anlayışı ve doktor-hasta ilişkisinde yukarıda sözü edilen değişimleri yapmadan sadece doktor sayısını

artırarak sorunun altından kalkmak mümkün görünmüyor. İşler ayrıştırılmadan sadece doktorların görev alanına hapsedilmesi, her geçen gün daha fazla doktor ihtiyacına yol açmaktadır. Sadece uzun eğitim gerektiren doktor mesleğiyle işin üstesinden gelmek hem kalite sorununa yol açmakta, hem de maliyeti artırmaktadır.

### 3. Hasta yükümlülüğü

Güncel sağlık sistemlerinde hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılımı ve kendi sağlığı ile ilgili olarak sorumluluk üstlenmesi teşvik edilmektedir. Bu yaklaşım, yeterince bilgili olmayan hastanın talebinin hacim ve şeklini etkileyebilmektedir. Hastaya kendisiyle ilgili karara katılma fırsatı verirken bazı sorumlulukları üstlenmesini sağlamak da yararlı olacaktır. Sağlık okuryazarlığının artırılması, randevu disiplini, katkı payı farklılaştırılması, tedavi prosedürüne uyulmadan yapılan başvurulara yaptırım uygulanması vb. çeşitli araçlar üzerinde çalışılabilir.

### 4. Acil poliklinik düzenlemeleri

Poliklinik başvurularının üçte birinin acil olarak yapılmasının akılcı bir açıklaması olduğunu sanmıyorum. Organizasyonel bir hata olduğu anlaşılıyor. Eskisine göre engellerin ortadan kalktığı ve doktora erişimin kolaylaştığı kabul edildiğine göre acil servislerin erişim aracı olarak kullanılmasıyla bu durumu açıklamak mümkün değildir. Acil başvurularda katkı payı, fark vb. ücretlerin alınmamasının etkisi de sınırlı olsa gerektir. Acil servis yapılanmamız, her sağlık kuruluşuna acil servis açma zorunluluğu olması, acile gelen hastanın geri çevrilmemesi ilkesi, acil müdahale gerektirmediği kanısıyla işlem gören hastaların istenmeyen sonuçlar karşısında hak arayışına girmesi, bu durumun zaman zaman doktor mağduriyetiyle sonuçlanması gibi birçok hususun analiz edilmesi gerekmektedir.

Acil poliklinik başvurularında ilk temasın doktor olması, doktora kolay ve hızlı erişim aracı olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Acil polikliniklere ayakta başvuruların hemşire veya acil tıp teknisyeni tarafından karşılanması, bu sağlık mensuplarının triyajı sonrası gerekli görülürse doktor muayenesine fırsat verilmesi uygun bir yol olabilir. Bu uygulamanın ne denli güç olacağını tahmin etmek zor değil. Bir yandan bu meslek mensuplarını koruyucu mevzuat düzenlemeleri yapmak, bir yandan da insanların acil poliklinik başvurularında doğrudan doktorla temas edemeyeceği, etmemesi gerektiğinin propagandasını yapmak gerekmektedir. İyi çalışıldığında halkımızın hızla uyum göstereceği kanısındayım. Geçtiğimiz yıllarda bası-

nımızda "acil hastaya gelen ambulans doktor çıkmadı" gibi skandal (!) haberler verilirken, günümüzde artık ambulansla gelen sağlık ekibinde doktor varlığı sorulanmamaktadır. İlk ve acil müdahaleyi ambulans ekibinde bulunan hemşire ya da acil tıp teknisyeninin yapmasını kabullenen toplum, kendi çabasıyla acil polikliniğine başvuran ve muhtemelen aciliyet derecesi daha düşük olan hastaya benzer ilk müdahale yapılmasını neden kabullenmesin?

Acil polikliniklerinde yeşil alan uygulaması, acil poliklinik yükünü paylaşmak bakımından olumlu olmakla birlikte, hastaların mesai dışında doktorla temasını kolaylaştırdığından gereksiz başvuruya yol açmaktadır. En azından mesai içinde alınacak bir hizmetin mesai dışında alınmasının caydırıcı bir bedeli olmalı ve hasta tarafından bu bedel üstlenilmelidir.

