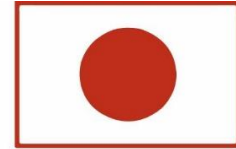


# Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye'de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi'nin Kurulması

Safir Sumer  
Joanne Shear  
Ahmet Levent Yener  
17 Temmuz 2019



The Government of Japan

© 2019 The World Bank

1818 H Street NW, Washington DC 20433, USA.

Telephone: 202-473-1000; Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

### **Bazı haklar saklıdır**

Japonya Hükümetinin finanse ettiği Japan Policy and Human Resources Development (PHRD) Technical Assistance Programından (Japon Politika ve İnsan Kaynakları Geliştirme Teknik Yardım Programı) alınan hibe kapsamında, *Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye’de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması* başlıklı rapor hazırlanmıştır.

Bu çalışma, Dünya Bankası personelinin ve danışmanlarının bir ürünüdür. Bu çalışmada yer alan bulgular, yorumlar ve sonuçlar, Dünya Bankası Üst Yönetiminin veya temsil ettikleri hükümetlerin görüşlerini yansıtmaz. Dünya Bankası bu çalışmaya dahil edilen verilerin doğruluğunu garanti etmemektedir.

### **Haklar ve İzinler**

Bu eserdeki içerik telif haklarına tabidir. Dünya Bankası bilginin yayılmasını teşvik ettiğinden, eserin içeriği kısmen veya tamamen, bu esere atıf yapılması kaydı ile ticari olmayan amaçlarla çoğaltılabilir.

**Atıfta bulunma**— Lütfen çalışmaya belirtilen şekilde atıfta bulunun: “Sumer, Safir, Joanne Shear, ve Ahmet Levent Yener. 2019. *Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye’de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması*. © World Bank.”

İştirak hakları da dahil olmak üzere hak ve lisans konularındaki tüm sorular aşağıdaki adrese iletilmelidir:

World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

## İçindekiler

İçindekiler .....	1
Kısaltmalar .....	3
Yönetici Özeti .....	5
1. Giriş.....	9
2. Türkiye'de Bütünleşik Sağlık Modelinin Geçmişi ve Bağlamı .....	12
2.1. Türkiye'deki BBS Hizmetleri (Özet): .....	12
2.2. BOH Yüğü .....	13
2.3. Bakım Hizmet Sunumu Yapılarında Değişiklik İhtiyacı .....	16
2.4. Türkiye'de Daha Yüksek Politika Düzeyinde Bütünleşik Sağlık .....	17
3. Bütünleşik Sağlık Modelinin Temel Bileşenleri: Genel Bakış, Ülke Örnekleri, Türkiye'nin Durumu ve Tavsiyeler.....	21
3.1. Değişimin Temelleri.....	23
3.1.1 Katılımcı Liderlik ve Ortak Vizyon .....	23
3.1.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	23
3.1.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum .....	26
3.1.1.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	27
3.1.2 Hasta Odaklı ve Katılımcı Yaklaşım .....	28
3.1.2.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	28
3.1.2.2 Türkiye'deki Mevcut Durum .....	30
3.1.2.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	32
3.2. Kurumsal Değişim .....	34
3.2.1 Mevzuat Çerçevesi.....	34
3.2.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	34
3.2.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum .....	36
3.2.1.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	37
3.2.2 Uygun Ortam Oluşturulması .....	37
3.2.2.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	37
3.2.2.2 Türkiye'deki Mevcut Durum .....	40
3.2.2.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	40
3.2.3 Finansman ve Teşviklerin Uyumlaştırılması .....	41

3.2.3.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	41
3.2.3.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	43
3.2.3.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	44
3.2.4	İzleme ve Performans Gelişimi .....	44
3.2.4.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	44
3.2.4.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	48
3.2.4.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	48
3.3.	Bakım Sunumu .....	51
3.3.1	Çok Disiplinli Ekipler ve Standart Hale Gelmiş Eğitim.....	51
3.3.1.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	51
3.3.1.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	55
3.3.1.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	56
3.3.2	Bakım Koordinasyonu .....	58
3.3.2.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	58
3.3.2.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	60
3.3.2.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	64
3.3.3	Kanıtla Dayalı Yöntemler ve Protokoller .....	69
3.3.3.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	69
3.3.3.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	71
3.3.3.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	72
3.4.	Teknolojiden Yararlanma.....	73
3.4.1	Sağlık Bilgi Sistemleri.....	73
3.4.1.1	Genel Bakış ve Ülke Örnekleri.....	73
3.4.1.2	Türkiye'deki Mevcut Durum .....	75
3.4.1.3	Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler.....	81
4.	Türkiye'de Bütünleşik Sağlık Çalışmaları İçin Önerilen Yol Haritası .....	83
5.	Sonuç.....	85
	Kaynakça .....	86
	Ek 1: Türkiye'nin En Büyük Altı İlinde Acil Servis Başvuruları.....	97
	Ek 2: BOH ve Yaşlı Bakımında Birinci Basamak Hizmet Sağlayıcılarına Düşen Görev ve SB'nin HT ve KDH risk değerlendirmesi için geliştirdiği protokoller .....	99

## Kisaltmalar

AB	Avrupa Birliği
AÇS	Anne-Çocuk Sağlığı
AH	Aile Hekimi/Hekimliği
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ARCHO	Sağlık Kuruluşlarında Kroniklik Hazırlığına İlişkin Değerlendirme
ATDH	Ayakta Tedaviye Duyarlı Hastalık
AS	Acil Servis
BBS(H)	Birinci Basamak Sağlık (Hizmetleri)
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
BS	Bütünleşik Sağlık
DALY	Yeti Kaybına Uyarlanmış Yaşam Süresi
DM	Diyabet
DHBS	Diş Hekimliği Bilgi Sistemi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DYOB	Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi
EB	Entegre Bakım
EBYS	Elektronik Belge Yönetim Sistemi
ESK	Elektronik Sağlık Kaydı
GSİ	Gazi Sağlığı İdaresi, ABD
HbA1c	Hemoglobin A1c
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HSYS	Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
HT	Hipertansiyon
HYP	Hastalık Yönetim Platformu
ICD 10	Aile Hekimi
İHBS	İşyeri Hekimliği Bilgi Sistemi
IHI	Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü
İVO	İç Verim Oranı
İZ	İş Zekâsı
KAGK	Kar Amacı Gütmeyen Kuruluş
KDH	Kalp Damar Hastalığı
KDS	Karar Destek Sistemi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KUK	Klinik Uygulama Kılavuzları

MBYS	Muayene Bilgi Yönetim Sistemi
MSSQL	Microsoft SQL Sunucusu
PHRD	Japonya Politika ve İnsan Kaynakları Geliştirme Fonu
SB	Sağlık Bakanlığı
SBS	Sağlık Bilgi Sistemi
SBSGM	Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
SBP	Sağlık ve Bakım Planı
SBS	Sağlık Bilgi Sistem(ler)i
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHM	Sağlıklı Hayat Merkezi
SİNA	Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SQL	Yapılandırılmış Sorgu Dili
STEPS	DSÖ'nün Yetişkin Risk Faktörü Sürveyansına Yönelik STEPwise Yaklaşımı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
UHTS	Ulusal Hastalık Takip Sistemi
USH	Ulusal Sağlık Hizmeti
YG	Yatırım Getirisi
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

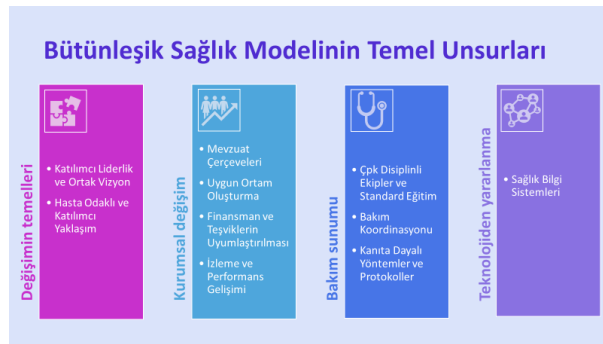
## Yönetici Özeti

Türkiye, 2003 ile 2013 yılları arasında çok başarılı bir sağlık reformuna imza atmıştır. Sağlık Bakanlığı (SB) büyük oranda insan odaklı bir reform kapsamında stratejik hedefler ve büyük dönüşüm süreçleri geliştirmiş ve Aile Hekimliği (AH) modelinin uygulanmasıyla birlikte birinci basamak yapısının geliştirilmesine ve yeniden şekillendirilmesine öncelik vermiştir. Bu bağlamda genel sağlık sigortası uygulamaya konulmuş ve SB, tüm aşamalarda hizmet sunumunu iyileştirmek üzere çeşitli programlar başlatmıştır. Bütün dönüşüm sürecinde bakımın daha geniş bir çerçevede entegrasyonu ile ilgili pek çok alana yer verilmiş olsa da açık bir “bütünleşik sağlık” modeli, Türkiye’de hiç gündeme gelmemiştir. Bu nedenle bu rapor, bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH’lar) öncelik vererek Türkiye’deki sağlık sisteminin bütünleşik sağlık açısından bir fotoğrafını çekmeyi, daha geniş ve kapsamlı bir bütünleşik sağlık modeli oluşturma ihtiyacına ve bunu yapabilmek için varolan fırsatlara dair önerilerde bulunmayı ve birinci basamak sağlık (BBS) hizmeti veren aktörler arasındaki entegrasyonun nasıl geliştirilebileceği konusunda politikacıları ve uygulayıcıları bilgilendirmeyi amaçlamaktadır.

Türkiye’deki arka plana uygun olarak bütünleşik sağlık sağlığına yönelik iyi bir başlangıç noktası olduğundan bu rapor kapsamında birinci basamak bakım seviyelerinde entegrasyona yönelik analizler ve bu seviyedeki entegrasyon metodlarına yer verilmektedir. Önleyici bakım, birinci basamak ve ikinci basamak bakım hizmetleri arasındaki dikey entegrasyon ile entegrasyona yönelik finansal modeller konuları, ileride gerçekleştirilecek faaliyetlere/çalışmalara bırakılmıştır.

Bu raporda da detaylandırıldığı üzere bütünleşik sağlığın temel unsurları dört alana ayrılabilir: Değişimin temelleri, kurumsal değişim, bakım sunumu ve teknolojiyen yararlanma (Şekil 1).

### Şekil 1



**Katılımcı liderlik**, değişim sürecinin planlanmasını ve dönüşüm çalışmalarını desteklemeyi gerektirmektedir. Sürece katılan liderler, yön tayin edip motivasyon ve etkin stratejilerle kaynak tahsisi de sağlamaktadır. Dönüşüm sürecinin tüm aşamalarında ortak bir vizyona sahip olunması, sağlık sisteminde başarılı bir değişim sağlanması için kritik bir unsurdur. Liderlik, ortak bir vizyonun ortaya konulması ve bu vizyonun ne kadar ivedi ve önemli olduğunun tüm paydaşlara iletilmesi bakımından hayattır. Bu nedenle liderlerin, kilit paydaşların açık ve dürüst bir şekilde geri

bildirimde bulunmalarını teşvik ederek destekleyici bir kurumsal kültür oluşturması gerekmektedir. Bu tür bir davranış modeli kamuoyu güvenini arttırma yolunda şeffaf izleme ve değerlendirme ile ortak karar verme süreçlerinin de daha kolay uygulanmasını sağlayacaktır.

**Hasta odaklı olma, hasta merkezlilik, hastaların katılımı ve aktif hale getirilmesi**, sadece bütünleşik sağlık modellerinin asli unsurları değildir, aynı zamanda sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, sağlık ekibinin içerisinde iletişimin ve etkileşimin iyileşmesi ve hasta memnuniyeti gibi pek çok olumlu sonucu da beraberinde getirmektedir. Kendi kendine bakım, sağlık hizmeti sunma şekillerinin hasta ve hizmet sunan tarafından birlikte üstlenilmesi, planlanan sonuçlar ile ilgili tartışmalar ve bilinçli seçim yapma gibi kavramlar sağlık hizmeti alanların sorumluluğunu ve hesap verebilirliğini arttırmakta ve sağlık çalışanlarının mesleki kimliği ve sorumluluk kapsamı gibi kavramları da tekrar değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bakım ihtiyaçlarına göre popülasyon risk sınıflandırılmasının yapılması, ve bu sınıflandırmaya dayanarak kaynak tahsisi yapılması; kişiye özel ve hasta merkezli bakımın planlanması için bir başka gerekli unsurdur.

Mevcut sağlık politikalarının ve **düzenleyici çerçevelerin** gözden geçirilmesi, bütünleşik sağlık anlamında kaydedilen ilerlemelerin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Kronik hastalıklara yönelik mevcut yaklaşım, büyük oranda hastane odaklı olmasına ve BOH'ların halk sağlığı ve sağlığın geniş anlamdaki belirleyici unsurları ile bağlantısını zayıflatma potansiyeline sahip olmasına rağmen sağlık bakım yükünün daha alt basamak bakım düzeylerine kaydırılması için geleneksel yaklaşımların gözden geçirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla bütünleşik sağlık, nüfus sağlığı yönetimi ve proaktif ve önleyici bakıma doğru olacak bu kaydırmayı kolaylaştıracak yeni bakım sunum modelleri sağlamaktadır.

**Uygun ortam**, dönüşüm niteliğinde bir değişiklik için ilgili tüm paydaşları öncelikle bir araya getirir nitelikte olmalıdır. Ortak bir vizyon ortaya konulması ve sürdürülebilirliğin sağlanması için klinik süreçler ve yönetim uygulamalarında kültürel bir değişim gerekmektedir. İlgili tüm süreçler ve aktörler arasında uyum sağlanabilmesi için üst yönetimin bütünleşik sağlık çalışmalarına güçlü ve görünür şekilde destek olması ve ortak karar verme mekanizmalarının oluşturulması önemlidir. Uygun ortamı yaratan bir başka unsur da, bütünleşik sağlık uygulamalarının istenen iyileşmeleri nasıl sağlayacağına dair net bir vizyon ortaya koyacak klinik liderlik kavramıdır. Son olarak, bütünleşik sağlık tanımı net olarak tanımlanmış ortak değerlerin olmasını ve kabul edilmesini gerektirdiği için güvenilir bilgi paylaşımında bulunarak sorumlulukların paylaşılması elzemdir.<sup>1</sup>

Parasal veya parasal olmayan **finansman modellerinin ve teşviklerin uyumu**, değişimin desteklenmesi bakımından etkili olabilmektedir.

Finansman ve teşvik seçenekleri çeşitli olup yatırım, iş gerekçelendirme süreci, ödüllendirme yöntemleri, havuzda toplanmış bütçe, risk ve gelir/kar paylaşımı, toplu ödemeler, kişi başı ödemeler, uzun vadeli sözleşmeler ve uçtan uca yönetilen bakım sistemleri örnek olarak gösterilebilmektedir. Hizmet sağlayıcı ödemeleri; bakım deneyiminin geliştirilmesi, nüfus sağlığının iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması temelinde tasarlanmakla birlikte, teşvik ve ödeme yöntemleri daha kapsamlı sistem hedefleriyle uyumlu hale gelecek, hizmet sağlayıcılar/ödeme yapan taraflar arasında tutarlılık

---

<sup>1</sup> Maruthappu, Hasan, and Zeltner 2015.



sağlayacak ve sağlık hizmet sunucuları kaçınılmaz risklerden ve farklılık gösteren hasta morbiditesinden koruyacakmayı şekilde tasarlanmalıdır.

Başlangıç referans değerlerine karşı niteliksel ve niceliksel veri ile **izleme ve performans gelişimi**, bütünlük sağlık modelinin uygulanması için kritik öneme sahiptir. Performans göstergeleri arasında klinik kalite ölçümü, hasta deneyimi, çalışan deneyimi, çalışan memnuniyeti ve maliyet etkinlik gibi unsurlar yer almalıdır.

**Çok disiplinli ekiplere** yönelik ihtiyaç, yeni görevlerin tanımlanması ve yeni becerilerin geliştirilmesi gereken sağlık bakım sistemlerinin dönüşümüyle ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık bakım talepleri, zaman içerisinde değişikliğe uğramakta ve bu da mevcut yeteneklerin korunması ve yeniden öğrenilmesinin yanısıra yeni bakım uygulamalarıyla daha çok deneyim kazanılmasını ve sistemlerin “öğrenen sistemlere” dönüşerek üretkenliği ve başarıyı sürekli arttırmasını gerekli kılmaktadır. BBS ile istikrarlı, maliyet-etkin ve verimli bir sağlık hizmeti sunum sistemi oluşturulduğu için önleyici bakım, kronik ve akut bakım hizmeti vermek üzere belirlenen hedef hastalara yönelik etkin bakım ekiplerinin oluşturulması, BBS uygulaması için de iyi olacaktır. Bakımın hastanelerden birinci basamağa kaydırılması, BBS hizmetlerinin bakım talebini karşılayacak kapasite ve yetkinliklere sahip olduğundan emin olarak dikkatli bir şekilde planlaması ve uygulanmasını gerektirmektedir. Ekip odaklı bir bakım yaklaşımı için de ekip üyelerinin uygulamada etkin görev almasını sağlayacak şekilde eğitilmesi, desteklenmesi ve gerekli araçlar ve kılavuzlar ile donatılması gerekmektedir.

**Bakım koordinasyonu**, uygun sağlık hizmetinin verilmesini kolaylaştırmak adına birden fazla hizmet sağlayıcı ile hasta arasındaki sağlık bakım faaliyetlerinin düzenlenmesidir. Bakım koordinasyonuna, tüm hasta bakım faaliyetleri için gerekli olan farklı hizmet sağlayıcıların mobilizasyonu ve hizmet sunucu ve hasta arasındaki bilgi alışverişi ile yönetilen diğer kaynaklar da dâhildir. Etkin bakım koordinasyonu için BBS ekipleri, kilit uzman grupları, hastaneler ve kamu hizmeti veren kuruluşlar arasında bilgi aktarımını desteklemek adına sevk ve geçiş protokolleri ve sistemleri gibi araçlardan yararlanarak ilişki kurulması gerekmektedir.

**Kanıt dayalı yöntemler ve protokoller**; maliyet baskıları, teknolojik kazanımlar, kamuoyunun değişen beklentileri, paranın karşılığı değer hareketi, siyasi uzlaş, mesleki hesap verebilirlik ve değişen demografik yapı gibi ön plana çıkan pek çok faktöre bağlı olarak kanıt dayalı sağlık hizmeti ve uygulamalarının gelişimine katkı sağlamaktadır. Kanıt dayalı yöntemler ve protokollerden yararlanılması, hasta sağlığı çıktıların iyileştirilmesi ve standart bakım ve iş süreçlerindeki çok disiplinli çalışmalara verimlilik kazandırılması bakımından hâlihazırda katma değerli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

**Sağlık bilgi sistemleri (SBS)**, sağlık sistemi ve hasta verilerinin etkin şekilde toplanması ve hasta-hizmet sağlayıcı ve hizmet sağlayıcılarının kendileri arasındaki klinik faaliyetlerin koordinasyonunu sağlamak/geliştirmek için bu verilerden yararlanılması bakımından kritik öneme sahiptir. SBS, aynı zamanda bütünlük sağlık ile ilgili araştırma, planlama ve yönetim kararları için de verilerden yararlanılmasına odaklanmaktadır. Sağlık hizmet sağlayıcıları, hastanın mevcut bakım uygulamasını ihtiyaca göre düzenlemek ve tamamlamak adına hasta ihtiyaçları ve talepleri konusunda sürekli olarak hasta/yararlanıcı bilgisine ve diğer hizmet sağlayıcılarının bakım verilerine ihtiyaç duymaktadır. Etkin bütünlük sağlıkcak etkin iletişim ve bilgi ile sağlanabilir. Bu nedenle bakım

kalitesinin artırılması, maliyetlerin azaltılması ve yenilikçi bütünlük sağlık modellerinin geliştirilmesi bakımından SBS'lere önemli bir görev düşmektedir.<sup>2</sup>

Bütünlük sağlık modelinin temel unsurları ve iyi ülke örnekleri ışığında Türkiye'deki sağlık sistemine hızlıca bakıldığında bütünlük sağlığa yönelik somut olarak tanımlanmış hedeflerin olmaması, bütünlük sağlık planlaması yapmak için tüm bakım düzeylerinde hasta verilerine ulaşmaya yönelik engeller ve birinci basamak düzeyinde bütünlük sağlık modelinin beraberinde getireceği çalışma yöntemi değişikliğini gerçekleştirecek yeterli sağlık çalışanının olmaması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca son birkaç yılda Sağlık Bakanlığı'nda üst yönetim düzeyinde görülen önemli değişiklikler sebebiyle muhtemel bütünlük sağlık girişimleri için taahhütte ve katılımında bulunması gereken üst düzey yetkililerin devamlılığının olmaması ve uzun vadeli program planlaması ve uygulamasının zorlaşması ve birinci basamak düzeyinde BOHı hedef alan finansal modellerin/mekanizmaların olmaması gibi sorunlar da söz konusudur.

Bununla birlikte, raporda da belirtildiği üzere farklı ölçeklerde olmak üzere merkezi ve yerel düzeyde pek çok iyi uygulama bulunmaktadır. Gelişmiş ve esnek yapıdaki SBS'ler, birkaç hastalığa özel küçük ölçekli bakım koordinasyon çalışmaları, bakım koordinasyon süreçlerini tasarlamak/yeniden şekillendirmek için yürütülen başlangıç niteliğindeki yerel girişimler ve düzenli bütünlük sağlığı toplama usulleri, yaygın uygulamalar arasında yer almaktadır.

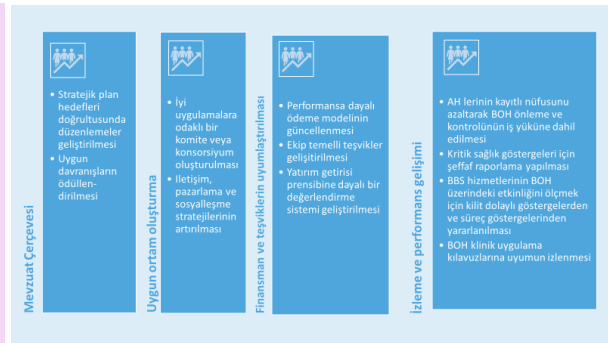
Bütünlük sağlığa yönelik hem iyi ülke uygulamalarının hem de çalışmaların desteklenmesi adına bu raporda, yukarıda bahsi geçen temel unsurlar doğrultusunda Türkiye'de bütünlük sağlığı yönelik bir dizi öneriye yer verilmektedir (Şekil 2, 3, 4 ve 5).

Ülkelere özel iyi uygulamalar ile birlikte bu öneriler, ileride bütünlük sağlık çalışmalarının tasarlanması sürecine ilham kaynağı ve destek olabilir ve başarılı olunması durumunda bütünlük sağlık çalışmalarının sağlık sisteminin geneline yayılmasına katkı sağlayabilir.

Şekil 2



Şekil 3

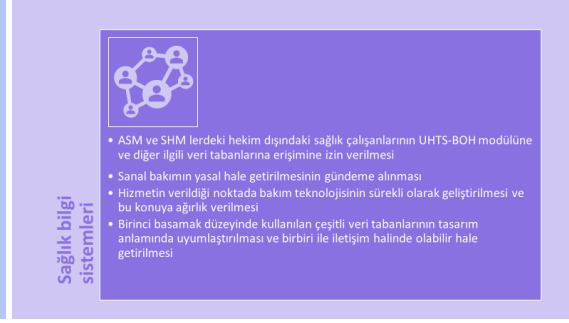


<sup>2</sup> Øvretveit 2017.

Şekil 4



Şekil 5



## 1. Giriş

Birleşmiş Milletler üyesi ülkeler tarafından 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), eşitsizliklerin azaltılıp sağlık ve eğitim gibi alanlarda gelişme kaydedilerek yoksulluğun ortadan kaldırılmasını/dizginlenmesini amaçlayan, toplumların bugünkü ve gelecekteki refahına yönelik uluslararası bir taahhüt niteliğindedir. 3. SKH kapsamında, tüm yaş gruplarında sağlıklı yaşam ve refahın geliştirilmesine ağırlık verilirken<sup>3</sup> aynı zamanda yeni ve değişen sağlık sorunlarının üstesinden gelinmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve bakış açısı ile odak noktasının sağlık hizmeti alan insanların ihtiyaçlarını karşılamaya doğru yöneltilmesi için sağlık sistemini güçlendirmeye yönelik çalışmaların artırılması çağrısında bulunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda bütünleşik ve insan odaklı sağlık bakımı; yönetim, finansman ve sağlık bakım hizmetlerinin sunumu anlamında bir dönüşüm sağlarken sağlık hizmetlerinin hastalık etrafında şekillendiği sistemlerden insan etrafında şekillendiği sistemlere yapısal olarak geçişini öngörmektedir.<sup>4</sup>

Sağlık sistemlerinin devletler üzerinde giderek artan baskısıyla birlikte artık tek bir aktör, kendi başına toplum sağlığını başarılı bir şekilde iyileştirebilecek durumda değildir. Sağlık bakım kuruluşları, halk sağlığı birimleri, sosyal hizmet kuruluşları, okul sistemleri ve işverenler dâhil olmak üzere sağlık sistemine dâhil olan tüm tarafların işbirliğinde bulunması gerekmektedir. Bu işbirliği, entegrasyon sağlayacak bir taraf gerektirdiğinden karar verici merciler, doğru yatırımlar yapıp kaydedilen ilerlemeleri izlemek üzere bir takım üst düzey önlemler olarak bu rolü üstlenebilir.<sup>5</sup>

Toplum sağlığı sonuçlarının ve toplum refahının iyileştirilmesi, küresel anlamda hemfikir olunan bir gereksinimdir. Son 10 yılda uluslararası sağlık hizmetleri topluluğu, sağlık hizmeti sunumu ve hizmet sağlayıcı sistemlerinin mevcut parçalı yapısının hastanın sağlık bakımına erişimini engellediğini, bakım devamlılığı sağlayamadığını, hastalar için yük olduğunu, zaman ve kaynak yönetimi bakımından verimsiz olduğunu ve nitelikli sağlık bakımını destekler nitelikte olmadığını kabul etmiştir. "Bütünleşik sağlık" olarak bilinen ve gelecek vaat eden bir model, geniş çapta uygulanmaya başlamış olup mevcut sağlık hizmet sunumunu gözden geçirmek üzere bu model üzerinde çalışılmaktadır. Bütünleşik sağlık, tüm bakım süresi boyunca hizmet sağlayıcıların hizmetlerinin

<sup>3</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> (accessed December 26, 2018).

<sup>4</sup> <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (Erişim26 Aralık 2018).

<sup>5</sup> Borgermans ve Devroey 2017.

birbiri ile bağlantılı veya eşgüdüm halinde olmasını sağlayarak dağınık bakım modelinin yarattığı sorunların üstesinden gelmeyi ve bakım sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Birinci basamağın güçlü olması, karmaşık bakım ihtiyaçları olanlar başta olmak üzere hastalar için elzem olan bakım seviyeleri arasındaki entegrasyon ve devamlılık açısından kilit bir unsurdur. Birinci basamak, uygun maliyetli ve erişilebilir bakım imkânı sunarak, hastaların doğru ortamda en iyi şekilde hizmet almalarını sağlayarak, gereksiz şekilde hastaneye yatma sayılarını azaltarak ve hastalar için bakım koordinasyonu sağlayarak genel sağlık sisteminin performansını artırma konusunda katkı verebilmektedir.<sup>6</sup>

Bütünleşik sağlık yaklaşımına sahip olan sağlık sistemleri, kronik hastalıkların morbidite ve mortalite oranlarında azalma sağlarken önleyici bakım (örn; aşılama) ve kanser ile kronik hastalıkların erken teşhisinde ilerlemeler kaydedilmesini sağlayarak sağlık sistemi ve nüfus üzerindeki hastalık yükünü hafifletmiştir.<sup>7</sup>

Bütünleşik sağlık, aynı zamanda hastalıkların devlet, sağlık hizmet sistemleri ve insanlar üzerindeki ekonomik etkisini de azalttığını göstermiştir.<sup>8</sup> İsviçre’de gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir çalışma, bütünleşik sağlık modelinin tıbbi maliyetleri (yüzde 10’a kadar) ve hastalık nedeniyle hastaneye yatma oranlarını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu da oldukça yaygın kronik hastalıklardan muzdarip hastalarda bakım kalitesinin önemini yansıtmaktadır.<sup>9</sup>

Bütünleşik sağlık, ayrıca hizmet sağlayıcıları arasındaki bakım koordinasyonunu iyileştirmek üzere sistemlerin yeniden tasarlanarak hasta deneyiminin geliştirilmesini hedeflemekte ve yararlanıcının/hastanın bakış açısıyla (kişi veya insan merkezli) hizmet sunumuna ağırlık vermektedir. Hasta deneyimi ve hastaların sağlık sisteminden memnuniyetinin, bütünleşik sağlık modeli unsurlarının uygulandığı durumlarda arttığına dair önemli kanıtlar bulunmaktadır.<sup>10</sup>

Tüm bu faktörler göz önüne alındığında bütünleşik sağlık modelinin, sağlık bakım sisteminin yeniden tasarlanmasına yönelik kapsamlı ve oldukça karmaşık bir yaklaşım olduğu aşikârdır. Bu nedenle karar verici mercilerin, birden fazla hastalığın önlenmesi ve etkin şekilde yönetimi ile çok disiplinli çalışmalar özelinde kapsamlı ve sistem temelli bir yaklaşım benimsemesi gerekmektedir. Daha geniş bir bağlamda karar verici mercilerin, sağlık finansmanını bireysel hizmet sağlayıcılardan ve kurumlardan; ortak hedefleri olan kuruluş ağlarına kaydırma gereksinimini gündemlerine alması gerekmektedir. Zira bütünleşik sağlık sistemlerinde büyük oranda hasta odaklı bakım, bakım koordinasyonu, bakım devamlılığı, kronik hastalık yönetimi ve bütünleşik sağlık hizmet sunumu gibi yapılara ağırlık verilmektedir.<sup>11</sup>

Bu rapor, Türkiye’de genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliğine odaklanmak suretiyle Japonya Politika ve İnsan Kaynakları Geliştirme Fonu (PHRD) Hibesi kapsamında hazırlanmıştır. Raporun, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) ikinci aşamasında sağlık sigortasının kapsayıcı ve sürdürülebilir şekilde genişletilmesi için gereken politika ve düzenleyici reformların Türk hükümeti

---

<sup>6</sup> Avrupa Birliği 2018.

<sup>7</sup> Avrupa Birliği 2017.

<sup>8</sup> Lyngsø ve ark. 2014

<sup>9</sup> Huber ve ark. 2016.

<sup>10</sup> DSÖ 2015.

<sup>11</sup> Borgermans ve Devroey 2017.

tarafından tespit edilmesini sağlayacak seçenekler sunulması amacıyla sağlık politikalarına ilişkin teşhisleri desteklemesi beklenmektedir.

Raporun asıl odak noktasında birinci basamak sağlık (BBS) düzeyinde entegrasyon yer almaktadır. BBS, birkaç nedenden ötürü raporun temelini oluşturmaktadır. Öncelikle BBS ve halk sağlığı, bütünlük sağlık hizmetlerinin merkezini oluşturmaktadır.<sup>12</sup> Zira, birbirini tamamlayan hizmetler olarak hem nüfusun hem de bireylerin sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaktadır. İkinci olarak bütünlük sağlık birinci basamak sağlık hizmeti, birden fazla hizmet aracılığıyla tüm hastalıklara odaklanması sebebiyle sağlık sistemlerinin ve bütünlük sağlık uygulamalarının nihai hedefi olan sağlık hizmetine ilişkin hakkaniyet ve sağlık alanında genel olarak gelişme kaydedilmesi bakımından iyi bir araçtır.<sup>13</sup> Üçüncü olarak BBS'nin, Türkiye'de bütünlük sağlık hizmetleri açısından etkili bir başlangıç noktası olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, yaklaşık on yıl önce Türkiye'de SDP kapsamında Aile Hekimliği (AH) modeline geçilmiştir. Bu model, çok disiplinli bir yapı ile birlikte faaliyet gösteren ve öncelikle kronik ve uzun vadeli hastalıkları ele alan yeni kurulmuş Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ile desteklenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcıları arasında etkin entegrasyon uygulamalarının olması, hastalıklar konusunda daha iyi sonuçlar elde edilmesi için son derece gereklidir.

Bu rapor, bütünlük sağlık ile ilgili genel bir çerçeve sunmayı, BOH ve BBS özelinde Türkiye'deki sağlık sistemine bütünlük sağlığın yapı taşları bakımından geniş bir açıyla bakmayı ve sistemin güçlü yanları, imkânları ve iyi uygulamaların yanı sıra giderilmesi gereken sorunları da değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Kapsamlı literatür araştırmalarının ve masa başı çalışmaların yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimlerinde bilgilendirici nitelikte önemli görüşmeler ve Türkiye'nin farklı illerinde saha ziyaretleri, bütünlük sağlık anlamında kaydedilen ilerlemeleri ve ilerleme kaydedilebilecek diğer alanları, sahadaki uygulamaları ve merkezi düzeyde sistem ve politika tasarlama çalışmalarını gözler önüne sermiştir. Ülke örnekleri, gerçekleştirilen saha ziyaretlerine yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular, okuyucuya tavsiyeler ve yol haritaları sunmakta ve Türkiye'deki karar verici/politika belirleyici taraflara bütünlük sağlık konusundaki çalışmalarında ışık tutmayı amaçlamaktadır.

Raporun 2. bölümünde, bütünlük sağlık uygulamalarını gerekli kılan faktörler ve Türkiye'deki genel arka plan ve koşullar sunulmaktadır. 3. bölümde yayımlanan literatür ışığında bütünlük sağlık modelinin temel unsurlarına yer verilmektedir. Bu bölümde ayrıca çeşitli ülke örnekleri ile Türkiye'nin bu unsurların her birine yönelik durumu irdelenip, Türkiye'deki bütünlük sağlık çalışmalarına yönelik tavsiyeler sunulmaktadır. 4. bölümde de, öncelik düzeyleri ve zaman çerçevesi ile birlikte tavsiyeleri özetleyen bir yol haritası bulunmaktadır.

---

<sup>12</sup> <https://www.WHO.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>.

<sup>13</sup> [http://www.euro.WHO.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.WHO.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf).

## 2. Türkiye'de Bütünleşik Sağlık Modelinin Geçmişi ve Bağlamı

Dünya genelindeki eğilimlere benzer olarak hastalık biçimlerinin bulaşıcıdan bulaşıcı olmayanlara doğru kayması, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelede ihtiyaçların değişmesiyle birlikte sağlık hizmet sunumu ile ilgili yapıları gözden geçirme gereksinimi ve çalışma yükünün birinci basamağa kaydırılarak teşhis ve kontrol imkânına sahip olunması, bütünleşik sağlık modelinin Türkiye'deki sağlık sistemine dahil edilmesini gerektiren ana faktörlerdir.

### 2.1. Türkiye'deki BBS Hizmetleri (Özet):

SDP'nin ilk aşaması, 2003 ila 2013 yılları arasında uygulanmış ve sağlık hizmetlerine erişim, verimlilik ve nitelik anlamında gelişme kaydedilmesi amaçlanmıştır. Yeni bir birinci basamak ihtisas ve hizmet sunum yaklaşımı benimsenip AH modeline geçilerek aile hekimlerinin maaşları uzman seviyesine yaklaştırılmış, klinik uygulama kılavuzlarından yararlanılması desteklenmiş/teşvik edilmiş, sorunsuz sağlık ve karar destek sistemleri (KDS) uygulanmış, düzgün bir şekilde önceliklendirilerek mali teşviklerde bulunulmuş ve böylece birinci basamak reformu gerçekleştirilmiştir. AH programı, ilk olarak 2005 yılında pilot uygulama olarak hayata geçirilirken 2010 yılında ise ülke geneline yayılmıştır.

Birinci basamak bakım hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) pratisyen AH'ler tarafından verilmektedir. ASM'ler, aile hekimleri ve destek personeli tarafından yönetilmektedir. 31 Aralık 2018 tarihi itibarıyla toplam 26.252 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Aile hekimliği birimi başına 3098 hasta düşerken aktif AH başına 3378 hasta düşmektedir.<sup>14</sup>

Aile hekimleri (AH) ve diğer klinik personel, performansa dayalı sözleşmeler kapsamında görev yapmaktadır. Bu kişilere, aşağıdaki kriterlere bağlı olarak ödeme yapılmaktadır: (a) hizmet edilen nüfus, (b) ilin sosyo-ekonomik kalkınma endeksi, (c) gezici sağlık hizmetleri, muayene ve sarf malzeme maliyeti ve (d) aile hekimliği merkezlerinin işletme maliyetleri.

Aşılar dâhil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı ile ilgili performans hedeflerine ulaşılmaması durumunda hizmet sağlayıcının ödemede %20'ye varan kesinti yapabilmesi nedeniyle bu model negatif performans olarak ifade edilmektedir.

AH sistemi, ikinci ve üçüncü basamak bakım için bekçi görevi görmemektedir. AH birimlerinin yanı sıra ilçelerdeki toplum sağlığı merkezleri (TSM) de çevre sağlığı, üreme sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, bulaşıcı hastalıkların yönetimi ve denetimi ile kanser taramaları gibi toplum ve halk sağlığı hizmetleri vermektedir.

AH sistemi, Türkiye'de BBS hizmet sunumunun merkezinde yer almaktadır. Aile hekimliği modelini takviye edip güçlendirmek amacıyla yakın bir zaman önce SHM'ler kurulmuştur. SHM'lere yönelik kavramsal çerçeve; SHM türleri, SHMlerin genel görev ve işlevleri, verilecek çok disiplinli hizmetler, kadro yapısı ve altyapı gereksinimleri gibi hususlar dâhil olmak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiştir. SHM'ler, BBS hizmetleri kapsamında tamamlayıcı bir role sahiptir ve AH modelini destekler niteliktedir. SHM'lerin başlıca iki amacı vardır. Birinci amacı, ASM'lerin sevk ettiği hastaların takip faaliyetlerini yürütmektir. İkinci amacı ise belli hastalıklar konusunda (özellikle BOH'lar konusunda) risk taşıyan ve hastalığa sahip nüfusu belirleyip sınıflandırma yaparak

<sup>14</sup> Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Daire Başkanlığı

BOH'ların yönetimine yönelik proaktif bir yaklaşım sergilemek ve planlama yapmak için nüfus tarama programları yürütmektir. BOH yönetimi ile ilgili daha etkin yaklaşımlara, öncelikli BOH'lara yönelik hedef nüfus taramasının genişletilmesine ve BOH taraması, teşhisi ve yönetimine yönelik düzgün bir süreç tasarımına duyulan ihtiyaç, Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı'nda da vurgulanmıştır ve SHM'lerin, bu bağlamda aile hekimliği modelini tamamlayıcı nitelikte olması hedeflenmiştir. Türkiye'de, BOH'lar ile mücadele anlamında standart veya yaygın olarak benimsenmiş bir klinik yöntem bulunmamaktadır. AÇS, birinci basamak düzeyinde performansa dayalı sözleşmelerin bir parçasıyken BOH'lar önleyici bakım programlarında bu şekilde sözleşmelerle ilişkilendirilmemiştir.

## 2.2. BOH YÜKÜ

BOH'lar ve bunların yükleri, dünya genelinde artışta olup Türkiye de bu anlamda istisna değildir. 2016 yılında dünya genelindeki tüm ölümlerin yüzde 71,3'ü, BOH'lar<sup>15</sup> yüzünden olmuştur. BOH ölümlerinin yüzde 72,9'u, üst-orta ve daha düşük gelir grubuna sahip ülkelerde yaşanmıştır.<sup>16</sup>

Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında yapılan Hastalık Yüğü araştırmasında, ülke genelinde hastalık biçimlerinin kronik hastalıklara doğru evrildiğinin altı çizilmiştir. Söz konusu çalışma, ölümlerin yüzde 79'unun BOH'lar<sup>17</sup> nedeniyle gerçekleştiğini göstermiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre kalp damar hastalıkları (KDH) ve kanser, tüm popülasyon için de en önemli iki ölüm nedenidir (tüm popülasyonda KDH yüzde 38,4, kanser yüzde 19,7).<sup>18</sup> 2004 tarihli Hastalık Yüğü çalışması, en önemli 10 ölüm nedeni arasında BOH'ların önemli bir paya sahip olduğunu göstermiştir. İskemik kalp hastalıkları, yüzde 21,7 ile ilk sırada yer alırken, ikinci sırada yüzde 15 ile beyin damar hastalıkları, üçüncü sırada yüzde 5,8 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) yer almaktadır; hipertansif kalp hastalığı yüzde 3 ile altıncı, akciğer kanseri yüzde 2,7 ile yedinci, diyabet ise yüzde 2,2 ile sekizinci sıradadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) son tahminleri, Türkiye'deki ölümlerin yüzde 89'unun BOH'lardan kaynaklandığını ve hastalıklar arasında kalp damar hastalıklarının yüzde 34, kanserin yüzde 23, diyabetin ise yüzde 5 paya sahip olduğunu göstermektedir.<sup>19</sup>

Sağlık Ölçüm ve Değerlendirme Enstitüsü'nün (IHME) hesaplamalarında da, en önemli 10 ölüm nedeninden 8'inin BOH olduğu, böylelikle BOH'nin mortalite açısından önemli bir paya sahip olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca IHME rakamları, 2007 ile 2017 yılları arasında BOH'lar nedeniyle ölüm oranlarında artış olduğunu ortaya koymuştur (hipertansif kalp hastalıklarından ölüme yüzde 44, iskemik kalp hastalıklarından ölüme yüzde 32,4, KOA'tan ölüme yüzde 41,5 ve diyabetten ölüme yüzde 11 artış).<sup>20</sup>

<sup>15</sup> [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/).

<sup>16</sup> [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/).

<sup>17</sup> Sınıflandırma, Dünya Bankası gelir gruplarına göre. Temmuz 2017 itibarıyla orta gelir düzeyindeki ülkeler gayri safi yurtiçi hasılası US\$1,005 ile US\$12,235 arasında olan ülkelerdir.

<sup>18</sup> Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 TÜİK <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim: 14 Haziran 2019).

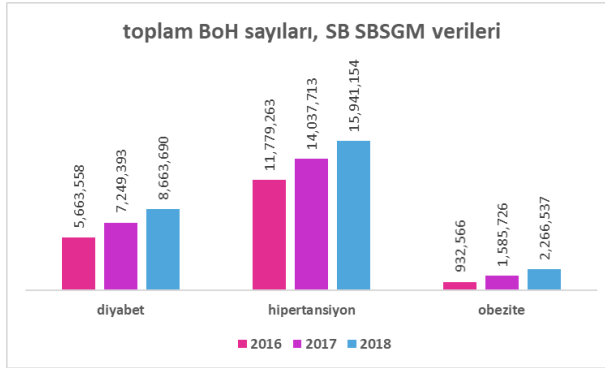
<sup>19</sup> [http://www.who.int/nmh/countries/tur\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1) (Erişim: 10 Ekim 2018).

<sup>20</sup> <http://www.healthdata.org/turkey>.

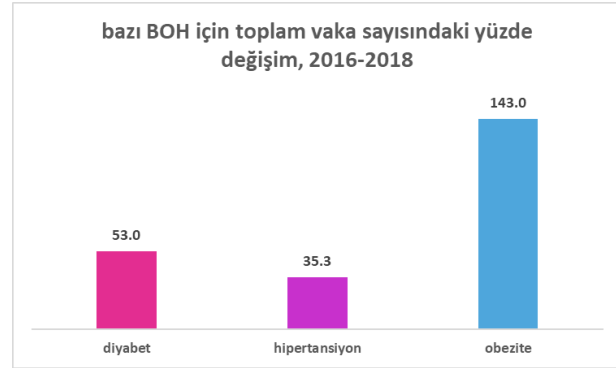
DSÖ 2014 BOH Türkiye ülke raporu<sup>21</sup> DALY (yeti kaybına uyarlanmış yaşam süresi) bakımından BOH yükünün yüzde 71'den (2002) yüzde 79'a (2012) yükseldiğini göstermektedir. BOH vaka sayısı bakımından Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nden elde edilen son veriler, bu durumla tutarlı olup diyabet, hipertansiyon (HT) ve obezite gibi yaygın BOH'lara yönelik toplam vaka sayısında dikkat çekici bir artış yaşandığını göstermektedir (Şekil 6 ve 7).<sup>22</sup>

Değişen hastalık örüntülerinin sadece hastalık ve ölümler nedeniyle yaşanan kayıplar üzerinden sağlık ekonomisi üzerinde yansımaları olmamaktadır. BOH'lar aynı zamanda kronik hastalık oldukları ve uzun süreli ve aralıksız bakım gerektirdikleri için sağlık hizmet sunumlarında da farklı bakış açıları geliştirilmesi ihtiyacını doğurmaktadır.

**Şekil 6**

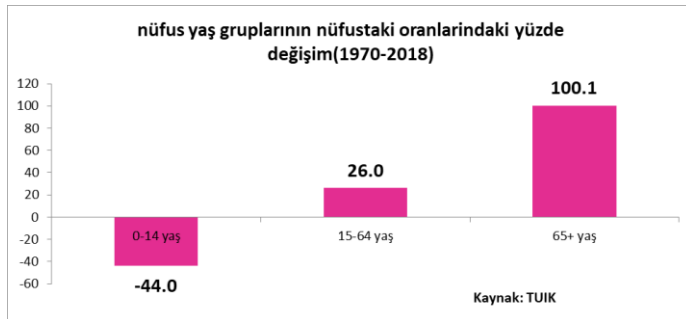


**Şekil 7**



Türkiye, nüfus demografisi anlamında yaşlanmaya doğru bir değişim yaşamaktadır. 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, önemli ölçüde artış göstermiştir. 1980 yılında 15 yaş altı insan oranı yüzde 39 iken bu oran 2008 yılında yüzde 26'ya düşmüştür.<sup>23</sup> TÜİK'in son açıkladığı veriler, genç nüfusun payında azalma olduğunu, yaşlı nüfusun payında ise artış olduğunu destekler niteliktedir (Şekil 8).<sup>24</sup>

**Şekil 8**



Değişen yaşam tarzı ve hızlı kentleşme de, nüfusun BOH risk faktörlerine maruz kalma düzeyinin yüksek olduğu yerlerde durumu daha da kötüleştirmektedir. Türkiye'de yakın zamanda yapılan bir

<sup>21</sup> [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH\\_%C3%9Clike\\_raporu\\_TR.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_%C3%9Clike_raporu_TR.pdf).

<sup>22</sup> (a) Şekiller, 2015 yılından bu yana e-nabız'dan toplanan verilere göre hazırlanmıştır. (b) Tüm sağlık kuruluşlarından alınan veriler dâhildir.

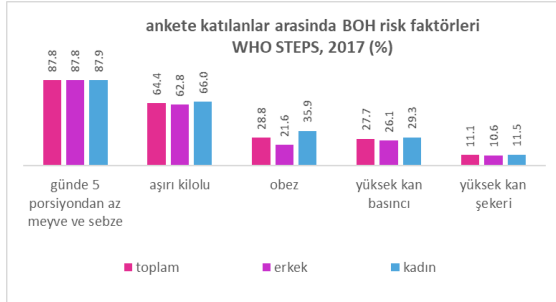
<sup>23</sup> [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf) (Erişim: 22 Aralık 2018).

<sup>24</sup> <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.

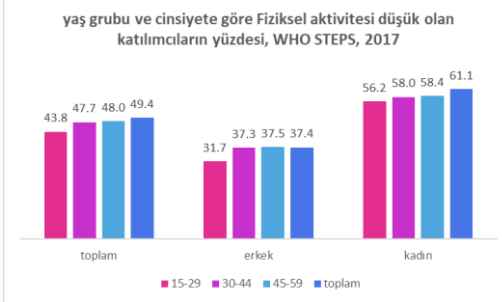


araştırma,<sup>25</sup> beslenme alışkanlıkları ve fiziksel hareketlilik gibi konularda sağlıklı bir yaşam sürüldüğünü gösterirken aşırı kilo, obezite ve yüksek tansiyon ile yüksek kan şekeri gibi risk faktörleri için endişe verici verileri ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılanların yaklaşık %90'ının, günlük meyve ve sebze tüketimi yetersiz düzeyde kalırken yüzde 64'ü aşırı kilolu, yüzde 29'u obez (kadınlarda oran önemli ölçüde daha yüksek) olup yaklaşık yüzde 30'unun yüksek tansiyonu, yüzde 11,5'inin ise kan şekeri yüksek çıkmıştır (Şekil 9). Araştırmaya katılanların neredeyse yarısı, fiziksel hareketliliklerinin düşük düzeyde olduğunu ifade ederken kadınlar için hareketsizlik düzeyi erkeklere oranla çok daha yüksektir (yüzde 61,1 kadınlar, yüzde 37,4 erkekler) (Şekil 10).

**Şekil 9**



**Şekil 10**



SB Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı 2012 yılında günlük 15,0 gram'dan<sup>26</sup> 2017 yılında 9,9 grama<sup>27</sup> düşmesine rağmen, Türkiye'de tuz alımının yüksek olduğunu belirtmektedir, (DSÖ'nün tavsiye ettiği iki katı<sup>28</sup>). Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, ayrıca obezite ve diyabetin Türkiye'de ağırlık verilmesi gereken iki önemli hastalık<sup>29</sup> olduğunun ve SB'nin, DSÖ 2025 hedefleri<sup>30</sup> doğrultusunda bu hastalıklara yönelik artışı durdurmayı hedeflediğinin altını çizmektedir. Daire Başkanlığı, obezite prevalansını yüzde 30'dan<sup>31</sup>, diyabet prevalansını yüzde 13,7'den<sup>32</sup> aşağılara çekme çalışmalarının başladığını ifade etmektedir. Hareketsiz popülasyon oranını yüzde 10 azaltmaya yönelik 2025 hedefinde ilerleme kaydedilmiş olup bu oran 2010 yılında yüzde 56'dan 2017 yılında yüzde 43,6'ya düşürülmüştür.