112 Acil ilk yardım sistemimiz oldukça gelişmiş durumdadır. Ambulansla acil servislere taşınan hastaların gerçek acil olma ihtimali daha yüksek olması nedeniyle ve zaten ambulans görevlilerince triyajı yapılmış olduğundan, doğrudan ilgili doktorla, servisle veya ekiple temasının sağlanması mümkün ve kolaydır. Gerçek acil -ya da acil olduğu sanılan- vakaların yerinden alınarak 112 ambulans vasıtasıyla hastaneye ulaştırılması önemli bir filtre görevini görmektedir. Bu tür aciller acil poliklinik başvuruları içinde daha sınırlı bir yer tutmaktadır. Sorun kendi imkânlarıyla doğrudan hastane acillerine gelen vakalardan kaynaklanmaktadır. Bu kesimin de bir süzgeçten geçirilerek acil serviste kabul edilmesinin yolları aranabilir. Burada acile başvuru yapmış hastalarda uygulanan triyajdan bahsetmiyorum. Zira triyaja tabi tutulan hasta zaten acil servise başvurmuş durumdadır. Acile başvurularda aile hekiminin araya girmesi veya bir çağrı merkezi tarafından yönlendirilen hastaların acile doğrudan kabul edilmesi gibi konuların üzerinde çalışılabilir. 112 ilk yardım sistemi, aile hekimi veya çağrı merkezi onayı olmadan acile kendi irade ve inisiyatifiyle başvuranlar için caydırıcı yaptırımlar düşünülebilir. Tabii tüm bu tedbirlerin acil tıbbi hizmet alma ihtiyacı bulunan bir kişinin bu hizmeti almasını engellememesi gerekir. İşin zorluğu da buradadır zaten.

### 5. Süreç iyileştirmesi

Hastanelerde hasta başvurularında, yeterli kontrol olması, kayıt dışılık ile kayıp ve kaçakların önlenmesi amacıyla düzenlenmiş olan hasta kabul süreçleri, hastanın gereksiz yere hastane içinde dolaşmasına veya gereksiz icat edilmiş sıra beklemelerine yol açabilmektedir. Hastane bilgi sistemine kayıt, poliklinikte



doktora görünme, tahlil yaptırmak üzere laboratuvara gitme, radyolojik tetkik için ayrı bölümlerde dolaşma, kardioloji vb. konsültasyon taleplerini yerine getirme, bu arada istenen yeni tetkikler için yine uygun mekanlara gidip bu işleri yaptırmaya vb. birçok eylem hastaya yüklenmektedir. Bu eylemlerin her birinin birbirinden bağımsız sürelerle ihtiyaç duyması, aralarında planlanmış bir senkronizasyon bulunmaması ve hatta bazılarının uygun zaman diliminde gerçekleştirilememesi nedeniyle hastanın tanı süreçleri uzamakta, bazen günler, haftalar almaktadır. Süreçte meydana gelen aksamlar zaman zaman hastanın doktoruna yeniden başvurmasını ve danışmasını gerektirmektedir. Neticede hastaya külfet yüklenmekte, iş gücü kaybı olmakta, hastane kalabalığı suni olarak artmakta, hastane çalışanları planlı süreçleri tanımlanmış işleri yapmak yerine karmaşa içinde boğuşmaktadır. Bu durum hem çalışan hem de hasta memnuniyetsizliğine yol açmakta ve hasta ile sağlık çalışanı arasında çatışmalara yol açmaktadır.

Hasta başvurusu, poliklinik muayenesi, tetkik ve yatarak tedavi süreçlerine özel önem verilerek sürekli takiple süreçlerin iyileştirilmesi gereklidir. Bu süreçler minimal zaman harcanarak ve minimal iş yükü olacak şekilde tasarlanmalıdır. Mükerrer başvurular, yeniden başvurular, yanlış uzmanlık dalına başvurular ile acil başvuru gibi hususların analiz edilmesi ve gözlem altında tutulup dinamik bir şekilde düzenlenmesi gereklidir.

#### 6. Sosyal güvenlik politikaları

Sosyal Güvenlik Kurumu, tasarruf kaygısıyla bir dizi tedbirler uygulamaktadır. Bu tedbirler bazen geri teperek doktora gereksiz başvuru üretmekte ve hatta