<sup>25</sup> [http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_ENG\\_19.06.2018.pdf](http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_ENG_19.06.2018.pdf) (STEPS 2017).

<sup>26</sup> [https://www.tdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/t\\_rkiye\\_a\\_r\\_tuz\\_t\\_ketiminin\\_azalt\\_lmas\\_program\\_2017-2021-1.pdf](https://www.tdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/04/t_rkiye_a_r_tuz_t_ketiminin_azalt_lmas_program_2017-2021-1.pdf) (SALTURK-2).

<sup>27</sup> Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması 2017, [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/383984/turkey-risk-factors-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/383984/turkey-risk-factors-eng.pdf?ua=1). [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA\\_kuruluslar/WHO/DSO\\_Turkiye\\_Steps\\_2017.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA_kuruluslar/WHO/DSO_Turkiye_Steps_2017.pdf) (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017).

<sup>28</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>.

<sup>29</sup> Obezite prevalansı, 2010 Türkiye Beslenme Sağlığı Araştırması'na göre yüzde 30'dur. Diyabet prevalansı ise TURDEP II'ye göre yüzde 13,7'dir. (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması)

<sup>30</sup> <https://www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en/>.

<sup>31</sup> <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> (TBSA-2010).

<sup>32</sup> <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> (TURDEP-2-2009).

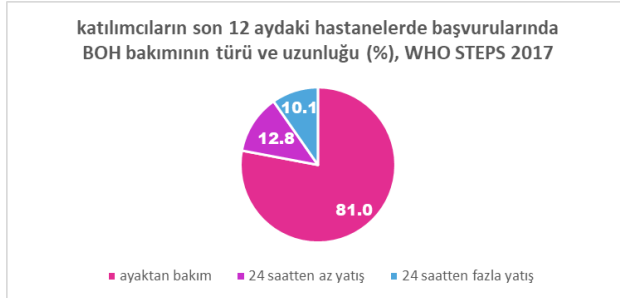
### 2.3. Bakım Hizmet Sunumu Yapılarında Değişiklik İhtiyacı

BOH'ların küresel çapta artış göstermesi, genellikle akut hastalıkların teşhisi ve tedavisine dayalı sağlık hizmet sunum yapılarının yeniden değerlendirilmesini ve sistemin akut bakım modelinin ötesinde gelişimini sağlayacak yeni yöntemler bulunmasını gerektirmektedir. Bu yapıldığı takdirde uzun vadeli sağlık sorunlarına yönelik sağlık bakım hizmeti etkin şekilde verilebilecektir.<sup>33</sup> Bu nedenle bütünlük sağlımodeli kavramı, daha iyi ve daha maliyet-etkin sağlık sistemleri için ilgi çekici hale gelmiştir ve günümüzde sağlık sistemlerinde önlenebilir hastaneye yatışları üzerinden oluşan hizmet verme maliyetini azaltmak için değişen demografik özelliklerin yarattığı sorunlara cevap verebilecek, artan BOH yükü ve baskısı karşısında talep odaklı bir yöntem olarak görülmektedir.<sup>34</sup>

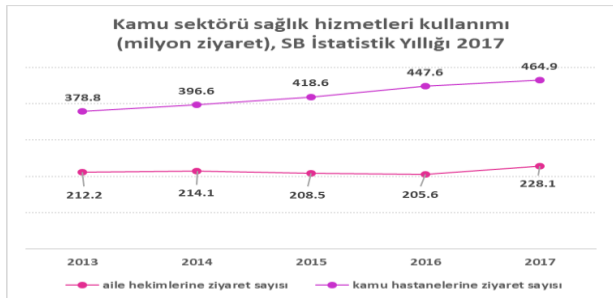
Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile ilgili maliyet-etkin uygulamalar konusunda ("OneHealth Tool" kullanılarak) SB ve DSÖ tarafından birlikte gerçekleştirilen bir çalışma, BOH'ların toplam maliyetinin 78 milyar TL'ye ulaştığını, bunun da 2015 yılı itibariyle gayri safi yurtiçi hasılanın yüzde 3,3'üne tekabül ettiğini göstermiştir.<sup>35</sup>

Türkiye'de hastanelerde ayakta tedavi yükü fazladır. DSÖ'nün 2017 yılında yaptığı STEPwise Yetişkin Risk Faktörü Sürveyansı adlı çalışma, araştırmaya katılan ve hastanede BOH tedavisi görenlerin %81'den fazlasının, ayakta tedavi gördüğünü gösterirken (Şekil 11) bunun birinci basamak düzeyine kaydırılması kritik bir öneme sahiptir. SB istatistikleri de bu bilgiyi doğrulamaktadır. Zira 2013 yılından bu yana hastaneye başvuru sayısında bir artış görülürken 2016-2017 yılları haricinde AH uygulamasından yararlanma oranı aşmıştır (Şekil 12 ve 13).

Şekil 11



Şekil 12



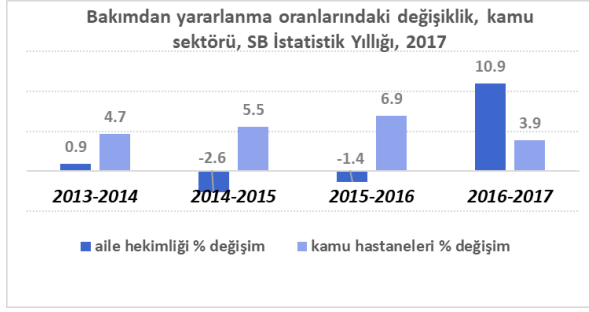
Sağlık Bakanlığı'nın 2017 istatistikleri, hastanelerde ayakta tedavi gören hasta yükünün son derece yüksek olduğunu ve bu yükün artmaya devam ettiğini, 2013 yılından bu yana ise yatan hasta oranının yüzde 2'den az olduğu göstermektedir (Şekil 14). Bu veriler, sağlık hizmetinin büyük oranda hastane odaklı olduğunu ve mümkün olduğunca ayakta tedaviden birinci basamak sağlık hizmetine doğru bir geçiş olması gerektiğini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

<sup>33</sup> DSÖ 2002.

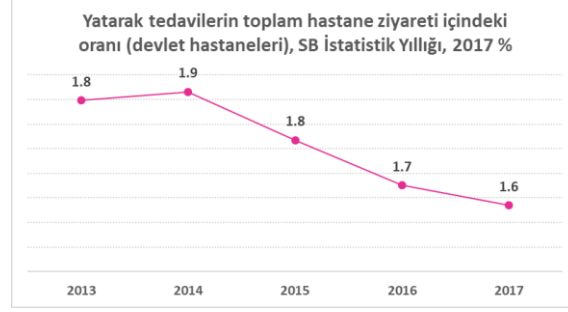
<sup>34</sup> Lyngsø ve ark. 2014.

<sup>35</sup> SB 2015.

Şekil 13



Şekil 14



## 2.4. Türkiye'de Daha Yüksek Politika Düzeyinde Bütünleşik Sağlık

Arka planda değişen koşullar nedeniyle sağlık sisteminin üzerindeki baskıların farkında olan Türkiye Cumhuriyeti SB, bu sorunları aşma konusunda kararlı olduğunu stratejik planlarına yansıtmıştır. Bu amaç doğrultusunda 2013-2017<sup>36</sup> dönemine yönelik Stratejik Plan'ın hedeflerinden biri, bireylere ve topluma erişilebilir, uygun, etkin ve verimli şekilde sağlık hizmeti vermektir. SB, diğer BBS hizmetlerinin aile hekimliği modeliyle, aile hekimliği modelinin ise hastane bakım ve laboratuvar hizmetleriyle entegrasyonunu güçlendirip birinci basamağın rolünü arttırarak bakım entegrasyonu ve devamlılığında ilerleme kaydetme niyetindedir. Plan kapsamında ayrıca aile hekimliği laboratuvar hizmetlerinin altyapı ve teknoloji kapasitesinin güçlendirilmesi, AH'lerin ilgili uzmanlara danışabileceği bir sistemin geliştirilmesi, hastane randevu sisteminin aile hekimliği sistemine entegre edilerek geliştirilmesi ve laboratuvar hizmetlerinin de AH sistemine entegre edilerek geliştirilmesi önerilmektedir.

2013-2017 Stratejik Plan'ında, SB'nin kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıp BBS ve hastane hizmetlerini entegre ederek kronik hastalıkların komplikasyonlarını yönetmeyi sağlayacak bir sistem kurmak ve klinik kalite standartları geliştirip bunlardan yararlanmak suretiyle BOH'ların komplikasyon oranını kontrol edip azaltma hedefinin altı çizilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 dönemine yönelik olarak hazırladığı son Stratejik Plan'da, artan BOH yükünün 2002 yılında yüzde 69,0 iken 2017 yılında yüzde 82,4'e yükseldiğine vurgu yapılmaktadır. Plan'da ayrıca BOH yönetimi için sağlık hizmet sunum modellerini geliştirmek ve devamlılık, proaktif yaklaşımlar ve yakından hasta takibi gerektiği vurgulanmaktadır.

Yeni Stratejik Plan'ın en önemli hedeflerinden biri, nüfusun çevresel risklere maruz kalmasının önlenmesine, sağlık beslenme ve fiziksel hareketlilik ile sağlık yaşam tarzlarının teşvik edilmesine ve sağlık okuryazarlığının arttırılmasına ağırlık vermektir. Bir başka hedef ise, hastaları (sağlık paydaşı olarak) kendi sağlığından sorumlu hale getirmek için aile hekimliği sistemine merkezi bir konum kazandırılması ve birinci basamakta farklı disiplinleri <sup>37</sup> bir araya getiren bütünleşik sağlık

<sup>36</sup> <https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/OrtaAlan/15.02.2012%20stratejik%20plan.pdf>

<sup>37</sup> Diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog gibi

modelleriyle AH modelinin desteklenmesidir<sup>38</sup>. Güçlendirilen bu yeni BBS hizmeti sayesinde BOH yönetimine öncelik verilmesi beklenmektedir. BOH yönetiminin en önemli unsurlarından biri erken teşhis olduğu için SB, sistematik ve nüfus temelli tarama faaliyetlerinde bulunmayı amaçlamaktadır. Hem tarama hem de BOH yönetim süreçleri, uçtan uca tanımlanacak, standart hale getirilecek ve teknoloji ile desteklenecektir. BBSH kurumlarının fiziksel altyapısı geliştirilecek olup tarama, teşhis, hasta eğitimi ve BOH yönetimi bakımından aile hekimleri daha aktif bir rol üstlenecektir. Müfredatta ve hizmet için eğitimde yapılacak iyileştirmelerle BBSH personelinin yetkinlikleri arttırılacaktır.

Tablo 1 ve Tablo 2'de, bütünlük sağlık ve BOH'lar ile ilgili performans hedeflerinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı ile ilgili bütünlük sağlık konusuna dair ayrıntılar verilmiştir.

**Tablo 1**

Bütünlük sağlık ve BOH'lar ile ilgili göstergeler	2019 itibariyle referans değer	Plan Dönemi Başlangıç Değeri	2023 hedefi
Aile Hekimliği Birimi Sayısı (Kümülatif)	27.000	26.252 (2018)	32.190
AH birimi başına düşen nüfus	3.069	3.098 (2018)	2.700
Aile Hekimine gitmeyen nüfusun oranı (kayıtlı vatandaşlar arasında)	% 22,26	%22,4 (2018)	%18,25
Yıllık kişi başı Aile Hekimi başvuru sayısı (Kümülatif)	3,3	3,1 (2018)	4
SHM Sayısı (Kümülatif)	205	193 (2018)	275
Hastalık Yönetim Platformuna entegrasyonu yapılan birinci basamakta tarama ve izlem süreci tamamlanmış kronik hastalık sayısı (Kümülatif)	3	0 (2018)	7
Kolorektal kanser erken teşhis oranı (Evre 0-1)	%35.5	%35,4	%37.0
Meme kanseri erken teşhis oranı (Evre 0-1) (Evre 0-1)	%50.3	%50.0	%52.0
Serviks kanseri erken teşhis oranı (Evre 0)	%58.0	%57.8	%59.5
Hipertansiyon hedef nüfus tarama oranı (%)	%10	%0 (2018)	%50
Kardiyovasküler risk değerlendirmesi hedef nüfus tarama oranı (%)	%20	-	%60

<sup>38</sup> Bertram ve ark. 2018; Rosland ve ark. 2017

Obezite prevalansı (+15 popülasyon)	%31,0	%31,5 (2017)	%29,1
Fazla kilolu nüfus prevalansı (+15 popülasyon)	%35,8	%35,9 (2017)	%35,5
Fiziksel olarak hareketsizlik prevalansı (15 yaş ve üzeri)	%38	%39,6 (2018)	%32
Diyabet prevalansı	%12,4	%12,5 (2017)	%12,1
HT prevalansı	YOK	%27,9 (2017)	%24,9
Kişi başı günlük tuz kullanımı (gr)	9.4 gr	10.2 gr (2017)	7.7 gr
Sağlık okuryazarlığı faaliyet ve çalışmalarının bilinirlik düzeyi	YOK	% 30 (2018)	%60
Sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olanların oranı	YOK	%31,1 (2017)	%40
Hemşire ve ebe sayısı (yüz bin kişiye düşen)	312	302 (2018)	350
Aile sağlığı merkezlerinden memnuniyet oranı	%72	%72 (2018)	%76
e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi profil sayısı (milyon) (Kümülatif) platformunda aktif profil sayısı	11 milyon	9,4 (2018) milyon	15 milyon

**Tablo 2**

<b>Amaç 1: Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etmek ve Yaygınlaştırmak</b>
<p>Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek. Bunun da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) İnsanları sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel olarak aktif yaşam tarzı konusunda cesaretlendirecek teşvik mekanizmalarının oluşturulması</li> <li>(ii) Kamuoyunun farkındalığını artırmak üzere sistematik iletişim faaliyetlerinde bulunulması</li> <li>(iii) Sağlıkta okuryazarlık oranını arttıracak çalışmalarla (sağlık çalışanlarının nüfus sağlığı okuryazarlığı ile ilgili farkındalığının ve yetkinliğinin artırılması, nüfus sağlığı okuryazarlığını arttıracak dijital platformların, uygulamaların ve süreçlerin tasarlanması, sağlık okuryazarlığı gönüllülük modelinin uygulamaya konulması) gerçekleştirilmesi.</li> </ul>
<b>Amaç 2: Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak</b>
<p>Kuvvetlendirilmiş bir aile hekimliği yapısıyla çok disiplinli ve tercih edilen birinci basamak sağlık hizmetleri vermek</p> <p>Birinci basamak performans sistemini tüm paydaşlar için kalite, memnuniyet ve çıktı odaklı bir yapıya dönüştürmek</p> <p>Bütün adımları baştan sona planlanmış, standart ve bireyin takibini etkin şekilde yapan sistemler ve teknolojik araçları bünyesinde barındıran birinci basamak hizmet süreçleri oluşturmak</p>

Birinci basamak sağlık personeli yetkinliklerini; uzmanlık programları, eğitim müfredatlarında yapılacak iyileştirmeler ve hizmet içi eğitimlerle destekleyerek geliştirmek

### **Amaç 3: Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak**

Sağlık hizmetlerinde klinik kaliteyi iyileştirmek

Ayakta tedavi ve acil servis sağlık hizmetlerindeki etkinlik ve verimliliği artırmak

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmak ve sürdürülebilirliğini korumak

### **Amaç 4: Sağlık hizmetlerinde bütünlük sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek**

BBSH kurumlarında HT, diyabet ve KDH risk değerlendirmelerine yönelik BOH taramalarının yapılması.

Hasta geçmişi, hastanın diğer tıbbi rahatsızlıkları, iletişim tercihleri ve davranış biçimleri gibi farklı alanlarla ilgili bilgileri bir araya getirecek düzenli ve bireye dayalı bir BOH takip sisteminin kurulması.

Aşağıda sıralanan unsurları işin içine dâhil etmek adına BBSH strateji tasarımını geliştirerek kamuoyunun BBSH ile ilgili algısının değiştirilmesi.

- (i)** BBSH'nin BOH takibinde öncü rol oynayacağı **yeni bir BBSH hizmet sunum modelinin tasarlanması**. Aile hekimliği sisteminin, işin merkezinde yer almasının sağlanması ve hastaların sürekli sağlık paydaşı olarak görev yapması. Aile hekimliği modelinin desteklenip güçlendirilmesi, BBSH'de diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog gibi farklı alanlardan uzmanların görevlendirilmesi ve entegre hizmetler verilmesi.
- (ii)** Daha etkin olunması ve kalite, memnuniyet ve sonuca odaklanma gibi unsurların sürece dâhil edilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın önceliklerinin yansıtılması için **Aile Hekimliği performans sisteminin yeniden tasarlanması**
- (iii)** BOH gibi uzun vadeli vakalara yönelik **tüm BBSH süreçlerinin uç uca tasarlanması**. Bu süreçler standart hale getirilmeli ve hasta deneyimini iyileştirme amacı gütmelidir. Bu süreçlere vaka temelli klinik tedavi protokolleri, karar ağaçları, hizmet noktaları, görev alacak aktörler ve hizmet sunumuna yönelik akış şemaları dâhil olacaktır. Klinik ve idari süreçlerin, tüm yönleriyle sağlık bilgi sistemine yansıtılması gerekmektedir ve paydaşlar arasında sorunsuz bir bilgi akışı sağlanmalıdır.
- (iv)** Birinci basamakta etkin BOH yönetiminin sağlanması için yeniden tasarlanan ve geliştirilen etkin aile hekimliği eğitim programlarıyla **BBSH personelinin yetkinliklerinin artırılması**.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisinde ve hastalıklara bağlı komplikasyonların yönetilmesinde etkinliği artırmak

Bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek

Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yönetim modelini güçlendirmek

### **5. Amaç: Vatandaş ile sağlık çalışanının memnuniyetini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak**

Sağlık hizmetlerinden duyulan vatandaş memnuniyetini artırmak

Sağlık çalışanlarının memnuniyetini sürekli olarak iyileştirmek

Sağlık hizmet sunumu ve karar alma süreçlerinde bilgi teknolojilerinin kullanımını artırarak sağlık sistemini güçlendirmek

Sağlıkta insan kaynakları planlaması ve yetkinlik yönetiminin etkinliğini artırmak

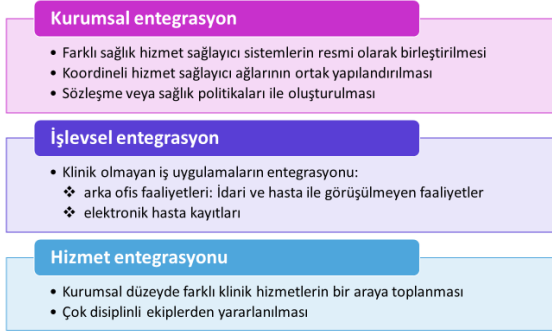
Sağlık yönetimini daha etkin ve verimli hâle getirmek

### 3. Bütünleşik Sağlık Modelinin Temel Bileşenleri: Genel Bakış, Ülke Örnekleri, Türkiye'nin Durumu ve Tavsiyeler

Bütünleşik sağlık sistemine geçişin giderek artmasının nedeni kronik hastalık, çoklu hastalık ve yüksek riskli nüfusun hastalık yüklerinin artmasıdır. Bu da, sağlık sisteminin hizmet ettiği nüfusun ihtiyaçları ile ilgili süreçlerin ve çıktılarının daha iyi yönetilmesini gerektirmektedir. Veriler, entegre bir bakım yaklaşımının; bakım kalitesini, hasta / personel deneyimini, süreç verimliliğini ve etkinliğini artırabileceğini, maliyetleri azaltacağını ve hastaların elde edeceği sonuçların ve refahının daha iyi bir noktaya gelebileceğini göstermektedir.<sup>39</sup>

Bütünleşik sağlık; kurumsal, işlevsel ve hizmet entegrasyonu dâhil olmak üzere sağlık sisteminin farklı boyutlarında kendini göstermektedir. Kurumsal entegrasyon genellikle sağlık hizmeti sağlayıcısı sistemlerin (sağlık hizmetinin farklı sektörlerini bir araya getirerek) resmi birleşmelerini veya genellikle sözleşmeler ya da politikalar aracılığıyla ayrı kuruluşlar arasında koordine edilmiş sağlayıcı ağları için ortak yapıların kurulmasını içerir. İşlevsel entegrasyon, klinik olmayan ticari uygulamaları (arka ofis faaliyetleri gibi) ve elektronik hasta kayıtlarını entegre etme ihtiyacını kabul edip gerekli görmektedir. Hizmet entegrasyonunda, çok disiplinli sağlık çalışanlarından oluşan ekiplerle farklı klinik hizmetlerinin kurumsal düzeyde bir araya getirilmesine ağırlık verilmektedir.<sup>40</sup> (Şekil 15).

#### Şekil 15



Entegrasyon, genellikle dikey veya yatay olarak adlandırılmaktadır. Yatay entegrasyon, iki hastanenin bütünleştirilmesi gibi bakım sürecinde aynı basamakta/düzeyde olan iki veya daha fazla sağlık kuruluşunu arasında resmi bakım hizmeti verilmesi anlamına gelmektedir. Dikey entegrasyon, birinci ve ikinci basamak sağlık bakımı veya genel uygulama ve toplum sağlığı bakımı gibi farklı bakım düzeylerinde bakım ihtiyaçlarını karşılayan kuruluşları içermektedir. Ölçek bakımından bütünleşik sağlık üç düzeyde uygulanabilmektedir: Mikro, mezo ve makro. Mikro düzey, kişiye özel bakım planı ile yapılan bireysel bakıma ağırlık vermektedir. Mezo düzey, aynı hastalığı veya rahatsızlığı olan belli bir gruba veya nüfusa yönelik bütünleşik sağlık içindir. Makro düzeyde bakım

<sup>39</sup> DSÖ 2016b.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>.

<sup>40</sup> WHO 2016b.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>

uygulamasını bütün bir nüfus için ihtiyaçların önceliklendirilmesi ve bu ihtiyaçlara özel hizmetler verilmesini gerektirmektedir.

Bütünleşik sağlık, yoğunluk seviyesine bağlı olarak kısmi ve tam kapsamlı olabilir. Tam kapsamlı bütünleşik sağlığın amacı, sağlık sektörü ile sosyal sektörleri yeni bir kurum modelinde bir araya getirmektir. Kısmi bütünleşik sağlık modelinde ise entegrasyona destek olmak ve sağlık sektörü ile sosyal sektörler arasındaki koordinasyonu artırmak için gönüllü bağlantılar oluşturulması hedeflenmektedir.<sup>41</sup> Bazı entegrasyon modellerinde, yüksek risk gruplarının ihtiyaçlarına ağırlık verilirken bazılarında ise belli kronik hastalıkları olan gruplar ön plandadır.<sup>42</sup> DSÖ, üç bütünleşik sağlık modeli belirlemiştir: a) Parçalı/dağınık yapıyı azaltmak ve kronik rahatsızlık/hastalık yönetimini geliştirmek için hizmet sağlayıcılar arasındaki koordinasyonu kolaylaştırma hedefinin güdüldüğü bireysel modeller (vaka yönetimi, bireysel bakım planları, hasta odaklı evde sağlık hizmeti, kişisel sağlık bütçesi), b) daha geniş hasta gruplarını hedef alan modeller (kronik bakım modeli, hassas ve yaşlı hastalara yönelik entegre modeller, hastalık odaklı modeller) ve c) popülasyon temelli modeller (ABD Kaiser Permanente, ABD Gazi Sağlığı İdaresi (VHA), Bask Bölgesi Bütünleşik Sağlık Modeli).<sup>43</sup> Bununla birlikte DSÖ, daha geniş kapsamlı modellerde çoğu zaman hastalık alt grupları ve bölümleri olduğunu, bireysel bütünleşik sağlık modellerinin ise vaka yönetimi yönlerinin bulunduğunu ifade etmektedir.

Bütünleşik sağlık yaklaşımı, sağlık hizmetlerini erişim, nitelik ve devamlılık anlamında geliştirmeyi amaçladığı için bütünleşik sağlık düzenlemelerinde birinci basamağa düşen görev hayatidir. Birinci basamak bakım hizmetlerinin temel işlevleri olan ilk temas noktası, sürekli, kapsamlı ve eş güdümlü bakım sayesinde birinci basamak hizmetleri, bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve entegrasyonu yönündeki çalışmalar için başlangıç noktası niteliğindedir. Sağlık ve refahın biyomedikal, psikolojik ve sosyal boyutlarının entegrasyonu, birinci basamak bakım hizmetlerinin temel değerleri olup bakım süreci boyunca koordinasyonun daha iyi yürütülmesini sağlayan ve rehber niteliğindeki ilkelerden oluşan hem insan odaklı hem de toplum temelli bakım kavramlarını içermektedir. Birinci basamak bakım hizmetleri ilkelerinin (ilk temas noktası, sürekli, kapsamlı ve eş güdümlü bakım) aktif bir şekilde rol aldığı sağlık sistemlerinde, özel bakım hizmetlerine ağırlık verilen sistemlere kıyasla daha iyi sağlık çıktıları elde edilirken sağlık hizmetleri de daha hakkaniyetli bir şekilde sunulmaktadır. Yüksek gelirli bazı ülkelerde, parçalı yapıya sahip sağlık sistemleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin entegre edilmesine yönelik faaliyetlerin sektöre uğradığı görülmektedir. Parçalı yapıdaki sistemler ise hizmet sunumunda mükerrerlik ve bakım kalitesinin düşük olması sonucunda bakımın yetersiz olmasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır.<sup>44</sup>

Bütünleşik sağlık modelinin temel unsurlarını, sunum stratejilerini, başarı faktörlerini ve sağlık sistemlerini daha entegre hale getirmeye çalışan birçok ülkenin karşı karşıya kaldığı sorunları, gözler önüne seren birçok veri ve kaynak bulunmaktadır.

Bütünleşik sağlık, çeşitli tanımları olmasına ve farklı bağlamlar içerisinde incelenip ifade edilmesine rağmen temel unsurlarına literatürde rastlamak mümkündür.<sup>45</sup> Bu temel unsurlar arasında liderlik

---

<sup>41</sup> DSÖ 2016b.

<sup>42</sup> DSÖ 2016.

<sup>43</sup> DSÖ 2016.

<sup>44</sup> Valentijn ve ark. 2013.

<sup>45</sup> Evans ve ark. 2016.



kavramının sürece dâhil edilmesi, hasta merkezli bir yapı, katılım ve öz yönetim desteği, çok disiplinli bir ekibin ve çalışma kültürünün oluşturulması, kanıta dayalı klinik çalışmaların ve protokollerin uygulanması, bakım koordinasyonu ve vaka yönetimi, katılıma yönelik teşviklerin uyumlu hale getirilmesi, kaynakların verimli yönetilmesi, sürekli izleme ve performans gelişimi ile destekleyici teknolojilere yatırım yapılması bulunmaktadır. Bu bileşenler, bütünlük sağlığı hizmetlerinin başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi için kurumlara rehberlik edecek olan uygulamaya dayalı yaklaşımların temelini oluşturmaktadır. Bu raporda, bütünlük sağlığı hizmetlerinin literatürde belirtilen temel unsurlarının tanımlandığı dört temel alanına yer verilmektedir. Bu alanlar (a) değişimin temelleri, (b) kurumsal değişim, (c) bakım hizmetlerinin sunum şekli ve (d) teknolojiden yararlanma alanlarıdır. Aşağıda yer alan bölümlerde bütünlük sağlığı hizmetlerinin bu boyutsal alanlar kapsamında temel unsurları detaylı bir şekilde ele alınmış ve her bir unsura ilişkin ülkelerden iyi uygulama örnekleri verilmiştir. Bakım sunumunun geliştirilmesi ve entegre hale getirilmesi ve birinci basamak sağlığı sisteminin kapasitesinin artırılmasına yönelik yaklaşımlar içerisinde liderlere, paydaşlara ve çalışanlara yönelik dersler de bulunmaktadır. "Bir sağlığı sisteminin iyi işleyebilmesi için tasarım, uygulama ve izleme aşamalarına özen gösterilmesi gerekmektedir."<sup>46</sup>

Bu nedenle ilerleyen bölümlerde, bütünlük sağlığı sistemlerinin uygulamaya konulması için çalışmalar yürüten ülkelerde uygulanan stratejiler ve atılan adımlar ele alınmıştır. Ülke örnekleri, Türkiye bağlamına uygun ve yön gösterebilecek olanlar arasından seçilmiş olup bütünlük sağlığı hizmetleri alanında yapılan çalışmalar konusunda Türkiye'de politika geliştiren aktörlere yol gösterme amacını taşımaktadır.

### 3.1. Değişimin Temelleri

#### 3.1.1 Katılımcı Liderlik ve Ortak Vizyon

##### 3.1.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Literatür, dönüştürücü değişimin kolaylaştırılması açısından ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde liderliğin kilit bir rol oynadığını göstermektedir. Liderler, değişimin planlanması ve dönüşüme yönelik tüm çalışmaların desteklenmesi ve sürdürülmesinden sorumludur. Liderlerin dönüşüm sürecindeki en önemli görevlerinden biri, çalışmalarda uygulamanın ve sürekliliğin sağlanması amacıyla gerekli kaynakları (personel, zaman, ekipman, teknoloji/araçlar, eğitime ayrılan finansman, vb.) belirlemek ve tahsis etmektir. Sürece katılım gösteren liderler, sorunların belirlenmesi ve çözüm üretilmesi aşamasında personel ile birlikte aktif ve görünür şekilde rol alır. Sürece katılım gösteren liderler, dönüşümün nedenlerinin ortaya konulması, kapsamlı ve verimli bir iletişim sağlanması, başarılı kişilerin belirlenmesi ve bu kişilere yol gösterilmesi, verilerden yararlanılarak gelişime yön verilmesi ve çalışmaların yapılabilmesi için yeterli düzeyde kaynak tahsisi yapılması gibi stratejilerden yararlanarak yönlendirme, motivasyon ve kaynak sağlar.<sup>47</sup> Bu anlamda liderlik, klinik yönetim ve/veya danışma grupları ile ilgili literatür, detaylı bir şekilde incelenmiştir.<sup>48</sup>

<sup>46</sup> Cotlear ve ark. 2015.

<sup>47</sup> Reinertsen, Bisognano ve Pugh 2008; Güvenlik Ağı Evde Bakım Çalışması 2013a.

<sup>48</sup> Barker, Reid ve Schall 2016; Best ve ark. 2012; Nolan ve ark. 2005; Reinertsen, Gosfield ve Rupp 2007; Willis ve ark. 2016

Bu konudaki literatür aynı zamanda, sistemin kapsamlı olarak değiştirilmesi ve iyileştirilmesi için liderliğin, yönetişimin ve/veya danışma komisyonu gibi bir oluşumun sürece dâhil olduğu yaklaşımları tavsiye etmektedir. Her düzeyde görev alacak resmi veya gayri resmi liderler de dâhil olmak üzere tüm düzeylerde ortaya konulacak güçlü liderlik ve ortak vizyon, sağlık sisteminin başarılı bir değişim geçirmesi için kritik öneme sahiptir. Liderlik, ortak vizyonun belirlenmesi, aciliyetinin ve öneminin tüm paydaşlara aktarılması açısından önem arz etmektedir. Reformların desteklenmesi, uygulama biçiminin tanımlanması ve çeşitli basın-yayın organları aracılığıyla duyurulması için güçlü bir politika çerçevesinin oluşturulması önem arz etmektedir. Ayrıca liderler, dönüştürücü nitelikte değişimlerin gerçekleşebilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları teminat altına da alır. Kilit paydaşlardan gelecek güvenilir geri bildirimleri teşvik edip kamu güvenini artırmak amacıyla izleme, değerlendirme ve ortak karar alma faaliyetlerini şeffaf bir şekilde gerçekleştirerek destekleyici bir kurum kültürü oluştururlar.<sup>49</sup> Konu hakkında deneyimli ve uygulamaya yönelik çalışmalara öncülük edecek yönetici seviyesinde bir lider sayesinde yapılan çalışmalara daha fazla dikkat çekilebilir. Zira diğer ülkelerde sistemin parçalı yapıda olması, iletişimsizlik ve çıkar çatışmaları gibi sorunların önüne bu şekilde geçilebilmiştir.<sup>50</sup>

Katılımcı ve güçlü liderliğe iki iyi örnek, İskoçya ve Japonya'dan verilebilir.

İskoçya, liderlerin sürece dâhil olması ile planların hayata geçirildiği iyi bir örnektir. Değişen demografik yapının ve yaşlanan nüfusun, birçok ülkede olduğu gibi sağlık sistemini baskı altına aldığı İskoçya'da hükümet, İskoç Yerel Yönetimler Konfederasyonu (COSLA) ve Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha sürdürülebilir hale getirilmesi amacıyla 2009 yılında 'Yaşlılara Yönelik Bakım Hizmetlerinin Yeniden Şekillendirilmesi' isimli bir program uygulamıştır. 2010 yılında Christie Komisyonu tarafından hazırlanan Kamu Hizmetlerinin Geleceğine İlişkin Rapor, bahsi geçen çalışmanın devamı niteliğinde olmuş ve insan odaklı bakım hizmetlerine, bakım hizmetlerinin sorunsuz şekilde sunulmasına yönelik işbirliklerine, önleme faaliyetlerine ve sağlık hizmetlerinin yakından izlenmesine öncelik veren bir entegrasyon yaklaşımı önerilmiştir. Bu konular, İskoç hükümetinin 2020 vizyonuna ve sağlık ile sosyal bakım hizmetlerinin İskoçya genelinde entegre edilmesi için geliştirilen planlara da zemin hazırlamıştır. 2011 yılının Mayıs ayında yapılan seçimlerden sonra İskoç hükümeti, tüm siyasi partilerin desteğini almış ve bütünsel sağlık hizmetlerini yasa haline getirebilmiştir. 2014 yılında çıkarılan Kamu Kurumları Kanunu, girdilerden ziyade bireysel sağlık ve halk sağlığı çıktılarına ağırlık veren bütünsel sağlık hizmetlerine yönelik bir kanun niteliğindedir. 2011 yılının Aralık ayında İskoçya hükümetinin yetişkin sağlığı ve sosyal bakım unsurlarını entegre etme planı açıklanmıştır. Entegre sağlık ve sosyal bakıma yönelik düzenleyici çerçeveyi içerisinde barındıran Kamu Kurumları Kanunu, 2013 yılının Mayıs ayında İskoçya Parlamentosu'nda kabul edilmiştir. Bu kanun, sağlık bakım hizmetinin kalitesini ve tutarlılığının arttırma ve özellikle uzun vadeli ve karmaşık sağlık ihtiyaçları olan insanlar için sorunsuz bir sağlık ve sosyal bakım hizmeti verilmesi ihtiyacına ağırlık vermektedir. NHS ile yerel yönetimlerin birlikte çalışmalarının önündeki engelleri kaldırmak adına 2014 tarihli Kamu Kurumları Kanunu ile entegrasyon kuruluşları olarak bilinen yeni kamu kurumları kurulmuştur. Sağlık ve sosyal bakım bütçelerini NHS kurulları ve yerel yönetimler için entegre hale getirme ihtiyacının yanı sıra Kamu Kurumları Kanunu ile ülke genelinde üzerinde mutabakata

---

<sup>49</sup> DSÖ 2015.

<sup>50</sup> DSÖ 2015.

varılmış çıktılarının ve ortak çalışmalarının yapılması gerekli bulunmuştur. Zira bu çalışmalar, sağlık bakım planlaması ve hizmet verilmesi sürecinde klinisyenlerin ve sağlık çalışanlarının rolünü güçlendirecektir.<sup>51</sup>

Japonya'daki Mitsugi vilayeti, paydaşların yerel seviyede bütünleşik sağlık hizmetlerine katılımı açısından güzel bir örnektir. Mitsugi devlet hastanesi başhekimisi, il idaresi ve belediye meclisi ile birlikte bölge sakinleri ve sağlık çalışanları, 1970'lerde uygulamaya konulan toplum temelli bütünleşik sağlık hizmetleri girişiminin paydaşları haline gelmiştir. Yerel düzeyde en yetkili kişi olan Hiroşima valisi, yaşlı bakımı konusunda giderek artan ihtiyacı karşılamakta zorlandığı için Yamaguchi vilayetinin yaşlılara toplum içerisinde hizmet sunma planı ile yakından ilgilenmiştir. Yerel makamlar, bu ilgi doğrultusunda Yamaguchi vilayetinin planına destek olmuş ve tıbbi, önleyici ve sosyal hizmetlerin entegrasyonuna onay vermiştir. Bu adım, sağlık alanında iş gücünden daha esnek bir şekilde yararlanılmasını sağlamıştır. Örneğin, Mitsugi vilayetinde önceden belediye tarafından istihdam edilen toplum/halk sağlığı hemşireleri, entegrasyon çalışmaları kapsamında yapılan değişiklikler sonucunda hastanelerde istihdam edilmeye başlanmıştır.<sup>52</sup>

Liderlerin sürece daha geniş bir kapsamda dâhil olduğu bir diğer örnek ise, hızla yaşlanmakta olan Japon nüfusunun ihtiyaçlarını karşılamak ve önleyici, tıbbi ve uzun süreli bakım hizmetlerini entegre etmek ve hayat desteği ile sosyal bakım hizmeti vermek amacıyla Japon hükümetinin, 2006 yılında entegre halk sağlığı sistemini uygulamaya koyması olmuştur. Yeni bakım hizmetleri modeli, belediyeler tarafından yönetilmekte olup finansmanı ise uzun vadeli bir sigorta fonu ile sağlanmaktadır. Modelin amacı, yaşlıların sosyal destek mekanizmalarından yeterli derecede yararlanabilecekleri ve insan onuruna yaraşır bir şekilde yaşayabilecekleri bir ortam oluşturmaktır. Japonya Vizyonu: Sağlık 2035<sup>53</sup> isimli politika belgesinde belirtildiği üzere entegre halk sağlığı modeli, Japon sağlık sisteminde girdilerden sonuçlara, nicelikten niteliğe, tedaviden bakıma ve önlemeye ve belirli bir alana yönelik uygulamalardan entegre bir modele geçilmesini öngörmektedir. Bütünleşik sağlık hizmetleri açısından Japonya Vizyonu: Sağlık 2035 raporunda, değer temelli bakım hizmetleri, toplumun güçlendirilmesi ve yaşam tasarımına yönelik kişisel tercihlerin teşvik edilmesi gibi önerilerde bulunmaktadır.<sup>54</sup>

Nitelikli bir sağlık iş gücü, sistem dönüşümünün sağlanması ve hizmet sunumu kapasitesinin artırılması için liderlerin üzerinde durması gereken bir diğer önemli konudur. "Hükümetler, nüfusun ihtiyaçlarını karşılayan, sağlık hakkını destekleyen, nüfusa özel ve kapsamlı genel sağlık sigortasına yönelik çalışmaları hızlandıran sağlık iş gücünün eğitimi, görevlendirilmesi, yönetimi, finansmanı ve iyi performans göstermesini sağlayan siyasi liderliği ve kararlılığı gösterip kaynak temin eder."<sup>55</sup> DSÖ; sayı, görev dağılımı ve elde tutma anlamında eksiklerin giderilmesine yönelik ulusal bir stratejinin geliştirilmesi, eğitim müfredatının modern hale getirilmesi, kalite ve gelişim ilkelerinin müfredata entegre edilmesi, mesleki gelişim programlarının teşvik edilmesi ve etkilerinin

---

<sup>51</sup> Bruce ve Perry 2015. [https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport\\_Opieka\\_koordynowana\\_ENG.pdf](https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport_Opieka_koordynowana_ENG.pdf)  
[http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB\\_16-70\\_Integration\\_of\\_Health\\_and\\_Social\\_Care.pdf](http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-70_Integration_of_Health_and_Social_Care.pdf)

<sup>52</sup> Hatano ve ark. 2017.

<sup>53</sup> Miyata ve ark. 2015; Reich ve Shibuya 2015.

<sup>54</sup> Japonya sağlık sistemi incelemesi [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5390.pdf](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf).

<sup>55</sup> OECD 2016.

değerlendirilmesi sonucunda sağlık iş gücünün nitelikli hale getirilmesinin ülkelerin sorumluluğunda olduğunu ifade etmektedir.<sup>56</sup>

Brezilya, Gana, Meksika ve Tayland'da üstün nitelikli sağlık hizmet işgücü oluşturma anlamında kaydedilen ilerlemelerden şu sonuçlar çıkarılmaktadır:

a) Daha fazla personelin eğitilmesi önemli olmakla birlikte eğitilecek personelin seçimi, eğitimin yeri, içeriği, yöntemi ve çok disiplinli ekiplerin etkili çalışabilmesi için gerekli niteliklerin geliştirilmesi gerekmektedir.

b) Yeterli düzeyde hizmet alamayan bölgelerde daha fazla personel istihdam edilmesi gereklidir ancak kalitenin ve erişimin artırılması için yeterli değildir. Personelin istihdam edilebilmesi ve elde tutulabilmesi için coğrafi dağılımın uygun olması ile birlikte mali ve mali olmayan teşviklerde de bulunulması gerekmektedir. Bu nedenle her yönüyle finanse edilen İK politikaları büyük önem taşımaktadır.

c) Sağlık sistemi içerisinde süregelen sorunların çözülebilmesi için yatırımların sürdürülebilir olması, personel, eğitim ve teşviklere yönelik maliyet bütçelendirmesi yapılması ve daha uzun vadeli bir politikanın uygulamaya konulması gerekmektedir. Nitelikli ve motivasyonu yüksek bir iş gücüne sahip olunması için uygun politikalar ve fonlama büyük önem arz etmekte olup bakım hizmetlerinin nitelikli bir şekilde sağlanması için ise malzeme, ekipman, altyapı ve finansman sağlanması gerekmektedir.<sup>57</sup>

### 3.1.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

Türkiye, sağlık sistemini geliştirmek ve iyileştirmek üzere son on yılda liderlerin sürece katılımı anlamında başarılı ve önemli bir örnek sergilemiştir. Düzenleme gerektiren pek çok faktörden (demografik ve epidemiyolojik değişiklikler, sağlık sistemi altyapısı, sağlıkta insan kaynakları ve farklı bakım düzeylerinde bakım sunum mekanizmaları) yararlanan Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), liderlerden destek görüp taahhüt almış ve uygulanmasına 2003 yılında başlamıştır. SDP, odak noktasına vatandaşı yerleştirip Türkiye'deki sağlık sistemine önemli değişiklikler getirmiştir. Sağlıkta insan kaynaklarının ülke geneline daha dengeli bir şekilde yayılması, bakıma erişimin ve kapsam dâhiline alınabilecek nüfus oranının arttırılmasına ve daha eşit hizmet verilmesine katkı sağlamıştır. Bu program, bakıma fiziksel erişim olanaklarını arttırıp BBSH konularını hastanelerden ziyade daha hesaplı bir mekanizma olan AH düzeyinde ele alarak bakımda hastanelerden BBSH'ye geçiş düşüncesiyle 2005 yılında AH modelini uygulama anlamında başarılı olmuştur.<sup>58</sup> SB, hâlihazırda birinci basamak bakım hizmetlerini güçlendirmek adına pek çok çalışma yapsa da politikaların ve sistemlerin parçalı yapıda olması, bütünselik sağlığı için daha etkin yaklaşımlar benimsenmesinin önünde bir engel oluşturmaktadır.

Yerel, bölgesel ve ulusal düzeydeki yetkililerle yapılan görüşmeler neticesinde SB'nin Stratejik Planları ile ilgili ortak bir vizyon, anlayış ve görüş birliği olmadığı ve bu nedenle yerel ve bölgesel sistemlerin farklı şekilde tanımlandığı, geliştirildiği ve uygulandığı görülmüştür. Bu durum, ulusal hedefleri olumsuz yönde etkileyebilecek bir standartlaşma eksikliğine neden olabilmektedir. İyi

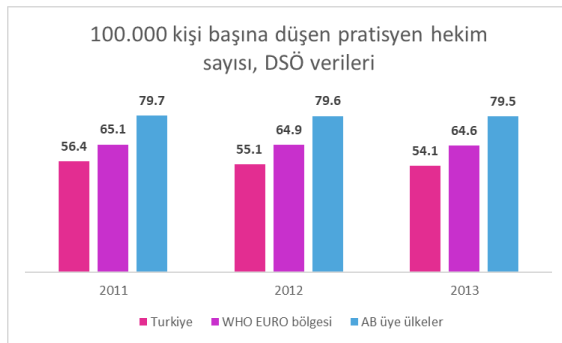
<sup>56</sup> DSÖ 2016c.

<sup>57</sup> Campbell ve ark. 2013.

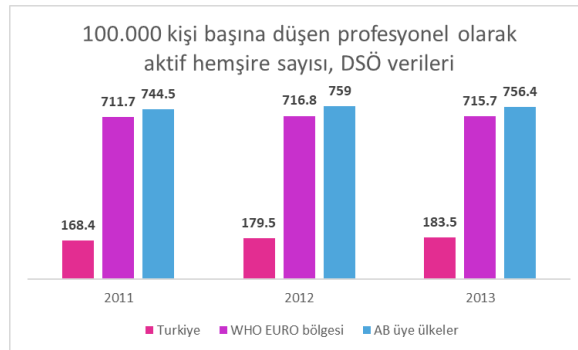
<sup>58</sup> Aile hekimliği sistemi, Türkiye'de aşamalı olarak uygulanmaya başlamıştır (2005 yılında 1 pilot işte başlamış, 2006'da 6 ilde devam etmiş, 2007'de 7 il daha sisteme katılmış, 2008'de 17 il, 2009'da 4 il ve 2010'da 46 il sisteme dahil olmuştur).

tanımlanmış yaklaşımların yanı sıra ortak bir vizyon ve anlayış olmadan ulusal, bölgesel ve yerel liderlerin tam olarak Sağlık Bakanlığı'nın istediği şekilde plan yapıp uygulama şansı bulunmamaktadır. Sağlıkta insan kaynağı, liderlerin aktif ve etkin katılımı açısından Türkiye'de ele alınması gereken bir başka önemli konudur. SB 2019-2023 Stratejik Planı'nda da belirtildiği üzere sağlıkta iş gücü, sayı bakımından bakım taleplerini ve kurumsal ihtiyaçları karşılayamayacak kadar yetersizdir. AH sayısı, planlandığı kadar artırılamamıştır. Uluslararası karşılaştırmalı veriler,<sup>59</sup> Türkiye'nin performansının pratisyen hekim ve hemşire bakımından Avrupa Birliği (AB) ortalamasının altında olduğunu göstermektedir (Şekil 16 ve 17). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının kapasitesinin geliştirilmesi, görevlendirilmesi ve performansının arttırılması, bakım kalitesi ve hakkaniyeti bakımından hayati öneme sahiptir.<sup>60</sup>

**Şekil 16**



**Şekil 17**



Ayrıca SB'de son dönemde sık sık gerçekleştirilen kurumsal yeniden yapılanma çalışmalarının ve değişikliklerin, Bakanlığın yönetimi ve faaliyetleri üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Bu değişiklikler, SB'nin sağlık hizmet sağlayıcıları ile açık ve işlevsel bir iletişim kanalı kurmasına engel olmuştur (kamu ve özel sektörde).

### 3.1.1.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler

Aşağıda yer verilen önerilerde, idarenin farklı düzeylerinde ortak bir vizyon, anlayış ve fikir birliği oluşturulmasına ve böylelikle parçalı yapının giderilmesine ağırlık verilmiştir.

**Entegrasyon destekçisinin bulunması:** Stratejik Plan, bir dizi farklı Bakanlık programı yöneticisi ve müdürünü, bütünlük sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde sorumlu liderler olarak tanımlamaktadır. Bu ise ortak bir yaklaşımı zorlaştıran bir faktördür. Dolayısıyla bu önemli dönüşümün öncüsü olacak siyasi veya teknik uzmanlığa sahip bir destekçi, bu tür çalışmalara daha fazla ağırlık verilmesini sağlayıp sistemin dağınık olmasının, iletişimsizliğin ve çıkar çatışmalarının önüne geçebilir. Bu kişi, aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın bütünlük sağlığı hedeflerinin ortak bir şekilde planlanması, strateji haline getirilmesi ve uygulanması sürecine bakanlığın tüm merkezi ve il birimlerinin resmi ve aktif olarak katılımını sağlamaktan sorumlu hale

<sup>59</sup> [https://gateway.euro.DSÖ.int/en/indicators/hlthres\\_71-general-practitioners-per-100-000/](https://gateway.euro.DSÖ.int/en/indicators/hlthres_71-general-practitioners-per-100-000/).

<sup>60</sup> SB, 100.000 kişiye düşen doktor sayısının 2018 yılı için 188 olduğunu, 2023 hedefinin ise 230 olduğunu ifade etmiştir. 100.000 kişi başına düşen hasta ve ebe sayısı ise 2018 yılı için 302 iken bu sayının 2023'te 350'ye çıkarılması hedeflenmektedir.

getirilmektedir. Ayrıca, katılan tüm tarafların bütünlük sağlığı ile ilgili olarak kaydedilen ilerlemelerden eşit oranda sorumlu tutulması sağlanmaktadır.

**Tamamlayıcı nitelikte detaylı bir bütünlük sağlığı stratejisi/politikası geliştirilmesi:** Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planı ve yönlendirmeleri sayesinde faydalı bilgiler elde edilmektedir ancak yerel düzeyde Sağlıklı Hayat Merkezleri ve yerel yöneticilerle yapılan görüşmelerde, bölgesel ve yerel entegrasyona standart bir yaklaşım getirilmesi için daha amaca özel ve standart hale getirilmiş uygulama kılavuzlarına ve/veya politikalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Yukarıda daha önce de önerildiği üzere entegrasyon destekçisi olacak kişi, konuya ve amaca özel materyallerin, araçların, kılavuzların ve politikaların geliştirilmesinden ve kamuoyu ile paylaşılmasından sorumlu hale getirilebilecek en uygun kişi olmalıdır.<sup>61</sup> Bu da uygulama, izleme ve performans anlamında daha standart bir yaklaşım benimsenmesini ve kısa ile uzun vadeli hedeflere ulaşmak üzere kısa sürede kazanımlar elde edilmesini sağlayacaktır.

### 3.1.2 Hasta Odaklı ve Katılımcı Yaklaşım

#### 3.1.2.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Literatüre bakıldığında hasta merkezli olma, birey odaklı olma ve hastaların sürece aktif olarak katılımı gibi konuların tüm bütünlük sağlığı modellerinde temel unsur olduğu görülmektedir.<sup>62</sup> Yapılan araştırmalar, bu temel unsurun olumlu sağlığı çıktıları, sağlığı ekipleri ile ilişkinin ve iletişimin artması, hasta memnuniyetinin artması, bilgilendirme ve tedavi bağının kuvvetlendirilmesi ve daha kısa sürede iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermektedir.<sup>63</sup>

Hasta merkezli olma kavramı, ilişkiye dayalı olan ve hastanın önemsendiğini, saygı duyulduğunu, sürece dâhil olduğunu, katılım gösterdiğini ve bilgilendirildiğini hissettiği bakım türü olarak değerlendirilmektedir.<sup>64</sup> Hastaların bakım ve öz yönetim süreçlerine dâhil edilmesi, ihtiyaçlarının karşılanması ve hem tıbbi hem de sosyal yönden belirleyici faktörlerin yönetilmesi açısından elzemdir. Zira tıbbi ve sosyal faktörler, bireylerin sağlığı açısından en önemli etken ve çoğu zaman da itici güç niteliğindedir.<sup>65</sup> Birden fazla hastalığı olan insanlar için önerileri önceliklendiren ve göreceli faydalarını veya risklerini karşılaştıran kılavuzlara ihtiyaç duyulmaktadır. Nüfusun taşıdığı risklerin bakım ihtiyaçlarına göre sınıflandırılması, kaynak tahsisi yapılması ve kişiye özel, hasta merkezli bir bakım hizmeti verilmesi için gereklidir.<sup>66</sup> Kişisel bakım, bakım hizmeti seçeneklerinin birlikte sunulması, planlı sağlığı çıktıları ile ilgili tartışmalar ve bilinçli seçim gibi yeni ortaya çıkan kavramlar, sağlığı çalışanlarının mesleki kimliğini yeniden değerlendirmeyi gerektirmektedir.<sup>67</sup>

Bir sağlığı sisteminin, hizmetleri insan merkezli hale getirebilmesi için toplumdan güvenilir geri bildirimler alınması gerekmektedir. Genelde posta yoluyla iletilen hasta değerlendirme anketleri bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır ancak bu anketler kim, ne, ne zaman ve nerede sorularına yönelik olarak belli geri bildirim sağlamamaktadır. Dolayısıyla sağlığı hizmet sunumunu insan

<sup>61</sup> Bu konularla ilgili daha ayrıntılı bilgi için: Bölüm 3.2.2.3, 3.2.4.3 ve 3.3.1.3.

<sup>62</sup> Oni ve ark. 2014; Struckman ve ark. 2017; DSÖ 2013.

<sup>63</sup> Schottenfeld ve ark. 2016.

<sup>64</sup> Schottenfeld ve ark. 2016.

<sup>65</sup> Gulliford 2017; Shi ve ark. 2002.

<sup>66</sup> Onder ve ark. 2015.

<sup>67</sup> Borgermans ve Devroey 2017.

merkezli bir bakış açısıyla dönüştürmek ve nüfusun ihtiyaçlarını daha iyi bir şekilde karşılama adına hasta deneyiminden yararlanmak gibi amaçları olan sağlık sistemleri, daha düzenli ve gerçek zamanlı anketlerle hastadan geri bildirim alınmasını sağlayan başka yaklaşımlara doğru kaymaktadır.<sup>68</sup> Yerel (örneğin; aile hekimliği ve sağlıklı hayat merkezleri), bölgesel ve ulusal düzeyde bakım hizmetlerine yönelik hasta istişare kurullarının kurulması, kliniğe gelen hastalar ile hasta başında kısa anketler yapılması, hizmet sunumu ve faaliyeti ile ilgili geri bildirim almak için klinik seviyesinde odak gruplarının kurulması, iş akışı ve faaliyetleri denetlemek adına hasta gibi davranarak klinik ile etkileşim kurulan "gizli müşteri" programlarının uygulanması ve klinik yönetimi ile ilgili deneyimleri hakkında geri bildirimde bulunulması bu yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bütün bu yöntemler, hizmet sunumunun iyileştirilmesi için çok daha kullanışlı ve hedefe yönelik bir bakış açısını ortaya koyarken insan merkezli sağlık hizmetlerine ilişkin kapsamlı bir programın da bir parçasıdır.

Almanya ve Japonya örnekleri, hasta odaklı ve katılımcı yaklaşımlar açısından kayda değer niteliktedir. Almanya'nın *Gesundes Kinzigtal* adı verilen sistemi, hastaların sürece aktif olarak katılımı bakımından iyi bir örnektir. Programı kuran taraflar, hastaların kendi kendini yönetme becerilerinin geliştirilmesinin ve tedavi ile ilgili karar verme süreçlerine aktif katılımlarının teşvik edilmesinin, genel nüfus sağlığında sürdürülebilir kazanımlar elde etmek ve hastaların kendi sağlıklarına "katkıda bulunan kişilere" dönüşmelerini sağlamak için önemli olduğuna inanmaktadır.<sup>69</sup>

*Gesundes Kinzigtal* modelinde amaç, sağlık hizmet sunumunda ortak bir karar verme süreci olmasını sağlamaktır. Bireysel tedavi planlarının geliştirilmesi ve doktorlar ile sürece katılan hastalar arasında tedavinin hedefini belirlemeye yönelik mutabakat sağlanması bu sürece dâhildir.

Birlikte geliştirilen tedavi planları ve hedefleri, aralıksız bir şekilde değerlendirilirken hastalara ek eğitim programlarından yararlanma imkânı sağlanmaktadır.<sup>70</sup> Bu model sayesinde vaka yönetimi ile ilgili bilgi birikimleri ve mali teşvikler açısından doktorlara destek olunurken aynı zamanda hasta eğitim programları, kendi kendine destek çalışmaları ve sağlık ile ilgili karar verme süreçlerinde destek gibi uygulamalarla hastaların sürece aktif katılımı teşvik edilmektedir.<sup>71</sup> Hastaların görüşlerini karar verme süreçlerine yansıtmak adına daha geniş bir kurumsal düzeyde bir hasta denetçisi ve hasta istişare kurulundan oluşan bir yapı kurulmaktadır. Hasta istişare kurulları, hastalar ve sağlık hizmet sağlayıcıları arasında aracı görevi görmekle olup hastaların programların

---

<sup>68</sup> Avustralya Sağlık Bakanlığı 2015; Hempel 2018; Güvenlik Ağı Evde Bakım Uygulaması 2013b, 2014.

<sup>69</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/pdf/ijic2010-2010046.pdf>.

<sup>70</sup> *Gesundes Kinzigtal* programı, Almanya. [http://www.icare4eu.org/pdf/Gesundes\\_Kinzigtal.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/Gesundes_Kinzigtal.pdf).

<sup>71</sup> Hasta destek programlarına bir örnek olarak beslenme, egzersiz ve sosyal katılıma yönelik sağlık okuryazarlığını artırarak veren ve hastaların sağlıklı davranışlar benimsemesine destek olup bunu sürdürmeyi amaçlayan ve yarım günlük eğitim gerektiren yaşlılara yönelik aktif sağlık destek programıdır. Yarım günlük programın ardından düzenli olarak iletilen mektuplar ve bilgi tazeleme amaçlı çalıştay etkinlikleriyle destek verilmeye devam edilmektedir. Hasta merkezli desteğe ilişkin bir başka örnek de kan şekeri ve vücut kitle endeksi yüksek olan ve lipit metabolik rahatsızlığı olan hastalara yönelik sağlıklı vücut ağırlığı müdahale programıdır. Bu programda, doktor veya hastanın yaptığı düzenli kan şekeri ölçümü ile beslenme ve egzersiz dâhil olmak üzere çeşitli müdahaleler söz konusudur. Öz yönetim ile ilgili eğitim programlarına hem antrenörler hem de birden fazla hastalığı olan hastalar katılım göstermektedir. Burada amaç, hastalıktan bağımsız olarak hastaların başa çıkma becerilerini geliştirmek, günlük faaliyetlerini ve ailelerinin hayatını daha iyi organize etmektir. [http://www.icare4eu.org/pdf/Gesundes\\_Kinzigtal.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/Gesundes_Kinzigtal.pdf)

gelişim sürecine dâhil edilmesini sağlamaktadır. Denetçi taraf, ilgili kişiler ile bir araya gelerek sorunları çözme/ele alma görevine sahiptir.<sup>72</sup>

Japonya'daki Mitsugi vilayetinin toplum temelli bütünleşik sağlık modeli de iyi bir örnektir. Hastalara özel önem verilen bu yerel girişimin başarısı sayesinde Mitsugi sistemi, ülke genelinde kabul gören bir bütünleşik sağlık modeli haline gelmiştir.<sup>73</sup> Bu yeni modelin ortaya çıkmasını sağlayan unsurlardan biri de, yaşlı nüfusunun fazla olması ve şehirdeki yatalak yaşlı nüfusunun toplam nüfus içerisinde önemli bir paya sahip olmasıdır.<sup>74</sup> Felç geçirdikten sonra hastanede akut tedavi gören pek çok kişi, tedavi sonrası evde bakım hizmetlerinin yetersiz olması neticesinde yatalak hale gelmiştir ve hastanelerin ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmetlerini ayrı veriyor olması, hizmet sunumunu daha da zor hale getirmiştir. Mitsugi belediyesinin ve bazı sağlık çalışanlarının endişeleri, bu konuda adım atılmasını sağlamıştır. Bu nedenle, yatalak hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını gidermek amacıyla evde ve bütünleşik sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır.

### 3.1.2.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

SDP sayesinde hasta odaklı ve katılımcı yaklaşımlara yönelik bazı mekanizmalar ortaya çıkmıştır. Hastanın doktorunu seçebilme hakkı ve hastaların şikâyetleri, önerileri ve genel memnuniyet düzeyleri ile ilgili geri bildirimler alabilmek için hasta geri bildirim sistemlerinin kurulması (hastanelerde hasta hakları birimi veya SABİM (SB İletişim Merkezi) gibi yardım hatları) bu mekanizmalar arasında yer almaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planları'nda da belirtildiği üzere halkın sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi de amaçlamaktadır.<sup>75</sup>

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı oranı, AB ile karşılaştırıldığında düşüktür (Tablo 3). Beslenme ve fiziksel hareket alışkanları başta olmak üzere nüfusun kronik hastalıklara yönelik risk faktörleri ile ilgili farkındalığı azdır (Şekil 18). Sağlık okuryazarlığı oranının düşük olması, sağlık alanında görülen eşitsizliklerin en önemli nedeni olup sağlık okuryazarlığı kötü olan hastalar, hastalıklarını ve tedavilerini anlamakta güçlük çekerken sağlık durumları da daha kötü olmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, hastaların sürece aktif ve sürekli katılım açısından büyük önem arz etmektedir.

**Tablo 3**

AB ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı	Yetersiz (%)	Sorunlu (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)
AB <sup>76</sup>	12,4	35,2	36	16,5
Türkiye <sup>77</sup>	24,5	40,1	27,8	7,6

<sup>72</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/pdf/ijic2010-2010046.pdf> Sağlıklı Kinzigital Almanya <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/03/healthy-kinzigital.pdf>.

<sup>73</sup> Program, diğer bölgelerde 2005 yılında uygulanmaya başlamıştır. Uzun Vadeli Sigorta Kanunu, bu dönemde gözden geçirilmiştir. Bu merkezlerde halk sağlığı hemşireleri, sosyal hizmet görevlileri ve vaka yöneticileri bulunmakta olup yaşlı hastalar için önleyici bakım hizmetleri, sosyal yardım, danışmanlık hizmeti, sürekli ve kapsamlı bakım yönetim desteği verilmektedir.

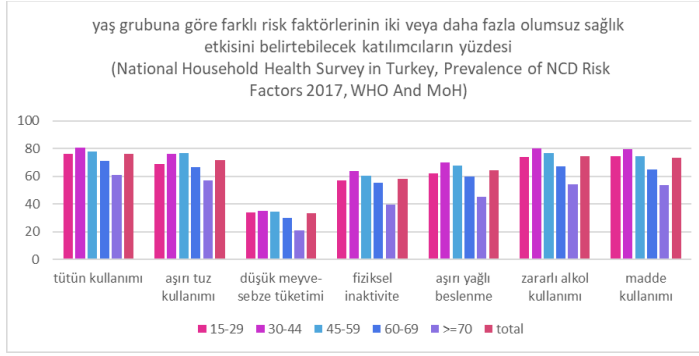
<sup>74</sup> Yaşlılar, nüfusun yüzde 16,7'sini oluştururken 9,1 olan ülke ortalamasını aşmaktadır. Ayrıca, 1980'de evde yatalak olan hasta oranı, Hiroşima'nın tüm ilçelerine oranla Mitsugi'da yüzde 30 daha fazla olmuştur.

<sup>76</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>.

<sup>77</sup> <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>



## Şekil 18



Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı'nda,<sup>78</sup> amacın hasta katılımını arttırmak adına hasta merkezli bir sistem geliştirmek olduğu ifade edilmektedir. Hastaların sürece katılımı ile ilgili olarak Stratejik Plan'da sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve hareketli bir yaşam tarzının teşvik edilmesi, halkın sağlıklı yaşam tarzları ile ilgili farkındalığını artırmak üzere sistematik iletişim faaliyetlerinde bulunma ve toplumun kendi sağlığı ile ilgili okuryazarlığını ve farkındalığını arttırmaya yönelik olarak popülasyonun dönüştürülmesi ve sağlık sisteminden etkin şekilde yararlanılması gibi unsurlara yer verilmektedir. Stratejik Plan'da ayrıca, *farklı bakım düzeylerinde işbirliği gerektiren bütünsel sağlık modellerinin oluşturulmasından* bahsedilirken bu hedef ile ilgili stratejilerden biri de, hastalıkları önleme sürecine hastaların daha çok katılım göstermesidir.

Yeni Stratejik Plan'da Sağlık Bakanlığı'nın hastaların katılımı ile ilgili çalışmalarını artırma ve genişletme niyetinden bahsedilse de bunun nasıl yapılacağı net değildir. Zira, hasta merkezli bakımın önemli bir sac ayağı olan birinci basamak bakım hizmetlerine hastaların katılımı ve kendi kendilerini yönetmesi için somut eylem planları ortaya konulmamıştır. Ancak Bursa Osmangazi örneği gibi yerel düzeyde başarılı örnekler de bulunmaktadır.

Bursa ve Hatay'daki sağlıklı hayat merkezlerinde görev yapan kişiler, halk arasında sağlık okuryazarlığının düşük olmasının bir sorun olduğunu vurgulamaktadır. Farkındalık oluşturulması ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi adına Bursa'da her Perşembe günü düzenli olarak halkı bilgilendirme toplantıları düzenlenmektedir. Halkı bilgilendirme toplantıları için konular, halkın en çok tavsiye ve çözüm önerisi aradığı konular arasından seçilmektedir. Sonrasında bu konuların her birine yönelik eğitim içeriği standart hale getirilip eğitim verilecek nüfusu arttırmak adına gerekli düzenlemeler yapılmaktadır. Bu eğitimlerde kanser, BOH risk faktörleri ve bu hastalıkların önlenmesi, stres ile başa çıkma, ergonomi, sırt ağrısı ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları gibi konulara yer verilmektedir. Bursa'daki Sağlıklı Hayat Merkezi çalışanları ise hasta-hizmet sağlayıcı diyalogunu arttırmak adına hastalarla sahada yüz yüze çalışmalar yapmaktadır. Hatay'daki sağlık yaşam merkezi çalışanları, halkın farkındalığını arttırmak amacıyla obezite kontrolü, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı dâhil olmak üzere pek çok konuda yaklaşık 530 gönüllü genç ile birlikte çalışmaktadır.

<sup>77</sup> <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>

<sup>78</sup> Bu son plan henüz açıklanmamıştır.

Sağlıklı Hayat Merkezleri, hastalarına bireysel bakım sağlamaya gayret etmektedir. PHRD hibesi (Dünya Bankası ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün birlikte uyguladığı bir proje) sayesinde 2018 yılının Temmuz ayında yapılan niteliksel saha çalışması kapsamında hastalar ile görüşülmüş ve bu görüşmeler sonucunda, SHM'lerde bire bir danışmanlık ve kişiye özel hizmet verildiğini ifade eden hastaların BBSH'lerden memnun olduğu görülmüştür. Görüşme yapılan hastalar, ayrıca SHM uzmanlarının kendilerini anladıklarını, hastalara dostça davrandıklarını ve kendileri ile anlayabilecekleri dilden/şekilden iletişim kurduklarını belirtmiştir. Hastalar, uzmanların kendilerini ikna eden cevaplar verdiğini de ifade etmiştir.

Hasta katılımını arttıracak bir başka güzel örnek de, yönlendirme yoluyla (insanları davranışlarını değiştirmeye sevk etmesi beklenen küçük ve zorunluluğu olmayan müdahalelerle) birinci basamak bakım hizmetlerinden yararlanmayı daha cazip hale getirmeyi amaçlayan PHRD fonudur. Bu projeden elde edilen sonuçlar ve çıkarılan dersler, henüz görülmemiştir ancak bu sonuçların ve derslerin, hasta katılımı için daha kapsamlı çalışmaların yapılması adına fikir verebilme ihtimali bulunmaktadır.

### 3.1.2.3 *Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler*

**Ülke çapında kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı programının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması:** Sağlık okuryazarlığının artırılması konusu, sağlık okuryazarlığı eğitmenleri ve öğretmenleri için kapasite geliştirme programlarının uygulanması ve halkın sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik iletişim çalışmalarının güçlendirilmesi gerektiğini ifade eden Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planında da önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı hayat ve aile hekimliği merkezlerinde tedavi gören hastaların sağlığının ve refahının gelişmesinin önünde önemli bir engeldir. Kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı programında, BOH ve önleme bakımına yer verilmeli ve bununla ilgili konular, resimli ve/veya sesli anlatımlarla herkesin anlayabileceği şekilde basılı halde, internetten, sosyal medya üzerinden ve e-nabız uygulamasından erişime açık hale getirilmelidir.

**Ülke çapında hasta katılımını arttıracak bir program geliştirilmesi ve uygulanması:** Almanya'daki *Gesundes Kinzigtal* örneğinde, hastaların kendi kendini idare etme anlamında sürece, tedavi kararlarına ve planlarına dâhil olması gerektiğinin ve ortak karar verme sürecinin, bütünlük sağlığı açısından önemli olduğunun altı çizilmektedir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planı doğrultusunda hasta katılımına, hasta merkezli bakıma ve kendi kendini idare etme becerisine katkı sağlayacak, hedefe yönelik bir yaklaşımın geliştirilmesi ve genele yayılması önerilmektedir. Diğer ülkelerde başarılı olduğu bilinen belli yaklaşımlar ve konular, aşağıdakilerle sınırlı olmamak üzere şu şekilde sıralanabilir:

1. Aile hekimliği ve sağlıklı hayat merkezlerinde görevli çalışanların hastalar ile iletişim teknikleri konusunda eğitim alması (öğrenilenleri geri anlatma, motivasyon arttırmaya yönelik görüşmeler ve SDKYD adı verilen yöntemden yararlanma<sup>79</sup>, vb.). Bu, hasta-hizmet sağlayıcı diyalogunun daha etkin olmasını sağlayacaktır.

---

<sup>79</sup> SDKYD (Sor, Danış, Kabul Et, Yardım Et, Düzenle), birinci basamakta sağlık davranışlarına yönelik tavsiyelerle ilgili klinik bir araçtır. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23110376>).

2. Hastaların ve personelin yararlanması için bazen sağlık kütüphanesi<sup>80</sup> de denilen bir kendi kendini yönetme aracının geliştirilmesi ve bilgi platformlarında kullanıma sunulması. SB, güçlü bir platform olan e-nabız uygulaması aracılığıyla bir sağlık kütüphanesi oluşturmayı gündemine alabilir.

3. Bakım noktasında ihtiyaçları ve deneyimleri ile ilgili olarak hastalar için anket çalışması yapılması. Bu çalışma, aile hekimliği veya sağlıklı hayat merkezinden ayrılmadan önce hastanın ziyaret ile ilgili o andaki düşüncelerini/izlenimlerini ismini almadan öğrenmeyi sağlayan küçük kartlarla gerçekleştirilebilir. Bu anketlerden elde edilen sonuçlar, aile hekimliği/sağlıklı hayat merkezleri ile paylaşılmalı ve süreçler ile bakım hizmet sunumunu geliştirmek için kullanılmalıdır.

4. Hastanın her ziyaretinde sağlık çalışanları vasıtası ile hastaya kendi bakım sürecini yönetme desteği verilmesi. Bu uygulama kapsamında sağlık çalışanları, hastaya kendine nasıl baktığına dair genel mahiyette sorular sorar ve hastanın kendi başına yapması gereken işleri tekrar eder.

5. Hastalara, BOH ve önleme amaçlı bakım ihtiyaçları konusunda proaktif bakım sunulması. Bunun için hastalarla temas kurup ya kendilerine bakım hizmeti verenleri ziyaret etmeleri veya hastanın bakım hizmeti talep etmesini beklemeden sanal ortamda (mesela telefonda) danışmanlık hizmeti alması teşvik edilir. Örneğin, bu danışmanlık seanslarında veya ziyaretlerinde hastalara ilaçlarını alıp almadıkları, bakım planlarına uyup uymadıkları ve kendilerinin yapması gereken düzenli kontrolleri yapıp yapmadıkları sorulup, hastalarla diyalog kurulabilir.

6. E-nabız uygulamasının arayüzlerine yeni uygulamalar ekleyerek, hastaların aile hekimliği/sağlıklı hayat merkezi ile kendileri arasındaki işbirliğini kolaylaştırabilecek şekilde kişisel sağlık bilgilerini (kişisel sağlık planları ve kendi kendini idare etmeye yönelik hedefleri) girebilecekleri bölümler oluşturulması. Bu, hastanın kendi durumunu yönetme konusundaki algıyı iyileştirerek hastanın sağlık bakım süreçlerine katılımını artıracak ve sağlık ekibi ile hastalar arasında bir ortaklığı kolaylaştırmak için kullanılacak kişisel sağlık bilgilerini (kişisel sağlık planları ve öz-yönetim hedefleri gibi) sisteme girmelerini teşvik edecektir. Hasta ile sağlanacak bu işbirliği ile aile hekimliği/Sağlıklı Hayat merkezlerindeki ekipler hastanın gelişimini takip etme ve geri bildirimde bulunma imkânına sahip olacaktır.

**Hasta danışma kurullarının kurulması:** Türkiye, hasta görüşünün karar verme süreçlerinde dikkate alınması için hasta denetçisi ve hasta istişare kurulu gibi yapıların bulunduğu Gesundes Kinzigtal örneğine benzer şekilde yapılar geliştirip hasta geri bildirim mekanizmalarını iyileştirebilir. Kaliteyi artırmak adına hastalardan ve hasta yakınlarından sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirim alındığı için her iki yaklaşım da önemlidir.

Bu noktada Sağlık Bakanlığı, hasta danışma kurulları oluşturabilir veya yerel, bölgesel ve ulusal düzeydeki mevcut kurullarında hasta temsilcilerinin de yer almasını sağlayabilir. Hastaların geri bildirim ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planında, Türk kamuoyundan sağlık sistemi konusunda geri bildirim alınmasının önemi kabul edilmiş, hasta memnuniyeti için anket çalışmalarına devam edilmesi ve hasta anketlerinin izleme ve değerlendirme çerçevesine alınmaya

---

<sup>80</sup> Kütüphanede, hastalara yönelik bilgiler ve kılavuzlar bulunmaktadır. Örn; Diyabet hastaları için diyabetli ayak muayenesi ile ilgili kılavuz ve bilgiler.

devam edilmesi ve gelişim hedefleri konulması gerektiği belirtilmiştir.<sup>81</sup> Bu çalışmaların, bakım noktalarında hastalarla yapılacak anket çalışmalar gibi daha gerçek zamanlı yöntemler, hasta odaklı gruplar ve "gizli müşteri"<sup>82</sup> adı verilen programlarla takviye edilmesi gerekmektedir. Genel bakış bölümünde de belirtildiği üzere hastalardan geri bildirim almaya yönelik yeni yaklaşımlar, hastaların klinikte veya aile hekimliği merkezinde yaşadıkları deneyimler ile ilgilidir.

## 3.2. Kurumsal Değişim

İhtiyaçlara daha iyi cevap verebilecek bir bakım hizmetinin verilmesi için bütünleşik sağlık modelinde hizmet sunumu ve bakım hizmetlerinin düzenlenmesi adına sağlık hizmetlerinin yapısında, iş akış düzenlerinde, iş gücü gelişimi ve kaynak tahsisinde değişiklikler yapılması gerekmektedir. Sağlık ve sosyal bakım programlarının entegre edilmesini ve sistemlerin, hizmetlerin ve bakım süreçlerinin yeniden düzenlenmesini kolaylaştıracak pek çok yöntem bulunmaktadır.<sup>83</sup> Aşağıdaki bölümlerde detaylarıyla anlatıldığı üzere kurumsal değişim sağladığı ispatlanmış kritik unsurlar arasında; mevzuat çerçevesinin yeniden ele alınması, değişimin ve uygulamanın önünü açacak uygun ortamın oluşturulması, bütünleşik sağlık hizmetlerinin sunumunu destekleyen finansman olanakları ve teşviklerin uyumlaştırılması ve sağlam bir izleme ve performans geliştirme sisteminin kurulması gibi unsurlar yer almaktadır.

### 3.2.1 Mevzuat Çerçevesi

#### 3.2.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

BOH'ların Diğer Program Alanlarına dâhil Edilmesine İlişkin BOH Çalışma Grubu ile ilgili Küresel Koordinasyon Mekanizması adında 2018 yılında DSÖ tarafından çıkarılan yayında, "hükümetlerin siyasi taahhüt, mevzuat, düzenleme ve eşgüdümlü bakım yoluyla birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında BOH bakımına yeterli kaynak ayırması gerektiğine" vurgu yapılmaktadır. Raporda, "birinci basamakta BOH'ların yönetimi ve hizmet sunumu entegrasyonunu güçlendirmek için sağlık sistemlerinde yönetim, sağlık finansmanı, işgücü gelişimi, hizmet sunumu, zaruri ilaçlar ve teknolojiler ile sağlık bilgi sistemlerinin entegrasyonunun göz önünde bulundurulması gerektiğinin altı çizilmektedir.<sup>84</sup> Sağlık sistemlerinin merkezine insanın yerleştirilmesi ve herkes için sağlık hedefine ulaşılabilmesi için tüm alanlarda entegrasyon gereklidir.

Genel olarak literatürde, bütünleşik sağlık anlamında kaydedilen ilerlemeleri değerlendirmek ve aşağıda adı geçen konularda etkin şekilde entegrasyon sağlamak amacıyla mevcut ulusal sağlık politikalarının incelendiği görülmektedir: Bağlama özel ve kanıta dayalı uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi, planlama ve uygulama konusunda kılavuz görevi görecekt üst düzey ve çok sektörlü bir

---

<sup>81</sup> 2019–2023 Strateji Planı'nda, sağlık reformlarının hasta memnuniyetini arttırdığı ancak hastaların hizmet sunumundan beklentilerini yükselttiği ifade edilmektedir. Artan beklentilerin, son dönemde hasta memnuniyetinde görülen durgunluğun nedenleri arasında olduğunun altı çizilmektedir. Hasta beklentilerini daha detaylı ve etkin şekilde ele alabilmek için SB, sağlık sistemi ile uyumlu olup sürekli ve sistematik şekilde hasta memnuniyetini takip etmeye yarayacak yeni ölçüm yöntemleri geliştirme niyetindedir. Bu, SB'nin sağlık sistemini ve değişen hasta beklentileri doğrultusunda hizmet sunumunu geliştirmesine yardımcı olacaktır.

<sup>82</sup> Gizli müşteri, normal müşteri gibi davranarak mağazalarda ve işletmelerde verilen hizmeti test etmek üzere görevlendirilmiş kişidir.

<sup>83</sup> Avrupa Birliği 2017

<sup>84</sup> DSÖ 2018.

BOH komisyonunun oluşturulması, BOH yönetimi ve entegrasyonu için sürdürülebilir ve yetkin bir sağlık işgücü oluşturulması adına kaynak tahsisinde bulunulması ve eğitim verilmesi, BOH hizmetlerinin, birinci basamak ve toplum sağlığı hizmetleri ile tüm bakım düzeylerinde entegre hale gelmesi, BOH stratejilerinin ve programlarının entegrasyonunu destekleyen araştırma ve teknolojilere yatırım yapılması ve sağlık ve ekonomik etki değerlendirmelerinin sürece dâhil edilmesi söz konusu konular arasında yer almaktadır.<sup>85</sup>

Bugün kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmet sunumu, maliyetli ve hastane merkezli bir sağlık sistemini temel alırken mevcut uygulama, nüfus sağlığı ile bağımlı yitirme riski taşımaktadır. Sağlık ile ilgili geniş kapsamlı belirleyici faktörler de, çoğu zaman göz ardı edilmektedir.<sup>86</sup> Eğitim ve refahın yanı sıra bilgi ve mobil teknolojileri, nanobilim ve teşhis biliminde kaydedilen ilerlemeler, bu belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Karmaşık hastalıklar ve çoklu hastalık modelleri, artık hastalıklara ayrı ayrı odaklanan geleneksel yaklaşımlarla etkin şekilde yönetilememektedir. Bu nedenle bütünlük sağlığı, bir yandan yeni bakım modellerinin geliştirilmesini bir yandan da nüfus sağlığına yönelik ve proaktif ve önleyici bakım modellerine geçilmesini gerektirmektedir.<sup>87</sup>

Politika yapıcılar, mevzuat çerçevelerini geliştirme yolunu seçerek bütünlük sağlığı modeli uygulamalarına stratejik bir giriş yapmayı gündemlerine alabilir. Söz konusu mevzuat çerçevelerden biri, bakım çıktıları ve bakım deneyimi geliştirmeye yönelik nüfus sağlığının yönetimi ile ilgilidir. Nüfus sağlığının yönetimine ilişkin bütünlük sağlığı politikalarında risk derecelendirmesi, bütçelerin tıbbi bakım ve sosyal bakım arasında pay edilmesi, sağlık kayıtları, nüfusun sağlık bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve yüksek riskli bireylerin belirlenmesi gibi konular ele alınabilir. Bir başka mevzuat çerçevesi de, sağlık çalışanlarının yeni beceriler ve yetkinlikleri edinmesi, meslek içi eğitimlerini geliştirmeleri ve sağlık işgücü içerisinde görev dağılımı yapmaları için gereken eğitimsel ve mesleki düzenlemelerle ilgilidir. Üçüncü bir mevzuat çerçevesi de işbirliği yapan sağlık hizmet sunucu aktörler<sup>88</sup> ve bakım ekipleri için bakım koordinasyonu, tıbbi ve sosyal/zihinsel/toplumsal bakım hizmetlerini iyileştirmek, sağlık çalışanları ile ilişkileri geliştirmek ve bu ilişkileri sürekli kılmak, kanıta dayalı tıptan yararlanmak ve hastaları taburcu etmek konusunda sürekli planlama yapmak gibi konular üzerinde geliştirilebilir.

Nüfusun sağlık ihtiyaçları değerlendirilmesi konusunda mevzuat çerçevesi geliştirilerek bütünlük sağlığı modeli uygulamalarına stratejik bir giriş yapma konusunda iyi örneklerden biri de, Bask Bölgesi'nde uygulanan bütünlük sağlığı stratejisidir. Bu strateji, kronik hastalıklara özel önem vererek nüfusun değişen ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaya yönelik olarak sağlık sistemini dönüştürme hedefini yansıtır nitelikte olup reaktif (tepkisel) bir sistemden proaktif bir sağlık sistemine geçilmesini hedeflemektedir. Bu nedenle Bask Bölgesi'nin stratejisinde (a) nüfus sağlığının yönetimi,

---

<sup>85</sup> DSÖ 2018

<sup>86</sup> Sharfstein 2014.

<sup>87</sup> Borgermans ve Devroey 2017.

<sup>88</sup> "işbirliği yapan hizmet sunucu aktörler", ortak hedefler ve girişimler doğrultusunda yasal bir işbirliği çerçevesinde bağımsız ancak birbirine bağlı hastaneler veya sağlık sistemleri olarak tanımlanmaktadır.

<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-provider-collaborativ.pdf>.

risk derecelendirmesi ve nüfus hedefleme<sup>89</sup>, (b) önleme ve destek, (c) hemşirelere yeni görevler verip bütünleşik sağlık yapıları oluşturmak ve onlara ileri düzey hemşirelik yetkinlikleri<sup>90</sup> kazandırarak bakımın devamının sağlanması gibi konulara ağırlık verilmektedir.<sup>91</sup>

İkinci bir örnek ise Hollanda'da hastanelerin BOH bakım hizmeti verdiği modelden birinci basamak modeline geçmeyi amaçlayan entegre bir bakım ağı niteliğindeki Zorg In Ontwikkeling (Zio) programıdır. Diyabet hastalarına yönelik sağlık çıktılarının geliştirilmesini amaçlayan bir araştırma çalışması olarak 1996 yılında Maastricht'te başlatılan Zio programı, ulusal BOH düzenlemelerini şekillendirme anlamında Hollanda Sağlık Bakanlığı'na yol gösterir niteliktedir. Hollanda, 2010 yılında BOH yönetimi için ulusal model olarak Zio'nun hastalık yönetim modelini benimsemiştir. Diyabet hastalığı yönetim programı kapsamında uygulanan Hollanda'nın Zio programına yönelik mevzuat, pratisyen hekimlerin hastalığın şiddetine göre bireyleri önceliklendirmek üzere diyabet ile ilgili kılavuzlar doğrultusunda hastalık odaklı parametrelerden yararlanmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla bakımın yoğunluğu, her hastanın ihtiyaç durumuna bağlıdır.<sup>92</sup>

### 3.2.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

SB'nin 2019-2023 Stratejik Planı'nda, nüfus ihtiyaç değerlendirmesine, risk derecelendirmesine, yüksek riskli grupların belirlenmesine, eğitime ve çalışanlara yönelik düzenlemelere ağırlık verilmektedir. Bu amaç doğrultusunda plan; BBS'nin güçlendirilmesi ve sağlık sistemi içerisindeki etkinliğinin artırılması gerektiğinin altını çizmektedir. Plan'da ayrıca hipertansiyon, diyabet ve KDH risk değerlendirmesi ile ilgili olarak BBSH kurumlarında BOH taraması yapılması ve birinci basamak düzeyinde BOH yönetimini etkin olmasını sağlayacak şekilde yeniden tasarlanan ve geliştirilen etkin aile hekimliği eğitim modelleriyle BBSH personelinin yetkinliklerinin artırılması gibi SB hedeflerinden bahsedilmektedir. Ayrıca Plan'da, tüm adımların dâhil edildiği ve hasta deneyiminin geliştirildiği BBSH süreçlerinin tasarlanması ve standart hale getirilmesinden bahsedilmektedir. Böylelikle Stratejik Plan, daha önceki bölümde bahsedildiği üzere mevzuat çerçevesini geliştirme yoluyla bütünleşik sağlık uygulamalarına stratejik olarak giriş yapma konusu ile uyumlu hale gelmektedir.

Bütünleşik sağlık ile ilgili mevzuat konusunda SB tarafından TSM ve Bağlı Birimler, AH Uygulama ve Ödeme Usulleri, SHM ve Sağlık Okuryazarlığı ile ilgili pek çok tebliğ ve yönerge yayımlanmıştır.<sup>93</sup> Obezite kontrolü konusunda diğer bakanlıklarla veya kurumlarla imzalanan protokoller bulunmaktadır.<sup>94</sup> Ancak mevzuat; bakım düzeyleri arasındaki entegrasyonu, net ve eksiksiz şekilde tanımlamamaktadır. 2016 tarihli SHM Tebliği ve 2018 yılında SHM'lerdeki vaka koordinatörlerinin

<sup>89</sup> Risk sınıflandırması, bireyin ileriye dönük bakım ihtiyaçlarının tespit edilmesine ve popülasyon dâhilinde karmaşıklık ve birden fazla hastalık düzeylerinin analiz edilmesine yardımcı olmaktadır. Böylelikle farklı sağlık profilleri ile birlikte popülasyon gruplarına hedef odaklı müdahaleler geliştirmek ve yapmak mümkün olmaktadır (Solinis ve ark. 2013).

<sup>90</sup> Hemşirelerin yeni görevlerinden biri de, karmaşık vakaların yönetiminden sorumlu olup üstün yetkinliklere sahip hemşirelerin yerine getirdiği görevlerdir. Bu görev kapsamında karmaşık hastalıklara yönelik bakım koordinasyonu, yönetimi ve birleşimi gerçekleştirilip evde kalan hassas durumdaki hastalara ileri düzey ve kişiye özel hizmet verilmektedir (Orueta ve ark. 2013).

<sup>91</sup> Solinis ve ark. 2013

[https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user\\_upload/tx\\_tevprojects/library/file\\_1536224467.pdf](https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user_upload/tx_tevprojects/library/file_1536224467.pdf).

<sup>92</sup> Hubertus ve ark. 2017.

<sup>93</sup> Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 2015, Aile Hekimliği Uygulaması Yönetmeliği 2013, Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 2010, Popülasyon Sağlık Okuryazarlığı Yönetmeliği 2010.

<sup>94</sup> İçişleri Bakanlığı Güvenlik Daire Başkanlığı ile Yapılan 2014 tarihli Protokol.

görev ve sorumlulukları ile ilgili olarak il idarelerine gönderilen bilgilendirici nitelikteki resmi yazı, birinci basamak ve önleyici bakım entegrasyonu ile ilgili birkaç örnekten biridir.

Sağlık bilgi sistemleri açısından mevcut SBS uygulamaları ve yapılan son araştırmalar,<sup>95</sup> özellikle birinci basamak düzeyinde nüfus sağlığının yönetimi ile ilgili planları destekler niteliktedir. Aile hekimlerinin, kendilerine kayıtlı bir nüfusu bulunmaktadır. Bu nedenle ellerinde belli hastalıklara yönelik hasta listeleri olduğu için önceden plan yapma ve hastaları takip etme imkânına sahiptir. Ancak devlet hastanelerinin, kayıtlı bir nüfusu olmadığı için bu tür hasta listeleri de bulunmamaktadır. Yerel düzeydeki bazı uygulamalar ülke çapında uygulama ve yaygınlaştırmaya iyi örnek teşkil etmektedir: Örneğin Bursa Osmangazi SHM, diyetisyen ve fizyoterapist hizmeti alan ve hemogloblin A1c (HbA1c) değeri prediyabetik ve diyabetik olan hastalar dâhil olmak üzere belli BOH vakaları için planlama yapmaktadır. Bu listeler, SHM çalışanlarının hastaları tedavi için olmasa da hasta eğitimi ve hasta takibi amacıyla izlemesini sağlamaktadır. Bursa Osmangazi SHM ayrıca, geleceğe yönelik ihtiyaçlar ve SHM faaliyetlerinin sürdürülebilir hale getirilmesi için gerekli strateji ve planları da hazırlamıştır. Ayrıca, bu faaliyetleri desteklemek üzere teknoloji ihtiyaçlarını tanımlamıştır.

### 3.2.1.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler

**Stratejik Plan hedefleri doğrultusunda mevzuat geliştirilmesi ve düzenlemeler yapılması:** Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan'ında, literatürde bahsi geçen ve diğer ülkelerde uygulanan bütünleşik sağlık modellerine yönelik gerekli tüm hedeflere ve amaçlara yer verilmektedir. Bu hedefler doğrultusunda, ilgili tüm kurumlar ve birimler arasındaki, uygulama, koordinasyon ve iletişim adımlarını somut olarak tanımlayacak ikincil bir mevzuat çıkarılması (BOH'lara öncelikli olmak üzere tüm bakım düzeylerinde etkin şekilde entegrasyon sağlanmasına yardımcı olacaktır.

**Bireylerin uyumlu davranışların ödüllendirilmesi:** Türk hükümeti, bireylerin kurallara uyumlu davranışlarını ödüllendirme seçeneğini de düşünebilir. Düzenli olarak sağlık kontrolünden geçen ve sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam ile ilgili tavsiyelerine (beslenme, egzersiz, sigarayı bırakma vs.) uyan vatandaşlara, sağlık primlerinde vergi iadesi hakkı tanınabilir veya vergi ödeme dilimlerinin azaltılması sağlanabilir. Vergi iadeleri, vatandaşların sağlık geçmişine veya kişi başına düşen ortalama sağlık harcamasına göre hesaplanabilmektedir.

## 3.2.2 Uygun Ortam Oluşturulması

### 3.2.2.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Bütünleşik ve insan merkezli sağlık hizmetleri için benimsenmesi gereken stratejilerden biri de, uygun bir ortam oluşturulmasıdır.<sup>96</sup> Uygun ortam, dönüşümsel değişimi kabullenen tüm paydaşları bir araya getirecek nitelikte olmalıdır. Mevzuat, finansman düzenlemeleri, teşvikler, işgücünün yeniden şekillendirilmesi ve kamu politikaları anlamında değişiklikler yapılması için pek çok farklı ve çok yönlü süreçlerden geçilmesi gerekmektedir.<sup>97</sup> Öncelikle, ortak bir vizyon belirlenmesi ve

<sup>95</sup> Kronik Hastalıklar Genel Müdürü, SB'nin geleceği planlamaya yönelik gerekli hastalık verilerine ve bilgilerine sahip olduğunu ifade etmiştir. Kendisini bahsettiği şey, SB'nin 2016 tarihli Hastalık Yüklü Araştırması'dır.

<sup>96</sup> <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (Erişim: 26 Aralık 2018)

<sup>97</sup> <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/five-strategies/en/> (Erişim: 14 Ocak 2019)

bütünleşik sağlıkla ilgili sürdürülebilirlik sorunlarının aşılması/azaltılması için klinik süreçler ve yönetim uygulamalarında kültür değişikliği gereklidir.<sup>98</sup> İkinci olarak tüm süreçler ve aktörler arasında uyum sağlanması için üst yönetimin bütünleşik sağlık çalışmalarına güçlü ve görünür şekilde destek vermesi ve ortak karar verme mekanizmalarından yararlanması hayati önem taşımaktadır. Üçüncü olarak, bütünleşik sağlık modelinde gerekli ilerlemenin nasıl kaydedileceği ile ilgili olarak net bir vizyon ortaya koyan klinik düzeyinde liderlik vasfının olması gerekmektedir.<sup>99</sup> Bütünleşik sağlık modelinde net bir şekilde tanımlanmış ortak değerler olması gerektiği için güvenilir bilgi paylaşımı ve hesap verme sorumluluğunun ilgili tüm taraflar arasında paylaşılması elzemdir.<sup>100</sup>

Almanya'nın *Gesundes Kinzigtal* modelinin başarısının ardında, pek çok uygun ortam oluşturan unsur yatmaktadır. Bunlardan biri, ortak yönetim uygulamalarının ve birlikte çalışma kültürünün güçlü olması ve bunların uygulamaya yansımalarıdır.<sup>101</sup> Bütünleşik sağlık modelinin başarısı büyük ölçüde uzun vadeli planlara bağlıdır. Bu planlar, bütünleşik sağlık ile ilgili çabalara olan desteği ve finansmanı açıkça göstermekte olup, bu finansal teşvikler bütünleşik sağlık süreçlerinin uygulanması üzerine odaklanmış ve paydaşlar arasında dağıtılmak üzere tasarlanmıştır.<sup>102</sup> Bu nedenle söz konusu program kapsamında tasarım, uygulama, gözlem, gözlem sonuçları doğrultusunda uygulamayı geliştirme-değiştirme ve programın etkisini gösterme çabaları için yeterli zaman ayrılabilmiştir. Uzun vadeli sözleşmeler sayesinde *Gesundes Kinzigtal* modeli, ilk yatırımların ardından başlangıç aşamasında sonuç elde etmeye başlamıştır.<sup>103</sup> *Gesundes Kinzigtal* modeli, ortak sağlık kazanımı ve ortak tasarruf sözleşmeleriyle ekonomik olarak da sürdürülebilir olduğunu göstermiştir.<sup>104</sup>

*Gesundes Kinzigtal* modelinde ayrıca entegrasyon programlarının uygulanmasını olumsuz yönde etkileyecek mevzuat ve kültür sorunları da göz önünde bulundurulmuştur.<sup>105</sup> Mevzuat konusunda sistemin dağıntı yapısını asgari düzeye indirmeyi amaçlayan 2004 tarihli Sağlık Sigortası Güncelleme Kanunu, bu modeli ortaya koyan tarafların harekete geçmesini sağlamıştır. Bu kanun sayesinde sağlık sigortası firmaları, doktor ve hastane masraflarının yüzde birlik bir kısmını bütünleşik sağlık programlarına tahsis edebilir hale gelmiştir.<sup>106</sup> Bu finansman, ortak bir tasarruf modelinin oluşturulmasına da katkı sağlamıştır. İşin kültürel tarafında ise bu model ile birlikte sağlık bakım hizmetlerinin talep kısmı ile ilgili kültürel ataletin ortadan kaldırılması adına hastanın kendi kendine bakabilmesine, sürece katılımına, hasta eğitmenliğine ve takip süreçlerine destek olan bir ortak karar verme modeli ortaya çıkmıştır.<sup>107</sup>

---

<sup>98</sup> Maruthappu, Hasan ve Zeltner 2015.

<sup>99</sup> Carter ve ark. 2011.

<sup>100</sup> Maruthappu, Hasan ve Zeltner 2015.

<sup>101</sup> <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/kinzigtal-funding-flows-a-3fc.pdf>.

<sup>102</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2015.1077301>. Maruthappu, Hasan ve Zeltner 2015.

<sup>103</sup> [https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum\\_Gesundes-Kinzigtal\\_Case\\_study\\_2016.pdf](https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum_Gesundes-Kinzigtal_Case_study_2016.pdf).

<sup>104</sup> Hildebrandt ve ark. 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/pdf/ijic2010-2010046.pdf>.

<sup>105</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2015.1077301>. Maruthappu, Hasan ve Zeltner 2015.

<sup>106</sup> [https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum\\_Gesundes-Kinzigtal\\_Case\\_study\\_2016.pdf](https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum_Gesundes-Kinzigtal_Case_study_2016.pdf).

<sup>107</sup> <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/kinzigtal-funding-flows-a-3fc.pdf>.



Bilgi teknolojilerinden kapsamlı olarak yararlanılması, sürekli ve sıkı bir şekilde program izleme ve değerlendirme çalışmalarının yapılması, nüfusun risklere göre sınıflandırması, müdahalelerin ilgili nüfusa göre uyarlanması ve önleme ile halk sağlığı konularının, program kapsamında yürütülen tüm çalışmalar için zemin oluşturması, Gesundes Kinzigtal modelini başarılı kılan diğer faktörler olmuştur.<sup>108</sup>

Benzer faktörler, Bask bölgesinde de bütünlük sağlığı çalışmalarını kolaylaştırmıştır. Öncelikle artan BOH yükü, Bask bölgesinde değişim için önemli bir faktör olmuştur. 2010 yılında dönemin yeni hükümeti tarafından uygulamaya konulan "Bask Bölgesinde Kronik Hastalık Sorununun Giderilmesine İlişkin Strateji" sayesinde belli başlı BOH'lara daha iyi müdahalelerde bulunulması ve bütünlük sağlığı çalışmalarıyla reaktif bakım yaklaşımından proaktif bir yaklaşıma geçilmesi amacıyla sağlığı sistemini dönüştürmeye yönelik bir vizyon ortaya konulmuştur. İkinci olarak güçlü bir birinci basamak bakım sisteminin olması ve birinci basamak düzeyinde hasta memnuniyetinin yüksek olması, bütünlük sağlığı çalışmaları için avantaj olmuştur. Bununla birlikte devamlılık ve koordinasyon sorunlarını gidermeye yönelik ek ihtiyaçlar ortaya çıkmıştır. Reform sürecinde, halk sağlığı yönetimiyle hasta merkezli bir model benimsenmesi amaçlanmıştır. Nüfusun risk gruplarına göre ayrılması, hastaların ihtiyaçlarının tek tek belirlenmesi ve nüfusun eş zamanlı hastalık durumunun analiz edilmesi ile birlikte program, belli hasta gruplarına özel müdahalelerin belirlenmesini ve uygulanmasını kolaylaştırmayı amaçlamıştır. Üçüncü olarak fonlama mekanizmaları gözden geçirilmiş ve iyi performans ile sonuç alıcı faaliyetlerin ödüllendirilmesini dikkate alacak şekilde güncellenmiştir. Bu doğrultuda 2012 tarihli Sözleşme Programı kapsamında, bütçenin yüzde 3'lük kısmı aynı faaliyet bölgesi ve nüfus ile ilgili belirlenen ön bütünlük sağlığı hedeflerine ulaşılması için halk sağlığı hizmet sağlayıcılarına ayrılmıştır. Ayrıca hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri, uygulanan stratejilerin önemli unsurları haline gelmiş ve nüfus ile toplum temelli yaklaşımların bu modele eklenmesi için karar verici mercilere imkân tanımıştır. Son olarak, uygulamada kaydedilen gelişimin ve sağlığı çıktılarının izlenmesi için sistematik bir şekilde değerlendirme programlarından yararlanılması, paydaşların hem hasta hem de nüfus düzeyinde elde edilen sonuçları analiz etmesini ve bütünlük sağlığı çalışmalarını ileriye dönük olarak şekillendirme adına kanıta dayalı karar verebilmelerini sağlamıştır.<sup>109</sup>

Japonya'da ekonomik durumun uygun olması, sağlığı bakım modelinin bütünlük sağlığı modeline dönüştürülmesine yardımcı olmuştur. 1961 yılından bu yana genel sağlığı sigortası uygulamasının ve 2000 yılından bu yana da zorunlu ve uzun vadeli sigorta sisteminin olması, tüm Japon vatandaşlarının uzun vadeli bakım hizmetlerinden cüzi bir miktar karşılığında yararlanmasını sağlamaktadır. Bu düzenleme, tıbbi bakım ve uzun vadeli bakımın entegre edilmesi için uygun bir ekonomik çerçeve sunarken aynı zamanda hükümetin 2005 yılında toplum temelli bütünlük sağlığı merkezlerini açmasını ve uzun vadeli bakım sigortası kanunu gözden geçirmesini sağlamıştır. Mitsugi modeli, nihayetinde 2012 yılında ulusal politikaya zemin hazırlamıştır. Bu modelin, 2025 yılına kadar ülke çapında uygulanması beklenmektedir.<sup>110</sup>

---

<sup>108</sup> [https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum\\_Gesundes-Kinzigtal\\_Case\\_study\\_2016.pdf](https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum_Gesundes-Kinzigtal_Case_study_2016.pdf).