sağlık harcamalarını artırabilmektedir. Osteoporozla yararlı olduğu sanılan ilaçların reçete edilebilmesi için kemik sintigrafisi, antikoolesterol ilaçlar için asgari kan kolesterol düzeyi, bazı ameliyatlara için ileri radyolojik tetkikler vb. şart koşulmakta ve bunlar ayrıca faturaya eklenmektedir. Bununla birlikte birçok pahalı ilacın reçete edilmesini sınırlandırmak amacıyla uzman doktor şartı getirilmesi hatta onkoloji ilaçları ve hormon gibi bazı ilaçların reçete edilmesinde yan dal uzmanı istenmesi doktor başvurularını artırmaktadır. Bazen hastalar bu imkânı elde etmek için uzun yol kat etmek zorunda kalmaktadır. Reçete etme yetkisi ne kadar sınırlı bir hekim grubuna verilirse ilgili ilaç firmasının hedef kitlesi o denli belirginleşmekte ve ikna edici tanıtım faaliyetleri o hedefe odaklanmaktadır. Kısacası firmanın ikna gücü daha fazla olmaktadır.

Bu tür tedbirlerin ilaç tüketimini azalttığı kuşkuludur ama doktor başvurularını artırdığına kuşku yoktur. Sosyal Güvenlik Kurumunun bu tarz tedbirlerin ardından sıkı takiple analiz yapıp yarar zarar dengesini gözetmesi ve doktora başvuruyu suni olarak artıran tedbirlerden uzak durması gerektiği kanısındayım. Kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç kullanımında da benzer sorunlar yaşanmaktadır. Gerekli olmadıkça hastanın dal uzmanına başvurmasını gerektirecek yaptırımlardan kaçınılmalı, süreçte hastanın kontrollerinin aile hekimi tarafından yapılması temin edilmelidir. Kontrol gerektirmeyen uzun süreli ilaç kullanımında, reçete repete etmelerde, bu gün ülkemizde mevcut bulunan kayıt sistemi hastanın doktora başvurmadan düzenli olarak ilacına ulaşmasını sağlayacak yeterlidir.

Yıllardır kutsanan ama bir türlü ger-

çekleşemeyen sevk zinciri konusu duygusal olmaktan ziyade gerçekçi olarak ele alınırsa bazı tedbirlerin geliştirilebileceğini düşünüyorum. Öncelikle hastanın yukarıda belirttiğim uzmanlık dallarına ulaşmasını mecbur kılan uygulamalar yerine, hastaneye gelmeden birinci basamakta aile hekimi ve eğer mümkünse diğer sağlık çalışanları düzeyinde sorunlarını çözecek politikalar geliştirilebilir. Hastaneye acil dışında doğrudan başvuran hastadan yüksek katkı payı alınabilir. Bu tür başvuruların performans ölçümündeki puan değeri daha düşük tutulabilir. Aksine sevkle başvuran hastadan alınacak katkı payı minimize edilip hekim hesabına yüksek performans puanı kabul edilebilir.

Özel sağlık kuruluşlarında muayenede fark ücretler düşük tutulup hasta üretilmekte, sonrasında tetkiklere daha fazla fark ücret ödemek zorunda bırakılmaktadır. Katkı payı ve fark ücretin önemli bir kısmının başvuru esnasında tahakkuk etmesi ve sonraki basamaklarda (laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon) katkı payı /fark ücretinin asgari düzeyde tutulması bu suni teşviki frenleyebilir.

#### 7. Performansa göre ödeme sistemi

Bilindiği gibi hastanelerde artan kuyrukları ortadan kaldırma, Sağlık Bakanlığı'na devredilen SSK ve farklı kurumlara ait hastanelerinin kendilerine başvuran genel popülasyonu sahiplenme, kısacası hastane hizmetlerine erişimin önündeki insan ve organizasyon kaynaklı engelleri ortadan kaldırma amacıyla başta doktorlar olmak üzere sağlık personelinin ürettikleri sağlık hizmeti ile ilişkili olarak döner sermaye aracılığıyla ödüllendirilmesi, "performansa göre ödeme" adıyla son dönem sağlık sistemimizde önemli bir politika aracı olarak yer buldu. Hastanelerin gelir ve giderlerini kontrol etmelerinde oldukça etkili olan bu uygulama sağlık personelinin gelirlerinde de önemli bir farklılık oluşturmuş oldu. Detaylı olarak incelendiğinde hizmet başına ödemeden farklı olarak, stratejik hedeflere yönelik birçok parametrenin ödülde etkili olması bakımından sistemi yönlendirmede etkisi tartışmasızdır. Ancak performansa göre ödeme sistemi, süreç içinde eleştirilere cevap verme ve politikaları yönetme kaygısıyla ödüllendirmeye etki eden parametrelerin gittikçe çeşitlendirilmesi nedeniyle amaçları belirsiz karmaşık bir uygulama haline almıştır. Özel hastanelerde "hak ediş" adıyla uygulanan ve doğrudan hastadan elde edilen gelirin paylaşılması esasına dayanan ödüllendirme sistemi kadar olmasa da kamu hastanelerinde performansa göre ödeme sistemi de hasta başvurusunu artırmıştır. Kuyrukların bitirilmesi, erişim önündeki engellerin kaldırılması amacıyla ortaya konan bir uy-