<sup>109</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/06/IC-Basque.pdf>.

<sup>110</sup> Hatano ve ark. 2017.

Mitsugi modelinin başarısı, paydaşları bir araya getirmede önemli bir rol oynayan sorumlu ve yenilikçi liderlik anlayışının bir sonucudur. Yerel ve ulusal makamlardan siyasi destek alınması, Mitsugi'de başarılı olunmasını sağlayan bir başka itici güç olmuştur.<sup>111</sup>

### 3.2.2.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

Türkiye'deki bazı yerel uygulamalar, bütünlük sağlığı kapsamını genişletme ve büyütme çalışmalarına katkı sağlayıp yönlendirebilecek yerel uygun ortam oluşturma unsurlarını taşımaktadır. Aşağıda verilen iki örnek SHM lerin bu konudaki başarılı faaliyetlerini anlatmaktadır.

Bursa Osmangazi SHM, pek çok açıdan başarılı bir örnektir. Öncelikle Bursa'da, SHM yönetimine ilişkin bir vizyon ve irade söz konusudur. Bursa İl Sağlık Müdürü,<sup>112</sup> 10 yıldır sağlık alanında yöneticilik yapmakta olup bu durum, birinci basamağın güçlendirilmesi için SHM vizyonunun sürdürülmesine destek olmaktadır. İl Sağlık Müdürü, birinci basamak düzeyinde öncelikli olarak BOH'ların ele alınması gerektiğini düşünmektedir. İkinci olarak Bursa'da Sağlık Bakanlığı'na ait SHM binalarının kullanılması, ekiplerin süreçte bir adım önde olmasını sağlamaktadır. Üçüncü olarak Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün yerel idari makamlarla ilişkisinin iyi olması, SHM'ler için uygun alan bulunması ve böylelikle hastaların hizmetlere kolay erişim sağlaması için önemli bir avantajdır. Bursa Osmangazi'deki SHM'nin başarılı olmasını sağlayan dördüncü faktör de, SHM sorumlu hekiminin halk sağlığı uzmanı olmasıdır. Bu durum, SHM faaliyetlerinin planlanmasını ve daha etkin hale getirilmesini kolaylaştırmaktadır. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, aynı zamanda etkin olarak veri toplamaktadır. Bu veriler sadece faaliyetleri izleme ve değerlendirmeye yönelik değil, aynı zamanda ilde daha fazla SHM'ye ihtiyaç olduğunu göstermeye yardımcı olmuştur.

Hatay'da talasemi hastalığı için uygulanan koordinasyon modeli, hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerine ve SHM'lere çeken önemli bir faktördür. Hatay'da evlenecek çiftler için talasemi testi zorunlu olduğu için ve bu testler, SHM lerde yapıldığı için SHM'leri ziyaret eden çiftler, bu merkezlerde verilen hizmetlerden önceden haberdar olmaktadır.

### 3.2.2.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler

**İyi uygulama örneklerine odaklanacak bir komite veya konsorsiyum kurulması:** Sağlık Bakanlığı'nın, resmi bir klinik istişare yapısı (komite veya konsorsiyum) oluşturması tavsiye edilmektedir. Klinik istişare grubu, Türkiye'nin BOH ve hastalık önleme yönetimini en üst noktaya taşıyarak bütünlük sağlığı modeli uygulama hedefine ağırlık verecektir. Bu grup, bütünlük sağlığı stratejisinin nasıl uygulandığını da takip edecektir. Komitede görev almak üzere belirlenen temsilciler arasında ulusal ve yerel düzeyde liderlerin yanı sıra bu girişimin hazırlığını ve uygulamasını yapmaya yardımcı olacak konunun uzmanları da yer alacaktır. Komite'nin görevi, yatay (uçtan uca, ilçe/il) ve dikey (yerelden merkeze) iletişime destek olmak, kültür değişimine destek olacak şekilde geri bildirimlerde bulunmak, iyi uygulamaların paylaşılacağı alanlara yönelik fırsatları tespit edip teşvik etmek ve kılavuzlar, politikalar ve mevzuatlar geliştirilirken Sağlık Bakanlığı'nın da haberdar olacağı engeller/sorunlar ile ilgili görüş bildirmektir. Büyük çaplı sistem değişikliklerinde en önemli adımlardan biri de, entegrasyon çalışmalarını el a alacak bir komitenin bir araya getirilmesidir. Saha ile SB arasındaki uygulama ve iletişim çalışmalarını daha üst bir noktaya taşımak için klinik istişare grubunun başarılı bir şekilde oluşturulabilmesi için (a) belli hedefleri, amaçları,

<sup>111</sup> Hatano ve ark. 2017.

<sup>112</sup> Sayın Özcan Akan, Görüşme: 5 Kasım 2018.

zaman çizelgesi, çıktıları ve ölçütleri/izleme imkânları olan bir çalışma grubunun kurulması, (b) klinik/idari destekçilerin ve liderlerin çalışmalara dâhil olması ve öncülük etmesi için yetki verilmesi, (c) çalışmaların desteklenmesi için kaynak/finansman ve/veya politika meselelerinin ele alınması, (d) personel/eğitim için destek verilip uygulama için zaman tanınması, (e) bir paydaş iletişim planının geliştirilmesi ve genele yayılması, (f) proje liderlerden güncel bilgiler almak, kaydedilen ilerlemeleri incelemek/takip etmek, kazanılan başarıları takdir etmek ve karşılaşılan sorunları ve engelleri anlamak/gidermek amacıyla düzenli aralıklarla toplantılar yapılması gerekmektedir.

**İletişim, sosyalleşme ve pazarlama stratejilerinin arttırılması:** Tüm paydaş gruplarla iletişim, sosyalleşme ve pazarlama, başarılı uygulamaların ve değişim çalışmalarının temel taşlarıdır. Sağlık Bakanlığı, geniş kapsamlı bir bütünleşik sağlık stratejisi benimseyerek değişimin daha iyi anlaşılmasını, kabullenilmesini ve sürece katılım gösterilmesini sağlayacak çalışmaları inceleyip bunlara destek olabilir. Hastaların aile hekimliği ve SHM personelinin desteği ile birlikte kendi sağlıkları ve refahlarına ilişkin sürece dâhil edilmesi, gündemdeki konulardan biridir. Dönüşümün benimsenmesi ve katılımın teşvik edilebilmesi için hedef, amaç, ilerleme, vb. konulardaki önemli bilgi ve gelişmeler her düzeydeki sağlık liderlerine iletilmelidir. Hâlihazırda aile hekimliği ve SHM entegrasyon planının ayrılmaz bir parçası olmayan fakat sistem entegrasyonu açısından atılacak adımlarda önemli rol oynayabilecek diğer grupların da hedef gruplar arasına alınması, ileride yürütülecek faaliyetlerin önünü açacak ve bakım hizmetlerinin diğer basamakları da işin başından sürece dâhil edilecektir. Örneğin, BOH ve önlemeye yönelik bakım hizmetleri için ASM/SHM'lerin entegrasyonu konusunda uzmanlara bilgi verilerek karmaşıklık düzeyi daha düşük olan bakım hizmetlerinin hastanelerden ASM/SHM'lere aktarılmasına yönelik çalışmalar desteklenmiş olacak ve farklı bakım seviyelerinde gelişme sağlanacaktır. Hastaları aile hekimliğine yönlendiren uzmanların hitabedecek önemli mesajların hazırlanması ve iletilmesi, hastanelerin ve uzmanların karşı karşıya kalabileceği olumsuz mali etkilerin ele alınması, aile hekimleri ve uzmanlar arasında ortaklaşa kararlaştırılan resmi iletişim/süreç temelli iş anlaşmalarının hazırlanması, bütünleşik sağlık hizmetlerine ilişkin teknoloji gelişiminin desteklenmesi ve bu sistemlerin sevk ve karşı sevkleri destekleyecek şekilde uygulanması, hedefe yönelik çalışmalar arasında yer almaktadır.

SHM'lere özel olarak güçlü bir siyasi taahhüdün olması ve hem merkezi hem de yerel düzeyde SHM faaliyetlerine resmi şekilde görünür destek sağlanması gerekmektedir.

### 3.2.3 Finansman ve Teşviklerin Uyumlaştırılması

#### 3.2.3.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Literatüre göre teşvikler, mahiyeti gereği nakdi ve aynı olabilir ve her ikisi de değişimi kolaylaştırma açısından etkili yöntemlerdir.<sup>113</sup> Bakım hizmetlerinin entegrasyonu için gereken finansman ve teşviklerin uyumlaştırılmasına yönelik literatür oldukça geniş olmakla birlikte sistem ve ülke bağlamlarının farklı olmasından dolayı en iyi modellerin belirlenmesi konusunda önemli farklılıklar görülmektedir. Finansman ve teşvikler alanındaki konu başlıkları arasında yatırımlar, önerilen modelin uygulanma gerekçesi ve beklenen faydaları incelemesi, ödüllendirme modeli (örneğin; performans dayalı teşvik primi), birleştirilmiş bütçe, paylaşımlı risk ve gelir/kar, paket ödeme, kişi

<sup>113</sup> Brook 2015. [https://www.rand.org/pubs/corporate\\_pubs/CP788.html](https://www.rand.org/pubs/corporate_pubs/CP788.html).

başına ödeme, uzun vadeli sözleşme ve uçtan uca yönetilen bakım hizmetleri bulunmaktadır.<sup>114</sup> Ülkelerin arka planları ve gereksinimleri değişiklik gösterdiğinden teşvik sistemleri ve sağlık sistemlerinin finansmanı için yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde düzenlemeler ve uyum çalışmaları yapılması gerekmektedir.<sup>115</sup> Başarı için çok önemli bir unsur da, bütünlük sağlığı hedefleri bakımından yol alınması engelleyen yasal ve mali engellerin kaldırılmasıdır. DSÖ'nün 2010 yılında yayımladığı Dünya Sağlık Raporu, farklı programlar kapsamında birbirinden ayrı ve bağımsız şekilde uygulanan performansa dayalı ödeme modellerinin, performans teşvikleri bakımından rekabete yol açtığını ve her bir programın diğer programların işlerinden ziyade kendi işlerini hizmet sağlayıcılara yaptırma yarışına girdiğini göstermektedir.<sup>116</sup> AB'den elde edilen bilgi ve veriler ise, klinik kalite ve hasta deneyimine ağırlık verilen performansa dayalı ödeme modelinin, bakım hizmetlerinin koordinasyonu ve ofis personeli arasındaki iletişim bakımından önemli gelişmeler kaydedilmesini sağladığı, diğer taraftan üretkenlik ve verimliliğe ağırlık verilen performansa dayalı ödeme modelinin ise iletişimde ve buna bağlı olarak hasta bakımı üzerinde olumsuz bir etki yarattığını göstermektedir. Bu fonların sağlık ekipleri arasında uygun şekilde dağılımı, gerilimlerin ve iş ilişkisini sekteye uğratabilecek durumların önüne geçilmesi bakımından önemli bir faktördür.<sup>117</sup>

Bakım deneyiminin ve insan sağlığının iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması amacıyla hizmet sağlayıcılara yapılacak ödemeler, hizmet sağlayıcıların performans gelişimini teşvik edecek şekilde tasarlanmalıdır. Teşvik ve ödeme yöntemlerinin, sistem hedefleri ile aynı doğrultuda olması, her bir hizmet sağlayıcı ve ödeme yapan taraf için tutarlı olması ve hizmet sağlayıcıları önlenemez risklerden ve hastalık oranlarındaki değişimlerden korur nitelikte olması gerekmektedir.<sup>118</sup>

Literatürde, ekip mensuplarının bireysel teşviklerden ziyade ekip temelli performans teşviklerinden daha fazla memnuniyet duyduğu görülmektedir. Ekip temelli teşvik ve geri bildirim sistemleri; Kaiser Permanente, Virginia Mason, Geisinger Sağlık Sistemleri ve Massachusetts General Hastanesi başta olmak üzere birçok entegre sağlık sistemi tarafından kullanılmaktadır. Bu teşvikler, tarama oranları ve protokollere uygun hareket etme gibi süreç çıktılarında ilerleme kaydedilmesini sağlamıştır.<sup>119</sup>

Mali imkânların bütünlük sağlığı hizmetleri ile uyumlaştırılması konusunda; literatür ve uluslararası deneyimler ışığında bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin maliyet tahminlerinin yapılması ve yatırım stratejisine yönelik avantajların belirlenmesi gerekmektedir.<sup>120</sup> Rutin analizler ve yatırımların getirisinin açıklanması, halk sağlığı ve sağlık sistemine yapılan yatırımların işe yaradığı ve faydalı olduğu konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının güvenini kazanmak açısından kritik öneme sahiptir. Yakın zamanda Lancet<sup>120</sup> dergisinde yayımlanan bir makalede<sup>121</sup> OneHealth Aracı'ndan<sup>122</sup> (DSÖ SKH'leri) yararlanılarak KDH yükünün kontrol altına alınması ve bu hastalıklar ile ilişkili erken ölüm oranlarının azaltılmasına yönelik müdahalelerin maliyetinin hesaplanması amacıyla yapılan derinlemesine inceleme ve

---

<sup>114</sup> Avrupa Birliği 2017.

<sup>115</sup> DSÖ 2016b.

<sup>116</sup> DSÖ 2010a.

<sup>117</sup> Avrupa Birliği 2017.

<sup>118</sup> Borgermans ve Devroey 2017.

<sup>119</sup> Blumenthal ve ark. 2013.

<sup>120</sup> Bertram ve ark. 2018.

<sup>121</sup> Bertram ve ark. 2018.

<sup>122</sup> <https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>.

doğrulama çalışmalarından derlenen bir çerçeveden bahsedilmektedir. Bu yöntem, BOH yükü en fazla olan 20 ülkede uygulanmıştır. Söz konusu çalışmada, yalnızca tıbbi tedavi maliyeti/yatırım etkisi değil aynı zamanda istihdam ve verimlilik düşüşü (hane gelirinde azalma, ekonomik çıktılar, vb.) ve sağlıklı yaşam süresinin artmasına yönelik sosyal yükler/faydalar incelenmiştir. Yüksek, orta ve düşük gelir grubundaki 20 ülkede kalp-damar hastalıklarına ilişkin bakım hizmetleri için sınırlı düzeyde bir takım müdahalenin (tütün ve sodyum tüketiminin azaltılması ve farmasötik müdahaleler) analizine ilişkin çalışma, bu müdahalelerin 15 yıl boyunca her yıl kişi başına yapılacak 1.50 dolarlık bir yatırım ile 13 milyon felç ve 8 milyon iskemik hastalığını engelleyerek sağlık ve ekonomik kazanımlar açısından büyük bir potansiyeli olduğunu ortaya koymuştur. Elsevier Inc. tarafından 2016 yılında yayımlanan bir başka sistematik literatür tarama çalışmasında, kronik hastalığı olan hastalar için bütünlük sağlığı modellerinin ekonomik etkisinin genel olarak olumlu olduğu ifade edilmiştir.<sup>123</sup>

### 3.2.3.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

SB'nin 2019-2023 Stratejik Planı'nda, mevcut aile hekimliği performans ödeme sisteminin güncellenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Plan'da yer verilen 2. hedef doğrultusunda bunu BBSH'yü güçlendirip sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini arttırarak başarıya niyetinden bahsedilmektedir. Bu hedefe yönelik stratejilerden biri de, aile hekimliği performans sisteminin yeniden düzenlenmesi, daha etkin hale getirilip kalite, memnuniyet ve sonuç odaklı yaklaşım gibi unsurların sürece dâhil edilerek SB'nin önceliklerini yansıtacak hale getirilmesidir. Bu bağlamda performans sisteminin, BOH özelinde birinci basamak sağlığı sisteminin değişen rolleri ile tutarlı olması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak performans dayalı sözleşmelerde BOH konusu ele alınmazken AÇS'ye yönelik negatif performans modeli uygulanmaktadır. Bu nedenle yerel düzeyde liderler ve sağlık çalışanları AÇS hedeflerine odaklanmakta, bu da eş zamanlı olarak BOH yönetimine odaklanmalarını kısıtlamaktadır. BOH yönetimini sürece dâhil etmek adına performans dayalı sözleşmelerin gözden geçirilmesi ve AÇS konusunda yakalanan başarıların sürdürülmesi, yıllardır SB'nin gündemindedir ancak SB, diğer bakanlıklar ve Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ile mutabakata varamadığı için bu çalışmalara başlanamamıştır.

BOH hastalık yükünün arttığına farkında olan Sağlık Bakanlığı, DSÖ'nün OneHealth Tool adlı aracından yararlanılması konusunda aktif davranmış ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından ileriye dönük kazanımlar ve yatırımların getirisine<sup>124</sup> dair uygunluk incelemesini destekleyen bu araçtan<sup>125</sup> yararlanılarak bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışma, BOH önleme çalışmalarının nispeten ucuz ve maliyet-etkin olduğunu göstermektedir. Bu raporda bahsi geçen beş müdahaleye (tütün ve alkol kullanımı, tuz tüketimi ve fiziksel olarak hareketsizliğe ilişkin politika müdahaleleri ve birinci basamak bakım hizmetlerinde kalp-damar hastalıkları ve diyabete yönelik klinik müdahaleler) ilişkin yapılan maliyetlendirme ve yatırım getirisi analizi, bahsi geçen müdahalelerin ekonomik faydasının hem kısa hem de uzun vadede (5 ve 10 yıl) uygulama maliyetlerini aştığını ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı, BOH için yapılan müdahalelerin orta ile uzun vadedeki mali getirileri hakkında karar verici mercilere bilgi verilmesi amacıyla bu tür çalışmaları tekrarlayabilir.

<sup>123</sup> Desmedt ve ark. 2016.

<sup>124</sup> DSÖ OneHealth Aracı.

[https://www.who.int/choice/onehealthtool/OneHealth\\_Tool\\_Supporting\\_integrated\\_strategic\\_health\\_planning.pdf?ua=1](https://www.who.int/choice/onehealthtool/OneHealth_Tool_Supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf?ua=1).

<sup>125</sup> DSÖ, SB ve BMKP, 2018.

### 3.2.3.3 *Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler*

Aşağıdaki paragraflarda sıralanan tüm önerilerin mali sonuçları olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu önerilerin bazıları, doğrudan ödeme planlarına yönelik olup bazıları ise bütünsel sağlık konusunda başarısızlık için BOH yönetimini ve önleyici bakımı geliştirmek için gereken altyapının iyileştirilmesiyle ilgilidir. Bu önerilerin, uygulanması durumunda SB'nin Stratejik Planı'nda yer verilen hedeflere kısa ve uzun vadede olumlu etki edeceğine inanılmaktadır.

**Performans temelli sözleşmelerin güncellenmesi:** Mevcut performans ödemelerine BOH ile ilgili bir teşvik planının eklenmesi, karmaşık bir iş olabilir ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki uzmanlığı dikkate alındığında kesinlikle yapılabilecek bir iştir. Daha önce de belirtildiği üzere literatürde, klinik nitelik ve hasta deneyimine odaklı ek performans ödemelerinin, bakım koordinasyonu ve iletişim anlamında daha fazla ilerleme kaydedilmesini sağladığına dair pek çok delil mevcuttur.

**Ekip temelli teşviklerin geliştirilmesi ve uygulanması:** Daha önce de belirtildiği üzere literatürde, ekipyelerinin, bireysel teşviklerden ziyade ekip temelli performans teşviklerinden daha fazla memnuniyet duyduğu görülmektedir. Tarama oranları ve protokollere uygunluk bağlamında ilerleme kaydedebilmek için bu tür teşviklerden ve geri bildirim sistemlerinden yararlanılabilir. Bir işi yapmak için birden fazla bireyin bir araya gelip çalışması gerektiğinde ekip verimliliğinin en yüksek noktaya ulaştığı, ekibi ödüllendirmenin ve performans değerlendirmesi yapmanın, ekip üyelerinin daha etkin şekilde birlikte çalışma konusunda motive edebildiği göz önünde bulundurulacak olursa Sağlık Bakanlığı, ekip temelli teşviklerde bulunmayı gündemine alabilir. Buna karşılık bireysel performans değerlendirmeleri ve ekip gerektiren bir işin bireyler tarafından yapılması, ekip verimliliğini zayıflatıp ekip performansını düşürebilir. Ekip temelli ödüllendirme sistemlerinde motivasyon düzeyini korunması için bu mekanizmaların, ekip eğitimi ve performans geri bildirim sistemleri ile desteklenmelidir. Ekip üyelerinin verimli ekipler oluşturma ve iyi bir ekip üyesi olmanın önemini anladığı ve somut bir hedef doğrultusunda ilerleme kaydedilmesini gördüğü zaman bu tür teşviklerin ekip performansını arttırdığı görülmektedir. Karmaşık sistemler, çalışanların yaptıkları iş ile ödül arasındaki bağlantıyı gözden kaçırmalarına neden olduğu ve motivasyonu sekteye uğrattığı için ödüllendirme ve performans değerlendirme sistemlerinin mümkün olduğunca basit tutulması önemlidir.

**Yatırım getirisini (YT) değerlendirme sisteminin kurulması:** Programlar ve müdahalelerin sağlayacağı getirileri düzenli olarak değerlendirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından bir sistem geliştirilebilir. Değerlendirme raporları ve elde edilen bulgular, ileride sağlanacak tasarruflar konusunda bilgi sahibi olmaları için diğer bakanlıklar ve Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ile düzenli olarak paylaşılmalıdır.

### 3.2.4 *İzleme ve Performans Gelişimi*

#### 3.2.4.1 *Genel Bakış ve Ülke Örnekleri*

Başlangıç değerleri temel alınarak proje gelişiminin ölçülmesi, uygulama anlamında kilit bir unsurdur. Bütünsel sağlık çalışmaları devam ederken liderlerin ve personelin elinde bilgilendirmek ve plan yapmak amacıyla niteliksel ve niceliksel verilerin olması gerekmektedir. Veri şeffaflığı adı verilen ve bir sağlık kuruluşunun tüm düzeylerinde kilit veri ve performans ölçütlerinin ilgili taraflar için erişilebilir olması, performans gelişimi açısından hayati bir unsurdur. Kilit paydaşlar ve ön

saflarda görev yapan bakım personeli, belirlenen hedefler doğrultusunda kaydedilen ilerlemeleri izleyebilmek ve ona göre düzenleme yapmak için veri ve bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Literatür de bu yaklaşımı desteklemektedir. "Veri toplanması ve verilerin sağlık hizmet sunucuları ile paylaşılması, sağlık hizmet sunumunun sürekli olarak geliştirilmesine yönelik fırsatları değerlendirmeleri açısından hizmet sağlayıcılara destek olacak bir araçtır."<sup>126</sup> Entegrasyon, BOH ve önleme bakım yönetimi, ekip çalışması vb.<sup>127</sup> (ölçüt referanslar) konularında kaydedilen ilerlemeleri takip edebilmek amacıyla bakım hizmetlerinin sunumu açısından dünya genelinde etkin şekilde yararlanılan pek çok ulusal, bölgesel ve yerel örnek bulunmaktadır.<sup>128</sup>

Literatürün büyük kısmında, bütünlük sağlığı önlemleri üç alana ayrılmıştır: a) Entegrasyonun öncüsü olan yapısal ölçümler, b) sistem genelindeki faaliyetleri değerlendirmeye yarayan ve nihai hedefe ulaşma aracı olarak görev yapan ara çıktılar veya iç süreç değişkenleri ile ilgili bilgi verecek süreç ölçümleri ve c) bir sistemin nihai hedefine nasıl ulaşacağını değerlendirmeye yarayan nihai amaç ölçümleri. Bakım koordinasyonu bakımından ilerleme kaydedilmesi için hem hasta hem de maliyet ölçümleri (ölüm oranı, hastalık oranı, işlev durumu, maliyet) nihai hedef olarak görülmektedir.<sup>129</sup>

Bu ölçütler (veya performans göstergeleri); klinik kalite ölçümü (BOH klinik endeksleri, acil servise gitme durumları, Ayakta Tedaviye Duyarlı Hastalıklar (ATDH) için hastaneye yatma), hasta deneyimi (erişim, devamlılık, sağlık hizmetlerinden memnuniyet, ekip ilişkilerinin gelişmesi), personel deneyimi ve memnuniyeti (yüksek performans gösteren ekipler, tükenmişlik sendromuna daha az rastlanması, görev ve sorumlulukların tanımlanmış olması, verimlilik artışı, ekip çalışmasının ve dostluğunun gelişmesi) ve maliyet etkinlik (yatırım getirisi, hastanede bakımın daha alt düzeylere yönlendirilmesi vb.) şeklinde sıralanabilir.

ATDH'lerle ilgili göstergeler Almanya, Portekiz (DSÖ Avrupa) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde pek çok makaleye konu olmuştur.<sup>130</sup> Bu göstergeler, BOH teşhisi ile hastaneye yatma verilerinden elde edilmekte olup BOH'ların yönetimi açısından BBS sisteminin etkinliğine yönelik dolaylı ölçümler olarak değerlendirilmektedir. Teoride bu hastalıklardan dolayı hastaneye yatma oranı, birinci basamak ayakta tedavi hizmetlerinin iyi olması ile birlikte asgari düzeye indirilirken aynı zamanda hastaneye yatma gereksinimini de ortadan kaldırabilir veya erken müdahale sayesinde komplikasyonların veya daha şiddetli bir hastalığın önüne geçilebilir.<sup>131</sup> Diyabet, HT ve KOAH teşhisleri ile idrar yolu enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatma oranları, ATDH sonucu hastaneye yatma göstergelerine örnek olarak gösterilebilir.<sup>132</sup>

İnsan merkezli ve bütünlük sağlığı hizmeti vermek için sağlık sistemlerini dönüştürmek isteyen ülkeler, sistem performansının izlenmesine olanak sağlayan kalite göstergeleri geliştirip bunları

<sup>126</sup> Hubertus ve ark. 2017; WHO 2013.

<sup>127</sup> Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu. Bakım Koordinasyon Ölçümleri Veri tabanı. Klinik Toplum İlişkisi Ölçümleri Ekip Temelli Birinci Basamak Ölçüm Veri tabanı. <https://primarycaremeasures.ahrq.gov/>.

<sup>128</sup> Davis ve ark. 2014; Schultz ve ark. 2013; Sosyal Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü 2017.

<sup>129</sup> Strandberg-Larsen ve ark. 2009.

<sup>130</sup> Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu. Önleme kalitesi göstergelerine ilişkin inceleme. [https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi\\_resources.aspx](https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx). DSÖ Avrupa 2015, 2016.

<sup>131</sup> Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu. Önleme kalitesi göstergelerine ilişkin inceleme. [https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi\\_resources.aspx](https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx).

<sup>132</sup> Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu. Önleme kalitesi göstergelerine ilişkin inceleme. [https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi\\_resources.aspx](https://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx).

uyumlaştırmaktadır. Düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde giderek daha fazla yararlanılan kalite, maliyet, verimlilik, hasta ve hizmet sağlayıcı memnuniyeti gibi göstergeler sayesinde ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde değerli bilgiler sağlarken bu bilgiler ışığında politikalar, finansman durumu, yönetim ve performans takibi ve ölçümü yapılmaktadır. Örneğin Japonya, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda ve Amerika Birleşik Devletleri, hizmet verilen kitleye yönelik bakım kalitesinin artırılması amacıyla kaydedilen ilerlemeleri izlemek üzere göstergeler geliştirmiştir.

Birleşik Krallık'ta, bütünleşik sağlık kalitesini ölçen 6 alana yönelik 35 gösterge bulunmaktadır. Bu alanlar Toplum Refahı, Halk Sağlığı, Kurumsal Süreçler ve Sistemler, Kişisel Sağlık Çıktılar, Kaynak Kullanımı/Bakım Dengesi, Sağlık Çıktılarına Yönelik dolaylı hizmet göstergeleri ve Kullanıcı/Sağlık Hizmet Sunucu deneyiminden oluşmaktadır. Ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde performans karnesi (değerlendirmesi) hazırlanması için niteliksel ve niceliksel verilerden yararlanılmaktadır. Göstergelerin geliştirilmesi birkaç aşamalı bir yaklaşımla olmuştur. Kısa vadede; sistemde rutin olarak mevcut olan veri kaynaklarının potansiyelini en üst düzeyde kullanmak amacı güdülmüştür. Orta ve uzun vadede mevcut veri kaynaklarının yeniden analizi yapılarak ek ve daha kapsamlı göstergeler geliştirilmiş, ve sistem daha karmaşık hale geldikçe ileride uygulamaya ve sistemi geliştirmeye yönelik veri ihtiyaçlarını belirlemeye çalışılmıştır.<sup>133</sup>

Yeni Zelanda'da bakım entegrasyonu bakımından kaydedilen ilerlemeler, sağlığın geliştirilmesi ve tüm nüfus gruplarına eşit hizmet gibi konuların içerisinde yer aldığı yerel ve sistem düzeyinde alınacak önlemlerin belirlenmesi ve bunlardan yararlanılması için Bölge Sağlık Kurulları'na destek olacak bir önlem envanteri çıkarılarak 2013 yılında entegre performans ve teşvik çerçevesi hazırlanmıştır.<sup>134</sup> Bu ölçütler, sadece kalp-damar, diyabet, enfeksiyon, sigara, aşı vs. gibi alışlagelmiş hastalıkların takibine destek olmakla kalmamakta, aynı zamanda ATDH nedeniyle hastaneye yatma durumlarının, liderliğin, kaynak kullanma becerisi ve kapasitesinin, etkili ve verimli olmanın, hasta deneyiminin ve sağlık bakım hizmetlerine erişimin de takip edilmesini sağlamaktadır.

ABD Gazi Sağlığı İdaresi,<sup>135</sup> ölçümler ve göstergeler yoluyla dönüşüm sağlama bakımından uzun bir maziye sahiptir. DSÖ'nün bütünleşik sağlık modelleri ile ilgili olarak yayımladığı raporda da (Ekim 2016) belirtildiği üzere Gazi Sağlığı İdaresi, kamu tarafından finanse edilen, hizmet entegrasyonu ile hesap verebilirlik unsurlarının yakından izlendiği, ölçüldüğü, şeffaf bir şekilde kamuoyu ile paylaşıldığı ve oldukça entegre bir sağlık bakım sistemidir.<sup>136</sup> Gazi Sağlığı İdaresi, idarecilerinin yanısıra klinik çalışanlarına da yönelik raporlar hazırlayıp yayımlamıştır. Birinci basamak klinik personeline yönelik olarak rehber niteliğinde Pusula adı verilen bir rapor hazırlanmıştır. Pusula raporu vasıtasıyla ekipler, kritik hedeflere ulaşma bakımından ne kadar ilerleme kaydedildiğini anlamak için önemli süreçler, yapılar ve erişim, kalite ve hasta memnuniyeti gibi çıktı ölçütleri ile ilgili verileri neredeyse gerçek zamanlı olarak görüntüleme imkânına sahip olmaktadır. Bu raporlarda sağlık hizmet sunma ekipler, ayakta tedavi hizmeti verilen klinikler, bölgesel ve ulusal düzeylerde verilere yer verilmektedir. Bu verilere, bütün İdare çalışanları ve/veya yetkili kişiler

<sup>133</sup> Raleigh ve ark. 2014.

<sup>134</sup> Potansiyel önlemlerin tanımı ve özeti. Taslak entegre performans ve teşvik çerçevesi (IPIF). Yeni Zelanda: Sağlık Geliştirme ve İnovasyon Kaynak Çerçevesi 2013 (<http://www.hiirc.org.nz/page/42610>, 7 Şubat 2019).

<sup>135</sup> GSİ, ABD'nin en büyük dikey ve yatay bütünleşik sağlık ağı olup 1250 sağlık kuruluşuna bakım hizmeti vermektedir. Buna çeşitli derecelerde 172 sağlık merkezi ve 1069 ayakta bakım tesisi (GSİ ayakta tedavi klinikleri) dâhil olup yılda 9 milyon kayıtlı gaziye hizmet sağlanmaktadır. <https://www.va.gov/health/index.asp>.

<sup>136</sup> Erişim ve Kalite. Gazi Sağlığı İdaresi Kamu Raporu. <https://www.accesstocare.va.gov/>.



erişim sağlayabilmektedir. Diğer hizmet sunuculara ait verileri inceleme ve her bir birinci basamak ekibini birbiriyle karşılaştırma imkânı, dostluk içerisinde rekabeti ve iyi uygulamaların yerel düzeyde paylaşımını arttırmaktadır. Yerel, bölgesel ve ulusal düzeydeki yöneticiler, bu verilerin yer aldığı özel olarak hazırlanmış karneleri (Tablo 4) incelerken birinci basamak ekipleri ile ilgili olarak detaylara inme imkânı da bulmaktadır. Bu düzeyde rapor ve detaylandırılabilir bilgiler, liderlerin performans gelişim çalışmaları için belli ekipleri veya bölgeleri hedef alabilmelerini sağlamaktadır.

**Tablo 4: ABD GSİ nin BBS Hizmetlerine İlişkin Lider Karnesi**

Bölgeler	PH/Personel Oranı	7 günde erişim	Aynı gün erişim	PH devamlılığı	Temas (2gün)	Telefonla Ulaşma
V03	3.03	92.23%	66.23%	78.10%	59.51%	30.22%
V04	2.75	95.61%	76.46%	81.59%	59.85%	29.33%
V05	3.00	87.52%	60.67%	72.80%	47.91%	26.56%
V06	3.26	85.45%	58.38%	71.63%	57.25%	26.78%
V07	3.16	89.63%	64.55%	75.44%	54.56%	28.77%
V08	2.92	90.33%	70.07%	77.54%	54.36%	29.92%
V09	3.32	90.58%	61.85%	73.41%	63.88%	25.38%
V10	3.51	94.04%	78.13%	77.93%	59.47%	25.83%
V11	3.38	93.66%	59.16%	77.20%	59.06%	29.86%
V12	3.00	93.11%	72.46%	75.19%	58.95%	30.62%
V15	2.80	91.86%	62.64%	77.75%	45.23%	30.35%
V16	3.21	94.33%	79.67%	80.01%	56.68%	26.61%
V17	3.16	92.47%	73.56%	77.79%	57.87%	32.60%
V18	3.51	88.69%	50.43%	78.01%	49.06%	25.42%
V19	2.66	81.96%	37.70%	77.49%	51.12%	30.14%
V20	3.13	84.40%	49.26%	80.13%	65.54%	27.85%
V21	3.01	87.51%	49.84%	74.81%	59.28%	22.33%
V22	3.30	92.43%	64.79%	72.48%	46.04%	20.99%
V23	3.07	87.47%	53.84%	78.63%	54.34%	32.25%

Şeffaf izleme ve değerlendirme çalışmalarına ilişkin verilebilecek bir diğer yenilikçi örnek ise Afganistan Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılından bu yana hizmet sağlayıcıları ve sağlık merkezlerine yönelik nitelikli iyileştirme çabalarının kayda geçmesi için kurumsal karne modelinden yararlanması ve sonrasında elde edilen bilgilerin kamu ile paylaşılmasıdır.<sup>137</sup> Söz konusu karne, toplamda 29 göstergenin yer aldığı Hastalar ve Toplum, Personel, Hizmet Sunum Kapasitesi, Hizmet Sunumu, Mali Durum ve Genel Vizyon gibi 6 alandan oluşmaktadır. Modelin amacı, öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesi için izleme sisteminden yararlanılması olup; veriler, referans dönemi olan 2005-2006 yıllarına kıyasla zaman içerisinde önemli gelişmeler kaydedildiğini göstermektedir. "Aktif görev yapan köy sağlık kurullarının, zaruri ilaçların ve işler durumda olan laboratuvarların olması, personelin bilgi düzeyi, sağlık personelinin eğitimi, klinik kılavuzlardan yararlanılması, tüberküloz tedavisinin izlenmesi ve doğum bakım hizmetlerinin sunulması" alanlarında ortalama il puanlarının artışı bu alanda kaydedilen ilerlemelere örnek olarak gösterilebilir.<sup>138</sup>

Son olarak Japonya, bütünleşik sistemlerin olumlu sonuçların ve sağlık çıktılarının elde edilmesini nasıl sağladığına güzel bir örnek teşkil etmektedir. Mitsugi'deki toplum temelli bütünleşik sağlık hizmetleri çalışması da, düzenli ölçümler yapılarak takibi sağlanan üç önemli sonucu ortaya çıkarmıştır. Öncelikle söz konusu çalışma, evde bakım hizmetinin sağlanması ve sağlık uzmanları arasında güçlü bir işbirliği olması ve bu sayede yeni entegre modelin, hastalara de verilen akut hastalık sonrası bakımın yetersiz kalmasını önlemesi sayesinde bölgedeki yataklık hastaların sayısının azaltılmasına katkı sağlamıştır. İkinci olarak, özel evde bakım hizmetlerinin yataklık

<sup>137</sup> <https://www.measureevaluation.org/resources/networks/datausenet/dashboards-and-data-use-forum-may-2010/Afghanistan%20Balanced%20Scorecard%20-%20IHPM.pdf>.

<sup>138</sup> <https://www.measureevaluation.org/resources/networks/datausenet/dashboards-and-data-use-forum-may-2010/Afghanistan%20Balanced%20Scorecard%20-%20IHPM.pdf>.

hastalarda sık rastlanan birçok hastalığı önlemesiyle birlikte sağlık harcamalarındaki artış yavaşlatılmıştır. Üçüncü olarak ise Mitsugi Hastanesi'ne bağlı halk sağlığı hemşireleri tarafından yürütülen halk sağlığı tanıtım ve farkındalık kampanyaları sayesinde sağlık kontrolünden geçen insan sayısı artış göstermiştir. Hastaneler tarafından sunulan tıbbi hizmetleri önleme hizmetleri ile bir araya getiren hemşireler, avantajlı bir konuma geçmiştir. Halk sağlığı tanıtım ve farkındalık etkinliklerine doktorlar, rehabilitasyon uzmanları ve diğer sağlık çalışanları dâhil olmak üzere sağlık iş gücünün diğer üyeleri de katılım göstermiştir.<sup>139</sup>

#### 3.2.4.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

SB, BOH konusunda çalışılması ve bu hastalıkların kontrol altına alınması konusunda yüksek düzeyde kararlılık ve istek göstermektedir. SB'nin 2019-2023 Stratejik Planı'nda, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu, BBS hizmetlerinin entegrasyonu ve BOH yönetimi konularında kaydedilecek ilerlemelerin izlenmesini sağlayacak performans göstergelerine ve hedeflerine yer verilmiştir. Fakat bu hedeflere ulaşılması, birinci basamak bütünlük sağlığı hizmetleri ve BOH yönetimi konusunda hazırlanan politikaların ve atılacak adımların etkin bir şekilde uygulanmaya başlanması ile mümkün olacaktır.

Sağlık Bakanlığı, BOH yönetimine ilişkin bir takım klinik göstergeler belirlemiştir.<sup>140</sup> Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden bu göstergelerin bazılarına ilişkin veri toplanmaktadır. Diyabet nedeniyle hastaneye yatırılan komplikasyonsuz ve akut komplikasyonlu hasta sayısı, son tahlilde HbA1c değeri 9'dan büyük olan hastaların oranı, diyabet eğitimi almış hastaların oranı, diyabete bağlı ileri düzey böbrek hastalığı olan hastaların oranı ve diyabetik ayak kontrolü yapılan hastaların oranı bu göstergelere örnek verilebilir. Hastane seviyesinde toplanan bu verilerin henüz birinci basamak ile bağlantısı ve koordinasyonu bulunmamaktadır.

BOH yönetimine ilişkin hedefler, büyük oranda aile hekimlerinin resmi olarak taahhütte bulunarak çalışmasına bağlıdır. Fakat görüşülen Sağlık Bakanlığı temsilcileri, birinci basamak bakım hizmetleri seviyesinde BOH yönetimi ile ilgili olarak pozitif performans uygulaması gibi teşviklerin (tarama ve takip hedeflerinin gerçekleştirilmesi ile bağlantılı olarak) ve resmi taahhütlerin yalnızca aile hekimlerine<sup>141</sup> kayıtlı kişi sayısının azaltılması ile mümkün olacağını ve bunun gerçekleştirilmesi için de aile hekimlerinin sayısının artırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

BOH taraması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin ve aile hekimlerinin BOH'a yönelik teşvik ödemelerine ilişkin performanslarının izlenmesini sağlayacak bilgi altyapısı hazır olmakla birlikte bu altyapının işler hale getirilebilmesi için Hazine ve SB tarafından onaylanması gerekmektedir.

#### 3.2.4.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler

**Kayıtlı hasta sayısını düşürerek BOH önleme ve kontrol faaliyetlerinin aile hekimlerinin iş yüküne eklenmesi:** Yukarıda daha önce ifade edildiği üzere BOH yönetimi ve buna ilişkin performans hedeflerinin uygulamaya konulup gerçekleştirilmesi, aile hekimlerinin BOH'a ilişkin resmi performans düzenlemelerinin yapılması ve bununla birlikte sağlık iş gücünün artırılması ve kayıtlı kişi sayısının azaltılması ile mümkün olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nda görüşülen temsilcinin de belirttiği üzere iş gücünün artırılması için iki yönlü bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bir

<sup>139</sup> Hatano ve ark. 2017.

<sup>140</sup> <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3502,gostergeyonetimirehberi-1408151pdf.pdf>.

<sup>141</sup> Mevcut kayıtlı popülasyon sayısı 3000'den fazla olup bunun 2000'e düşürülmesi gerekmektedir.

yandan kariyer seçimi olarak birinci basamak bakım branşının tıp öğrencileri arasında teşvik edilmesi, diğer yandan da daha fazla aile hekiminin işe alınması için Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın ikna edilmesi gerekmektedir.

**Kritik sağlık ölçütlerinin şeffaf şekilde bildirilmesi:** Sağlık Bakanlığı, Türk halkına sunulan sağlık hizmetlerinin tasarımı, sunum şekli ve değerlendirilmesi konularında verilen önemli kararlara zemin hazırlamak üzere içerisinde klinik ve idari verilerin bulunduğu sağlam ve etkileyici bir veri tabanı oluşturmuştur. Veri tabanından elde edilen sağlık göstergelerinin analiz edilmesi ile ulusal stratejileri ve politikaları tasarlayan liderlere çok değerli bilgiler sağlanmaktadır. Bununla birlikte veri şeffaflığı ve mevcudiyeti, sistem dönüşümü için kritik öneme sahiptir. SB, BOH'a yönelik BBS hizmetlerine ve hasta deneyimine ilişkin hâlihazırda veri tabanında bulunan ölçütleri tespit etmeye, önceliklendirmeye ve entegrasyon ile entegrasyona yönelik hedeflere ilişkin göstergeleri geliştirmeye devam etmelidir. Dönüşümün gerçekleşebilmesi için en önemlisi de verilerin, Sağlık Bakanlığı'nın her düzeydeki (merkez, il, ilçe) personelinin ve saha çalışanlarının erişimine açık olması ve raporlanabilir olmasıdır. Göstergeler, elle girilen ve bu nedenle emek-yoğun, zorlayıcı ve güvenilirlik/geçerlilik açısından problemlili olabilecek veriler yerine mevcut veri tabanlarının bünyesinde oluşturulmalı ve bildirilmelidir. Veriden yararlanma imkânının her seviyede mümkün olması için veri şeffaflığı da olmalıdır. Raporlar, hedef kitleye yönelik olarak düzenlenmeli ve her bir çalışan veya ekip tarafından kullanılabilir olmalıdır. Sahada çalışan personel, kendi kendine izleme yapabilmek, hedefleri içselleştirmek ve güçlü uygulamaları tespit edip paylaşmak üzere diğer grupların performanslarını görebilmek için hem kendi hem de diğer ekiplerin verilerine bakabilmelidir.

**BBS hizmetlerinin BOH konusunda ne kadar etkili olduğunun ölçülmesi için temel dolaylı göstergelerden ve süreç göstergelerinden yararlanılması:** Bakım hizmetlerinin kalitesi dâhil olmak üzere entegre ve BOH'a yönelik bakım hizmetlerine ilişkin olarak kaydedilen ilerlemeler, yaygın BOH'lardan diyabet, HT ve KOAH nedeniyle hastaneye yatırılan ATDH'li hasta sayısı gibi temel dolaylı göstergelere bakılarak ölçülebilmektedir. ATDH göstergeleri, hastanede yatarak tedavi gören hasta verilerine dayanarak belirlense de birinci basamak sağlık sistemi veya hastane ortamı dışında sunulan ayakta tedavi hizmetlerine de ışık tutmaktadır. ATDH göstergeleri, iyi ve kaliteli bir ayakta tedavi/birinci basamak bakım hizmetinin hastaneye yatış ihtiyacını ve erken müdahalelerin BOH kaynaklı komplikasyonları önleyebileceğinin gösterilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Örneğin, durumları BBS seviyesinde düzgün bir şekilde takip edilmeyen ve/veya yönetilmeyen ve/veya kendi kendilerini idare etmeleri için gerekli eğitimi birinci basamak bakımı ortamında almayan diyabet hastaları, diyabetten kaynaklı komplikasyonlardan ötürü hastaneye yatmak zorunda kalabilir. Türkiye örneğinde; ATDH göstergeleri, hâlihazırda Türkiye'nin güçlü bilgi sisteminde bulunan hastaneye yatış ve hastaneden taburcu olma verilerinden yararlanacak olup bu göstergelerin uzun vadede izlenmesi sonucunda Türkiye'nin ASM/SHM birinci basamak sağlık sistemindeki entegrasyon ve BOH yönetimine dair önemli fikirler edinilecektir. Gerekli adımları veya bakım koordinasyonu, bakım/vaka yönetimi, vb. konulara yönelik iş akışını gösteren süreç göstergeleri de BBS sisteminin izlenmesi için önem arz etmektedir. Gerekli eğitime (bütünleşik sağlık hizmetleri, BOH, hasta iletişimine yönelik müdahaleler, vb.) katılan personel sayısı, ASM'ler ve SHM'ler arasında yapılmış bakım koordinasyon veya hizmet anlaşmalarının sayısı ve kalitesi, her bir ASM'ye bağlı yardımcı personel sayısı, popülasyon başına düşen SHM personeli sayısı, ASM'ler

tarafından ilgili SHM'lere yönlendirilen vaka sayısı, yardımcı personel tarafından dosyası veya verilen bakım hizmeti yönetilen hasta sayısı, vb. bu anlamda örnek olarak verilebilir. Bu veriler, elektronik olarak mevcut olmayabilir ancak yerel düzeyde sistematik olarak toplanabilir ve ileride alınacak kararlar ışığında analiz edilmesi ve değerlendirilmesi için merkezi birimlerle paylaşılabilir.

**BOH klinik uygulama kılavuzlarına (KUK) uygun hareket edilip edilmediğinin takip edilmesi:**

Ulusal Hasta Takip Sistemi'nin BOH modülünün 2019 yılında uygulanmaya başlanması planlanmakta olup bu sayede hasta başında bakım hizmeti sunan personelin yönlendirilmesi, kanıta dayalı tıbbi uygulamaları yapması ve KUK'leri uygulaması sağlanacaktır. Uygulama ekibi seviyesinde kılavuzlara uygun hareket etme durumunun izlenmesi ve bu konuda şeffaf bildirimde bulunulması ile BOH yönetimi konusunda kalite artışı görülecek ve personel katılımı artırılabilecektir. Konunun uzmanları ve liderlerin ortaklaşa bir izleme politikası ve buna yönelik bir kılavuz hazırlaması ve bu belgelerin personel performans planına dâhil edilmesi önerilmektedir. Kanıta dayalı uygulamalara uyum ve bağlılığın izlenmesine ilişkin birçok yaklaşım bulunmaktadır. İzleme faaliyetleri, her bir AH ve bu hekimin ekibine kayıtlı nüfusa yönelik olarak belirlenen bir takım göstergelere dayanarak gerçekleştirilmelidir. Bu yaklaşım; BBS hizmetleri seviyesinde BOH yönetimi, bireysel düzeyde ve ekip düzeyinde ise hesap verebilirlik ve sorumluluk kavramlarını pekiştirecektir. BOH KUK'lerine uygun davranılıp davranılmadığının izlenmesi ve değerlendirilmesi, otomatik bilgi sistemleri veya yönetimi elle sağlanan sistemler üzerinden gerçekleştirilebilir. UHTS'nin BOH modülü gibi otomatik sistemler sayesinde BOH'a ilişkin sağlık göstergeleri, yatan ATDH'li hasta sayısı, birinci basamakta bakım hizmeti sağlanamayan uzmanlara sevk edilen hasta sayısı, her bir BOH için reçete edilen ilaçlar, her ziyarette gerçekleştirilen diyabetik ayak muayenesine yönelik belgeler, yıllık mikroalbümin tetkikleri, yıllık lipit takibi ve yıllık retina muayenesine ilişkin belgeler gibi çıktılar izlenebilmektedir. Otomatik olmayan uyum izleme sistemleri, genelde daha fazla uğraş gerektirmekle birlikte otomatik sistemlere önemli ölçüde destek sağlamaktadır. Otomatik olmayan sistemlere örnek olarak KUK'lara uygun olarak verilen bakım hizmetinin düzenli olarak akran değerlendirmesinden geçmesi ve bakım sunumunun gözlemlenmesi, vb. gibi unsurlar sıralanabilir.

**Bütünleşik sağlık hedeflerinin, personel performans değerlendirme sistemine dâhil edilmesi:**

Sağlık Bakanlığı, personel performansının önemini kabul etmiş ve personel performans değerlendirme sisteminin gözden geçirilmesi ve düzeltilmesi konusunda destek almak amacıyla bir istişare grubu istihdam etmiştir. Çalışan performansı, bir sağlık kuruluşunun her düzeyi için belirlenmiş bütünleşik sağlık hedefleriyle doğrudan bağlantılı olmalıdır. Veri ve bilgi sistemleri, personel performansının değerlendirilmesine ve sistemin her düzeyinde değişiklik yapılmasına ve karar alınmasına yardımcı olabilir. BOH hedefleri, önleme faaliyetleri ve ekip çalışması gibi Sağlık Bakanlığı tarafından personelin bireysel performansını değerlendirmek için belirlenen faktörler, hesap verebilirliğin yalnızca farklı liderlik seviyelerinde (ulusal, il ve ilçe) değil aynı zamanda hasta başında bakım hizmeti verilen noktalarda (ASM'ler ve SHM'ler) da olmasını sağlamaktadır. Her bir basamak için hastaların sağlık durumunun ve refahının iyileştirilmesi, ekip çalışmasının geliştirilmesi, standart hale gelmiş eğitimlerin uygulanması ve bu eğitimlere katılınması, bakım hizmetlerinin koordine edilmesi ve yönetilmesini hedef alan performans beklentilerinin belirlenmesi sayesinde personel, sistem değişimini ve entegrasyonun geliştirilmesini sağlayacak çalışmalara

ağırlık verebilecektir. "Bütünleşik sağlıkın etkili bir şekilde işlev görmesi için işbirlikçi çalışma şekilleri, günlük işlerin içerisinde dâhil edilmeli ve fazladan bir sorumluluk olarak görülmemelidir."<sup>142</sup>

### 3.3. Bakım Sunumu

Bütünleşik sağlık hizmet sunumu, dönüşüm faaliyetlerinin etkinliği ile klinik çıktılar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bakım sunumuna, çok disiplinli ekiplerde bakım hizmeti verme sürecine klinik personelin dâhil edilmesi, standart hale getirilmiş eğitimle yeni bir sunum modeli kapsamında nasıl çalışılacağına anlaşılması, sağlık sistemi içerisinde diğer hizmet sağlayıcılar ile birlikte hasta bakımını koordine etme sürecine aktif olarak katılım ve BOH ile önleyici bakım sürecinin yönetimi için klinik kanıt, yöntem ve protokollerden yararlanılması gibi unsurlar dâhildir.

#### 3.3.1 Çok Disiplinli Ekipler ve Standart Hale Gelmiş Eğitim

##### 3.3.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Bakım sistemleri dönüştükçe yeni görev alanlarının oluşturulması ve yeni becerilerin geliştirilmesi gibi ihtiyaçlar doğmaktadır. Sağlık bakım talepleri değişmeye devam ederken becerilerin, yetkinliklerin ve deneyimlerin muhafaza edilmesini gerektirmektedir. Bakım sistemleri artık sürekli bir şekilde verimliliği ve başarıyı arttırmaya çalışan "öğrenme sistemlerine" dönüşmektedir.<sup>143</sup>

Sağlık çalışanlarından oluşan bir ekip kurarak önleyici, kronik ve akut bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan bir grup hastaya bakım hizmeti verilmesi için bir ekibin görevlendirilmesi, başarılı bir BBS uygulamasının mihenk taşı haline gelmiştir.<sup>144</sup> En önemlisi de uluslararası literatür, artık BBS hizmetlerinin istikrarlı, maliyet etkin ve verimli bir sağlık hizmeti sunum modelinin temeli olduğunu kabul etmektedir.<sup>145</sup> Maliyetlerin azaltılması ve hizmet verilen nüfusun sağlığının iyileştirilmesi amacıyla pahalı ve karmaşıklık düzeyi düşük olan bakımların hastanelerden BBS ve toplum sağlığına kaydırılması, iş yükü ve masrafları fazla olan hastane sistemlerini daha etkin kullanmaya yönelik önemli bir stratejidir.<sup>146</sup>

Bununla birlikte literatürde, hastanelerden BBS ve toplum temelli uygulamalara geçişin, birinci basamak hizmetlerinin talebi karşılayabilecek kapasite ve yetkinliklere sahip olmasını sağlamak adına dikkatli bir planlama ve uygulama gerektirdiğinin altı çizilmektedir.<sup>147</sup> Artan talebi karşılamamanın önemli bir yolu da, görev ve sorumlulukları ile iş akışları net olarak tanımlanmış çok disiplinli hizmet sağlayıcılarından oluşan ekiplerin BBS kapsamında kayıtlı nüfus bakımını birlikte üstlendiği ekip temelli bir yaklaşım benimsenmesidir.<sup>148</sup> Ekip temelli bir bakım yaklaşımının benimsenmesi ve sürdürülmesi için bu ekip üyelerinin tıbbi yeterlilik veya uygulama alanlarına göre görevleri açısından eğitilmesi, öğretim görmesi, desteklenmesi ve etkin şekilde bakım hizmeti verebilmeleri için de gerekli araçlarla ve kılavuzlarla donanımlı hale getirilmesi gerekmektedir. İyi uygulanan, entegre ve ekip temelli bakım hizmetinde, hastaların ve hizmet sağlayıcıların

---

<sup>142</sup> Curry ve ark. 2013.

<sup>143</sup> Avrupa Birliği 2017.

<sup>144</sup> Bodenheimer ve ark. 2014; Heslop, Power ve Cranwell 2014.

<sup>145</sup> Dünya Sağlık Örgütü, OECD ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası/Dünya Bankası 2018.

<sup>146</sup> Sağlık Vakfı 2011; DSÖ 2016b.

<sup>147</sup> Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu 2013; Busetto ve ark. 2018; Heslop, Power ve Cranwell 2014.

<sup>148</sup> Gilbert 2016; Stout ve ark.

memnuniyetinin yanı sıra kapsayıcılık, koordinasyon, verimlilik, etkinlik ve değer bakımlardan da ilerleme kaydedilmektedir.<sup>149</sup>

Çok disiplinli ekip çalışmasına Bulgaristan'ın Burgaz<sup>150</sup> şehrindeki kar amacı gütmeyen Diyabet Bakımı Merkezi ve Finlandiya'daki POTKU<sup>151</sup> (Potilas kuljettajan paikalle, Hastanın Sürücü Koltuğuna Geçirilmesi) Projesi örnek olarak gösterilebilir. Her iki proje de, ekip çalışması ve bütünlük sağlık modelinin kalite, hasta sağlığı ve refahı üzerinde fark yarattığını göstermektedir.<sup>152</sup>

Bulgaristan'ın Burgaz kentinde 1994 yılında kar amacı gütmeyen bir Diyabet Bakım Merkezi kurulmuştur ve entegre yaklaşımın yanı sıra diyabet ve birden çok hastalığı olan hastalar için kapsamlı ve eşgüdümlü birinci ve ikinci basamak bakım hizmetleri verilmektedir. Burada görev yapan ekip; bir hemşire, bir pratisyen hekim bir kardiyolog ve diyabet hastalığı olan kişilerden oluşurken toplamda 380 kişi görev yapmaktadır. Ekibin tüm üyeleri, hastalara kapsamlı bakım hizmetinde bulunan gönüllülerdir. Kar amacı gütmeyen bu kuruluş, bir bakım yönetim merkezi ve farklı sağlık çalışanları ile sağlık sistemleri arasında aracı görevi görmektedir. Sigorta veya sosyo-ekonomik duruma bakılmaksızın hizmetlere erişim ücretsizdir. Çoğu hastanın sosyo-ekonomik durumu kötü olup sigortası yoktur ve hastalık oranı da yüksektir. Birinci basamak bakım hizmetleri verilmekte olup ekip, diğer hizmetler ile birlikte bakım koordinasyon faaliyetlerine de destek olmaktadır. Özel hastaneler ile yapılan işbirliği anlaşmaları sayesinde ikinci basamak bakım hizmetlerine de ücretsiz bir şekilde erişilebilmektedir. STK ve ikinci basamak sağlık kurumları arasında yapılan işbirliği anlaşmaları, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bilgi alışverişini kolaylaştırmaktadır. Bakım yöntemleri, katılımcı bütün hizmet sağlayıcıları tarafından koordinasyon çalışmalarının desteklenmesi için farklı bakım düzeylerinde ortaklaşa geliştirilmektedir. Hasta eğitimi ve kendi kendini idare etme konularının da altı çizilmekte olup STK'lar tarafından, hastaların anlayışlarını geliştirmelerini ve sağlıklarını daha iyi yönetebilmelerini hedefleyen eğitimler gerçekleştirilmektedir. Hastalar, personeli bilgilendirmek ve kişisel sağlık hedeflerinin belirlenmesi yardımcı olmak amacıyla bir anket doldurmaktadır. Program sonuçları kapsamında hastaneye yatırılan hasta sayısı ve diyabetik ayak hastalığının komplikasyonları sonucu yapılan amputasyon sayısı azalma göstermiştir.

Finlandiya'da 5 bölgedeki 61 belediyede uygulanan POTKU (Potilas kuljettajan paikalle, Hastanın Sürücü Koltuğuna Geçirilmesi) Projesi, BOH hastaları (2010-2014) için kişisel sağlık ve bakım planlarının hazırlanmasıyla hasta merkezli bakım hizmetlerinin iyileştirilmesini amaçlamıştır. Hemşire ve doktorlardan oluşan bakım ekipleri, hastayla birlikte çalışarak sağlık ve bakım planlarını hazırlamaktadır. Sağlık ve bakım planları, şu başlıklardan oluşmaktadır: (a) İhtiyaçlarını (bir sağlık uzmanı ile birlikte hasta tarafından tespit edilen sağlık sorunları), (b) Hedeflerim (sağlık durumunda

<sup>149</sup> Baxter ve ark. 2018; Nelson ve ark. 2017.

<sup>150</sup> Burgaz'da kar amacı gütmeyen Diyabet Bakımı Merkezi, Bulgaristan  
[http://www.icare4eu.org/pdf/Diabetic\\_Care\\_Burgas\\_programme\\_Case%20Report.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/Diabetic_Care_Burgas_programme_Case%20Report.pdf).

<sup>151</sup> POTKU projesi (Sürücü koltuğuna hastaların oturması), Finlandiya.  
[http://www.icare4eu.org/pdf/POTKU\\_Case\\_report.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/POTKU_Case_report.pdf).

<sup>152</sup> ABD'de yapılan yeni bir çalışma, ekip işinin hasta ile ilgili çıktılar bakımından belirleyici olduğunu göstermiştir. Ekibin daha iyi çalışmasıyla tüm nedenlere bağlı olarak (oransal insidans [IRR] = 0.90, p = 0.01) ve ayakta tedavi gerektiren durumlar için hastaneye yatan (IRR = 0.91, p = 0.04) ve acil servise giden (IRR = 0.91, p = 0.03) tüm hastalar arasında mortalitenin hassas hasta grubunda daha düşük (OR = 0.92, p = 0.04) olduğu görülmüştür.

nasil bir değişiklik isteniyor? Ortaklaşa kararlaştırılan tedavinin hedefi nedir?), (c) Tedbirlerim (bu hedeflere bağlı olarak hasta için hangi sağlık hizmetleri ve tedbirler planlanmış?), (d) Takip ve değerlendirme (sağlık ve bakım planlarının ve çıktılarının nasıl uygulandığının değerlendirilmesi için verilecek takip randevuları), (e) Kullanılan ilaçlar, teşhisler ve irtibat kişisi.<sup>153</sup> Program kapsamında, sağlık ve bakım planlarının kalitesi ve eksik olup olmadığı da izlenmektedir. Program, günlük uygulamalarda hasta merkezli yapının geliştirilmesi noktasında uygulanabilir ve verimli bir araç görevi görmüştür. Uygulamada karşılaşılan sorunlar arasında ise gereksiz miktarda veri girilmesi gereken ve entegre olmayan elektronik tıbbi kayıt sistemleri, değişime ayak direyen birim yöneticileri ve hemşireler ile doktorların çalışma sürelerinin artması sayılabilir. Yapılan hasta algı anketi (Kronik Hastalık Bakımı Hasta Değerlendirmesi<sup>154</sup>) sonuçlarına göre sağlık ve bakım planı olan hastalar, aldıkları bakım hizmetinin sağlık ve bakım planı olmayan hastalara kıyasla her yönden önemli ölçüde daha iyi olduğunu ifade etmiştir. Personel de hastaya daha bütüncül bir şekilde yaklaşabildiğinden ve hasta ve diğer personel ile birlikte çalışmaktan zevk aldığından dolayı programın çalışmalarını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi isimli ankette de gösterildiği üzere personel, kronik hastalık bakımının kalitesinde artış gözlemlendiğini belirtmiştir.<sup>155</sup>

Sağlık sistemini dönüştürmek ve sürdürülebilir kılmak için çok disiplinli çalışmaların yanı sıra çok disiplinli ekiplerin standart hale getirilmiş eğitimler alması büyük önem taşımaktadır. Uluslararası sağlık topluluğu, personel eğitiminin etkili bir değişim için temel teşkil ettiğini kabul etmekte olup başarılı bir dönüşüm gerçekleştirmiş örnekler, dönüşüm hedeflerine erişmek için köklü bir model olan öğrenim işbirliği modelinden yararlanmıştır. Bu model, çok disiplinli ekiplerin hastalara bakım hizmeti verirken performans gelişim çalışmaları ile desteklenmesi amacıyla birlikte eğitilmesi bakımından bilhassa faydalı olmaktadır.<sup>156</sup> Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Gazi Sağlığı sistemi, Ekvador, Honduras ve Nikaragua bu konuda örnek olarak gösterilebilir. Avustralya'nın Yeni Güney Galler eyaletindeki gibi bütünleşik sağlık sistemlerinde, belirlenen hedeflere ulaşılması için çok disiplinli ekiplerin eğitime özellikle önem verilmektedir.<sup>157</sup>

Öğrenim İşbirliği Modeli'nin, dünyada sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli etkileri olmuştur ve bu model, 1991 yılında kurulan ve günümüzde sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi konusunda halen aktif şekilde öncü olan Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü<sup>158</sup> tarafından geliştirilmiştir. Model, daha önceden Çığır Açan Gelişmeler Kaydetmeye Yönelik İşbirliği Modeli adıyla da anılmıştır. Bu yaklaşım kapsamında, sağlık bakım kuruluşlarının bir yandan kalite

---

<sup>153</sup> [http://www.icare4eu.org/pdf/POTKU\\_Case\\_report.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/POTKU_Case_report.pdf).

<sup>154</sup> PACIC (Kronik Hastalık Bakımı Hasta Değerlendirmesi; MacColl Sağlıkta İnovasyon Merkezi, Grup Sağlık Topluluğu, 2004) anketi, Kronik Bakım Modeli'ne göre yüksek nitelikli kronik hastalık bakımı olarak değerlendirilen pek çok alanla ilgili uluslararası geçerliliği olan bir araçtır. [https://primarycaremeasures.ahrq.gov/care-coordination/downloads/ccatlas/instruments/CC\\_Instrument\\_10.pdf](https://primarycaremeasures.ahrq.gov/care-coordination/downloads/ccatlas/instruments/CC_Instrument_10.pdf).

<sup>155</sup> ACIC (Kronik Hastalık Bakım Değerlendirmesi) anketi (MacColl Sağlıkta İnovasyon Merkezi, Grup Sağlık Topluluğu, 2000) Kronik Bakım Modeli'ne göre yüksek nitelikli kronik hastalık bakımı olarak değerlendirilen (sağlık çalışanları açısından) pek çok alanla ilgili uluslararası geçerliliği olan bir araçtır. [https://primarycaremeasures.ahrq.gov/carecoordination/downloads/ccatlas/instruments/CC\\_Instrument\\_1.pdf](https://primarycaremeasures.ahrq.gov/carecoordination/downloads/ccatlas/instruments/CC_Instrument_1.pdf).

<sup>156</sup> Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü 2003.

<sup>157</sup> Yeni Güney Galler'de Bütünleşik sağlık. <https://www.health.nsw.gov.au/integratedcare/Pages/default.aspx>.

<sup>158</sup> Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü zaman çizelgesi [http://www.ihl.org/about/Documents/IHI\\_Timeline\\_2018.pdf](http://www.ihl.org/about/Documents/IHI_Timeline_2018.pdf).

bakımından çığır acıcı gelişmeler kaydederken diğer yandan maliyetleri azaltmasına yardımcı olmak üzere ortak bir öğrenme yönteminden yararlanılmaktadır. Breakthrough Series adı verilen programın ardında yatan vizyon, sağlık bakım uygulamalarında maliyet ve çıktılara yönelik yaklaşımları ve fırsatları detaylarıyla gösteren kapsamlı bilimsel çalışmalar olmasına rağmen bu bilimsel arka planın günlük yaşamda tam anlamıyla değerlendirmeye alınmadığı veya kullanılmadığı şeklindedir. Bu da bildiklerimiz ile yaptıklarımız arasında fark olduğunu gözler önüne sermektedir.”<sup>159</sup> Breakthrough Series adı verilen programın Collaborative adlı sağlık modeli, bulaşıcı olmayan hastalıklardan muzdarip kişilere yönelik bakımın iyileştirilmesi ve önleyici bakımın desteklenmesi için bir araya geldiği kısa dönemli (6-15 ay) bir öğrenme sistemidir. Örneğin bu modelden Türkiye’de SHM’ler, BOH sağlık bakım hizmetlerini iyileştirmek ve önleyici bakımı teşvik etmek için BBS sunum modeli ile entegre etmede yararlanılabilir. . Bu işbirlikleri, standart hale getirilmiş konu ve yaklaşımlardan yararlanılarak bölge düzeyinde gerçekleştirilebilir. Sağlık İyileştirilmesi Enstitüsü’nün belirttiği üzere bu gibi işbirlikleri, bekleme sürelerini %50, personelin işe devamsızlığını %25, yoğun bakım maliyetlerini %25 ve konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatırılan hasta sayısını %50 oranında azaltmaktadır.<sup>160</sup> Sağlık İyileştirilmesi Enstitüsü aynı zamanda, sağlık sistemlerini iyileştirme çalışmalarını kurumun kültürel bağlamı içerisinde uygulamaları ve yaygınlaştırmaları için Breakthrough Series adı verilen model kapsamında eğitici eğitimleri vermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Gazi Sağlık İdaresi, 2010 yılında birinci basamak bakım hizmetlerine yönelik modelin ulusal çapta dönüştürülmesi için eğitimin verilmesi adına Öğrenim İşbirliği modelinden yararlanmıştır.<sup>161</sup> Öğrenim İşbirliği sayesinde, ülke çapında 300 birinci basamak bakım destek ekibine (her ekip 4 kişi olmak üzere) eğitim verilmiştir. Bu destek ekipleri yerelde eğitmen, lider ve konunun uzmanı olmuşlar ve söz konusu çalışmanın kapsamını genişletmişlerdir. Eğitim kapsamında bakım hizmetlerine erişim, bakım hizmetlerinin koordinasyonu ve yönetimi, kronik hastalıklarda nüfus hastalık yönetimi, önleme bakım hizmetleri, hastanın sürece dâhil edilmesi ve kendi kendini idare etmesi, ekiplerin görev, işlev ve sorumlulukları, iş akışı ve izleme, ölçüm ve performans gibi standartlaşma, uygulama ve performans gelişiminin sağlanmasına yönelik olarak kilit öneme sahip olduğu düşünülen konular ele alınmıştır.

Ekvador, Honduras ve Nikaragua Sağlık Bakanlıkları, seyahat giderlerinin azaltılması amacıyla bölgesel olarak uygulanan ve ulusal düzeyde destek gören Öğrenim İşbirliklerini uygulamaya koymuştur. Bu çalışmada, adı geçen ülkelerde anne sağlığının iyileştirilmesine ağırlık verilmiştir. Çok disiplinli ekiplerin eğitimi, yüz yüze ve sanal ortamda gerçekleştirilmiştir. Bu ülkeler, kanıt dayalı tıbbi müdahalelerin yapılması konusunda personelin eğitilmesi amacıyla tıp fakülteleriyle işbirliği yapmıştır. İyi uygulamalar ve sonuçlara ilişkin bilgiler, tüm katılımcılar tarafından erişilebilen bir internet sitesinde paylaşılmıştır. Katılım sağlayan çok disiplinli ekipler, bu modelin savunucusu olmuş ve eğitimi yerel düzeyde uygulamıştır. Nitelikli anne bakımına yönelik klinik sonuç ölçümleri, her ülkede kayda değer ölçüde gelişme göstermiş olup bu gelişme, Öğrenim İşbirliği modelinin diğer

---

<sup>159</sup> Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü 2003.

<sup>160</sup> IHI Breakthrough Series College. <http://www.ih.org/education/InPersonTraining/breakthrough-series-college/Pages/default.aspx>.

<sup>161</sup> Bidassie 2014.



hizmetlerde de uygulanmasını sağlamıştır. Sağlık sistemi yöneticileri ve klinik personele göre Öğrenim İşbirliği modelinin en önemli kısmı, personelin sürece dâhil edilmesine yönelik klinik süreçlere ağırlık verilmesi olup bu durum, klinik pratisyenlerin de ilgisini çekmektedir. Söz konusu çalışanlar modelin yalnızca teorik değil, uygulamaya dayalı konulara da değinerek öğrendiklerini ve her gün yaptıkları işi gerçek manasıyla geliştirdiğini hissettiklerini söylemektedir.<sup>162</sup>

### 3.3.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

Türkiye'de yakın zamanda uygulamaya konulan SHM modelinin hizmet sunumu açısından çok disiplinli çerçevesi genel olarak başarılı olmakla birlikte sahada gerçekleştirilen çok disiplinli çalışmalar, yerelde SHM'lerin gayretleri ile şekillenmektedir.

Örneğin Bursa Osmangazi SHM, yeni personelin çok disiplinli çalışmalara başarılı bir şekilde uyum sağlayabilmesi için iki haftalık bir oryantasyon programı hazırlamıştır. Oryantasyon programında Bursa Osmangazi SHM'ye özel konular, çok disiplinli çalışmalara katkı sağlayacak davranışlar ve diğer teknik konulara odaklanılmıştır. Oryantasyon programı, yeni personelin SHM faaliyetlerini, süreç akışını ve operasyonel konuları gerçek zamanda yakından gözlemlemesini ve anlamasını sağlamaktadır. SHM personeli, yeni personelin çok disiplinli çalışmalara yönelik davranışsal gelişimi ile ilgili SHM idaresine geri bildirimde bulunmaktadır. Uyumla ilgili eksikliklerin giderilmesi için yeni personele ilgili konularda daha fazla bilgi veya eğitim verilmektedir veya bu personel uygun görüldüğü takdirde başka bir SHM'ye yönlendirilmektedir. Bursa Osmangazi SHM ekibi, oryantasyon programı sonrasında ekip çalışmasına uyum sağlayabilen personeli elinde tutmayı tercih etmektedir. SHM ekiplerini motive eden unsurlardan biri de, SHM personelinin memnun olmasını sağlayan hasta memnuniyetidir. Bursa Osmangazi SHM, düzenli olarak bir araya gelen bir vaka değerlendirme kurulu oluşturmuştur<sup>163</sup>. İlgili personelin yer aldığı kurul toplantılarında vakalarda kaydedilen ilerlemeler ile ilgili tartışmalar yapılmakta, kararlar alınmakta ve bilgiler verilmektedir. Gerektiğinde ilgili hastaların aile hekimleri de bu kurul toplantılarına davet edilmektedir.

Hatay SHM'de görüşülen kişiler, Hatay'da ASM'lerin uygulamayı benimsediklerini ve hastaları SHM'ye sevk etmekten memnun olduklarını çünkü bu işlemin hastane sevkine kıyasla daha kolay olduğunu belirtmiştir. Uygulamanın ikinci basamakta benimsenmesi için SHM'ye ilişkin mevzuatın ikinci basamak bakım hizmeti sağlayıcılarına anlaşılır bir şekilde anlatılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Bursa Osmangazi SHM'de görüşülen kişiler, birinci basamak sağlık hizmetinin (ve SHM'lerin), uzman tedavisinden sonra takip görevini üstlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Bursa ve Hatay'da gerçekleştirilen saha görüşmeleri, SHM personelinin öncelikli olarak sağlık hizmetlerinin önleyici kısmında rol almak istediklerini ortaya koymaktadır. Bunun gerekçelerinden biri de, mevcut arka planın aile hekimliği modelinde tedavi kısmına ağırlık vermeyi gerektirmesi ve SHM'lerin işin önleme kısmında aile hekimliğini tamamlar nitelikte olmasıdır. İkinci gerekçe ise aile hekimliği modelinin kapsamıdır. Kendilerine kayıtlı bir nüfus olsa bile AH'lerinin hizmet sunum perspektifi daha çok bireysel hastaya yöneliktir. . Fakat büyük bir kısmının toplum temelli çalışmasından dolayı SHM'lerin daha bölgesel bir bakış açısı bulunmaktadır. SHM'lerin BBS

<sup>162</sup> Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü 2019.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/UniqueChallengesCreativeSolutions.aspx>.

<sup>163</sup> Osmangazi SHM'deki görevli doktor (Sayın Ahmet Timur), kurulun yakın zamanda faaliyetlerine başlayacağını ve her hafta toplanmasının planlandığını ifade etmiştir (Görüşme: 12 Aralık 2018).

hizmetlerinde tamamlayıcı nitelikte olmasının bir diğer nedeni de hâlihazırda ASMlerde bulunmayan hizmetleri vermesi ve bu hizmetlerle ilgili ekipmana sahip olmasıdır.

2019-2023 Stratejik Planı'nda da belirtildiği üzere SHM'lerde belli uzmanlık alanlarında sağlık çalışanı eksiktir ve çok disiplinli çalışma ve koordinasyona ilişkin bazı sorunlar bulunmaktadır.<sup>164</sup> Örneğin Bursa Osmangazi SHM'de görüşülen kişiler, obezite, madde bağımlılığı ve grup terapisi konularında uzman personele ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

### 3.3.1.3 Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler

**ASM'lerdeki personel sayısının artırılması:** Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planı'nda, BBS personeli sayısını arttırmanın önemine vurgu yapıp 2030 yılı için daha yüksek hedefler belirlenmiştir. Bununla birlikte 3.1.1.2 numaralı bölümde de bahsedildiği üzere pratisyen hekim ve hemşire sayısı bakımından sağlık işgücü, uluslararası standartların altında olmakla birlikte son birkaç yılda hemşirelerin oranında ilerleme kaydedilmiştir. Türkiye'de 100.000 kişi başına düşen tıp mezunu sayısı, bir parça düşüş göstermiştir ancak hemşirelik mezunlarının sayısı, 2003 yılından bu yana önemli ölçüde artmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5: 100.000 kişi başına düşen tıp ve hemşirelik mezunları**

100.000 kişi başına düşen mezun sayısı	2003	2013
Türkiye'deki Tıp Mezunları	6,55	6.51
DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki Tıp Mezunları	10.12	11.37
Türkiye'deki Hemşirelik Mezunları	4.49	19.77
DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki Hemşirelik Mezunları	31.91	40.92

*Kaynak:* DSÖ Avrupa Sağlık Bilgi Ağı

Personel eksikliği, insan kaynaklarının daha etkin şekilde tahsis edilmesini gerektirmektedir. BOH'ların etkin ve verimli şekilde yönetilmesi için ASM'lerdeki aile hekimliği personelinin sayısının arttırılmasına yönelik çalışmalara destek olacak ulusal politika değişiklikleri, hem personel hem de bakım hizmeti alan hastalar üzerinde derin ve olumlu bir etki bırakacaktır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı, ileride her bir ASM'deki aile hekimliği personel sayısını (büyük oranda hemşirelerin sayısını) ikiye çıkarmayı amaçlamaktadır.<sup>165</sup> ASM'lerdeki hemşire sayısının arttırılması, proaktif BOH yönetimine de destek olacaktır. "DSÖ, 1000 kişi başına 2.28 sağlık çalışanı olmasını tavsiye ederken bazı çalışmalar, nüfus temelli sağlık bakım hizmetlerinin genişletilebilmesi için daha fazla sayıda çalışana ihtiyaç duyulabileceğini ifade etmektedir."<sup>166</sup>

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, her bir ASM için daha az sayıda kayıtlı hastayla ilgilenmek ve hemşirelere BOH yönetimi konusunda destek vermek için sistemin kapasitesini arttırarak aile hekimleri ve hemşire kadrosunun işe alım ve tıbbi eğitim çıktılarının arttırılması ve hızlandırılması adına Yükseköğretim Kurulu ile işbirliği yapmaya devam etmelidir.

<sup>164</sup> Bu, 2019-2013 Strateji Planı'nda BOH ile ilgili bütünlük sağlığı açısından çok disiplinli ekipler için sorun ve anlaşmazlık olarak nitelendirilmiştir.

<sup>165</sup> Banu Ekinci ile görüşme, 7 Kasım 2018.

<sup>166</sup> Cotlear ve ark. 2015.

**Doktorların ve destek ekiplerinin kapasitesinin artırılması:** Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planı'nda, sağlık çalışanlarının yetkinliklerini, motivasyonunu ve idamesini arttırmaya devam edilmesi gerektiği tespitinde bulunulmuştur. Hekimlere ve destek ekiplerine yönelik kapasite geliştirme çalışmalarına, yukarıda belirtildiği üzere teşviklerin tanımlanması ve uygulanması, ihtiyaç duyulan alanlarda hizmet için kariyer fırsatlarının artırılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, eğitim ve rol geliştirme desteğinin artırılması, konferanslara katılım ve eğitim için verilen desteğin iyileştirilmesi gibi konular dâhildir ancak bunlarla da sınırlı değildir. Sağlık çalışanlarının işgücü planlaması ve bu konuda politika geliştirme çabaları aşağıdaki hususlara odaklanmalıdır:<sup>167</sup>

**Doğru İş:** Ülkelerin, ileride ihtiyaçları karşılayabilmesi için yeterli sayıda ve çeşitlilikte çalışan yetiştirmesi gerekmektedir. Ülkeler numerus clausus adı verilen politikalarla doktor ve hemşirelere yönelik kabul kotalarını arttırmaya, farklı sağlık hizmet sağlayıcılarının uygulama alanını genişletmeye, uygulamanın tam manasıyla yapılmasına engel olan gereksiz unsurları ortadan kaldırmaya ve nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yenilikçi ve işbirliğine dayalı sağlık bakım hizmetlerini desteklemeye çalışmalıdır.

**Doğru Beceriler:** Ülkelerin üstün nitelikli, ekip temelli ve hasta merkezli bir bakım hizmeti verebilmeleri için sağlık çalışanlarının doğru beceriler ve yetkinlikler edinmesini sağlamaları gerekmektedir. Eğitim ve öğretim programlarının, teknoloji ve değişen hizmet sunum modelleri bağlamında gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının düzenli aralıklarla yeniden lisans alması, becerilerinin güncel kalmasını sağlayacaktır.

**Doğru Yer:** Ülkelerin, halkın sağlık hizmetlerine yeterli düzeyde erişimini sağlaması gerekmektedir. Sağlık personelinin coğrafi olarak daha hakkaniyetli şekilde dağılımı, teşviklerle ve/veya yeterli hizmet alamayan bölgelerde hizmet verilmesini sağlayan mevzuatlarla gerçekleştirilebilir. Böylece hizmet kapsamını arttırmak için doktor olmayanlara yönelik uygulama alanı genişlemiş ve teknoloji ile teletıp uygulamasından yararlanma oranı en üst düzeye çıkarılmış olur.

**Personel eğitim ve öğretiminin standart hale getirilmesi:** Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2013 Stratejik Planı'ndaki çalışanların yetkinliklerini ve becerilerini arttırmaya yönelik hedefler doğrultusunda SHM'lerin, ASM'lerin ve bağlı oldukları ikinci basamak bakım merkezlerin çalışanları, Sağlık Bakanlığı ve Türk hükümeti tarafından ana hatlarıyla belirlendiği şekilde bütünleşik sağlık uygulamasına destek olmak üzere standart bir eğitim-öğretim sürecinden geçmektedir. Sağlık Bakanlığı, 3.3.1.1 numaralı bölümde bahsedildiği üzere Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü tarafından geliştirilen ve Çığır Açan Gelişmeler Kaydetmeye Yönelik Ortak Model adı verilen eğitim/öğrenme modelinden yararlanabilir. Bu yaklaşım kapsamında, sağlık bakım kuruluşlarının bir yandan kalite bakımından çığır acıcı gelişmeler kaydederken diğer yandan maliyetleri azaltmasına yardımcı olmak üzere ortak bir öğrenme yönteminden yararlanılmaktadır. Liderlerin ve personelin etkin, verimli ve istikrarlı şekilde uygulama yapabilmesi için ilkeleri, kavramları ve beklentileri entegre etmek adına öğrenme sürecini her yönüyle anlaması ve bu sürece katılım göstermesi gerektiği için söz konusu eğitim, Sağlık Bakanlığı'nın genel iş başında eğitim müfredatına eklenebilir. Liderlik beklentileri, misyonu, vizyonu ve değerleri ile tutarlı olan ekip temelli deneyimsel öğrenme, sistem ve kültür değişikliği için temel niteliğindedir. Eğitim programının, fikir ve iyi uygulamaları paylaşım uygulamaları için liderlere ve personele bir yol haritası sunması ve

---

<sup>167</sup> OECD 2016.

parçası oldukları sağlık hizmet sunum sisteminin iyileştirilmesi sürecine kendilerini de dâhil etmesi beklenmektedir. Temel ve ileri düzey entegrasyon kavramları, vizyon, misyon, hedefler ve amaçlar, performans beklentileri ve ilgili ölçütler, standart hale getirilmiş ekip çalışması, etkinlik ve verimliliğin artırılması, her bir ekip üyesinin görev ve sorumluluklarının belirlenmesi, klinik ve idari iletişim/planlama yaklaşımlarının ve beklentilerinin ana hatlarıyla belirlenmesi, hizmet sunum sistemleri içerisinde bakım yönetimi ve koordinasyonunu geliştirmeye yönelik beklentilerin göz önünde bulundurulması, BOH'lar ve önleyici bakım hizmetlerinin ve hasta katılımı ile hasta merkezli bakım ilkelerinin daha iyi yönetilmesine yönelik tekniklere ve yöntemlere ağırlık verilmesi gibi konulara odaklanılmaktadır.

### 3.3.2 Bakım Koordinasyonu

#### 3.3.2.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Bakım koordinasyonu, etkin ve verimli bir bütünleşik sağlık sisteminin temel unsurudur. "Bakım koordinasyonu, sağlık bakım hizmetlerinin uygun şekilde verilmesini kolaylaştırmak üzere bir hastanın bakımından sorumlu iki veya üç kişi (hasta dâhil) arasında hastanın bakımı için planlı bir düzenleme yapılmasıdır. Bu bakım düzenli olmalıdır ve tüm hasta bakım faaliyetlerini yerine getirmek için gereken personel ve diğer türden kaynakların tahsis edilmesini gerektirir ve çoğu zaman bakımın farklı yönlerinden sorumlu kişiler arasında bilgi alışverişi yapılmasıyla yönetilir."<sup>168</sup><sup>168</sup> Etkin bakım koordinasyonu için BBS ekipleri ile kilit role sahip uzman grupları, hastaneler ve topluma hizmet veren kuruluşların arasında ilişki kurulması gerekmektedir. Bakım koordinasyon çalışmalarına yardımcı olmak için bilgi aktarımını destekleyen başarılı sevk ve geçişleri kolaylaştıracak protokoller gibi araçların geliştirilmesi gerekmektedir.<sup>169</sup>

Buna ek olarak, maliyet-etkin sağlık sistemlerinin ilkelerinden biri, komplikasyonu az olan hastalıklar için hastanede bakım anlayışından BBS sisteminde bakım anlayışına geçiş yapılmasıdır.<sup>170</sup> Bu geçiş, bakım koordinasyonunun daha etkin olmasını da kolaylaştırmaktadır. Birinci basamak ortamında bakım hizmetinin daha uygun şekilde verilebileceği durumlarda; acil servislere gidilmesi ve gereksiz hasta yatışları, hem maliyetlidir hem de bakım kalitesine önemli ölçüde olumsuz etki etmektedir. Komplikasyonu az olan hastalıklar için acil servis ziyaretleri ve hasta yatış sayısının çok fazla olması gibi sorunlara çözüm arayan sağlık sistemlerinde, hasta ihtiyaçlarının karşılanması için BBS hizmetlerine erişimin hayati bir unsur olduğu anlaşılmaktadır.<sup>171</sup> İkinci ve birinci basamak bakım hizmetlerine ilişkin işbirliği ve koordinasyon uygulamaları, bilgi paylaşımı ve her bir hastaya özel geri bildirim mekanizmaları, bütünleşik sağlık çalışmalarının ayrılmaz bir parçasıdır.

<sup>168</sup> Heslop, Power ve Cranwell 2014; Schultz ve ark. 2013.

<sup>169</sup> BAKIM KOORDİNASYONU, Birinci Basamakta Yapı Dağınlığının Azaltılması

<http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Executive-Summary-Care-Coordination.pdf>.

<sup>170</sup> İstişare Kurulu 2014; Berchet ve Nader 2016; Driscoll 2017; O'Malley 2012; Quackenbush, Shenkel ve Schatz 2004; Tranberg ve ark. 2018.

<sup>171</sup> Berchet ve Nader 2016; Hempel ve ark. 2018; O'Malley 2013;

<https://www.healthcaredenmark.dk/media/1625194/HCD-Telehealth-white-paper-v1-single-0318.pdf>.

<sup>170</sup> İstişare Kurulu 2014; Berchet ve Nader 2016; Driscoll 2017; O'Malley 2012; Quackenbush, Shenkel ve Schatz 2004; Tranberg ve ark. 2018.

<sup>171</sup> Berchet ve Nader 2016; Hempel ve ark. 2018; O'Malley 2013;

<https://www.healthcaredenmark.dk/media/1625194/HCD-Telehealth-white-paper-v1-single-0318.pdf>.

Mesai dışında birinci basamak bakım hizmeti verilmesi, bakım iş yükünün acil servisten birinci basamağa kaydırılması için benimsenebilecek bir başka yöntemdir. Yapılan bir çalışmada ayakta tedaviye duyarlı kronik bir hastalık nedeniyle hastaneye yatma olasılığının, hastalar mesai saatleri dışında BBS hizmetlerine erişim sağlayabildiği zaman daha az olduğu ifade edilmiştir.<sup>172</sup> Hesaplamalar farklılık gösterse de bir çalışmada acil servise yapılan başvuruların yüzde 13,7 ile yüzde 27'sinin, daha basit hizmetlerin verildiği ayakta tedavi merkezlerinde halledilebileceği ve böylelikle her yıl yaklaşık 4 milyar \$ tasarruf edilebileceği hesaplanmıştır.<sup>173</sup> Mesai saatleri sonrasında BBS hizmetlerine erişimi arttırmanın, bakımın önündeki engelleri azalttığı, bakım koordinasyonu ve devamlılığını geliştirdiği, tedavi gecikmelerini azalttığı ve BBS sistemine güven duygusunu arttırarak acil servislere ve birinci basamak olmayan diğer merkezlere başvurma oranını azalttığı görülmüştür.<sup>174</sup>

Almanya'nın Gesundes Kinzigtal modelinde bakım koordinasyonunun geliştirilmesi, Kinzigtal nüfus sağlığının iyileştirilmesi, hasta deneyiminin geliştirilmesi ve kişi başına düşen bakım masraflarının azaltılması şeklinde özetlenebilecek üçlü hedefe ulaşmak için kilit unsur niteliğindedir.<sup>175</sup> Birden fazla hastalığı olan hastalar, bütünlük sağlığı planı için hedef olarak belirlenen ilk gruptur. Bu modelde, hasta uyumu ve sağlık çıktılarını arttırmak için bakım hizmet sağlayıcıları arasında bilgi paylaşımı, istişare ve bakım koordinasyonu teşvik edilmektedir. Örneğin sistemin bir parçası olan hizmet sağlayıcıları, birden fazla hastalığı olan hastaların ilaç yönetimini geliştirmek adına yılda altı kez klinik farmakologlar ile istişarede bulunmaktadır. Ardından doktor, ilaç alımını değerlendiren ve kendisine ilaç yazımı ile ilgili olarak puanlama bakımından geri bildirimde bulunan klinik farmakoloğa bir vaka raporu sunmaktadır. Sonrasında farmakolog, ilaç takviminin nasıl geliştirilebileceği ile ilgili olarak ek geri bildirimlerde bulunmaktadır.<sup>176</sup> Doktorlar, çoklu hastalık durumlarında kapsamlı ihtiyaçlara uyum sağlanmasını gerektiren bakım hizmetini geliştirmek adına sosyal hizmet görevlileri ile de işbirliğinde bulunabilmektedir. Hastaneye yeniden yatma oranlarını düşürmek ve sürekli bakımı daha iyi bir noktaya taşımak için taburcu olduktan sonra gelen bakım koordinasyon süreci de hastanelerle işbirliğine dâhildir. Tanımlanmış işlemler, hastaneler ile Gesundes Kinzigtal programı arasında yapılan hizmet anlaşmasının bir parçasıdır. Bakım yöntemleri, hastaneler ve diğer bakım hizmet sağlayıcıları tarafından geliştirilip ortaklaşa karar alınarak belirlenmektedir.<sup>177</sup>

Yapılan koordinasyon çalışmaları ile ilgili geri bildirimde bulunmak amacıyla doktorlar, terapistler, psikologlar, program yöneticileri ve Gesundes Kinzigtal yönetiminden oluşan bir komite, program düzeyinde her 18 ayda bir maliyet-etkinlik analizi gerçekleştirip yapılacak düzenlemeler ve programa eklenebilecek yeni özellikler konusunda yol göstermek için program yöneticilerine geri bildirimde bulunmaktadır.<sup>178</sup>

---

<sup>172</sup> Augustine ve ark. 2016.

<sup>173</sup> VA re Weinick, Burns ve Mehrotra 2010.

<sup>174</sup> Chaayachati ve ark. 2014.

<sup>175</sup> [https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE\\_WP2\\_Germany\\_Final-thick-descriptions.pdf](https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Germany_Final-thick-descriptions.pdf).

<sup>176</sup> <http://vbhcglobalassessment.eiu.com/an-integrated-approach-to-value-based-healthcare-germanys-gesundes-kinzigtal/>.

<sup>177</sup> [https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE\\_WP2\\_Germany\\_Final-thick-descriptions.pdf](https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Germany_Final-thick-descriptions.pdf).

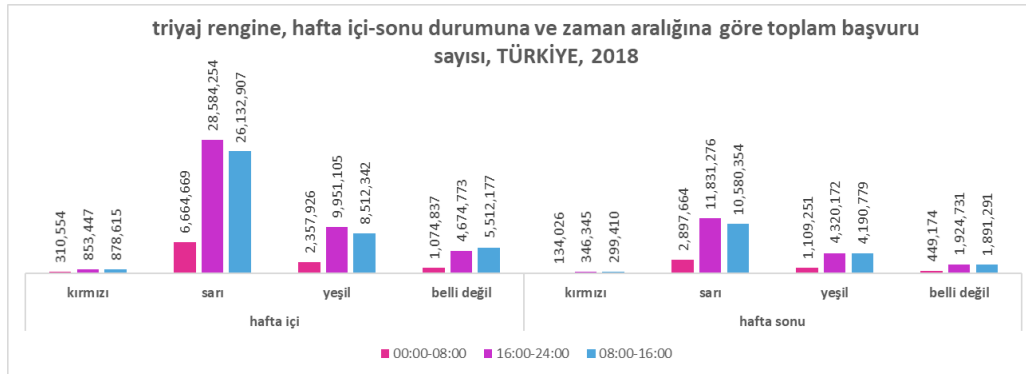
<sup>178</sup> <http://vbhcglobalassessment.eiu.com/an-integrated-approach-to-value-based-healthcare-germanys-gesundes-kinzigtal/>.

İkinci örnek olarak Hollanda'daki Zio modelinde, hemşirelere merkezi bir görev verilmektedir ve normalde doktorların sorumluluğunda olan işlerde hemşirelere görev dağılımı yapılarak doktorlara iş yükünü azaltma desteği sağlanmaktadır. Örneğin, diyabet hastalarına bakım modelinde iki tür hemşire görev almaktadır. *Pratisyen hemşireler*, birinci basamak bakımına destek olurken *diyabet uzmanı hemşireler* ise ileri düzey bakım hizmeti verip pratisyen hekimlerin danışmanı olarak görev yapmaktadır. Bakım yoğunluğu düşük ve orta düzeyde olan hastalar, hemşirelerin sorumluluğundadır ve endokrinolog gibi uzmanlar da bakım yoğunluğu yüksek hastalarla ilgilenmektedir. Sağlık işgücünün bu şekilde yeniden dağılımı, uzmanların ayakta bakım yükünü azaltmakta ve standart pratisyen hekim bakımı için iyi bir alternatif sunmaktadır. Birinci basamak bakım birimleri, birden fazla hizmet sağlayıcı arasında bakım koordinasyonu sağlarken aynı zamanda hastaların düzenli olarak takibinden ve vaka yönetiminden de sorumludur.<sup>179</sup>

### 3.3.2.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

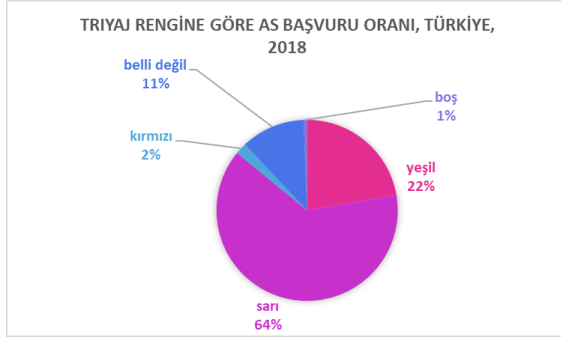
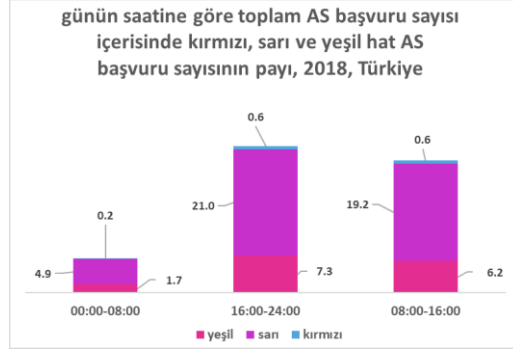
Bakım hizmet sunumu ve koordinasyonu ile ilgili olarak Türkiye'deki sağlık sisteminin en önemli dar boğazlarından biri, acil servislerin çok fazla kullanılması ve iş yüküdür. SB'nin 2019-2023 Stratejik Planı'nın 3. hedefi doğrultusunda, ayakta ve acil bakım hizmetlerini daha etkin ve verimli hale getirerek acil servislerin (AS) yükünü azaltma niyetine vurgu yapılmış ve triyaj kontrolünü artırma ve genişletmenin yanı sıra acil servislerden amacı doğrultusunda yararlanma konusunda farkındalığı artırma ihtiyacından söz edilmiştir. Bu ihtiyaç, Türkiye genelinde mesai saatlerinden sonra (özellikle 16.00-24.00 arası ve hafta sonları) acil servislerden yararlanma oranının yüksek olduğunu gösteren SB SBSGM'den alınmış verilerle de desteklenmektedir. Veriler, vakaların çoğunun sarı triyaj kategorisinde (tüm acil servis başvurularının yüzde 64'ü) veya yeşil triyaj kategorisinde (tüm acil servis başvurularının yüzde 22'si) olduğunu gösterirken bu da, pek çok vakanın aslında birinci basamakta ele alınabileceği anlamına gelmektedir<sup>180</sup>. (Şekil 19, 20 ve 21 ile Ek 1). Bu da, acil bakım iş yükünün azaltılması için düzenleme yapılmasını gerektirmektedir.

**Şekil 19**



<sup>179</sup> Hubertus ve ark. 2017.