gulamanın bu hedefleri gerçekleştirmiş olması başarılı olduğunun göstergesidir. Hasta başvurusunun artmasına fırsat oluşturmasaydı başarısız olarak kabul edilebilirdi. Ancak tıp branşları arasında farklılıkları kaldırmış olması, riskli ve yorucu alanlara talebin azalması gibi birçok komplikasyonları da doğurmuştur.

Öncelikle bu modelin sistemin gerektirdiği yeni hedefler doğrultusunda revizyonu gerekmektedir. Sade ve anlaşılır olması uygulayıcıların murat edilen amaca yönelmelerini kolaylaştıracaktır. Eğer hastanelere başvurunun frenlenmesi arzu ediliyorsa, bakılan kişi başına eşit teşvik değil, optimum kişi için yüksek, artan sayıya göre azalan, yapılan işe değil, alınan sonuca odaklı teşvik modeli geliştirilebilir. Ayrıca yukarıda değinildiği gibi sevk zinciri ile ilişkilendirilebilir.

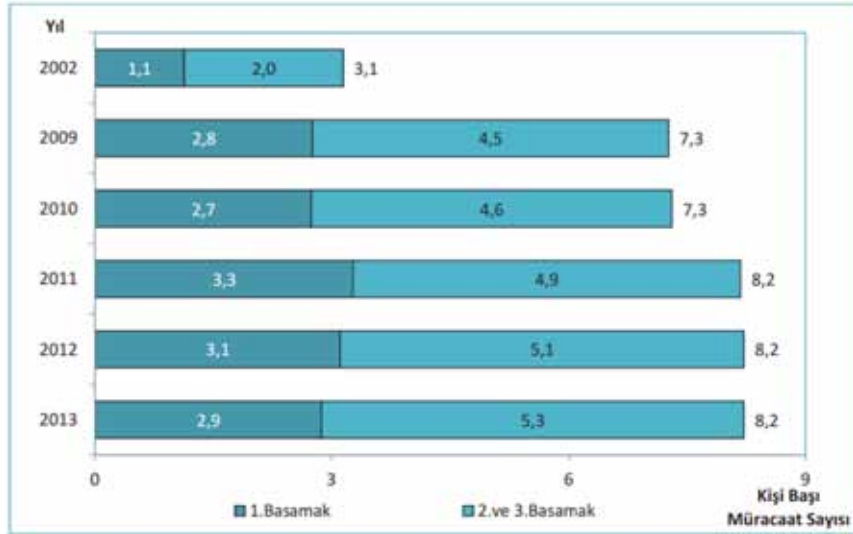
## 8. Talep karşılanmasında alternatif yöntemler

Günümüz tıp eğitiminde modern tıp anlayışı adeta kutsanmaktadır. Kanıt derecesi son derece düşük olan tedaviler bu çerçevede içinde kabul görüp, ilaç firmalarının desteğinde yürütülen çalışmalar sonucunda ilan edilen tanı ve tedavi modaliteleri yeterince sorgulanmamaktadır. Bu kutsamanın örttüğü çok sayıda istismar, tartışmalı endikasyon ve şüpheli yararlanım olduğu inkâr edilemez. Ayrıca insanların organik bir hastalık olduğu kesin olmayan birçok şikâyeti, "doktorunuza başvurun" sloganları altında bu tıp anlayışı içinde ele alınmaktadır.

İnsanların inançlarına ve geleneklerine uygun ve genel kabulleri ile uyuşan birçok davranış biçimi, söz konusu şikâyetlerin ortaya çıkmasını önleme potansiyeli taşıırken, modern tıbbın konusu olmayan bu çerçevedeki birçok tedavi yöntemi de şikâyetlerin giderilmesinde etkili olabilmektedir. En zayıf ifadeyle, henüz şikâyet tam anlamıyla stabil olmadan ve semptomla dönüşmeden önce kişinin doktora başvurusu geciktirilmekte veya önlenmektedir. Başta bitkisel tedaviler olmak üzere geleneksel yöntemler ilaç tüketimini azalttığı gerekçesiyle birçok ülkede teşvik görmektedir. Bu anlayışla geleneksel tıp uygulamalarının meşru alana çekilmesi, ehil olmayan ellere terk edilerek fayda yerine zarar verme riskinin önlenmesi önem taşımaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı bu yönde düzenlemeler yapmaktadır.