<sup>180</sup> Türkiye'nin en büyük 6 ilinde acil servise başvurular ile ilgili detaylı veri analizi Ek 1'de yer almaktadır. Yeşil kategori, "basit sağlık sorunları ile birlikte genel durumu stabil olan ve ayakta bakım gören vakaları göstermektedir. Yeşil triyaj kategorisi, hayatını tehdit edebilecek riskler ve önemli ölçüde morbiditesi olan ve orta veya uzun vadeli belirtiler ile birlikte şiddetli hastalık ihtimali olan vakaları göstermektedir. Kırmızı triyaj kategorisi ise acil değerlendirme ve tedavi gerektiren ve yaşamı somut olarak tehdit eden vakaları göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı) Acil Durum Daire Başkanlığı Acil Durum Prosedürü, 2013, <https://studylibtr.com/doc/769891/t.c.-sa%C4%9Flik-bakanli%C4%9Fit%C3%BCrki%CC%87ye-kamu-hastaneleri%CC%87-kurumu>)

**Şekil 20****Şekil 21**

Bütünleşik sağlık araçlarından veya cihazlardan ziyade bir şeyin nasıl yapılacağına ağırlık verip<sup>181</sup> faaliyet akışı ve süreçlerine öncelik tanırken bugün itibarıyla Türkiye'deki sağlık sisteminde birinci ve ikinci basamak bakım ile birinci basamak yapıları (ASM ve SHM) arasında resmi tanımlı bir bakım koordinasyon ve sevk süreci bulunmamaktadır.<sup>182</sup> Farklı bakım düzeylerinde yararlanılan bilgi sistemleri, entegre değildir.<sup>183</sup> SHM personelini, faaliyetlerini belgelendirmekten alıkoyan herhangi bir hukuki ilke olmasa da SHM'lerin, çok disiplinli personele yönelik klinik belgelendirme veya performans takibine ilişkin teknolojik sistemleri bulunmamaktadır. Bursa Osmangazi SHM'de, SHM ile ASM'ler arasındaki haberleşme ve iletişim, elektronik belge yönetim sistemi (EBYS) ile sağlanmaktadır ancak EBYS bir veri tabanı değil, güvenli bir belge paylaşım aracıdır.

Görev ve sorumluluklar net olarak tanımlanmadığı için bakım hizmet sağlayıcıları arasında net bir görev paylaşımı<sup>184</sup> ve ASM ile SHM entegrasyonu için personeli eğitmeye yönelik ulusal bir standart da bulunmamaktadır.<sup>185</sup> İş akışının ve süreçlerin net bir şekilde tanımlanması ve Sağlık Bakanlığı'nın uygulama personelinin bu süreçler ile ilgili eğitilmesi, söz konusu personeli davranışlarını değiştirmeye sevk etmek için zaruridir. Bu amaç doğrultusunda SB Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı, sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını detaylarıyla ortaya koyan iş akış şemaları ve SHM kılavuzları ile çalışmalar yapmaya ve bunları güncellemeye başlamıştır.

SHM'ler, İl Sağlık Müdürlüğü'nün görevlendirdiği sorumlu bir doktor tarafından yönetilmektedir. Söz konusu doktor, SHM hizmet birimlerinde personel dağılımı ve yeniden görevlendirilmesi, SHM'de işlerin ve işlemlerin düzgün şekilde yürütülmesi ve SHM'nin Sağlık Bakanlığı ile resmi yazışmalarından sorumludur. SHM girişinde tıbbi sekreterin ve diğer ilgili personelin, hastaları kayıt sistemine kaydetmekten ve ilgili SHM birimine sevk etmekten sorumlu olacağı bir kayıt/danışma masası vardır. SHM'ler, ayrıca ASM'lerin sevk ettiği hastalar için ulaşım hizmeti de vermektedir.

<sup>181</sup> Avrupa Birliği 2017.

<sup>182</sup> Yeni Strateji Planı'nda SHM'ler ve hastane hizmetlerine yönelik iş tanımlarının ve sınırlarının net olmadığına vurgu yapılarak bu konuya değinilmektedir.

<sup>183</sup> Yeni Strateji Planı'nda, aynı zamanda özellikle BOH yönetimi açısından SBS'den etkin şekilde yararlanılmadığına vurgu yapılarak bu eksikliğe dikkat çekilmektedir.

<sup>184</sup> GSI birinci basamak ekiplerinde herkesin belli görevi olup bakım işi pay edilmiştir. SHM, sorumluluğun doktorlardan alınması konusunda yardımcı olabilir.

<sup>185</sup> SB, SHM personeli için SHM eğitimi verirken bu eğitimde, 2019-2023 Strateji Planı'nda belirtildiği üzere hasta davranış veya tercihlerine göre farklı hasta iletişim modelleri gibi kişiye özel bakıma yer verilmemektedir. Stratejik Plan 2019-2023.

Ulaşım, önceden belirlenmiş güzergâhlar ve zamanlarda günde en az beş kez, binişi kolay araçlarla sağlanmaktadır.<sup>186</sup>

Hâlihazırda SHM vaka koordinatörü, sadece hizmet sağlayıcılar arasındaki idari süreci yönetmekle görevlidir (ASM'ler, SHM'ler ve hastaneler arasındaki randevuların yönetimi) ve tıbbi süreçten sorumlu değildir. Bu nedenle SHM vaka koordinatörünün, hemşire olması şart değildir. Vaka koordinatörünün görevi; bakımın devamlılığı için haberleşme ve iletişimin sağlanması, randevuların ve hasta kayıt sürecinin yönetilmesi, hastalar ile ilgili tüm idari ve tıbbi verilerin tutulup tüm tıbbi verilerin tıbbi belge, dosya ve arşiv kayıtlarına dönüştürülmesi, tüm hasta verilerinin alınması, klinik kodlama yapılması, istatistiksel verilerin derlenmesi, üst yönetim için raporlar hazırlanması ve hastaların taburcu işlemleri ile ilgili çalışmaların ve iletişim sürecinin yönetilmesi için görev ve sorumlulukları tanımlanmış tıbbi sekreterin altında tanımlanmaktadır.<sup>187</sup>

Şu an itibariyle vaka koordinatörü, daha ziyade idari bir görev üstlenmesine rağmen Bursa Osmangazi SHM'de sorumlu hekim, vaka koordinatörünün daha yüksek bakım düzeylerine sevk ve hasta durumu dâhil olmak üzere bütüncül bir hasta değerlendirmesi yapabilmesi ve inisiyatif alabilmesi gerektiğini ifade etmiştir.<sup>188</sup> BOH ile ilgili olarak vaka koordinatörünün topladığı izleme verileri, koordinasyonun ve hasta bakımının geliştirilmesi adına analiz edilip ASM ile paylaşılabilir. Hatay SHM'de görüşülen kişiler, SHM'ler ile ASM'lerin ilişkisini ve koordinasyonunu ortaya koyan yasal bir zemin olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzları olduğunu ancak bu kılavuzların genel nitelikte olduğundan ve gerçek manasıyla uygulanabilmeleri için iyi yorumlanmaları gerektiğinden bahsetmiştir. Örneğin, vaka koordinatörünün seçimini bu konuda örnek olarak göstermişlerdir. Kılavuzlar, vaka koordinatörünün seçimi konusunda yeterince net değildir, bu nedenle SHM personeli kılavuzları kendine göre yorumlayarak vaka koordinatörünün düzgün görünümü ve hastaların olumlu ve yaklaşılabilir olarak algıyacağı biri olması gerektiğine karar vermiştir.

Bakım koordinasyonu ile ilgili ana bir kılavuz olmamasına rağmen Bursa ve Hatay, SHM'ler tarafından sahada benimsenen kendi yerel koordinasyon uygulamalarını geliştirmiştir. Kanser taramaları bu konuda örnek olarak gösterilebilir. Bursa Osmangazi SHM'de bireyler, kanser taraması için tek tek telefonla aranmakta veya aile hekimleri aracılığıyla iletişime geçilmektedir. Bireyler, tarama sonuçlarının pozitif veya şüpheli olması durumunda Bursa'da ikinci basamağa yönlendirilmektedir. Bu sevk işlemi, hastaya verilen bir sevk kağıdı ile yapılmaktadır. Bu "sevk kâğıdı" ile hasta, ikinci basamakta aynı gün hizmet alabilmektedir. İkinci bir örnek de Hatay iline özgü bir örnektir. Demografik yapısı ve kalıtsal bir hastalık olması nedeniyle talasemi prevalansı ve insidansı Hatay'da yüksektir. Evlenecek tüm çiftlerin, talasemi tahlili yaptırması zorunludur. Bu tahliller, Hatay SHM'de yapılmakta olup sonucu pozitif ve şüpheli olan vakalar, ikinci basamağa yönlendirilmektedir. Bu iki iyi uygulama, SHM'lerin bakım koordinasyonunu ikinci basamak ile daha üst bir noktaya çıkarmak için örnek teşkil edebilir.

Bakım koordinasyon çalışmalarına yönelik küçük çaplı bir destek olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından, Dünya Bankası ve Genel Müdürlüğün birlikte yürüttüğü bir proje kapsamında

---

<sup>186</sup> SB 2018.

<sup>187</sup> <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12541,20140522-29007-sag-meslek-mensuplari-ile-sag-hizde-cal-diger-meslek-mensuplarinin-is-ve-gorev-tanimlarına-dair-yonetmelikpdf.pdf?0>.

<sup>188</sup> Görev, vaka yöneticisinin yapacağı bir görev gibi görünmektedir.



18 SHM'de vaka koordinatörü olarak görev yapan SHM personeline eğitim verilmiştir. Bu eğitimde, verilerden yararlanılması ve SHM danışma masaları için tasarlanmış internet tabanlı kayıt formuna veri girişinin yanı sıra hastaların merkezdeki ilk temaslarına ağırlık verilmiştir. Ayrıca Genel Müdürlük, hastaların ASM'lerden SHM'lere sevki konusunda personel ile iletişime geçebilmeleri için eğitim gören bu personele ait listeyi ASM'lere iletmiştir. Veri giriş uygulaması katılımcı SHM'lerin tamamında aynı olmasa da hâlihazırda veriler, kayıt formu aracılığıyla toplanmaktadır.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün koordinasyona yönelik olarak yerel düzeyde uyguladığı bir pilot çalışma da, Kırklareli ilinde gerçekleştirilmektedir. Burada kısa ve kâğıt üzerinde doldurulan sevk formları hazırlanıp ASM'lerden, SHM'lere sevk yapılacağı için bu formdan yararlanmaları istenmektedir. Bu formlardan elde edilen veriler, daha sonra Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı ile paylaşılmaktadır.

Birinci ve ikinci basamak arasında bakım koordinasyonunun sağlanabileceği bir diğer alan da obezitedir. Türkiye'de, hastalık düzeyinde obez hastalara <sup>189</sup> yönelik olarak Obezite Tedavi Merkezleri <sup>190</sup> kurulmuştur. Bu hastalar, ASM'ler ve hastanelere tarafından tespit ve sevk edilmektedir. Bu merkezlerde uygulanan program, tüm yıl devam eden bir program olup diğer bakanlıklarla ve belediyeler ile birlikte çalışan çok disiplinli bir ekip eşliğinde kapsamlı modülleri ve müdahaleleri de içerisinde barındırmaktadır. Hasta merkeze girdikten sonra artık bir yıllık müdahale ve tedavi süresi boyunca obezite tedavi merkezinin denetimi altındadır (tüm hastalıklar dâhil). Bu merkezlerde kayıt tutma işlemi, hâlihazırda elle yapılırken (kâğıt üstünde) birinci basamak veri tabanları (ASM, SHM ve BOH) ve hastane veri tabanları (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi: HBYS) ile entegre değildir. Obezite Tedavi Merkezleri, tedavi algoritmalarını kâğıt üzerinde geliştirip uygulamaya koymaktadır. Ancak, bu merkezlerde şu an itibarıyla ulusal bir teknoloji platformu (veri tabanı) bulunmadığı için bu algoritmaları ve verileri dijital ortama aktarmak için "kullanıma hazır" veya kendi geliştirdikleri yazılımlardan yararlanılmaktadır. Obezite Tedavi Merkezleriyle ilgili görüşme yapılan yetkili,<sup>191</sup> obez hastaların sağlık muayenesi ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi için obezite modülünün genel sevk sistemine dâhil edilmesinin önemli olduğunu, zira hasta başvuruları ile ilgili verilerin hastane bilgi yönetim sisteminde (HBYS) tutulduğunu ancak obez hastalara yönelik bir veri veya belge tutulmadığını ifade etmiştir.

**İletişimin en üst düzeye çıkarılması:** Aynı bakım seviyeleri arasında ve içerisinde zorunlu sevk uygulaması olmayınca<sup>192</sup> hem hasta hem de hizmet sağlayıcıların BBS hizmetlerinden yararlanma konusunda farkındalığını artırma ihtiyacı daha da önemli hale gelmektedir. Yerel ekipler, bu ihtiyacın farkında olup SHM'lerin ve verilen hizmetlerin aktif şekilde tanıtımını yapmaktadır. Bursa'da uzman doktorları SHM'ler konusunda ikna etmek için SHM personeli, telefon yoluyla SHM sistemini ve SHM'lerin AH modeli için ne kadar gerekli ve tamamlayıcı nitelikte olduğunu anlatmaktadır. Ayrıca ASM'leri ziyaret edip faaliyetleri hakkında bilgi vermektedirler. Görüşme yapılan kişiler, hastaların SHM hizmetleri ile ilgili olarak ASM'lere olumlu bir geri bildirimde bulunması durumunda bunun, SHM'lerin tercih edildiği ve SHM hizmetlerinden memnun olduğunu

<sup>189</sup> Hedef popülasyon, vücut kitle endeksi > 35 olan insanlardır.

<sup>190</sup> Şu anda 34 Obezite Tedavi Merkezi bulunurken 1 Kasım 2018 itibarıyla 29 yeni merkezin yapılması ve ileride tüm illere yayılması planlanmaktadır.

<sup>191</sup> Sayın Hatice Kınık.

<sup>192</sup> Sağlık sistemi kaynakları açısından Kronik Hastalıklar Genel Müdürü, SHM'lerin sayısı 1000'i aşınca ASM'ler ile SHM'ler arasında zorunlu sevk söz konusu olabileceğini ifade etmiştir.

anlamına geldiğini ifade etmiştir. Hatay'da aynı zamanda bir tıbbi sekreter olan vaka koordinatörü, araçla kırsal bölgelere ve köylere önceden planlı ziyaretler gerçekleştirip hastaları SHM'lere taşımaktadır (kansere taraması ve talasemi için). Hastalar, SHM'lere geldiğinde tüm SHM hizmetleriyle ilgili olarak bilgilendirilmektedir. Ayrıca SHM hizmetleri, Hatay'daki okullarda ve ASM'lerde tanıtılmaktadır.

### 3.3.2.3 *Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler*

**SHM'nin görünürlüğünün ve hem hizmet sağlayıcı hem de hasta tarafından benimsenme düzeyinin artırılması:** Farkındalığın artırılması ve SHM'lerin hizmet sağlayıcılar ve hastalar tarafından benimsenmesi neticesinde SHM hizmetleri, kabul görüp sürdürülebilir hale gelecektir. Yereldeki iyi uygulamalardan görüldüğü üzere işin hizmet sağlayıcı tarafında ASM'lerin, SHM'lerin işlevi ve birinci basamağı nasıl tamamladığı konusunda ikna edilmesi gerekmektedir. SHM ve ASM personelinin koordinasyon ile ilgili görevlerinin net bir şekilde tanımlanması durumunda bu durum, SHM hizmetlerinin ASM'ler tarafından daha fazla benimsenmesini sağlayacaktır. Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı, aile hekimlerinin SHM'lere sevk işlemlerinin resmen tanınmasının, aynı bir teşvik olarak faydalı olabileceğinin altını çizmiştir. Ayrıca, bu yeni yapıyla birlikte koordinasyonun, ASM'lerden SHM'lere, oradan da hastanelere doğru olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu akışın, ASM'lere iyi bir şekilde aktarılması gerekmektedir.

İşin hasta tarafında Bursa İl Sağlık Müdürü, BOH hastalarının birinci basamak düzeyinde (ASM ve SHM'lerde) ele alınmasının ve onlara gerçek manasıyla kulak verilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bursa İl Sağlık Müdürü ayrıca hastanın, aradığı bakım kalitesini bulamadığı için çoğu zaman birden fazla hizmet sağlayıcıyı ziyaret ettiğini ifade etmiştir. Hastalara gerçek manasıyla kulak vermek, sorunlarını anlamak ve onlarla birinci basamak düzeyinde, ilk temas noktasında onların dilinden iletişim kurmak, acil servislere ve hastanelere yönelik başvuru sayısını azaltacaktır.

**Resmi uygulama anlaşmalarının yapılması:** SB, hizmet veya bakım koordinasyon anlaşmaları olarak da bilinen resmi uygulama anlaşmaları yapmayı gündemine almalıdır. Mali nitelikte olmayan ve birlikte çalışma imkânlarına katkıda bulunan bu anlaşmaların SHM ve ASM'ler arasında görüşülmesi gerekmektedir. Bu uygulama, bütünleşik sağlık kavramını somut bir şekilde desteklemekte olup ekiplerin BOH hastalarının yönetimi konusundaki çalışmalarına da katkı sağlamaktadır. Resmi uygulama anlaşmalarında istişare, sevk ve hasta yönetimi konularında her iki tarafın da beklentilerine yer verilmektedir. Anlaşmalar müzakere edilir ve SHM ile ASM'lerin hangi hizmetleri vereceği ile ilgili olarak üzerinde mutabık kalınan beklentiler, anlaşmalara dâhil edilir. Bu anlaşmalarda genelde SHM ve ASM'lerdeki hizmet sunumu arasındaki sürece hastaların hazırlanması, hastanın sorumlulukları, uygulamalar arasındaki iletişim yöntemleri, süreç devam ederken her bir aktöre aktarılan bilgiler, talep edilen hizmetlerin türü ve zamanı, bilgi sağlanmasından sonra verilen cevap ve bunların takibi, zaman cetveli ve doğrudan iletişim ile ihtiyaçlara yönelik özel hususlar yer almaktadır.

Uygulama anlaşmalarında, bakım koordinasyonundan hangi alanın sorumlu olacağına ve SHM ile ASM'ler arasında bakım hizmetlerinin entegre edilmesi açısından bunun ne anlama geldiğine ağırlık verilmelidir. Örneğin, vaka koordinatörünün görevi, işlevi ve sorumlulukları, hastaların nasıl belirlendiği ve SHM ile ASM'ler arasındaki hasta bakım koordinasyonunun nasıl sağlandığı ve desteklendiği ayrıntılı bir şekilde açıklanmak suretiyle ele alınmalıdır.

Hâlihazırda Obezite Tedavi Merkezleri ile SHM'ler arasında bir koordinasyon bulunmuyor olsa da yapılan görüşmelerde obezite tedavi merkezlerinde tedavi gören hastaların, SHM'lerdeki spor merkezlerinden yararlanması amacıyla koordinasyon kurulabileceği belirtilmiştir. İhtiyaç oldukça Obezite Tedavi Merkezleri, hastalarına spor merkezine gitmelerini önermekte olsa da bu merkezlerin bünyesinde spor tesisi bulunmamaktadır. SHM'ler ile koordinasyon sağlanması ve uygulama anlaşmaları yapılması ile hastalar, SHM'lerin spor merkezlerine yönlendirilebilir. SHM'ler ve Obezite Tedavi Merkezleri arasında yapılacak bu gibi uygulama anlaşmaları, iki kurum arasındaki ilişkileri güçlendirecektir.

**BBS hizmetlerine mesai saatleri dışında erişim imkânı sunulması:** Acil servislere yapılan gereksiz başvuruların azaltılması amacıyla BBS hizmetlerine mesai saatleri dışında erişimin artırılması fikri gündeme alınmalıdır. Bu erişimi sağlayabilmek için ASM'lerin çalışma saatlerini, mesai saatinden sonra birkaç saat daha açık kalacak şekilde düzenlemek, ASM'leri hafta sonu sabahları açmak veya mevcut teknolojik sistemlerden (teletıp/çağrı merkezi, vb.) yararlanarak hastaları ihtiyaçları ve şikâyetlerine göre önceliklendirerek uygun basamak bakım veya takip sistemine yönlendirmek gibi imkânlardan yararlanılabilir. BBS hizmetlerine mesai saatleri dışında erişimin artırılması için (a) fazla mesai için ödeme yapılabilir, (b) esnek bir programlama yapılabilir ve böylece personelin hafta sonu bir veya yarım gün çalışması durumunda hafta içi bir veya yarım gün izin yapması sağlanabilir (c) hafta sonu çalışabilecek personele prim ödemesi yapılabilir. Sistem düzeyinde değişiklik yapılması ile hastalardan acil serviste yeşil hat hizmetleri için ücret alınabilir; bu da yoğunluğu BBS hizmetlerine kaydırabilir. Ülke geneline ilişkin mevcut veriler, mesai saati sonrasında düşük maliyetli hizmet sunum sistemlerine daha fazla erişim sağlamanın fayda sağlayacağı bölge ve popülasyonun belirlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı'na önemli bilgiler sağlayabilir.

**ASM uygulama hemşireleri ve SHM koordinatörlerinin bakım koordinasyonu, BOH ve geçiş yönetimi ile ilgili görevlerinin net bir şekilde tanımlanması:** SB ve ilgili uzmanlar, birinci basamak düzeyinde bakım koordinasyonu, BOH'lar ve önleme hizmetlerinin yönetilmesi adına daha standart bir yaklaşım benimsemek amacıyla uygulama hemşirelerinin ve SHM koordinatörlerinin görevlerini yeniden tanımlamayı gündemine alabilir. Daha önce bahsedildiği üzere bakım koordinasyonu, bütünlük sağlığı anlamında ASM, SHM ve ikinci basamak sağlık hizmetleri/hizmet sağlayıcıları için elzem bir unsurdur. BBS sistemi (ASM ve SHM), hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarının ve tercihlerinin koordine edilmesinden ve kişiler, kuruluşlar ve bölgeler arası bilgi paylaşımının gerçekleştirilmesinden ve sağlık hizmetinin doğru zamanda ve doğru yerde verilmesini kolaylaştırmak adına bakım sürecine dâhil olan iki veya daha fazla katılımcı (hasta dâhil) arasındaki bakım faaliyetlerinin düzenlenmesinden sorumlu ve hesap verebilir hale getirilmelidir.

ASM'lerdeki hemşire kadrosunun ve SHM'lerdeki vaka koordinatörlerinin görevleri, işlevleri ve iş akışları gözden geçirilirken bu çalışanların standart hale getirilmiş eğitimlere ve yeni iş gereksinimlerini öğrenip uygulayacak desteğe ihtiyaç duyacakları görülmüştür. Her bir BBS ekip üyesinin (AsM ve SHM) görevini tanımlayan klinik protokoller, yetkinlikler ve fonksiyonel yöntemlerden, güvenli bakımın etkin ve verimli şekilde sağlanması için uluslararası çapta yararlanılmaktadır. Aşağıdaki bölümde, hemşirelerin ve vaka koordinatörlerinin görev ve sorumluluklarının Türkiye'de arka plan doğrultusunda nasıl şekillendirilebileceği incelenmektedir:

- **Hemşireler:** BBS uygulama hemşirelerinin görevleri ve işlevlerine ilişkin olarak AH modeline dâhil edilebilecek ve iş yükünü doktorlardan alıp diğer nitelikli çalışanlara aktararak “eğitilmelerinden en iyi şekilde yararlanma” konseptini destekleyebilecek iyi ülke örnekleri şu şekilde sıralanabilir:
  - (Birinci basamak başvurularının sayısını geçen acil servis başvuruları, belli BOH klinik endekslerinin yetersizliği, acil servis veya ayakta tedavi amaçlı olarak veya komplikasyonlar nedeniyle çok sayıda hastane ziyareti ve birden fazla sistemin koordinasyondan yoksun olması gibi unsurlar ile kanıtlandığı üzere yüksek riskli hastaların yönetilmesi için etkin bir birinci basamak işbirliğinin olmadığı durumda) kayıtlı belli hasta gruplarının tespit edilmesi adına doktorlar ve SHM personeli ile birlikte çalışılması.
  - Kanıta dayalı KUK’ler/hasta protokolleri ile uyumlu şekilde hastalara ve ailelerine klinik ihtiyaçlar ile ilgili danışmanlık/müdahale ve eğitim hizmeti verilip klinik durumlarına yönelik kapsamlı ve sürekli bir inceleme yapılarak belirlenen riskli ve hasta nüfusun sağlığının yönetimi. Bu çalışma, sanal ortamda (telefon, mesaj uygulamaları, e-posta ve benzeri) veya şahsen gerçekleştirilebilir. Randevuların aynı güne alınması veya önceden ayarlanması için hemşirenin bir randevu cetveline ihtiyacı olacaktır.
  - Yeni uygulama kapsamı, yetkinlik veya protokol ile tanımlandığı üzere diğer ASM personeli veya SHM yardımcı hizmet birimlerine uygun danışmanlık hizmetlerinin verilmeye başlanması.
  - Acil olmayan akut bakım ihtiyaçları için arayan veya bizzat gelerek başvuruda bulunan kayıtlı hastaların durumlarının aciliyet sıralamasının yapılması ve kanıta dayalı kılavuzlara göre bakım tavsiyelerinde bulunulması. Örneğin, soğuk algınlığı (tıbbi literatürde tanımlandığı şekliyle) belirtileri gösteren hastalara evden çıkmamaları veya evlerine gitmeleri, sıvı almaları, reçetesiz ilaçlardan almaları ve belirtiler belli bir zaman içinde kötüye giderse uygulama hemşiresini aramaları tavsiye edilebilir. Bu hastaların, doktor ile görüşmesi gerekmeyecektir. Hemşire; hastanın kendi tanımladığı belirtileri, hemşirelik değerlendirmesi ve bakım planı/müdahale ve izlem ile tutarlı şekilde verilen bakım hizmetini kâğıda dökmekten sorumlu olacaktır.
  - Kanıta dayalı kılavuzlar ışığında kayıtlı nüfusun önleyici bakım ve sürveyansı için diğer ASM, SHM ve program hizmetleri ile birlikte çalışmalar yapılması, işbirliğinde bulunulması ve ortaklıklar kurulması (örneğin; kolorektal kanser taraması, aşılama, meme ve rahim ağzı kanseri taraması , çocukluk gelişimi, sağlık eğitimi ve sağlıklı davranışlar, sigara, depresyon, alkol tüketimi ve davranışlar ile ilgili danışmanlık hizmeti).

- BOH yönetimi ve bakım faaliyetlerinin ilaç incelemeleri ve ilaç mutabakatı<sup>193</sup> ile desteklenmesi ve bunun kronik hastalığın<sup>194</sup> gerektirdiği belli bakım/eğitim faaliyetlerine ağırlık verilerek yapılması ve kendi kendini yönetme eğitimi verilmesi, klinik durumu değerlendirmek için BOH'lara uygun laboratuvar/testlerin gözden geçirilmesi ve bakım yönetimi anlamında ileride atılması gereken adımları belirlemek için doktorlar ile işbirliğinde bulunulması.<sup>195</sup>
- Düşük komplikasyonlu bakım işlerinin hastanelerden ve acil servislerden birinci basamağa yönlendirilmeleri için ve bu başvuruları veya hastaneye yatma sayılarını azaltmak için acil servis veya ayakta bakım birimlerinden taburcu edildikten sonra hastalara tedavi sonrası bakım hizmeti ve yönetiminin birinci basamak tarafından sağlanması. Bunun için bakım koordinasyonunu kolaylaştırmak adına hizmet anlaşmaları veya bakım koordinasyon anlaşmaları adıyla bilinen yerel hastane sistemleri ile işbirliğinde bulunulması gerekmektedir. Örneğin hastaneye kabullerin anında ASMLere bildirilmesi, taburcu edilmeden önce klinik ile iletişime geçilmesi, taburcu edildikten sonra hastane/ihtisas destek personeli ve uygulama destek personeli arasında işbirliğinde bulunulması, ASM'lerin taburcu edilme ile ilgili kapsamlı bir özet rapora anında erişim sağlaması ve taburcu edildikten sonra kliniğin zamanında ziyaret edilmesi veya birinci basamak tarafından telefonla aranması bu tür anlaşmaların içeriğini oluşturabilir.<sup>196</sup>
- Test sonuçlarının ve bakım planlarının hastalar ve aileleri ile paylaşılması. Hastalara, telefonla veya şahsen test sonuçları ile ilgili pratisyen hemşire veya bir doktor tarafından bilgi verilmesinin sağlanması, klinik verimliliği ve hasta deneyimini ileri bir noktaya taşıyacaktır. ABD Gazi Sağlığı İdaresi gibi diğer ulusal sağlık sistemleri için, bu konsepti destekler nitelikte politikalar ve kılavuzlar geliştirilmiştir.<sup>197</sup> SB, ASM'ler ve SHM'lerde bu uygulamaya destek olacak bir politika geliştirmeyi gündemine almalıdır.
- **Vaka koordinatörleri:** Bu görev kapsamında toplum sağlığı merkezleri, laboratuvarlar, uzmanlar ve hastaneler dâhil olmak üzere çeşitli odaklar arasında ve uygulama dâhilinde bakım faaliyetlerinin koordinasyonu sağlanmalıdır. Literatürde tıp asistanları, sosyal hizmet görevlileri, hemşireler, toplum sağlığı çalışanları ve benzeri dâhil olmak üzere vaka koordinatörlerinin yapabileceği farklı görevler ve alanlardan bahsedilmektedir. Bakım koordinasyonu işgücü, karmaşık bakım ve sosyal destek ihtiyaçlarına destek olmak adına

<sup>193</sup> İlaç mutabakatı; ilacın adı, dozu, alınma sıklığı ve yolu dâhil olmak üzere hastanın aldığı tüm ilaçlar için en doğru listenin oluşturulması ve bu listenin hastanın hastaneye yatışı, sevki ve/veya taburcu olmasına yönelik kararlar ile karşılaştırılması sürecidir. Burada amaç, hastane içindeki tüm geçiş noktalarında hastane en doğru ilaçların verilmesidir.

<http://www.ih.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>.

<sup>194</sup> Diyabet Öğretici Destek Unsurları. ABD Gazi İşleri Bakanlığı/Savunma Bakanlığı Klinik Uygulama Kılavuzları.

[https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/diabetes/CPG\\_DTSM01cHowToUseTheFlipChart.pdf](https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/diabetes/CPG_DTSM01cHowToUseTheFlipChart.pdf).

<sup>195</sup> WHO 2010b; US ABD Gazi İşleri Dairesi / Savunma Bakanlığı Klinik Uygulama Kılavuzları.

<https://www.healthquality.va.gov/>.

<sup>196</sup> Carrier, Dowling ve Pham 2012.

<sup>197</sup> GSİ Yönergesi 1088. Test Sonuçlarının Paylaşılması. [https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub\\_ID=3148](https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=3148).

birden fazla yetkinlik isteyen birden fazla kronik rahatsızlığı olan hastalar için bakım faaliyetlerinin yönetilmesini sağlamaktadır. Zira bu hastalar genel sağlık, toplum sağlığı ve sosyal hizmetlerden sıklıkla yararlanan hastalardır.<sup>198</sup> Bakım koordinatörlerinin klinik veya klinik olmayan personel olup olmamaları, yerine getirilecek görevin niteliğine bağlıdır. Ancak incelenen pek çok sistemde etkin ve verimli bir bakım hizmeti vermek üzere sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme ve yönetme bilgisine, becerisine ve yetkinliğine sahip klinik personelin tercih edildiği görülmüştür. Bursa SHM’de görev yapan tıbbi direktörün de açıkladığı üzere vaka koordinatörü, “hastaları daha üst düzey bakım birimine sevk, hastanın durumunu değerlendirme ve inisiyatif alabilme becerisi dâhil olmak üzere hasta ile ilgili bütüncül bir değerlendirme yapabilme yetisine sahip olmalıdır.” SB, idari ve klinik görev ile sorumlulukları tanımlamış olmasına rağmen SHM’nin başında bulunan kişi, klinik personelin yaptığı işin daha değerli olduğunu düşünmektedir. Literatürde bir vaka koordinatörünün yerine getirmesi gereken görevler/sorumluluklar şu şekilde sıralanmaktadır:

- **İdari:** Sevk ve geçiş yönetimi; içerisinde sevk edilen hastalara bilgi verilmesi ve lojistik destek sağlanması, hasta bilgilerinin zamanında ve etkin şekilde iletilmesi ve yaşanabilecek aksaklıkların tespit edilmesi ve giderilmesi için sevklerin ve başka birimlere geçişlerin takip edilmesi gibi unsurları barındıran idari görevlerdir.<sup>199</sup>
- **Klinik**
  - İzlem - Hastaların düzenli aralıklarla izlenmesi ve değerlendirilmesi.
  - Hastanın kendi hastalık yönetimi - Sağlık durumlarını ve hastalıkları daha etkin şekilde yönetebilmek adına hastaların hedef koyup eylem planı geliştirmelerine yardımcı olacak bilgilerin paylaşılması ve danışmanlık hizmeti verilmesi.
  - İlaç yönetimi - İlaç mutabakatına varılması, ilakullanımında uyum (doğru kullanma), etkililik ve toksisitenin değerlendirilmesi ve ilaç yönetiminde değişiklikler tavsiye edilmesi veya kılavuz ışığında ilaç kullanma programında değişiklikler yapılması.
  - Duygusal destek - Hastanın psikososyal durumunun izlenmesi ve gerektiğinde ruh sağlığı ile ilgili veya destekleyici nitelikteki uygun müdahalelerin önerilmesi.
  - Bakım koordinasyonu - Hastaların başka hizmet sağlayıcılarından, kurumlardan veya kuruluşlardan hizmet alması gerektiğinde bakım koordinasyonu konusunda kendilerine yardımcı olunması.

---

<sup>198</sup> Heslop, Power ve Cranwell 2014.

<sup>199</sup> Sevk Takip Kılavuzu. Amerikan Doktorlar Birliği.

[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/3\\_referral\\_tracking\\_guide.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/3_referral_tracking_guide.pdf).

Sevk Koordinatörü İş Tanımı, Amerikan Doktorlar Birliği

[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/4\\_referral\\_coordinator\\_job\\_description.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/4_referral_coordinator_job_description.pdf).

### 3.3.3 Kanıta Dayalı Yöntemler ve Protokoller

#### 3.3.3.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Kanıta dayalı sağlık hizmetleri ve uygulamaları, giderek standart hale gelmektedir. “Maliyet baskıları, teknolojik gelişmeler, yönetim odaklı kararların artışı, kamu beklentilerinin değişmesi, paranın karşılığı hareketi, bilgiye erişilebilirlik, siyasi uzlaş, etkinliği sorgulama yetkisi olup klinik tedavi uzmanı olmayan kişiler, uluslararası uzlaş, mesleki hesap verilebilirlik ve demografik profilin değişmesi”, kanıta dayalı sağlığın ön plana çıkmasına katkı sağlayan faktörler arasında sayılabilir.<sup>200</sup> Kanıta dayalı yöntem ve protokollerden yararlanılması, standart hale getirilmiş bakım hizmetlerinin verilmesi ve iş süreçlerinin uygulanması amacıyla hastaların sağlık çıktılarının geliştirilmesi ve çok disiplinli ekiplerden etkin bir şekilde yararlanılmasına yönelik katma değerli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.<sup>201</sup> Avrupa'da 10 pilot bölgede<sup>202</sup> uygulanan Akıllı Bütünleşik Sağlık Yöntemleri ve Yeni Zelanda'nın<sup>203</sup> Canterbury bölgesinde uygulanan Sağlık Yöntemleri, kanıta dayalı yaklaşımlardan etkin bir şekilde nasıl yararlanılabileceğine dair örnek olarak gösterilebilir. Bu yaklaşımlar, sağlık ve sosyal bakım uzmanlarının hastaya bakım hizmetlerini en iyi şekilde sunmalarını sağlamaktadır.

Bütünleşik sağlık yöntemleri ve kanıta dayalı sağlık protokolleri, bireylerin ilgili klinik bakımı zamanında almaları konusunda desteklenmeleri açısından oldukça etkili olabilmektedir. Etkin olmayan bakım hizmetleri, hasta başı bakım hizmeti sağlayan uzmanların bilgi eksikliğinden veya bahsi geçen yöntem ve protokollere uymamasından kaynaklanmaktadır. Kenya'da hizmet sağlayıcılar, hasta vakalarının sadece yüzde 16'sını doğru teşhis etmiş olup benzer uygulama ve bilgi eksikliklerine, ABD'de (yüzde 67) ve diğer ülkelerde de rastlanmaktadır. Literatürde, kanıta dayalı tıbbi uygulamalardan, kılavuzlardan ve protokollerden yararlanarak daha başarılı sağlık çıktıları elde edilebileceğini gösteren önemli ölçüde veri bulunmaktadır.<sup>204</sup> Kanıta dayalı protokollerle birlikte standartların belirlenmesi sayesinde farklı sağlık sistemleri kapsamında kaliteli hizmet sunumunda tutarlılık da sağlanabilecektir. Kılavuz ve protokoller, personelin bilgi düzeyini artıracak ve bir kliniğin iş akışının yeniden düzenlenmesine yardımcı olacaktır.

Kanıta dayalı sağlık hizmet süreçleri konusunda başarılı uygulamalara Almanya, Hollanda, Bask Bölgesi ve Amerika Birleşik Devletleri verilebilir.

Alman sağlık sisteminin taburcu edildikten sonra hasta takibi ve bakımı konusunda koordinasyon eksikliğinin farkına varan Almanya'da *Gesundes Kinzigtal* programı, ortaklaşa geliştirilen sağlık hizmet süreçleri ile hastaneler ve diğer hizmet sağlayıcıları arasındaki koordinasyonu arttırmayı amaçlamaktadır. Kaydı yapılan hasta, güvendiği hekimi kendi seçebilmektedir ve hastanın takibi, asistan hekim tarafından sağlanmaktadır. *Gesundes Kinzigtal* programında, takip bakımının kalitesini arttırarak gereksiz yere ve masrafa yol açacak şekilde hastaneye yeniden yatış vakalarının önlenmesi amaçlanmaktadır.<sup>205</sup>

<sup>200</sup> Hamer ve Collinson 2005.

<sup>201</sup> Greenhalgh, Howick ve Maskrey 2014.

<sup>202</sup> SMARTCARE: Entegre e-bakım sunumu. <http://www.pilotsmartcare.eu/home.html>.

<sup>203</sup> The King's Fund 2017.

<sup>204</sup> Hamer ve Collinson 2005.

<sup>205</sup> Hildebrandt ve ark. 2010.

Hollanda'da tip-2 diyabet bakım hizmetleri, BOH ile ilgili kaliteli bakım hizmetlerine ilişkin kuralları belirleyen ulusal, kanıta dayalı bakım standartları doğrultusunda verilmektedir. Bakım grupları, sağlık uzmanları ve sağlık sigortacıları arasındaki görüşmeler sayesinde bakım standartları belirli bakım protokollerine yansıtılmakta olup bakım hizmetleri, bu protokollere dayanarak sunulmakta ve bedeli karşılanmaktadır.<sup>206</sup>

Bask Bölgesinde, dönüşüm stratejisi olarak hem bağlama özel hem de yerel çözümlerin önerilmesi sayesinde birçok bütünleşik sağlık modeli uygulanmaktadır. Modellerden birinde, KOAH, kalp yetmezliği ve diyabet gibi kronik hastalıklara yönelik bütünleşik klinik hizmet süreçleri geliştirilmesini gerektiren süreç entegrasyonuna ağırlık verilmektedir. Bu gibi klinik hizmet süreçleri, birinci basamak ve özel bakım hizmet sağlayıcıları tarafından birlikte uygulanmaktadır.<sup>207</sup>

Gazi Sağlığı İdaresi (GSİ),<sup>208</sup> genellikle birinci basamakta tedavi edilen yaygın birçok hastalık ve BOH'lar için KUK'ler<sup>209</sup> hazırlamış ve bu kılavuzları elektronik sağlık kayıt sistemi üzerinden hasta başı bakım sistemine entegre etmiştir. Elektronik hasta kayıtları; aktif ve aktif olmayan tanılar ile birlikte sorun listeleri, GSİ ve GSİ dışı hizmet sağlayıcıları tarafından reçetelenen ilaçlar, tüm laboratuvar ve radyoloji tanı istemleri ve sonuçları, tüm konsültasyon ve sevk işlemleri, tüm ilerleme notları, yatarak ve ayakta tedavi kapsamında sunulan bakım hizmetleri ve her bir hastaya özel olarak hazırlanmış kanıta dayalı protokol ve kılavuzlar gibi bakım hizmetlerinin sunulması için elzem olan tüm klinik bilgileri içermektedir. GSİ klinik personeli, iş akışının düzenlenmesi ve ekibin çok disiplinli her bir üyesinin görev ve sorumluluklarının tanımlanması için klinik uygulama kılavuzlarından yararlanmaktadır. Hastaların yıllık bazda önleyici tarama zamanının geldiği veya kronik bakım yönetimi yapılması gerektiği, otomatik bildirimler yoluyla personele bildirilmektedir. Örneğin, diyabete ilişkin klinik uygulama kılavuzuna göre hastaya her başvurusunda ayak muayenesi yapılması gerekmektedir. Bu konuda eğitilmiş olan hemşireler, ayak muayenesinin bulgularını tespit edip kayda geçirmekte ve daha sonra bu kayıt, BBS hizmeti veren kurum tarafından ayağın "risk altında" olup olmadığı ve uzmana sevk edilip edilmemesi gerektiği yönünde değerlendirilmektedir.

GSİ'nin güçlü bir elektronik sağlık kayıt sistemi yokken ve işlemler kâğıt dosyalar üzerinden yapılırken KUK'lere uyumlu hareket edilip edilmediği, bu kâğıt dosyaların önünde bulunan basit bir kontrol listesiyle kontrol edilmekteydi. Yaygın hastalıklara (örneğin; diyabet, KOAH vb.) yönelik her bir ayakta tanı için bir kontrol listesi bulunmaktaydı ve klinik personel, bu liste üzerinden bakımın tamamlandığını (kutu işaretleyerek, tarih ve imza atarak) ve kayda geçirildiğini belirtmekteydi. Elle yürütülen böyle bir sistem, kanıta dayalı bakım hizmetlerinin sunulmasına ilişkin pratik ve pragmatik yaklaşımlara katkı sağlamıştır. Kılavuzlara uyulup uyulmadığı izlenmiş ve laboratuvar verilerinden elde edilen objektif sonuçlar derlenerek sağlık çıktılarına ilişkin genel durum ortaya konmuştur. Bu sonuçlar, bakım hizmetlerinin sunumunda kaydedilen ilerlemenin görülmesi açısından birinci basamak bakım merkezlerindeki ekipler ile düzenli aralıklarla paylaşılmıştır.

<sup>206</sup> <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0320-z>.

<sup>207</sup> Solinis ve ark. 2013.

<sup>208</sup> GSİ, ABD'nin en büyük dikey ve yatay bütünleşik sağlık ağı olup 1250 sağlık kuruluşuna bakım hizmeti vermektedir. Buna çeşitli derecelerde 172 sağlık merkezi ve 1069 ayakta bakım tesisi (GSİ ayakta tedavi klinikleri) dâhil olup yılda 9 milyon kayıtlı gaziye hizmet sağlanmaktadır. <https://www.va.gov/health/index.asp>.

<sup>209</sup> Gazi Sağlığı İdaresi Klinik Uygulama Kılavuzları. <https://www.healthquality.va.gov/>.



### 3.3.3.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

Bakım yöntemleri ve protokollerinin uygulanması ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik klinik kalite standartlarının belirlenmesine ilişkin üst düzeyde bir istek söz konusudur. Bu durum, bütünleşik sağlık ve BOH yönetimi konularına olumlu yönde taahhüt verildiğinin göstergesidir. Bu protokol ve standartlardan daha yoğun şekilde yararlanarak uygulamanın ülke genelinde aynı şekilde yapılması sağlanacaktır. SB'nin 2019-2023 Stratejik Planı'nda belirtildiği üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine vurgu yapılırken SB de, kapsamlı hasta bilgilerini toplayacak düzenli ve birey temelli bir BOH takip sistemi kurmayı ve BOH'lara yönelik birinci basamak kapsamındaki tüm uçtan uca süreçleri tasarlamayı planlamaktadır. Stratejik Plan'a göre süreçler standart hale getirilmeli ve hasta deneyiminin iyileştirilmesi hedeflenmelidir. Vaka bazlı klinik tedavi protokolleri, karar ağaçları, hizmet noktaları, görev alacak aktörler ve hizmet sunumu akış şemaları, süreç tasarımı yer alacak özellikler olacaktır. Klinik ve idari süreçlerin de SBS'ye tamamen yansıtılması gerekmekte olup paydaşlar arasında kusursuz bir bilgi akışı sağlanmalıdır.

Merkezi düzeyde somut bir örnek olarak; Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı) birinci basamak sağlık hizmeti verenlerin görevlerini net bir şekilde tanımlamış ve HT, diyabet, obezite ve KDH risk değerlendirmesi başta olmak üzere öncelikli BOH'lara yönelik hasta yöntemleri geliştirmiştir (ASM ve SHM'lerin görevlerinin yanı sıra bu yöntemlerden ikisine (HT ve KDH risk değerlendirmesi) Ek 2'de yer verilmiştir). Uçtan uca (yani tüm süreci kapsar şekilde) tasarlanan bu yöntemlerden, 2019 yılının sonunda yani UHTS ve bu sistemin BOH alt modülü işler hale geldiğinde yararlanmaya başlanması beklenmektedir. Bu çalışmanın desteklenmesi amacıyla bahsi geçen dört hastalığa yönelik farkındalık oluşturma faaliyetleri gerçekleştirilmekte ve sağlık çalışanları için bu hastalıklara karşı müdahaleleri konu alan eğitim modülleri hazırlanmakta olup sağlık çalışanları, bu müdahaleler konusunda eğitim görmektedir. UHTS sayesinde *hem hasta hem de hizmet sağlayıcının tarama ve takip süreçlerine uyumu* izlenebilecek, hem de sistem bu müdahalelerin *klinik detaylarına ilişkin verileri* (örneğin; HT için hastanın tansiyon değerleri hastalık yönetim platformunda (HYP) sistematik olarak) toplayacaktır.<sup>210</sup>

**Tablo 6**

İş akış algoritmaları geliştirilen faaliyetler	İş tanımı yapılan mevkiler	Veri toplamak için hazırlanan formlar
Hasta kaydı (bireysel başvuru, ASM'den veya başka bir sağlık kuruluşundan sevk)	<ul style="list-style-type: none"><li>Veri giriş personeli</li><li>Danışma masası/resepsiyon için danışman hemşire</li><li>Pratisyen hekim</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Osmangazi SHM sağlık muayene formu</li></ul>
Gelen hastanın SHM veya ikinci basamak bünyesindeki sağlıklı beslenme ve obezite birimine yönlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none"><li>Danışman hemşire</li><li>Diyetisyen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hasta verilerinin aile hekimi ile paylaşılmasını sağlayan Osmangazi SHM hasta onam formu</li><li>Aile hekimi ile paylaşılan hasta veri formu</li></ul>
Kolorektal, meme ve serviks kanseri için tarama ve gerektiğinde ikinci basamağa yönlendirme		<ul style="list-style-type: none"><li>Tarama sonuç formu - kanser tarama test sonuçları ile birlikte hasta listesi</li></ul>
Psiko-sosyal danışmanlık		<ul style="list-style-type: none"><li>Osmangazi SHM ön hasta değerlendirme formu</li><li>Hasta için eylem planı</li></ul>

<sup>210</sup> Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı'nın geri bildirimi, 3 Aralık 2019.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diğer sağlık kuruluşlarına sevk ve o kuruluşlarla işbirliğine yönelik form</li> <li>▪ Hasta ve ailesi için görüşme formu</li> <li>▪ Veri gizliliğine itiraz edilmesine ve gerekirse hasta verilerinin başka çalışanlarla paylaşılmasına ilişkin Osmangazi SHM hasta onam formu.</li> </ul>
--	--	---

Yöntemler ve protokoller, Türk sağlık sisteminde halen büyük oranda teorik aşamada olduğu için SHM hizmetlerinin yerel düzeyde daha etkin bir şekilde verilmesi adına Bursa Osmangazi SHM, SB'nin SHM kılavuzları üzerinde daha fazla çalışma yaparak yerel düzeyde algoritmalar geliştirmiş, ilgili personelin belirli görev ve sorumluluklarını tanımlanmış ve kendi veri toplama formlarını hazırlamıştır (Tablo 6). Bu sistemin, ülke genelinde dengeli bir şekilde uygulanabilmesi için geliştirilmesi ve standart haline getirilmesi gerekmektedir.

### 3.3.3.3 *Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler*

**Ulusal düzeyde standart haline getirilecek yöntemler ve protokoller geliştirilmesi için yerel düzeyde iyi uygulamalardan yararlanılması:** Kılavuz ve protokol geliştirmek için Bursa Osmangazi SHM'nin kılavuzlar, algoritmalar ve SHM personelinin görev ve sorumlulukları ile ilgili çalışmalarından başlangıç aşamasında yararlanılabilir. Bir sonraki aşamada, ülke genelinde uygulama bütünlüğü sağlanması için bu kılavuzların ve protokollerin standart hale getirilmesi gerekmektedir. Daha etkili ve kolay şekilde yararlanmak amacıyla sahadaki uygulama sorunlarının resmi belgelere yansımaları için geliştirme ve standart hale getirme süreci aşağıdan yukarıya doğru bir yaklaşımla şekillendirilmelidir. Sahadan alınan geri bildirimlerin bu belgelere yansıtılması, süreç ve sonuçlar bakımından merkezi ve yerel ihtiyaçlar arasındaki farkı azaltmaya/ortadan kaldırmaya da yardımcı olacaktır.

**UHTS-BOH modülünün kullanımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi:** UHTS-BOH modülü (Bölüm 3.4'te bahsi geçen), oldukça kullanıcı dostu bir tasarıma ve arayüze sahip olup bu sayede kullanıcıların (aile hekimlerinin) tüm hasta verilerine anında ulaşmasını sağlamaktadır.<sup>211</sup> Tasarım sayesinde, yapılan müdahaleler ve koyulan teşhisler ışığında hangi yöntemin benimsenmesi gerektiği otomatik olarak belirlenmektedir. Bu özellikler, modülün kullanımını kolay ve elverişli hale getirmektedir. UHTS-BOH modülünün tüm bu olumlu özellikleri, sistemden yararlanmalarını teşvik etmek adına aile hekimlerine de sistematik ve düzgün şekilde aktarılmalıdır. Sağlık Bakanlığı, standart tarama sürecini ve sisteme veri girişini uygulamanın ilk yıllarında (ilk 3 yıl civarında) artırıp yerleşik hale getirmeyi beklediği için bu işlemler, ilk yıllarda edinilen tecrübe ile rafine hale getirilebilir.

**Hekim dışındaki personele, UHTS-BOH modüllerine erişim ve kullanım yetkisi verilmesi:** UHTS-BOH modüllerinin uygulanması, sağlık hizmetinin verildiği noktada kanıta dayalı bakımı da güçlendirecektir. Bununla birlikte, kanıta dayalı uygulama konusunda başarılı olunmasını engelleyebilecek iki önemli sorun bulunmaktadır: (a) UHTS-BOH modüllerine çok disiplinli ekiplerin erişiminin kısıtlanması (modül, şu an itibarıyla aile hekimlerine yöneliktir), (b) KUK'lerin sağlık hizmetinin verildiği noktada hizmet veren personel tarafından uygulanıp uygulanmadığını takip

<sup>211</sup> Kronik Hastalık ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı'nın geri bildirim, 9 Nisan 2019.

etmeye yarayacak bir sistemin olmaması. SBSGM, ileride bu tür kısıtlamaların yaşanmaması için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile işbirliğinde bulunarak bilgi sistemlerini geliştirmeyi gündemine alabilir.

### 3.4. Teknolojiden Yararlanma

#### 3.4.1 Sağlık Bilgi Sistemleri

##### 3.4.1.1 Genel Bakış ve Ülke Örnekleri

Sağlık sektörü teknolojileri (özellikle de SBS) sağlık sistemi ve hasta verilerinin etkin şekilde toplanmasına ve hasta ile hizmet sağlayıcılar ve hizmet sağlayıcılar arasında klinik faaliyetler ile ilgili olarak koordinasyon sağlamak/koordinasyonu geliştirmek için bu verilerden en iyi şekilde yararlanmaya odaklanır. SBS'nin odaklandığı bir diğer nokta, bu verilerden bütünlük sağlığına yönelik araştırma, planlama yapma ve yönetim kademesinde karar verme süreçlerinde yararlanmaktır. Sağlık hizmet sağlayıcıları, hastaların devam eden bakım süreçlerine göre düzenlemeler yapmak veya bu süreçleri tamamlamak üzere istekleri, ihtiyaçları ve diğer hizmet sağlayıcılarının bakım verileri doğrultusunda sürekli hasta/yararlanıcı bilgilerine ihtiyaç duyar. Bununla birlikte verimli şekilde bütünlük sağlığı hizmeti verilebilmesi, ancak verimli iletişim ve bilgi ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla bakım kalitesinin geliştirilmesi, maliyetlerin azaltılması ve yenilikçi bütünlük sağlığı modellerinin uygulanması bakımından SBS kritik bir rol oynamaktadır.<sup>212</sup> Sağlık sektöründe elde edilen deneyimler ve diğer sektörlerde yapılan araştırmalar, başarılı entegre tedarik zinciri uygulamalarının teknolojik gelişmelerle mümkün olduğunu ve bu uygulamaların, daha fazla iletişim ve koordinasyonu destekleyen ve süreç içindeki aktörlere belli oranda bağımsız hareket etme şansı tanıyan yeni bütünlük sağlığı modelleri oluşturmak için esin kaynağı olduğunu göstermektedir. Teknoloji, aynı zamanda "hastayı değil, veriyi hareket halinde tutma" ilkesini benimseyip sağlık hizmet sağlayıcılarına yönelik gereksiz ve istenmeyen başvuruların azaltılmasına yönelik yöntemleri dikkate alarak bütünlük sağlığına geçiş destek olmaktadır.<sup>213</sup>

Bütünlük sağlığı açısından SBS'lerin başarılı olabilmesi için bazı kritik faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir: Öncelikle teknoloji, tüm aktörlerin veri alıp gönderebildiği, sistemlerin birbiriyle çalışabilir olduğu ve bu verilere izinsiz erişime yüksek güvenlik önlemleriyle engel olunan bir ortamda veri alışverişini mümkün kılmalıdır. İkinci olarak teknolojinin, daha insan merkezli bir bakım adına ihtiyaçlarını net bir şekilde belirlemeleri için yararlanıcıları ve sağlığı hizmeti sunanları sürece dâhil etmesi ve böylelikle yararlanıcıların ve onlara hizmet verenlerin bakım planlarını takip etmelerini, değerlendirmelerini ve gerektiğinde gözden geçirmelerini sağlamalıdır. Üçüncü olarak teknoloji, kullanıcılarını bütünlük sağlığı modelini birlikte tasarlama ve uygulama sürecine dâhil etmelidir. Bu, sistemi tasarlayan kişilerin klinik ve sosyal bakım uygulamasını ve bağlamını anlamasını ve böylece modeli gerektiği şekilde kendilerine göre uyarlamalarını sağlayacaktır.<sup>214</sup>

Sanal bakım uygulamalarından yararlanılması, etkin ve verimli bir BOH yönetim sisteminin kurulması için kritik bir öneme sahiptir. Geleneksel olarak sağlığı bakım hizmetlerine erişim, yüz yüze hizmetler yoluyla olmaktadır; bu da birinci basamak sağlığı sistemi için altından kalkılamayacak bir

---

<sup>212</sup> Øvretveit 2017.

<sup>213</sup> Øvretveit 2017.

<sup>214</sup> Øvretveit 2017.

yük oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar, birinci basamakta görevli bir hekimin sorumlu olduğu kayıtlı hastaların tüm kronik hastalık ihtiyaçlarını etkin şekilde karşılayabilmesi için bir gün içerisinde yeterli zamanı olmadığını göstermektedir.<sup>215</sup><sup>215</sup> Birinci basamak bakım hizmeti vermeye yönelik olarak yeni ortaya çıkan bir yöntem de, BOH bakımı açısından uygun olan sanal bakımdır. Telefon, tele-video, güvenli mesajlaşma vs. gibi iletişim yolları sanal bakım kapsamında yer almaktadır. Hastalara birinci basamak hizmetlere anında erişim imkânı sağlama ve yüz yüze verilen sağlık hizmetinin hekim üzerindeki ağır yükünü azaltma anlamında sanal bakımın çok etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmış ve yüksek kalitede bakım hizmeti konusunda mükemmel sonuçlar verdiği görülmüştür.<sup>216</sup> BOH'ların sanal bakım ile yönetilmesine dayalı temel anlayış, hastanın bakım yükünü paylaşabilecek ve böylelikle hekim ile yüz yüze bakım ihtiyacını azaltacak bilgi, beceri ve yeteneğe sahip çok disiplinli bir BBS ekibinin sürece katılımını gerektirmektedir. BOH lara temel anlamda verilen bu tür bir sanal bakım, BOH bakımını çok disiplinli ekip üyeleri arasında yaygınlaştırıp hekime daha karmaşık vakalara yüz yüze bakım hizmeti verme ve kayıtlı hastalara yönelik tıbbi bakım sürecinin başında yer alma vakti tanımaktadır. İçerisinde hekimler, hemşireler, eczacılar, sosyal hizmet görevlileri, diyetisyenler, ruh sağlığı uzmanları, diyabet eğitmenleri ve benzerlerinin yer aldığı çok disiplinli BBS ekip modellerine literatürde yer verilmektedir<sup>217</sup>. Ancak her modelde sağlık ekibi üyeleri, net şekilde tanımlanmış görev ve sorumluluklara sahiptir. Görev ve sorumlulukların bu şekilde net olarak tanımlanması; ekip üyelerinin mesleki yeterliliklerinin en üst noktasında çalışıp hizmet vermelerine ve kendilerine kayıtlı nüfusa yönelik bakımı en uygun hale getirmek üzere sistem ve iş akışlarını yeniden tasarlamalarına olanak tanımaktadır.<sup>218</sup>

Hollanda'daki Zio modeli, bütünleşik sağlık kapsamında teknolojiden ve bilgi sistemlerinden yararlanma açısından iyi bir örnektir. Zio modeli kapsamında bütünleşik sağlık çalışmalarını kolaylaştıran faktörlerden biri de, performans takibi için sağlık bilgi teknolojilerine yatırım yapmaya yönelik taahhüt olmuştur. Veri toplanması ve verilerin bakım hizmeti sağlayıcıları ile paylaşılması, sağlık hizmet sunumunun sürekli olarak geliştirilmesine yönelik fırsatların değerlendirilmesi açısından hizmet sağlayıcılara destek olan bir araçtır. Zio modelinde, bakım koordinasyonunu ve iletişimi geliştirmek adına sağlık kontrolleri ve sevk verileri de dâhil olmak üzere hastalığa özel elektronik hasta kayıtlarından yararlanılmaktadır. Bu kayıtlar, laboratuvar verileri ve klinik ölçümleri bağlantılı hale getirip bilgi paylaşımını, protokollerin standart haline getirilmesini ve kullanıcılardan düzenli olarak geri bildirim alınmasını mümkün kılmaktadır. Diyabet bakımı konusunda Zio modelinde, ulusal çapta tanımlanmış standartlara dayalı bir klinik KDS bulunmaktadır.<sup>219</sup>

Almanya'nın Gesundes Kinzigtal modelinde, ortak hizmet sağlayıcılarının erişim sağlayabileceği, sistemin geneline yayılmış elektronik hasta kayıtlarından yararlanılmaktadır. Veri depolama işlemi, üst düzey şifreleme sistemi ile gerçekleştirilmektedir ve hizmet sağlayıcılarının hasta verilerine

---

<sup>215</sup> Bodenheimer ve Pham 2010; Ghorob ve Bodenheimer 2012.

<sup>216</sup> Diyabet tedavisi için insülinin fazlası gerekli: Senegal halk sağlığına destek nitelikli cep telefonu projesi. <https://www.who.int/en/news-room/feature-stories/detail/treating-diabetes-takes-more-than-insulin-senegal-mobile-phone-project-promoting-public-health>; DSÖ 2015, 2016a.

<sup>217</sup> Wootton 2012.

<sup>218</sup> SCIE 2018.

<sup>219</sup> Hubertus ve ark. 2017.

erişimi (ilgili tüm teşhis ve tedavi bilgileri), hasta tarafından verilen bir kart ile mümkündür. Sağlık verileri ve kayıtları hastanın kendisine ait olup bu verilerin hizmet sağlayıcılar ile paylaşılması için hastadan izin alınması gerekmektedir. İlaç etkileşimlerini azaltmaya ve maliyetli ve bazen de riskli gereksiz hizmetlerin verilmesini engellemeye yardımcı olduğu için bu veri paylaşım süreci, bakım hizmet sağlayıcıları arasında hızlı ve doğru bir veri iletişimi sağlamaktadır.<sup>220</sup>

Bask Bölgesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin bütünleşik sağlık modelini kolaylaştırdığı bir başka ülke örneğidir. 1998 yılında BBS için elektronik sağlık kaydı (ESK) sistemi oluşturulmuş olup bu sistem, tüm birinci basamak seviyelerini kapsamaktadır. ESK içerisinde hasta teşhisleri, ilaç reçeteleri, laboratuvar tahlil sonuçları, sevkler ve verilen istirahat izinleri yer almaktadır. Ortak ESK modeli (*Osabide Global*), 2010 yılında tasarlanıp pilot uygulamaya geçmiş, 2013 yılından itibaren de tam olarak uygulanmaya başlamıştır. *Osabide Global* sayesinde sağlık bakım hizmet sağlayıcıları, hasta ile ilgili tüm verilere erişim sağlayıp hastanın durumu ile ilgili kapsamlı bir fikir edinerek tedavi ve bakım için karar verme sürecine yön verebilmektedir. Hastalar, 2012 yılından bu yana çok kanallı sağlık hizmeti çağrı merkezi (*Oserean*) aracılığıyla sağlık çalışanlarından uzaktan randevu alabilmektedir. Osarean e-sağlık hizmet sunumu, sağlık önerileri, reçete desteği ve internet ile SMS aracılığıyla uzaktan randevu alma işlemlerini düzenlemektedir.<sup>221</sup>

Bask vatandaşlarının, kendi klinik verilerine erişimi bulunmaktadır. Sağlık sisteminin farklı düzeylerindeki elektronik reçete sistemi, kurumsal zekâ araçları ve farklı sağlık hizmeti basamaklarında hastanın kendi durumunu değerlendirme enstrümanları (Sağlık kuruluşlarında BOH'larla ilgili kendi durumunu değerlendirmeye hazırlık, *ARCHO*), Bask bölgesi bütünleşik sağlık modeli kapsamında yararlanılan diğer BİT araçlarıdır.<sup>222</sup>

#### 3.4.1.2 Türkiye'deki Mevcut Durum

Türkiye'deki SBS'ler çok gelişmiştir ve veri toplama ve iletme/paylaşma kabiliyetleri yüksektir. Aşağıdaki paragraflarda, SBS lerin güçlü yönlerinin yanı sıra geliştirilebilecek diğer özellikleri açıklanmaktadır.

**Hastanın ESK'lerinin Paylaşılması:** Bireysel düzeyde hasta verileri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı farklı bilgi sistemleri üzerinden toplanmaktadır. Bu sistemler; AH'lerin yararlandığı Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), birinci basamak kuruluşlarının yararlandığı Halk Sağlığı Yönetim Sistemi<sup>223</sup> (HSYS), kamu hastanelerinin yararlandığı HBYS, Diş Hekimliği Bilgi Sistemi (DHBS) ve ASM'ler, aile hekimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve diğer aile hekimliği personeli dâhil olmak üzere (teşhis, reçete, sağlık raporu, sevk, yapılan tıbbi müdahaleler ve muayene türlerine yönelik kayıtlar) sağlık kuruluşlarının yararlandığı HSYS'ye bağlı Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS) ve kamu, özel ve üniversite diyaliz merkezlerinin yararlandığı Diyaliz Bilgi Sistemi (DYOB) ve İşyeri Hekimliği Bilgi Sistemi'dir (İHBS).

<sup>220</sup> Hildebrandt ve ark. 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/pdf/ijic2010-2010046.pdf>.

<sup>221</sup> Solinis ve ark. 2013.

<sup>222</sup> <https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/llano.pdf>.

<sup>223</sup> SHM modülleri, HSYS çatısı altında faaliyet göstermektedir. 19 Kasım 2018 itibariyle çalışır vaziyetteki SHM alt modülleri; okul sağlığı, kanser, önleyici diş sağlığı, beslenme ve fiziksel egzersizdir. Yazılımı hazır ve test edilmiş olup faaliyete hazır olan SHM alt modülleri ise psikolojik destek ve sosyal hizmet uzmanının verdiği hizmetlerdir. Yazılımı geliştirilmiş olan SHM alt modülleri ise psikoterapi hizmetleri ve madde kontrolüdür.

Bu bilgi sistemleri ile bireysel düzeyde toplanan hasta verileri, Türk sağlık sistemi içerisinde *e-nabız* platformunda tutulmaktadır. E-nabız, özel ve kamu hizmet sağlayıcılarından, mobil cihazlardan ve internetten veri toplayan bulut teknolojisine dayalı bir sistemdir. Tüm kamu hastaneleri, e-nabız platformuna entegre olmasına rağmen üniversite hastaneleri ve özel hastaneler, e-nabız platformuna gönüllü olarak veri sağlamaktadır. Aksi istenmediği takdirde e-nabız platformu, aile hekimlerine açıktır. Bir başka deyişle aile hekimlerinin, e-nabız'daki şahsi hasta verilerine erişimi bulunmaktadır. Diğer sağlık hizmet sağlayıcıları (SHM bakım hizmet sağlayıcıları ve acil servis dâhil), hastanın izin vermesi şartıyla bireysel hasta verilerine erişebilmektedir. Hastalar, kendi verilerine erişim hakkını (tek seferlik, belli bir süreyle veya sürekli) bir, birkaç veya tüm hizmet sağlayıcıları için sınırlandırabilir veya hepsine birden erişim hakkı tanıyabilir.<sup>224</sup> Hastaların, kendi verilerini başkalarıyla paylaşmama seçeneği bulunmaktadır ancak istatistikler, paylaşmayanların sayısının çok az olduğunu göstermektedir.<sup>225</sup> E-nabız platformunda teşhis, reçete, ameliyat geçmişi, görüntüleme kayıtları ve raporlar, laboratuvar tahlil sonuçları, kullanılan ilaçlar ve epikriz<sup>226</sup> raporları (hekim tarafından girilirse) dâhil olmak üzere hastanın geçmişi ile ilgili veriler saklanmaktadır. Hastaya özel veriler, aile hekimliği düzeyinde tüm aile hekimleri tarafından görüntülenebilmektedir ancak AH'lerinin, hastane verilerine erişimi yoktur. Benzer şekilde hastanelerin, AH verilerine erişimi bulunmamaktadır.

Hastanın geçmişi ile ilgili verilere e-nabız üzerinden erişim konusunda ilgi yüksek olup birinci basamak hizmet sağlayıcıları da önemli ölçüde ilgi göstermektedir. Tablo 7'de görülen e-nabız platformundan yararlanma sayıları, bir yandan birinci basamak hizmet sağlayıcısı ile hasta arasında bir güven ilişkisi olduğunu (BBS hizmetlerini hasta tanıyor ve onaylıyor), bir yandan da e-nabız platformunun, veri erişimi açısından birinci basamak hizmet sağlayıcılarından kabul gördüğünü göstermektedir. E-nabız platformundan bu kadar yüksek düzeyde yararlanılması, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına ve bu konudaki endişelerin giderilmesine de destek olmaktadır.

**Tablo 7**

<b>28 Kasım.2018 itibariyle e-nabız'dan yararlanma sayıları<sup>227</sup></b>	
Mevcut aktif e-nabız kullanıcıları (kayıt yaptırılanlar)	8,5 milyon
E-nabız uygulamasından yararlanan toplam hizmet sağlayıcıları içinde e-nabız uygulamasından yararlanan aile hekimlerinin oranı	%68,82 (Toplam 29.146 hizmet sağlayıcı başvurusundan 20.059'u aile hekimi başvurusu)
Hizmet sağlayıcıların toplam başvuru sayısı içerisinde aile hekimlerinin başvuru oranı	%92,28 (Toplam 3.194.920 hizmet sağlayıcı başvurusundan 2.948.153'ü aile hekimi başvurusu)

<sup>224</sup> İstinası, AÇS ile ilgili verilerdir. Zira bu verilerin farklı bakım düzeylerinde paylaşılması, birinci basamağın gereğidir.

<sup>225</sup> E-nabız verisini başkalarına kapatan vatandaş sayısı, 81 milyon içinde yaklaşık 4000'dir.

<sup>226</sup> Tıbbi vaka geçmiş ile ilgili kritik niteliğinde veya analitik nitelikte özet (<https://www.merriam-webster.com/medical/epicrisis>).

<sup>227</sup> Veri, SB SBS GM tarafından 28 Kasım 2018 tarihinde verilmiştir.

**Bütünleşik sağlık açısından KDS'ler:** Bireysel düzeyde sağlık verilerine yönelik temel veri kaynağı, e-nabız platformu olup veriler, neredeyse gerçek zamanlı olarak güncellenmektedir. E-nabız ile toplanan veriler, Microsoft SQL Sunucusu MSSQL (bireysel veriler için) ve Couchbase (isimsiz bireysel veriler için) adı verilen iki Yapılandırılmış Sorgu Dili (SQL)<sup>228</sup> ile aktarılmaktadır. Bireysel düzeyde geçmişe yönelik veriler, üç platformda (Oracle BI, Power BI ve SİNA (*Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler* - SB'nin geliştirdiği ulusal bir platform) tutulmaktadır fakat Sağlık Bakanlığı, yakında tüm sistemleri SİNA'ya aktarmayı planlamaktadır. Veri işleme ve veri analizi, veri ambarı düzeyinde gerçekleştirilmektedir (Oracle, MSSQL ve Büyük Veri üzerinden). Bu yapı/düzenleme, e-nabız platformuna analiz/veri işleme anlamında yük getirmemektedir. Bu da sistemin esnek, hızlı ve verimli olmasını sağlamaktadır. SB'nin bilgi sistemleri, hatalı veri girişini önleyecek pek çok özelliğe sahiptir. Hekimlerin, hastayı muayene ettikten sonra 30 dakika ila 2 saat içerisinde sisteme veri girme zamanı bulunmaktadır. Aksi takdirde sistem, o hasta için veri girilmesine izin vermemektedir.

Sistem içerisinde, hastanede bakılan hasta sayısı ile hastanedeki hekimlerin bildirdiği sayı ile ilgili çapraz kontrol süreci bulunmaktadır. Bu süreç, sistemde geçerli ve güvenli verinin güvencesi durumundadır. Görüntüleme verisinin gerçekliğinden emin olmak ve bu konuda ödeme yapılmasına izin vermek amacıyla Sosyal Sigortalar Kurumu üzerinden yapılan kontroller ve karma değerleri ile kişinin görüntülü haritalandırılmasına yönelik çapraz kontroller söz konusudur.

Sağlık Bakanlığı'nın KDS'si, bütünleşik sağlık modelinin önemli unsurları olan risk derecelendirme, nüfus hedefleme ve hastalık önceliklendirme özelliklerine sahiptir. KDS sayesinde cinsiyet, yaş, üst ve alt teşhis gruplarına göre farklı ayırıştırma düzeylerinde (ASM, ilçe, il, bölgesel veya ulusal düzey gibi) belli bir zaman süresince yeni veya yaygın BOH vakalarının sayısı (prevalans ve insidans verileri) belirlenebilmektedir. KDS ile yapılabilecekler bir başka örnek de, BOH yönetimi ile ilgili olarak verilebilir. KDS sayesinde Uluslararası Hastalık ve Sağlık İle İlgili Sorunların İstatistiksel Olarak Sınıflandırılması adlı 10. Gözden Geçirme Raporu (ICD) 10 kodları, ATDH nedeniyle hastaneye yatma ve 30 gün içinde tekrar hastaneye yatma oranları (hastane ve yatış süresi alt kırılımlarında) ve acil servise başvuru (hastane ve triyaj rengi alt kırılımlarında) verileri doğrultusunda tanı ile ilgili analiz verileri oluşturulabilmektedir. Mevcut KDS yapısı, farklı sorgular yapılmasına ve bu sorgular ışığında raporlar hazırlanmasına olanak sağlıyor olmakla birlikte halen, aile hekimlerinin veya diğer bakım hizmet sağlayıcılarının kişiye özel sorgu yapmasına ve rapor hazırlanmasına imkân tanımamaktadır. Raporlar, hâlihazırda resmi talebe bağlı olarak merkezi düzeyde hazırlanmaktadır. KDS'de, ayrıca bildirim ve analiz amaçlı olarak farklı kurumsal zekâ araçlarından da yararlanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kurumsal zekâ araçlarından yararlanarak ileride sağlık verilerinin yerel kullanıcıların erişimine sunulmasını hedeflemektedir. SBS Genel Müdürü'nün de belirttiği üzere analiz, bildirim ve görsel anlatım bakımından Sağlık Bakanlığı'nın mevcut yazılım ve veri tabanı altyapısı gerekli esnekliğe sahiptir. Dolayısıyla sistemin kullanıcıların verilere erişimini sağlayacak, veri taleplerini/sorgularını işleyecek ve politika planlaması için bu sorgular ışığında kendi raporlarını üretebilecek yetkinliği vardır.

---

<sup>228</sup> SQL, ilişkisel veri tabanı yönetimi ve veri kullanmaya yönelik standart bir bilgisayar dilidir. SQL; veri sorgulama, girme, güncelleme ve değiştirme amacıyla kullanılmaktadır. Çoğu ilişkisel veri tabanı, veri tabanı yöneticileri için katma değer olan SQL'yi desteklemektedir. Zira bunların, farklı platformlardaki veri tabanlarını desteklemesi gerekmektedir. (<https://www.techopedia.com/definition/1245/structured-query-language-sql>)

**UHTS ve BOH yönetimi:** Sağlık Bakanlığı, 2019 yılında UHTS adında yeni bir ulusal bilgi sistem modülünü uygulamaya koymayı planlamaktadır. BOH yönetimi, UHTS'nin bir alt modülü olacak ve bu modül, işler hale geldikten sonra BOH bakımı ve yönetiminin önemli bir parçası haline gelecektir. UHTS-BOH'un amacı, ASM, SHM ve BOH bakımı/yönetimine ilişkin ikinci basamak bakım hizmetlerini entegre etmektir. Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı tarafından belirtildiği üzere şu an BOH bakımının planlanması ve uygulanması ile ilgili olarak görev ve sorumluluk dağılımı yapılmamıştır. SB, birinci basamak bakım hizmetleri için hasta talebini artırmayı, farklı hizmet sağlayıcıları arasındaki bakım hizmetlerini entegre hale getirmeyi ve bakım hizmetlerinin büyük bir kısmını maliyetli olan ikinci basamaktan birinci basamak bakım hizmetlerine kaydırmayı amaçlamaktadır. UHTS-BOH içerisinde her bir kronik hastalığın süreç akışı uçtan uca (farklı basamak bakım hizmetleri boyunca) hazırlanmış olup sevk zincirinin de ileride UHTS kapsamında işler hale getirilmesi amaçlanmaktadır. UHTS-BOH'un ilk modülünün, 2019 yılında hizmete girmesi beklenmekte olup bu modül içerisinde hastalık yükleri fazla olduğu için önceliklendirilen hipertansiyon, diyabet, obezite ve kalp-damar hastalıklarına ilişkin risk değerlendirmeleri yer alacaktır. UHTS-BOH'un ikinci modülünde böbrek yetmezliği, inme ve damar hastalıkları yer alacaktır. Üçüncü modülde ise KOAH, astım ve yaşlı bakımına yer verilecektir. Sağlık Bakanlığı, ikinci ve üçüncü modülleri 2023 yılında hizmete almayı planlamaktadır.

UHTS-BOH, aile hekimleri tarafından kullanılacak olan bir sistemdir. UHTS-BOH modülü, aile hekimlerinin kayıtlı BOH hastalarını proaktif olarak yönetebilmelerini ve kendi ilerlemelerini ve performanslarını izlemelerini sağlamak için belirli klinik veriler sağlamaktadır (örneğin HbA1c değeri 9'dan ve tansiyonu 140/90'dan yüksek olan hastaların listesi). Bireysel hasta verisi, ASM/ilçe/il/bölge/ulusal olmak üzere farklı düzeylerde birbirinden ayrıştırılabilmektedir. UHTS-BOH'a ek olarak ICD-10 tanı kodu, güncel ve geçmişe yönelik laboratuvar tahlil tarihleri ve sonuçları gibi hastaya özel geçmiş bilgilere de e-nabız sisteminden erişilebilmektedir. Bu sayede aile hekimleri, BOH hastalarını proaktif davranarak yönetebilecektir. UHTS-BOH modülü, hekimlerin BOH kontrolü ve yönetiminde proaktif bir rol almalarını sağlayacak olsa bile diğer ASM ve SHM çalışanlarının (aile hekimleri dışındaki personel) bu modüle erişememesi, bütünleşik sağlık hizmetlerini ve ekip çalışmasını önemli ölçüde kısıtlayacaktır.

Bütünleşik sağlık modeli açısından UHTS-BOH modülü için hazırlanan iki ekrandan bahsetmek önemlidir: Ekranlardan birinde, hasta bilgileri özetlenecektir (mesela hekim, bu ekran üzerinden tansiyonu yüksek olan hastaların listesini görüntüleyebilecektir). Hekim, böylelikle hastaları taşıdıkları riske göre sınıflandırabilecektir. Diğer ekran, belli başlı bakım müdahalelerine ilişkin ülke genelindeki sağlık hizmet sağlayıcı performansına karşı hekimin durumunu (performansını) gösterecektir. Bu sayede hekim, ulusal performans içerisinde kendi durumunu görebilecek ve performansını geliştirmek için neler yapabileceğine odaklanacaktır. Daha fazla detaya inmek için performans verilerinin aile hekimliği, ilçe ve il düzeyinde de bu ekrana dâhil edilmesi önerilmektedir.

UHTS-BOH modülünde BOH hasta takiplerinin kolaylaştırılması için hekimlere hatırlatıcı nitelikte bildirim ve ileti gönderilecektir. UHTS-BOH modülüne yönelik klinik BOH kılavuzları hazır olup pilot denemeleri yapılmıştır. Pilot çalışmanın sonuçlarına göre kayıtlı nüfusu 2000 civarında olan aile hekimleri, bu modülden yararlanabilecektir. Yeni UHTS-BOH modülü, kayıtlı nüfusun yaklaşık 2000



olduğu dört ilde<sup>229</sup> pilot uygulama olarak denenecektir. Pilot uygulamalarda, BOH hedefleri ve BOH yönetimine ilişkin olumlu teşviklerin ne kadar etki ettiği teste tabi tutulacaktır ancak teşvik yapısının detayları henüz belli değildir. Sağlık Bakanlığı, AH düzeyinde daha etkin bir BOH yönetimi için 2023 yılına kadar AH personelinin (hemşire veya diğer destek personeli) sayısını ikiye çıkarma niyetindedir.

Mevcut AHBS'de sadece BOH teşhis verileri tutulurken yeni UHTS-BOH modülünde BOH'lara yönelik sağlık muayenesi ve laboratuvar tahlilleri ile ilgili veriler de kayda geçecektir. Ayrıca UHTS-BOH modülünde, sadece hastaların değil sağlıklı nüfusun da takibi yapılacaktır. Yani, tüm nüfusun sağlığı değerlendirilecektir. Bu uygulama, her bir hasta için ileride atacağı adımlar/yapacağı müdahaleler konusunda hekimi yönlendirecektir. Örneğin yüksek tansiyonlu bir kişi, zorunlu olarak yılda 4 kez takip edilecektir. Hasta, sonrasında beslenme alışkanlığını ve yaşam tarzını değiştirmek üzere SHM'lere yönlendirilecektir. Yeni UHTS-BOH modül kılavuzları ile ilgili olarak tüm aile hekimleri eğitim ve sertifika alacaktır.

Türkiye'deki sistemde proaktif BOH yönetimine ilişkin iyi ve yaygın uygulamalardan biri de, aile hekimlerinin yaptığı fiili kanser taramaları ve risk altındaki popülasyonu belirleme çalışmalarıdır. Bu uygulama, UHTS-BOH faaliyeti için bir uygulama örneği olarak düşünülebilir. Mevcut kanser tarama ve popülasyon tespit uygulamasında aile hekimleri, risk altında popülasyon hakkında iki şekilde bilgi edinebilmektedir: Ya SBS<sup>230</sup> tarafından geliştirilen belli ekranlara bakmak ya da AHBS<sup>231</sup> kapsamında verilen internet hizmetinden yararlanmak durumundadırlar. SBS'de görüşme yapılan yetkililer, yeni UHTS-BOH modülünün kanser tarama ve tespit uygulamaları gibi işleyeceğini düşünmektedir.

**Mevcut SBS'den sahada yararlanma sorunları:** SBS'nin, bütünleşik sağlık modelinin pek çok gereksinimini karşılayabilecek imkânları ve sağlam bir yapısı olmasına rağmen uygulama konusunda sahada çözülmesi gereken bazı hususlar bulunmaktadır. Saha gezisinde SHM'lerde görüşmeler,<sup>232</sup> SB'nin veri tabanı yapısı ve veri gereksinimleri ile sahadaki uygulamalarda ihtiyaç duyulan veri, raporlama ve analiz yapıları arasında farklılıklar olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu farklılığa, ihtiyaç duyulan verilerin içeriği örnek olarak gösterilebilir: SB, SHM'lere yapılan ilk başvurulara ilişkin veri toplamakta olup SHM'ler tüm hasta başvuruları (ilk başvuru ve takip başvuruları) ile ilgili veri toplamak istemektedir; zira kesintisiz hasta ziyaret verisi sayesinde SHM personeli, hasta durumunu ve SHM hizmetlerindeki ilerlemeyi gözlemleyebilmektedir. Kesintisiz hasta ziyareti veri sağlanmasına dair düşüncelerin farklı olması, SB'nin veri toplama dönemlerine ve sahadaki ihtiyaçlara da belirgin olarak yansımaktadır. Sağlık Bakanlığı yılda dört kere veri toplarken SHM'ler, izlemenin sürekli yapılabilmesi için her ay veri toplamak istemektedir.<sup>233</sup>

İçerik beklentileri açısından Sağlık Bakanlığı ile SHM arasındaki farklardan biri de, Sağlık Bakanlığı'nın çoğunlukla kullanım verisi toplamasıdır. Fakat SHM'ler, kendi planlama ve analizlerini yapabilmek için sistem içerisinde ek veri alanlarına ihtiyaç duymaktadır. Bursa Osmangazi SHM'de

<sup>229</sup> Bu iller, Malatya, Edirne, Bartın ve Silivri'dir.

<sup>230</sup> Aile hekimlerinin yüzde 30 ila 35'i, bu ekranları kullanmaktadır (SBS birimi ile yapılan görüşme).

<sup>231</sup> Aile hekimlerinin yüzde 65 ila 70'i, AHBS dâhilinde bu internet sunucusunu kullanmaktadır.

<sup>232</sup> Bursa Osmangazi SHM yetkilileri ile yapılan görüşmeler.

<sup>233</sup> Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı'ndan alınan Hizm son geri bildirim, SHM verilerinin aylık olarak toplandığı şeklindedir.

görüşülen temsilciler, ek veri alanlarının Sağlık Bakanlığı veri tabanında isteğe bağlı olarak bulunabileceğini ve bu alanlara veri girenlerin sonrasında analiz yapabileceğini belirtmiştir.

Mevcut sistemin SHM'ler tarafından görünürlüğü/erişilebilirliği de bazı hallerde karşılaşılan diğer bir sorundur. Bursa Osmangazi SHM'de görüşülen temsilciler, veriler sisteme girilse dahi bazı durumlarda sisteme erişemediklerini belirtmişlerdir. Örnek olarak diyetisyen veri tabanını göstermişlerdir. Bu veri tabanında her bir hastanın verileri, ilgili diyetisyenin veri tabanı hesabına bağlıdır. Bir diyetisyenin çalıştığı SHM'den ayrılması halinde o diyetisyene bağlı hasta verileri diyetisyenle birlikte SHM sistemi dışına çıkmakta ve bu verilere erişilememektedir. Bunun sonucunda bir süre için bile olsa SHM, ayrılan diyetisyenden talep edilene (resmi olarak) kadar veya HBS'den hasta bilgilerine erişim talebinde bulunana kadar hasta verilerini takip edememektedir.

Farklı veri tabanlarını kullandıkları için birinci basamak bakım hizmetlerine ilişkin veriler, SHM ve ASM'ler arasında görüntülenememekte ve paylaşılmamaktadır. SHM veri tabanı, HSYs'nin bir modülü olarak çalışmaktadır ve aile hekimlerinin HSYs'ye erişimi bulunmamaktadır. Aile hekimleri de SHM'lerin erişimi olmayan AHBS veri tabanını kullanmaktadır. Yani bahsi geçen bu iki sistemin birbiri ile iletişimi bulunmamaktadır SHM veri tabanı nispeten yeni olup SHM'ye özel verilerin analizini yapabilecek kabiliyete sahip değildir.

SHM'ler, hekimlerin hasta verilerini toplamak için yararlandığı MBYS ve diğer uzman SHM personelinin kullandığı HSYs olmak üzere iki veri tabanından yararlanmaktadır. Şu an için bu iki veri tabanının birbiri ile iletişimi bulunmamaktadır. Çok disiplinli SHM çalışmalarına ilişkin verilerin toplanması konusunda da eksikler bulunmaktadır. İki veri tabanı da psikolog ve fizyoterapi uzmanlarının veri toplamasını sağlayacak özelliklere sahip değildir. Ayrıca, takibi diyetisyenler tarafından yapılan diyabet hastalarının poliklinik verilerinin girişi yapılmamaktadır. Diğer bir deyişle, takibi diyetisyenler tarafından yapılan diyabet hastalarının verileri, SHM personeli tarafından görüntülenememektedir. Bursa Osmangazi SHM'de görüşülen temsilciler bu kısıtlamaları azaltmak ve çok disiplinli çalışmaların gerçekleştirilmesi için verinin SHM personeli arasında paylaşılmasını sağlamak, SHM'de bulunan tüm uzmanlık alanları için veri toplamak ve stratejik planlamaya yönelik olarak yerelde ölçüm ile performans ihtiyaçlarını karşılamak için kendi modellerini geliştirdiklerini belirtmiştir.<sup>234</sup> Bu model sayesinde SHM'deki tüm birimler, hastanın tüm verilerini görebilmektedir. Bu düzenlemeyi uygulamaya koymak üzere verilerin SHM personeli tarafından görülebilmesi adına hastadan izin alınmaktadır. Bursa Osmangazi SHM'nin klinik gösterge takibine yönelik kendi veri toplama uygulamaları da bulunmaktadır. Bu uygulamalar ile hizmet verdikleri bölgenin/semtin BOH haritasını hazırlamayı amaçlamaktadır.

Bursa Osmangazi SHM'de görüşülen kişiler, bilgi sisteminde merkeze gelişte hasta kaydı, hasta muayene bilgisi, genel poliklinik bilgisi ve sevk bilgisi gibi veri alanlarının olması gerektiğini belirtmiştir. SHM'deki tüm birimlerin, sisteme veri girebiliyor olması gerekmektedir. Bakımın devamlılığı için bu bilginin, ASM'ler tarafından da görülmesi gerekmektedir.

Bursa Osmangazi SHM'ye benzer şekilde Hatay SHM'deki bütün uzman personel de kendi faaliyetleri ile ilgili verileri kaydetmektedir. Hatay SHM'de görüşülen kişiler, Sağlık Bakanlığı'nın hasta sayısı ile

---

<sup>234</sup> Osmangazi SHM veri toplama modelinde, her bir SHM uzmanı ve SHM doktorunun doldurduğu Excel çalışma tablolarından ve her bir vakaya yönelik sağlık hizmet verilerini bir araya getirip raporlayan ortak çalışma tablolarından yararlanılmaktadır.

ilgili veriler topladığını ve hasta sayısının (hacminin) artmasını istediğini ifade etmiştir. Bununla birlikte yerelde SHM ekibinin, bakımın devamlılığını ve her bir hasta bazında kaydedilen ilerlemeleri takip etmeleri için yaptıkları faaliyetlerin detaylarını yansıtacak ek veriler toplaması gerekmektedir. İşin AH tarafında, sağlık bilgi sistemlerinden yararlanma ile ilgili asıl sıkıntılar, aynı içerik için hasta bilgi sisteminin farklı modüllerine aynı/birden fazla veri girilmesi ve aile hekimleri tarafından sisteme girilmesi gereken kapsamlı verilerdir. Hatay'da görüşülen yetkililer, veri girişinin zamanlarının önemli bir kısmını aldığını ve bu nedenle klinik faaliyetlere ayırabilecekleri zamanın azaldığını ifade etmiştir. Ayrıca, veri alanlarını sadeleştirmek gerektiğinin altını çizmişlerdir.

### 3.4.1.3 *Birinci Basamakta Entegrasyon İle İlgili Öneriler*

Sağlık teknoloji platformları, Türkiye'nin entegrasyon çalışmalarına destek olmak üzere hizmet sağlayıcılar ve popülasyon ile ilgili veri toplama, bildirme ve kullanma becerisini önemli ölçüde arttırmıştır. Mevcut teknolojilerden ve platformlardan azami ölçüde yararlanılması, aşağıdaki paragraflarda belirtildiği üzere bütünlüklük sağlık hedeflerini ve BOH ile önleme bakımını da geliştirip destekleyecektir.

**Birinci basamak düzeyinde çeşitli veri tabanlarının tasarım ve birbirine bağlantılılık bakımından uyumlaştırılması:** Önceki bölümde anlatılanlar ışığında, Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak bakım düzeyinde veri tabanlarını iyileştirebileceği pek çok yöntem bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, öncelikle veri tabanları arasında iletişim sağlanmasını gündemine alabilir. Böylelikle birinci basamak bakım hizmeti veren taraflar, hasta verilerine kapsamlı bir şekilde erişim sağlayabilir. İkinci olarak veri tabanları tasarlanırken yerel ekiplerin daha sık veri toplamaya ihtiyaç duyabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Üçüncü olarak tasarım ve birbiriyle bağlantılı veri tabanları, hasta verisinin hizmet sağlayıcıdan ziyade sağlık biriminin elinde olmasını sağlar nitelikte olmalıdır. Bu, hareketliliği çok olan sağlık personeli için bilhassa önemlidir. Son olarak, Sağlık Bakanlığı'nın hâlihazırda yararlandığı kapsamlı ve sağlam KDS, hasta ve nüfus sağlığı yönetim planlarına ve stratejilerine yönelik bir destek aracı olarak aile hekimlerinin kişiye özel ve yerelleştirilmiş sorgular yapmasına ve raporlar hazırlamasına izin verir nitelikte olmalıdır. Sağlık Bakanlığı, bu amaç doğrultusunda şu anda yararlandığı İZ araçlarından yararlanma kapsamını genişletebilir.

**ASM ve SHM'lerde hekim dışındaki personele, UHTS-BOH modüllerine ve oluşturulması planlanan diğer veri tabanlarına erişim yetkisi verilmesi:** UHTS-SHM Modülleri'nin uygulanması, BOH'li hastaları takip ve proaktif olarak yönetme becerisini önemli ölçüde geliştirecektir. Bununla birlikte, şu an geliştirilmekte veya kullanımda olan diğer yazılım programlarına olmadığı gibi, ASM ve/veya SHM'de hekim olmayan personelin BOH yönetimine etkin ve verimli şekilde destek olmasını sağlayacak tam erişimi de bulunmamaktadır. Veri tabanlarına/yazılımlara erişimin kısıtlanması, ekip çalışmasına ve sağlam, kapsamlı ve maliyet-etkin bir BOH yönetim programının oluşturulmasına engel olmaktadır. Bu nedenle teknoloji platformu güncellemelerinde, ASM ve SHM personeline veri tabanlarına erişim izni verilmesi konusunun değerlendirmeye alınması önerilmektedir.

**Sanal bakım uygulamasını yasallaştırmanın gündeme alınması:** Hastaların kronik rahatsızlıklara yönelik ihtiyaçları doğrultusunda birinci basamak bakım hizmetlerine erişiminin artırılması için Sağlık Bakanlığı'nın sanal bakım uygulamasını yasallaştırmayı gündemine alması

önerilmektedir. Bu, Sağlık Bakanlığı düzeyinde politika desteği verilip uygulama kılavuzu geliştirerek gerçekleştirilebilir. Türkiye'de hâlihazırda oldukça yaygın olan sanal bakım uygulamalarından yararlanılması, etkin ve verimli bir BOH yönetim sisteminin kurulması için de kritik bir öneme sahiptir.

Türkiye'de BOH'lara yönelik sanal bakım uygulaması için en azından bakım hizmet sunumuna ilişkin kabul edilebilir yöntemlerin politika şeklinde tanımlanması, süreç ve/veya mevzuat konusunda öncülük yapacak bir daire başkanlığının belirlenmesi (gerektiği şekilde) ve saha kılavuzu ile eğitiminin hazırlanması gerekmektedir. Teşvik verilmesi (mali veya başka türlü) ve sanal bakım için izleme ve performans bakımından hedefler geliştirilmesi, uygulama planının önemli unsurları olacaktır. Mali ve/veya iş yükü gibi konularda, geniş çaplı uygulama çalışmalarının en üst düzeye çıkarılması için dikkatli bir inceleme yapılması ve strateji geliştirilmesi gerekmektedir.

Sanal bakımı uygulamasına geçmek için atılacak ilk adım, telefonla hizmet verme yönteminden yararlanılması ve diyabet gibi belli başlı hastalıklara veya rahatsızlıklara ağırlık verilmesi şeklinde olacaktır. Bir proje ana hatlarıyla; alana özgü üyelerden oluşan bir ekibin kurulması, ekip üyesi herkesin görevlerinin belirlenmesi, kanıta dayalı uygulama kılavuzları ışığında hasta etkileşimi ve bakım sunumu ile ilgili belli kılavuzların geliştirilmesi, iş akışının tasarlanması, birinci basamağa kayıtlı hasta grubu içerisinde klinik indeksleri yetersiz olan (HbA1c) hastaların tespit edilmesi, kavramların hastalar ve diğer birinci basamak personeli/kilit paydaşlarla paylaşılması, izleme performansı ve değerlendirmeye yönelik ölçütler geliştirilmesi, proje takviminin belirlenmesi, süreçlerin/planların gerektiği zaman gözden geçirilmesi ve sonuçlar ile alınan derslerin paylaşılması gibi unsurlardan oluşmaktadır. Projeden edinilecek deneyimlerden, daha geniş bir kapsamda politika ve kılavuz gelişimine destek olacak şekilde yararlanılabilir.

**Sağlık hizmetinin verildiği noktada teknoloji uygulamasının sürekli geliştirilmesi ve bu uygulamaya ağırlık verilmesi:** Hasta yönetiminin sağlık hizmetinin verildiği noktada desteklenmesi, birinci basamak bakım hizmeti verenleri proaktif BOH yönetimi anlamında teşvik edebilir (işlerini kolaylaştırıp düzene koyarak). UHTS-BOH modüllerinin uygulanması, BOH ve hasta başında bakım yönetimini kökten değiştirmeye başlayacaktır. Zira bu modüller, uygulama çalışmalarında klinik personele destek olmak üzere tasarlanmıştır. Bu modülleri sürekli gözden geçirme ve yeniden tanımlama çalışmalarına mutlaka devam edilmesi önerilmektedir. Bu modüllerin ilerideki sürümlerini ve teknolojik yetkinliklerini, son kullanıcılardan ve konunun uzmanlarından alınan geri bildirimler şekillendirmelidir. Bakım sunumunu kolaylaştırmak ve geliştirmek için gereken önemli teknolojik unsurlar arasında, hastanın bireysel ihtiyaçları doğrultusunda gerekli müdahale veya hastalık yönetimi, bakım ve önleyici sağlık konularında otomatik olarak uyarıda bulunacak sistemler ve kalite ile maliyet-etkinlik unsurlarına ağırlık verilen klinik ve idari KDS'lere eklenecek yeni özellikler yer almaktadır. Verilen sağlık bakım önerileri ve müdahalelerini yansıtan çok disiplinli ekip bakımına yönelik belgeler, hastaların elektronik sağlık kayıtlarına veya aktif olan diğer kullanıcı ara yüzlerine eklenebilir.

## 4. Türkiye'de Bütünleşik Sağlık Çalışmaları İçin Önerilen Yol Haritası

Tablo 8'de, öncelik düzeyleri ve uygulama takvimlerine göre tavsiyeler özetlenmiştir.

**Tablo 8**

Temel Unsur	Tavsiye	Zaman Dilimi	Öncelik düzeyi
Katılımcı Liderlik	Entegrasyon destekçisinin olması	Kısa vadede, 2019 ile 2020 yılının başı arasında	Yüksek
	Tamamlayıcı nitelikte detaylı bir bütünleşik sağlık stratejisinin/politikasının geliştirilmesi	Orta vadede, 2020 veya 2021	Yüksek
Hasta Odaklı ve Katılımcı Yaklaşım	Ülke genelinde uygulanacak kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı programının hazırlanması/yaygınlaştırılması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta-yüksek
	Hasta katılımını artırmak adına ülke genelinde uygulanacak bir programın hazırlanması/yaygınlaştırılması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta-yüksek
	Hasta danışma kurullarının kurulması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta-yüksek
Mevzuat Çerçevesi	Stratejik Plan'da yer alan hedef doğrultusunda düzenlemeler yapılması	Orta vadede, 2020	Orta-yüksek
	Uyumlu davranışların ödüllendirilmesi	Uzun vadede, 2021 sonrası	Orta
Uygun Ortamın Oluşturulması	İletişim, pazarlama ve sosyalleşme stratejilerinin artırılması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
	İyi uygulamalara ağırlık verecek bir komite veya konsorsiyum kurulması	Orta vadede, 2021	Orta
Finansman ve Teşviklerin Uyumlaştırılması	Yatırımın getirisini değerlendirme sisteminin kurulması	Kısa vade, 2019-2020 başı arasında	Yüksek
	Performansa dayalı sözleşmelerin güncellenmesi	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
	Ekip Temelli Teşviklerin geliştirilmesi ve uygulanması	Uzun vadede, 2021 sonrası	Orta-yüksek
İzleme ve Performans Gelişimi	BBS'nin BOH'lar konusunda ne kadar etkili olduğunu ölçmek için kilit nitelikte dolaylı göstergelerinden ve süreç	Kısa vadede, 2019	Yüksek

	göstergelerinden yararlanılması		
	Kayıtlı hasta sayısını düşürerek BOH önleme ve kontrol faaliyetlerinin aile hekimlerinin iş yüküne eklenmesi	Kısa-orta vadede, 2020	Yüksek
	Kritik sağlık göstergeleri ile ilgili şeffaf bildirimlerde bulunulması	Kısa-orta vadede, 2019 veya 2020	Yüksek
	BOH KUK'lere uygunluğun izlenmesi	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
	Personel performans değerlendirme sistemine bütünlük sağlığı hedeflerinin dâhil edilmesi	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
<b>Çok Disiplinli Ekipler ve Standart Hale Getirilmiş Eğitim</b>	Personel eğitiminin standart hale getirilmesi	Kısa vadede, 2019	Yüksek
	ASM'lerdeki personel sayısının artırılması	Orta vadede, 2020-2021	Yüksek
	Doktorların ve destek ekibinin kapasitelerinin geliştirilmesi	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
<b>Bakım Koordinasyonu</b>	SHM'nin görünürlüğünün ve hem hizmet sağlayıcı hem de hastalar tarafından benimsenme düzeyinin artırılması	Kısa vadede, 2019	Yüksek
	Resmi uygulama anlaşmalarının yapılması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Yüksek
	Birinci basamak hizmetlerine mesai saatleri dışında erişim imkânı sunulması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta
<b>Kanıt Dayalı Yöntemler ve Protokoller</b>	Ulusal çapta standart hale getirilmiş yöntemler ve protokoller geliştirmek için yerel düzeydeki iyi uygulamalardan yararlanılması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Yüksek
	UHTS-BOH modüllerine ve diğer bildirim/bilgi amaçlı veri tabanlarına doktor dışındaki personelin erişimi ve kullanımı için yetki verilmesi	Kısa-orta vadede, 2019-2020	Orta
	UHTS-BOH modülünün kullanımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi	Orta vadede, 2020	Yüksek

<b>Sağlık Bilgi Sistemleri</b>	Sanal bakımın yasal hale getirilmesinin gündeme alınması	Kısa-orta vadede, 2019-2021	Orta-yüksek
	UHTS-BOH modüllerine ve planlanan diğer veri tabanlarına doktor dışındaki ASM ve SHM personelinin erişimi ve kullanımı için yetki verilmesi	Uzun vadede, 2021 sonrası	Yüksek
	Hizmet sunum noktasında bakım teknolojisinin sürekli olarak geliştirilmesi ve bu konuya ağırlık verilmesi	Uzun vadede, 2021 sonrası	Orta
	Birinci basamak düzeyinde kullanılan çeşitli veri tabanlarının tasarım anlamında uyumlaştırılması ve birbir ile iletişim kurabilir hale getirilmesi	Uzun vadede, 2021 sonrası	Orta

## 5. Sonuç

Türkiye'deki sağlık sistemine merkezi politikalar geliştirme ve yerel düzeyde uygulama açılarından bakıldığında sistemin güçlü yanlarının yanı sıra bütünlük sağlığı modeline geçiş sürecinde giderilmesi gereken eksiklerinin de bulunduğu görülmektedir.