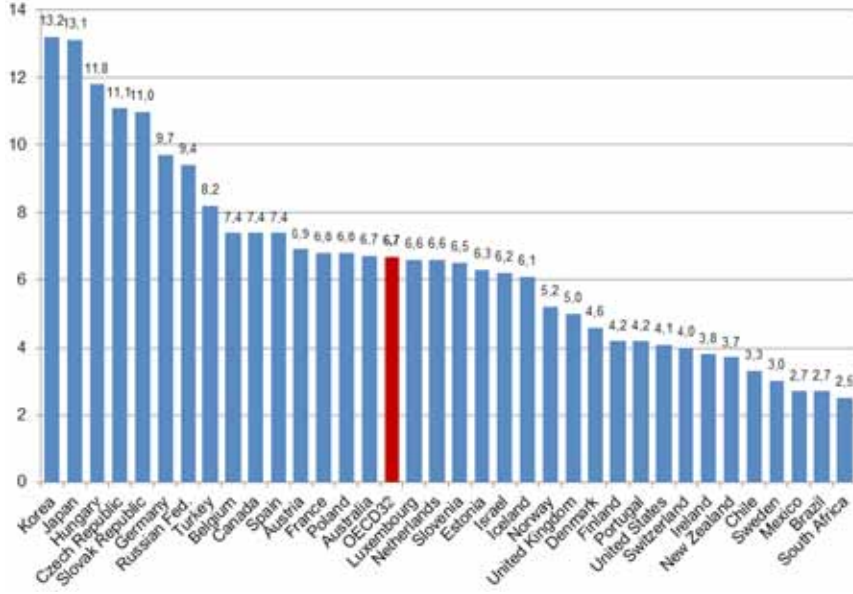
Netice itibarıyla, insanların doktora başvuru sayısını artırmak ve azaltmak gibi rakamlara odaklanmış politika tartışmaları yerine en uygun hizmetin en uygun şartlarda, en uygun görevli tarafından ve sürdürülebilirliği teminat altına alınarak verilmesini sağlayacak

Şekil 1: Türkiye'de yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayıları



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara 2014

Şekil 2: OECD ülkelerinde yılda kişi başı hekime ortalama müracaat sayıları



Kaynak: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD 2013

düzenlemeler üzerinde çalışmamız gerektiğini, yani volüm bazlı değil, değer bazlı analizlere odaklanılması gerektiğini belirtmek isterim. Bunun için mesleki ve kurumsal alışkanlıklarımızla öğrenilmiş kabullerimizi tartışmaya açabilecek esnekliğe sahip olmamız gerekmektedir. Hizmet sunan personel çeşitliliğini, bunların öğrenim kazanımlarını, hizmet alanların beklenti, davranış ve hatta tepkilerinin yönlendirilmesini ve bu ilişkilerin hayat bulduğu örgütsel yapı değişimlerini yeniden ve birlikte ele almanın yararlı olduğuna inanıyorum. Doktora başvuru konusunu hastaneye başvurusu ve aile hekimliğine başvuru olarak ayrı ayrı ele almanın ve hastane başvurularını kontrol edebilmek için aile hekimliği sisteminin rolü üzerinde durmanın gerektiğini bilmem belirtmeye ihtiyaç var mı?

## Kaynaklar

- 1) Toros A, Öztekin Z (editors): Health Services Utilisation Survey in Turkey, Health Project Unit, Ministry of Health, Ankara 1996
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara 2014
- 3) Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD 2013
- 4) Definitions, Sources and Methods. In: OECD Health Statistics 2014, June 2014
- 5) <http://www.gastro.org/journals-publications/gi-quality-and-practice-management-news/legacy/coding/definition-of-a-new-patient-visit> (Erişim tarihi 23.3.2015)
- 6) Hill E: Understanding When to Use the New Patient E/M Codes. Fam Pract Manag. 2003 Sep;10(8): 33-36.
- 7) Özsan, S. H.: Sağlık ve Sigorta. Sigorta Dünyası Dergisi, 472:20-25, 2000