Halk arasında sağlık okuryazarlığının düşük olması, farklı bakım düzeyleri arasında hasta kayıtları bakımından bağlantı olmaması, nakdi ve aynı teşviklerin olmaması, somut koordinasyon mekanizmalarının ve çok disiplinli çalışma usullerinin olmaması, Sağlık Bakanlığı tarafından ilgilenilmesi gereken en önemli sorunlardır. Sağlam ve esnek bir BT sisteminin var olması ve bakım koordinasyonu, çok disiplinli çalışma ve liderlerin sürece katılımı gibi konularla ilgili olarak sahada yürütülen ilk çalışmalar, bütünlük sağlığı çalışmalarını ileriye taşıyacak dikkate değer unsurlardır.

Öneriler bölümünde detaylarıyla anlatıldığı üzere ileride atılacak muhtemel adımlar; standart bütünlük sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla yönetici düzeyinde istişare yapılarının ve liderlik kavramının oluşturulması, paydaşların süreci kabullenmesi ve desteklemesi için etkin iletişim ve sosyalleşme mekanizmalarının oluşturulması, sağlık çalışanlarının becerilerinin ve kapasitesinin artırılması, birinci basamakta görevli hemşire sayısının artırılması, birinci basamak hizmet sağlayıcıları arasında mali nitelikte olmayan bakım koordinasyon anlaşmalarının yapılması, bütünlük sağlığı ile ilgili olarak her düzeyde performans kriterlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, hekim dışındaki birinci basamak çalışanlarının UHTS-BOH modülüne erişiminin artırılması ve bütünlük sağlığı modeline yönelik yeni bir politika olarak sanal bakım uygulamasının gündeme alınması gibi konulara yönelik olacaktır.

4. Bölümde önerilen yol haritasında, öncelik düzeyleri ve uygulamaya yönelik muhtemel zaman çizelgeleri ile birlikte atılması gereken bazı önemli adımlar sıralanmıştır. Bu bağlamda söz konusu yol haritası, bütünlük sağlığı ile ilgili planlama çalışmalarında Sağlık Bakanlığı'na başlangıçta kapsamlı şekilde rehber olabilecek niteliktedir.

## Kaynakça

İstişare Kurulu 2014. "Tam Erişimli Medikal Grup Oluşturulması: Sürdürülebilir Büyüme İçin Tüketici Taleplerinin Karşılanması." <http://www.advisory.com/research/medical-group-strategy-council/events/webconferences/2014/building-the-all-access-medical-group>.

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu, 2013. "BBS'de Gelişim Kapasitesi Oluşturulması: Kaliteyi Arttıracak Altyapının Kurulması Meselesi." <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/capacity-building/pcmhqi1.html>.

Augustine, Matthew R., Karin Nelson, Stephan D. Fihn ve Edwin S. Wong. 2016. "GSİ Hizmetlerine Hasta Bildirimli Erişim, Önlenebilir Hastaneye Yatma Durumları İle İlişkili Mi?" *J Gen Intern Med*.

Barker, P. M., A. Reid ve M. W. Schall 2016. "Tıbbi Müdahaleleri Geliştirme Çerçevesi: Afrika'daki Büyük Ölçekli Geliştirme Çalışmalarından Alınan Dersler" *Uygulama Bilimi* 11: 12.

doi:10.1186/s13012-016-0374-x. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731989/>.

2018. "Bütünleşik sağlığın Etkileri: BK ve Uluslararası Vakaların Sistematik Olarak İncelenmesi." *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması* 18: 350 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>.

Berchet, C. ve C. Nader. 2016. "OECD Ülkelerinde Mesai Saati Dışında BBS Düzenlemesi." OECD Sağlık Çalışma Raporları 89, OECD Yayinevi, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en>.

Bertram, M. Y., K. Sweeny, J. A. Lauer, D. Chisholm, P. Sheehan, B. Rasmussen, S. R. Upreti, L. P. Dixit, K. George ve S. Deane 2018. "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Soruşturulması: Önleme ve Tedavi Hizmetlerine Yatırımın Getirisine Yönelik Bir Tahmin." *Lancet Taskforce on NCDs and Economics* 391 (10134): 2071–2078. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30665-2).

Best, A., T. Greenhalgh, S. Lewis, J. E. Saul, S. Carroll ve J. Bitz. 2012. "Sağlıkta Büyük Dönüşüm: Gerçekçi Bir İnceleme." *Milbank Quarterly* 90 (2012): 421–4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479379/pdf/milq0090-0421.pdf>.

Bidassie, B. 2014. "Breakthrough Series adlı Programdan Yararlanarak Evde Hasta Merkezli Bakım Konusunda GSİ Deneyimi" *J Gen Intern Med* 29 (Ek 2):S563–71. doi:10.1007/s11606-014-2773-5.

Blumenthal, D.M., Z. Song, A. B. Jena ve T. Ferris. 2013. "Sağlıkta Ekip Temelli Teşviklerin Yapılandırılmasına Yönelik Kılavuz." *Amerika Yönlendirilmiş Bakım Dergisi* 19 (2): e64–e70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984877/>.

Bodenheimer, T., A. Ghorob, R. Willard-Grace ve K. Grumbach. 2014. "Yüksek Performanslı BBS Bakımının 10 Temel Taşı." *Aile Hekimliği Günlükleri* 12: 166–171. doi:10.1370/afm.1616.

Bodenheimer, T. ve H. H. Pham. 2010. "Birinci Basamak: Güncel Sorunlar ve Çözüm Önerileri." *Sağlık İşleri* 29: 799–805. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0026>.

Borgermans, L. ve D. Devroey. 2017. "Bütünleşik sağlık Politika Kılavuzu: AB'nin INTEGRATE adlı projesinden alınan dersler ve daha fazlası." *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi* 17 (4): 8. <http://doi.org/10.5334/ijic.3295>.



- Brook, Robert H. 2015. "Sağlık Bakım Sistemlerinin Yeniden Tanımlanması." RAND. [https://www.rand.org/pubs/corporate\\_pubs/CP788.html](https://www.rand.org/pubs/corporate_pubs/CP788.html).
- Bruce, D. ve B. Perry.2015. "Toplum Merkezli Bütünleşik sağlık: İskoçya Örneği." *Londra Birinci Basamak Bakım Dergisi* 7:44-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494465/pdf/LJPC-07-044.pdf>.
- Burgess, Lizzy. 2016. "SPICe Briefing, Sağlık ve Sosyal Bakım Entegrasyonu." İskoçya Parlamentosu [http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB\\_16-70\\_Integration\\_of\\_Health\\_and\\_Social\\_Care.pdf](http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-70_Integration_of_Health_and_Social_Care.pdf).
- Busetto, L., K. Luijckx, A. Huizing ve B. Vrijhoef. 2015. "Hollandalı İki Bakım Grubuna Göre Tip 2 Diyabete Yönelik Bütünleşik sağlık Uygulaması: Vaka Çalışması." <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0320-z>.
- Busetto, Loraine, Katrien Luijckx, Stefano Calciolari, Laura Guadalupe, González Ortiz, Hubertus Johannes ve Maria Vrijhoef. 2018. "Bütünleşik sağlık İşgücünde Yaşanan Değişimler İle İlgili Engeller ve Kolaylaştırıcı Faktörler." *Uluslararası Bütünleşik sağlık Dergisi* 18 (2): 17. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.3587/>
- Campbell, J., J. Buchan,G. Comett,, B. David,G. Dussault,H. Fogstad,I. Fronteira,L. Rafael, F. Nyonator, A. Pablos-Méndez,E. E. Quain, A. Starrs ve V. Tangcharoensathien. 2013. "Sağlık ve Genel Sağlık Sigortasına Yönelik İnsan Kaynakları: Hakkaniyet ve Etkin Sigorta İmkânlarının Desteklenmesi" *Bull World Health Organ* 91 (11): 853-863. doi:10.2471/BLT.13.118729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853950/>.
- Carrier, E., M. K. Dowling ve H. H. Pham. 2012. "Bakım Koordinasyon Anlaşmaları: Engeller, Kolaylaştırıcı Faktörler ve Alınan Dersler." *Am J Manag Care* 18 (11): e398-404. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23198751>.
- Carter, K., E. Chalouhi, S. McKenna ve B. Richardson. 2011. "Bütünleşik sağlığın İşlerlik Kazanmasını İçin Gerekenler." *Health Int* 11: 48-55. [https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client\\_service/healthcare%20systems%20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11\\_48%20integrate\\_dcare\\_noprint.ashx](https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/dotcom/client_service/healthcare%20systems%20and%20services/health%20international/issue%202011%20new%20pdfs/hi11_48%20integrate_dcare_noprint.ashx).
- Chaiyachati, K. H., K. Gordon, T. Long, W. Levin, A. Khan, E. Meyer, A. Justice ve R Brienza. 2014. "Hasta Merkezli Evde Tıbbi Bakımda Devamlılık, Acil Servislere Başvuru Sayısını Azaltır." *PLoS ONE* 9 (5): e96356. doi:10.1371/journal.pone.0096356.
- Cotlear, D., S. Nagpal,O. Smith,A. Tandon ve R. Cortez. 2015. "GOING UNIVERSAL: Dünya Genelinde 24 Ülke, Genel Sağlık Sigortasını Yukarıdan Aşağıya Nasıl Uyguluyor?" Dünya Bankası Grubu [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/09/10/090224b0830cc779/1\\_0/Rendered/PDF/Going0universa0s0from0the0bottom0up.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/09/10/090224b0830cc779/1_0/Rendered/PDF/Going0universa0s0from0the0bottom0up.pdf).
- Curry, N;Harris, M; Gunn, L; Pappas, Y; Blunt, I; Soljak, M; Mastellos, N; Holder, H; Smith, J; Majeed, A; Ignatowicz, A; Greaves, F; Belsi, A; Costin-Davis, N; Jones Nielsen, J; Greenfield, G; Cecil, E; Patterson, S; Car, J; Bardsley, M, 2013. "Kuzey-Batı Londra'da Bütünleşik sağlık Pilot Uygulaması:

Karışık Yöntem Değerlendirmesi.” *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi*13

(3)<https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/278681>.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D. ve Schoen, C. 2014. “Ayna Ayna Söyle Bana: ABD Sağlık Sistemi Performansının Diğer Ülkelerle Karşılaştırılması Nasıl Yapılır” Milletler Topluluğu Fonu.

[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2014\\_jun\\_1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf).

Avustralya Sağlık Bakanlığı. 2015. *Birinci Basamak İstisare Grubu Nihai Raporu: Kronik ve Karmaşık Rahatsızlıkları Olan İnsanlara Yönelik Daha İyi Çıktılar*.

[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/76B2BDC12AE54540CA257F72001102B9/\\$File/Primary-Health-Care-Advisory-Group\\_Final-Report.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/76B2BDC12AE54540CA257F72001102B9/$File/Primary-Health-Care-Advisory-Group_Final-Report.pdf).

Desmedt, M., V. Sonja, J. Hellings, J. Bergs, E. Dessers, P. Vankrunkelsven, H. Vrijhoef, L. Annemans, N. Verhaeghe, M. Petrovic ve D. Vandijck. 2016. “Kronik Hastalığı Olan Hastalar İçin Bütünleşik Sağlık Modellerinin Ekonomik Etkisi: Sistematik İnceleme. *Sağlıkta Değer* 19 (6): 892–906.

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.05.001>.

Driscoll, D. L. 2017. “Birinci Basamak Uygulamasının Dönüştürülmesi.” Son Erişim: Mart 2017.

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu, Rockville, MD.

<https://www.ahrq.gov/ncepcr/grants/transforming-grants/profiles/driscoll.html>

Dünya Sağlık Örgütü. 2014. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, Türkiye Ülke Değerlendirmesi.

[https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH\\_%C3%9Clke\\_raporu\\_TR.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_%C3%9Clke_raporu_TR.pdf)

Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma İçin Avrupa İnovasyon Zirvesi. 2015. “B3 Eylem Grubu Bütünleşik Sağlık Olgunluk Matrisi Sunumu.”<https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/llano.pdf>

Avrupa Birliği. 2017. “Avrupa’da Bütünleşik Sağlık Değerlendirme Araçları ve Yöntemleri.”

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2017\\_bloks\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_bloks_en_0.pdf). (Erişim: 12 Ekim 2018).

2018. “Avrupa’da Birinci Basamağa Yönelik Yeni Bir İvme: Değerlendirme Araç ve Yöntemlerinin Gözden Geçirilmesi.”

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2018\\_primarycare\\_eg\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf).

Evans, J. M., A. Grudniewicz, G. R. Baker ve W. P. Wodchis. 2016. “Bütünleşik Sağlıkda Kurumsal Bağlam ve Yetkinlikler: Gelişim Çerçevesi.” *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi*16 (3): 1–14,

<http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2416>.

Gesundes Kinzigtal. 2013. “Bütünleşik Sağlık Değeri.” Yerel Hükümet Birliği,

<https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/kinzigtal-funding-flows-a-3fc.pdf>.

———. 2016. “Popülasyon Sağlığının Yönetimi.” Black Forest, Almanya, Küresel Sağlıkta

Yenilikçiler Forumu .<https://www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2017/01/Global-Forum-Gesundes-Kinzigtal-Case-study-2016.pdf>.

- Ghorob, A. ve T. Bodenheimer. 2012. "Birinci Basamağa Erişimin Arttırılması İçin Bakım Yükünün Paylaşılması." *New England Tıp Dergisi* doi:[10.1056/NEJMp1202775](https://doi.org/10.1056/NEJMp1202775).
- Gilburt, Helen. 2016. "Yeni Görevler Üstlenerek ve Yurtdışında Çalışarak Entegrasyonun Desteklenmesi: The King's Fund." [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/Supporting\\_integration\\_w eb.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Supporting_integration_w eb.pdf).
- Greenhalgh, T., J. Howick ve N. Maskrey. 2014. "Kanıtı Dayalı Tıp: Krize Girmiş Bir Hareket Mi?" *BMJ* 348: 3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.
- Gulliford, Martin. 2017. "Yorum: Birinci Basamağa Erişim ve Halk Sağlığı." *Lancet* 2:e532. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(17\)30218-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(17)30218-9.pdf).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu\\_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf).
- Hamer, S. ve G. Collinson. 2005. *Kanıtı Dayalı Uygulamada Başarı Kazanılması: E-Kitap: Pratisyenlerin El Kitabı*. <https://books.google.com/books?id=4d71BQAAQBAJ&lpg=PP1&ots=KCpznNNPFE&dq=evidenced%20based%20practice%20in%20primary%20care&lr&pg=PP1#v=onepage&q=evidenced%20based%20practice%20in%20primary%20care&f=false>.
- Hansen, P. M., D. H. Peters, H. Niayesh, L. P. Singh, V. Dwivedi ve G. Burnham. 2008. "Temel Sağlık Hizmetlerinin Verilmesinde Kaydedilen İlerlemelerin Ölçülmesi ve Yönetilmesi: Afganistan Sağlık Sektörü Karnesi." doi:10.1002/hpm.931. <https://www.measureevaluation.org/resources/networks/datausenet/dashboards-and-data-use-forum-may-2010/Afghanistan%20Balanced%20Scorecard%20-%20IHPM.pdf>.
- Hatano, Y., M. Matsumoto, M. Okita, K. Inoue, K. Takeuchi, T. Tsutsui, S. Nishimura ve T. Hayashi. 2017. "Japonya'da Toplum Temelli Bütünleşik sağlığın Öncüsü: Kırsal Bir Yerleşim Bölgesinin Ulusal Politikaya Etkisi." *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi* 17 (2): 1-9. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2451>.
- Sağlık Danimarka. 2018. "Danimarka - Tele-Sağlık Ülkesi." Resmi Rapor <https://www.healthcaredenmark.dk/media/1625194/HCD-Telehealth-white-paper-v1-single-0318.pdf>.
- Sağlık Derneği. 2011. "Hastaneden Çıkış: Ayakta Akut Tedavi ve Gününbirlik Hizmetler Yükünün Hastanelerden Toplum Sağlığı Merkezlerine Kaydırılmasına Yönelik Kanıtlar." <https://www.health.org.uk/publications/getting-out-of-hospital>.
- Hempel, S., Stockdale, S., Danz, M., Rose, D.E., Kirsh, S., Curtis, I. ve Rubenstein, L. 2018. "Birinci Basamakta Erişim Yönetimi." RAND. [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR2500/RR2536/RAND\\_RR2536.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR2500/RR2536/RAND_RR2536.pdf).
- Heslop, L., R. Power ve K. Cranwell. 2014. "Karmaşık Bakım Koordinasyonu İçin İşgücü Oluşturulması: İş Akış Faaliyeti İşlev Analizi" *Sağlık İnsan Kaynakları*. <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/52>.

Hildebrandt, H.,C. Hermann, R. Knittel, M. Richter-Reichhelm, A. Siegel ve W. Witzenrath. 2010. "Gesundes Kinzigtal Bütünleşik sağlık: Ortak Sağlık Kazanımı ve Ortak Tasarruf Anlaşması Doğrultusunda Toplum Sağlığının İyileştirilmesi."

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/pdf/ijic2010-2010046.pdf>

Huber, C.,O. Reich, M. Früh ve T. Rosemann. 2016. "Diyabet, Kalp-Damar Hastalıkları ve Solunum Rahatsızlıkları Olan Hastalarda Hastalık Sonucu Hastaneye Yatma ve Sağlık Maliyetlerinin Etkisi: İsviçre'den Temayül Eşleştirmeli Kohort Çalışması" *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015553/pdf/ijic-16-1-2455.pdf>

Hubertus, J., A. Huizing, K. Udayakumar, J. Gonzalez-Smith, K. Kadakia ve A. Thoumi. 2017. "Vaka Çalışması: Zio Bütünleşik Sağlık Ağı." Hollanda.

[https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/netherlands\\_25jan2017.pdf](https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/netherlands_25jan2017.pdf)

Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü. 2003. "Breakthrough Series: Devrim Niteliğinde Gelişme Sağlamaya Yönelik Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü Ortak Modeli." Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü İnovasyon Serisi Resmi Raporu. Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü, Boston.

<http://www.ihl.org/resources/layouts/download.aspx?SourceURL=%2fresources%2fKnowledge+Center+Assets%2f364ac260-175b-498d-ae21-8670db1fbc92%2fIHIBreakthroughSerieswhitepaper2003.pdf>

———. 2019. "Benzersiz Sorunlar, Yaratıcı Çözümler\_ Gelişmekte Olan Ülkelerde Bakımın Geliştirilmesi ve Değişimin Yaygınlaştırılması."

<http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/UniqueChallengesCreativeSolutions.aspx>. (Erişim: 5 Şubat 2019).

Letamendi, Iker. "ITHACA (Herkes İçin Sağlıkta ve Bakımda İnovasyon) Projesi." Interreg Europe

[https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user\\_upload/tx\\_tevprojects/library/file\\_1536224467.pdf](https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user_upload/tx_tevprojects/library/file_1536224467.pdf)

Lewis, Richard Q.,R. Rosen, N. Goodwin ve J. Dixon.2010. "İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi İçerisinde Bütünleşik sağlık Kuruluşlarının Geleceği." The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>

Lyngsø, Anne Marie, Nina Skavlan Godtfredsen, Dorte Høst ve Anne Frølich. 2014. "Bütünleşik sağlık Değerlendirme Araçları: Sistematik İnceleme." *Int J Integr Care* 14

<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/299097/1184-7142-1-PB.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Maruthappu, Mahiben, Ali Hasan ve Thomas Zeltner. 2015. "Bütünleşik sağlık Uygulamasını Kolaylaştıran Etmenler ve Önündeki Engeller" *Sağlık Sistemleri & Reform* 1 (4): 250–256.

doi:10.1080/23288604.2015.1077301. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1077301>.

Miyata, H.,S. Ezoe, M. Hori, M. Inoue, K. Oguro, T. Okamoto, K. Onishi, K. Onozaki, T. Sakakibara, K. Takeuchi, Y. Tokuda, Y. Yamamoto, M. Yamazaki ve K. Shibuya. 2015. "Japonya'nın Vizyonu: Sağlık Hizmetleri 2035." <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26122147>.

- SB. 2015. "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Maliyet Etkinlik Notu."
- . 2018. "Sağlıklı Hayat Merkezlerine Yönelik Kılavuzlar."
- Nelson, K., P. W. Sylling, L. Taylor, D. Rose, A. Mori ve S. D. Fihn. 2017. "Klinik Kalite ve Evde Hasta Merkezli Bakım." *Amerikan Tıp Dergisi Association*  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28459952>.
- Nolan, K., M. W. Schall, F. Erb ve T. Nolan.2005. "Yaygınlaştırma Çerçevesinden Yararlanılması: Gazi Sağlığı İdaresi'nde Hasta Erişimi Vakası." [http://qi.elft.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/05/15\\_case\\_study\\_three\\_08\\_schall\\_va.pdf](http://qi.elft.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/05/15_case_study_three_08_schall_va.pdf).
- Nolte, Ellen ve Martin McKee. 2008. "Kronik Hastalığı Olanlara Yönelik Bakım: Sağlık Sistemine Bakış." Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi  
[http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96468/E91878.pdf](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf).
- OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü). 2016. "OECD Ülkelerinde Sağlık İşgücü Politikaları Countries: Doğru İş, Doğru Beceri, Doğru Yer, OECD, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-575>.
- O'Malley, A. 2012. "Acil Servislerin Az Kullanılması ve Karşılanmayan Tıbbi İhtiyaçların Azalması İle İlişkili Olarak Mesai Saatleri Dışında Birinci Basamak Uygulamalarına Sağlanması." *Sağlık İşleri*  
<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2012.0494>.
- . 2013. "Acil Servislerin Az Kullanılması ve Karşılanmayan Tıbbi İhtiyaçların Azalması İle İlişkili Olarak Mesai Saatleri Dışında Birinci Basamak Uygulamalarına Erişim Sağlanması." *Sağlık İşleri* 32 (1): 175–183. (<http://content.healthaffairs.org/content/32/1/175.full.html>).
- Onder, G.,K. Palmer, R.Navickas, E. Jureviciene, F. Mammarella, M. Strandzheva ve ark. 2015. "Birden Fazla Hastalık Sorunu İle Yüzleşme Zamanı: Kronik Hastalıklar ve Yaşam Döngüsü İçerisinde Sağlıklı Yaşlanmanın Desteklenmesi Ortak Eylem Grubu'ndan Edinilen Avrupa'ya Has Bir Bakış Açısı (JA-CHRODIS)." *Avrupa İç Hastalıklar Dergisi* 26 (3): 157–9.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.020> Epub 2015/03/24.
- Oni, T., N. McGrath, R. BeLue, P. Roderick, S. Colagiuri ve C. R. May ve ark. 2014. "Kronik Hastalık ve Birden Fazla Hastalık—DSÖ'nün Sağlıkta Geçiş Aşamasında Olan Ülkelere Yönelik ICC Modelinin Konsept Olarak Değiştirilmesi." *BMC Toplum Sağlığı* 14: 575. Hempel, S. 2018. "Birinci Basamakta Erişim Yönetimi: Uzmanlar Grubunun Görüşleri." Rand.  
[https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR2536.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2536.html).
- Orueta,J., M. Mateos Del Pinoa, I. Berazaa, R. Solinis, M. Zubizarreta ve C. Sarabia. 2013. "Bask Bölgesi'nde Popülasyon Sınıflandırması: İlk Uygulama Yılında Elde Edilen Sonuçlar." doi: 10.1016/j.aprim.2012.01.001.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671200182?via%3Dihub>.
- Øvretveit, J. 2017. "İnsan Merkezli Bütünleşik sağlık Destekleyen Dijital Teknolojiler." *Uluslararası Bütünleşik sağlık Dergisi* 17(4): 6. <http://doi.org/10.5334/ijic.3051>.

Quackenbush, James, Roger Shenkel ve Victoria Schatz. 2004. "Mesai Saatleri Dışında Çalışan Başarılı Bir Klinik Nasıl Oluşturulur? Amerikan Aile Hekimliği Akademisi."

<https://www.aafp.org/fpm/2004/0100/p39.html>

Raleigh, V., M. Bardsley, P. Smith, G. Wistow, R. Wittenberg, B. Erens ve N. Mays. 2014. *Bütünleşik sağlık ve Destek Öncüleri: Bütünleşik sağlık Kalitesini Ölçme Göstergeleri. Nihai Rapor*. PIRU Yayınevi 2014-8. [https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/IC\\_and\\_support\\_Pioneers-Indicators.pdf](https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/IC_and_support_Pioneers-Indicators.pdf).

Reich, Michael R. ve Kenji Shibuya. 2015. "Japonya Sağlık Sistemi'nin Geleceği — Hakkaniyetli Sağlık Hizmetlerinin Düşük Maliyetlerle Sürdürülmesi." *N Engl J Med* 373 (19): 1793–1797. doi:10.1056/nejmp1410676

Reinertsen, J. L., M. Bisognano ve M. D. Pugh. 2008. "Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü. İnovasyon Serisi: Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kurumsal Düzeyde Gelişim İçin Gerekli Yedi Liderlik Özelliği (İkinci Baskı)." IHI İnovasyon Serisi Resmi Raporu. Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü, Cambridge,

MA. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/SevenLeadershipLeveragePointsWhitePaper.aspx>.

Reinertsen, J. L., A. G. Gosfield, W. Rupp ve J. W. Whittington. 2007. "Kaliteyi Arttırma Sürecine Doktorların Dâhil Edilmesi." Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü İnovasyon Serisi Resmi Raporu, Sağlık Bakım Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü, Cambridge, MA.

[http://www.ihl.org/resources/layouts/download.aspx?SourceURL=%2fresources%2fKnowledge+Center+Assets%2fIHIWhitePapers++EngagingPhysiciansinaSharedQualityAgenda\\_146fd2f3-3d61-42ea-af95-fdc76761e665%2fIHIEngagingPhysiciansWhitePaper2007.pdfv](http://www.ihl.org/resources/layouts/download.aspx?SourceURL=%2fresources%2fKnowledge+Center+Assets%2fIHIWhitePapers++EngagingPhysiciansinaSharedQualityAgenda_146fd2f3-3d61-42ea-af95-fdc76761e665%2fIHIEngagingPhysiciansWhitePaper2007.pdfv)

Resmi Gazete, Sayı 29007. 2014. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair

yönetmelik <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12541,20140522-29007-sag-meslek-mensuplari-ile-sag-hizde-cal-diger-meslek-mensuplarinin-is-ve-gorev-tanimlarina-dair-yonetmelikpdf.pdf?>

Rosland, A.M., E. Wong, M. Maciejewski, D. Zulman, R. Piegari, S. Fihn ve K. Nelson. 2017. "Hasta Merkezli Evde Bakım Uygulaması ve Kronik Hastalık Bakım Kalitesinin İyileştirilmesi: Boylamsal-Gözlemsel Araştırma." *Sağlık Hizmetleri Araştırması* 53 (4): 2503–2522. doi: 10.1111/1475-6773.12805.

Safety Net Medical Home Initiative. 2013a. "Katılımlı Liderlik."

<http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Implementation-Guide-Engaged-Leadership.pdf>.

——— 2013b. "Hasta Merkezli Etkileşimler İçin Uygulama Kılavuzu."

<http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Implementation-Guide-Patient-Centered-Interactions.pdf>.

———. 2014. "Hasta Merkezli Evde Bakım Değerlendirmesi (PCMH-A)." Güvenlik Ağı Evde Bakım Uygulamasından Avustralya için Uyarlanmıştır.

<http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/pcmh-a.pdf>.

- Sağlık-Sen. 2014. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf>
- Sağlık Bilgi sistemleri Genel Müdürlüğü T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2015. Gösterge Yönetimi Rehberi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3502.gostergeyonetimirehberi-1408151pdf.pdf>
- Schottenfeld, L., D. Petersen, D. Peikes, R. Ricciardi, H. Burak, R. McNellis ve J. Genevro. 2016. *Hasta Merkezli ve Ekip Temelli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Oluşturulması*. Rockville, MD: Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu. <https://pcmh.ahrq.gov/page/creating-patient-centered-team-based-primary-care>.
- Schultz, E.,N. Pineda, J. Lonhart, S. Davies ve K. McDonald. 2013. "Bakım Koordinasyonunun Ölçümüne İlişkin Sistematik İnceleme." *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması* 13: 119. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/119>.
- SCIE. 2018. "Bütünleşik sağlık Sunumu. Çok Disiplinli Ekibe Düşen Görev." <https://www.scie.org.uk/integrated-health-social-care/measuring-progress/role-multidisciplinary-team>.
- Selfie 2020. 2016. *Çalışma Paketi 2 Raporu, Almanya*. [https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE\\_WP2\\_Germany\\_Final-thick-descriptions.pdf](https://www.selfie2020.eu/wp-content/uploads/2016/12/SELFIE_WP2_Germany_Final-thick-descriptions.pdf).
- Sharfstein, J. M. 2014. "Toplum Sağlığının Tuhaf Yolculuğu." *Milbank Quarterly* 92 (4): 640–3. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12082>.
- Shi, L., B. Starfield, R. Politizer ve J. Regan. 2002. "Birinci Basamak, Öz Sağlık Değerlendirmesi ve Sağlıkta Sosyal Farklılıkların Azaltılması." *Sağlık Hizmetleri Araştırması* 37 (3): 529–550. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434650/>.
- Sosyal Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü. 2017. "Entegrasyon Karnesi Hazırlama: Sağlık ve Sosyal Bakım Entegrasyonuna Yönelik İlerlemelerin Anlaşılması ve Ölçülmesi İçin Bir Model." <https://www.scie.org.uk/files/integrated-health-social-care/measuring-progress/scorecard/developing/developing-an-integration-scorecard.pdf>.
- Solinis, Pérez P., N. Polanco ve C. Quevedo. 2013. "Bütünleşik sağlık: Bask Örneği." *Uluslararası Sağlık Yönetimi Dergisi* t 6 (4): 211–216. <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/06/IC-Basque.pdf>.
- Sørensen, K.,J. Pelikan, F. Rothlin, K. Ganahl, Z. Slonska, G. Doyle, J. Fullam, B. Kondilis, D. Agrafiotis, E. Uiters, M. Falcon, M. Mensing, K. Tchamov, S. van den Broucke ve H. Brand. 2015. "Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Sonuçları (HLS-EU)." doi:10.1093/eurpub/ckv043 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>
- Stein, V. 2016. *Dünyada Bütünleşik sağlık: Polonya'da Sağlık (Birinci Basamak) Bakım Hizmetlerini İyileştirmeye Yarayacak Örnekler*. [https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport\\_Opieka\\_koordynowana\\_ENG.pdf](https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport_Opieka_koordynowana_ENG.pdf).

Stout, S., C. Klucznik, A. Chevalier, R. Wheeler, J. Azzara, L. Gray, D. Scannell, L. Sweeney, M. Saginario, I. Lopes ile K. Meisinger, M. Littlefield ve A. Jorgensen. "Cambridge Ekip Temelli Bakım Uygulaması Kılavuzu ve Araç Setine İlişkin Sağlıkta Birlik Modeli."

[https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs\\_campaigns/samhsa\\_hrsa/team-based-care-implementation.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/samhsa_hrsa/team-based-care-implementation.pdf).

Strandberg-Larsen, M. ve A. Krasnik. 2009. "Entegre Hizmet Sunumunun Ölçümü: Yöntemler ve Geleceğe Yönelik Araştırmaların Yönüne Dair Sistemik İnceleme." *Uluslararası Bütünleşik Sağlık Dergisi*9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663702/pdf/ijic2009-200901.pdf>.

Struckman, V. ve ark. 2017. "Birden Fazla Hastalık için Bütünleşik Sağlık Modelleri ve Unsurları: Kapsamlı Bir Değerlendirmenin Sonuçları." <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.008>.

T.C. Sağlık Bakanlığı. 2016. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması,

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>.

Ekonomik İstihbarat Birimi Limitet. 2016. "Değer Bazlı Sağlık Hizmetlerine Entegre Yaklaşım: Almanya'dan Gesundes Kinzigtal Örneği." <http://vbhcglobassessment.eiu.com/an-integrated-approach-to-value-based-healthcare-germanys-gesundes-kinzigtal/>

The King's Fund. 2017. "Hesap Verebilir Bakım Sistemlerinin Oluşturulması: Yeni Zelanda Canterbury Örneğinden Alınan Dersler." <https://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-accountable-care-systems>.

Tranberg, M., P. Vedsted, B. Hammer, M., Christensen, S. Birkeland ve G. Moth. 2018. "Danimarka'da Mesai Saati Sonrası Birinci Basamak Bakım Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Düşük Olmasına İlişkin Faktörler—Popülasyon Temelli Enine Kesit Çalışması." *BMC Family Practice* <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-017-0681-6>.

Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. 2004. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/166>.

Weinick, R.M., R. M. Burns ve A. Mehrotra. 2010. "Acil Servislere Yapılan Başvuruların Çoğu, Acil Bakım Merkezleri'nde ve Toplu Klinikler'de Halledilebilir". *Sağlık İşleri (Millwood)*29(9):1630–6. doi:10.1377/hlthaff.2009.0748.

Valentijn, P. P., S. M. Schepman, W. Opheij ve M. A. Bruijnzeels. 2013. "Bütünleşik Sağlık Anlaşılması: Birinci Basamağın Entegrasyon İşlevleri Doğrultusunda Kapsamlı Bir Konsept Çerçevesi." *Int J Integr Care*13: e010.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü). 2002. *Kronik Hastalıklar İçin Yenilikçi, Harekete Geçirecek Yapı Taşları*. DSÖ Küresel Raporu.

<http://www.DSÖ.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>.

———. 2010a. "Sağlık Sistemlerinin Finansmanı: Genel Sağlık Sigortasına Giden Yol." Dünya Sağlık Örgütü. <https://www.DSÖ.int/whr/2010/overview.pdf>.

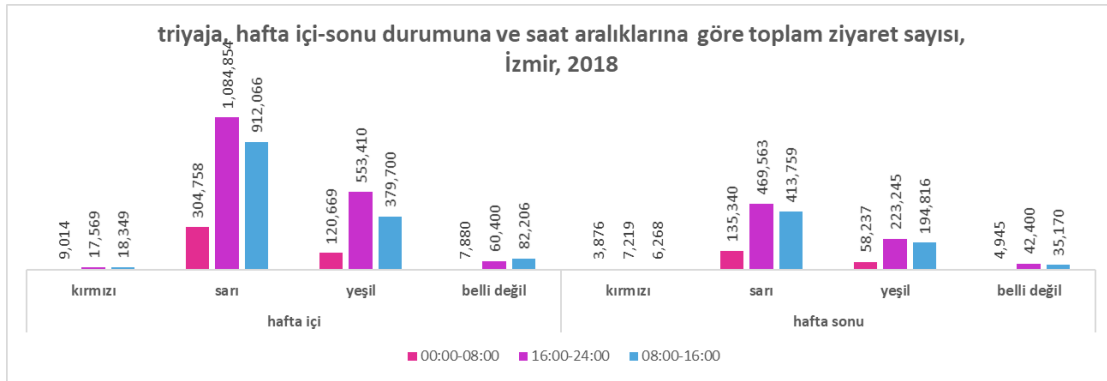
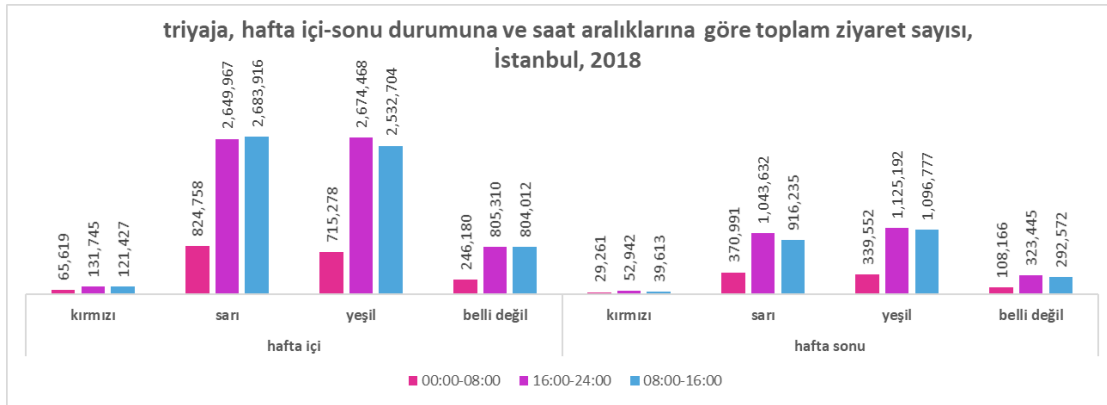
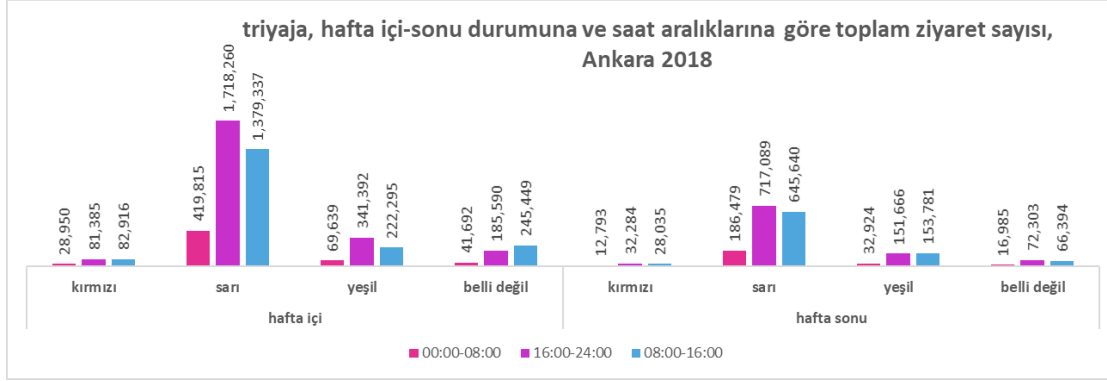


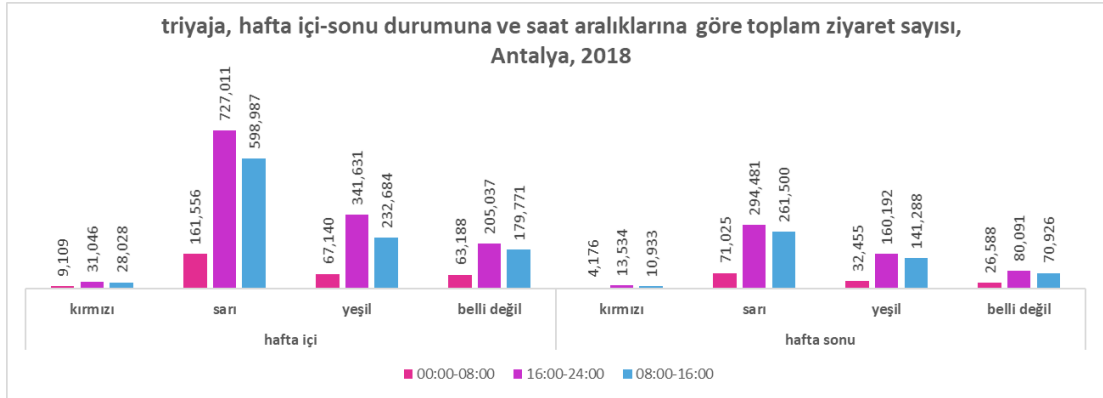
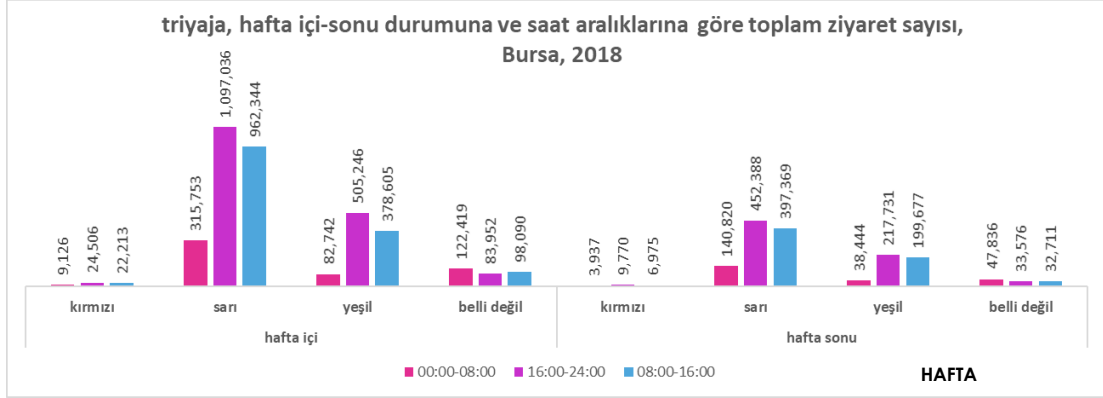
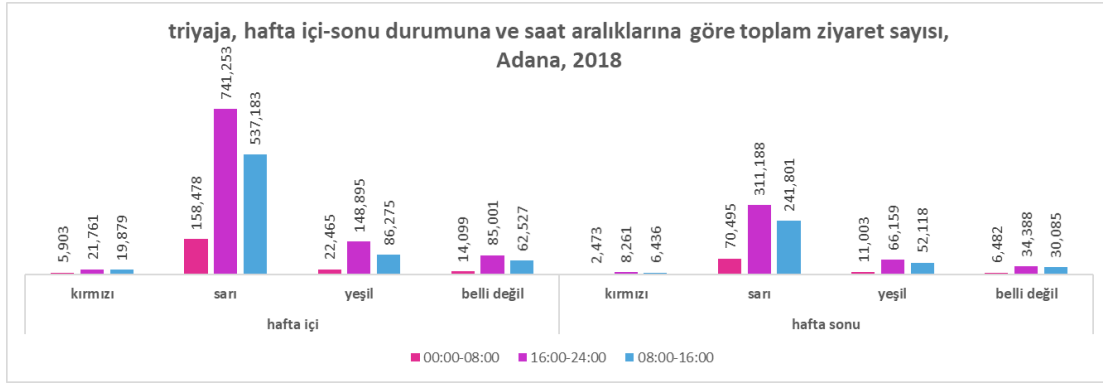
- .2010b. *Kaynakların Yetersiz Olduğu Ortamlarda Birinci Basamak İçin Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Elzem Müdahaleler Paketi*. Cenevre: DSÖ. [https://www.DSÖ.int/cardiovascular\\_diseases/publications/pen2010/en/](https://www.DSÖ.int/cardiovascular_diseases/publications/pen2010/en/).
- . 2013. “Yol Haritası. DSÖ Avrupa Bölgesi’nde İnsan Merkezli Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi. Koordineli/Entegre Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Eylem Çerçevesi (CIHSD).” DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Danimarka. ”” [http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf).
- . 2015. “İnsan Merkezli ve Entegre Sağlık Hizmetlerine Genel Bir Bakış. Eldeki Kanıtlara Genel Bir Bakış” <https://www.DSÖ.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>.
- . 2016a. *Sağlıklı Ol Hareketli Ol Raporu 2016*.<https://www.DSÖ.int/ncds/prevention/be-healthy-be-mobile/report-2016/en/>.
- . 2016b. “Bütünleşik sağlık Modelleri: Genel Bakış.” [http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).
- . 2016c. “Sağlıkta İnsan Kaynaklarına İlişkin Küresel Strateji: İşgücü 2030.” [https://www.DSÖ.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](https://www.DSÖ.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1).
- . 2017. “Kronik Hastalık Risk Faktörü Sürveyansına STEPwise Yaklaşımı.” STEPS. [http://www.DSÖ.int/ncds/surveillance/steps/DSÖ\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_ENG\\_19.06.2018.pdf](http://www.DSÖ.int/ncds/surveillance/steps/DSÖ_Turkey_Risk_Factors_A4_ENG_19.06.2018.pdf).
- . 2018. *Nihai Rapor. BOH’ların Diğer Program Alanlarına Dâhil Edilmesine İlişkin DSÖ BOH’ların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Koordinasyon Mekanizması Çalışma Grubu 3.1, 2016–2017*. Cenevre: DSÖ. <https://apps.DSÖ.int/iris/handle/10665/312271>
- DSÖ Avrupa. 2015. “Almanya’da Ayakta Tedavi Gerektiren Hassas Hastalıklar.” [http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/295573/ASCS-Germany-2015-rev1.pdf](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0004/295573/ASCS-Germany-2015-rev1.pdf).
- .2016. “Portekiz’de Ayakta Tedavi Gerektiren Hassas Hastalıklar.” [http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/307195/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Portugal.pdf](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0007/307195/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Portugal.pdf).
- DSÖ, SB ve UNDP. 2018. “Türkiye’de BOH’ların Önlenmesi ve Kontrolü Yatırım Örneği.” [http://www.euro.DSÖ.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/387162/bizzcase-tur-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.DSÖ.int/_data/assets/pdf_file/0009/387162/bizzcase-tur-eng.pdf?ua=1).
- DSÖ, OECD ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası /Dünya Bankası. 2018. “Sağlıkta Nitelikli Hizmet Sunumu: Genel Sağlık Sigortası İçin Küresel Bir Gerekliklik.” <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>.
- Willis, C. D., J. Saul, H. Bevan, M. Scheirer, A. Best, T. Greenhalgh, R. Mannion, E. Cornelissen, D. Howland, E. Jenkins ve J. Bitz. 2016. “Sağlık Sistemlerinde Kurumsal Kültür Değişiminin Sürdürülmesi.” *Sağlık Düzenlemeleri ve Yönetimi Dergisi* 30 (1): 2–30. <http://dx.doi.org/10.1108/IHOM-07-2014-0117>.

Wootton, Richard. 2012. "Kronik Hastalık Yönetiminde Teletıbbın Yirmi Yılı—Delil Sentezi. *Teletıp ve Telebakım Dergisi* 18: 211-220. doi:10.1258/jtt.2012.120219

## Ek 1: Türkiye'nin En Büyük Altı İlde Acil Servis Başvuruları

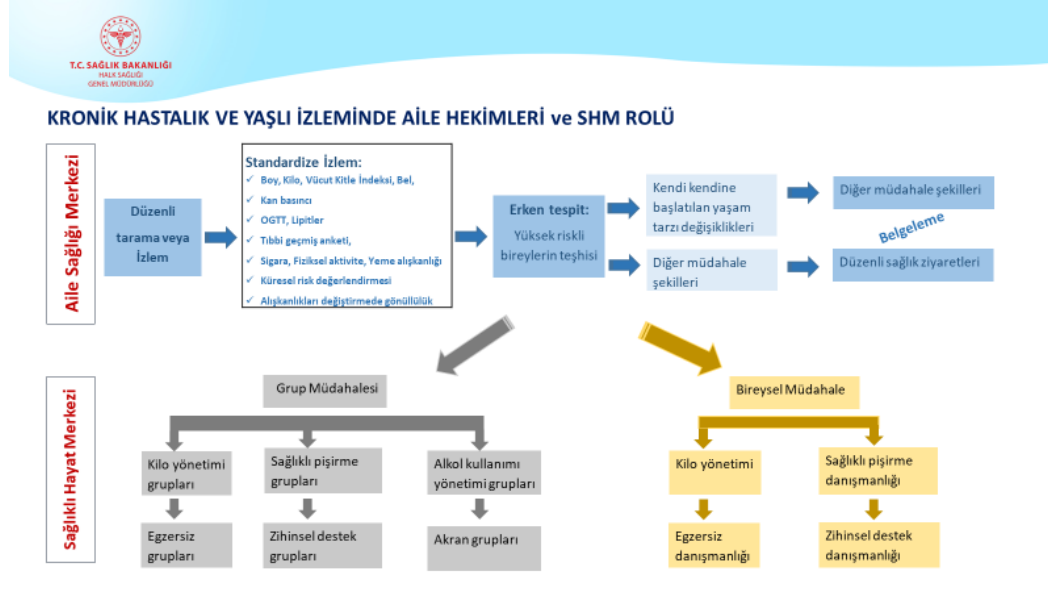
Türkiye'nin en büyük illerindeki acil servislere başvurular, ülke genelindeki başvuru sayıları ile aynı doğrultudadır. Altı ilde de vakaların çoğu, sarı veya yeşil triyaj kategorisindeyken acil servislerden en çok mesai saatleri sonrasında yararlanılmaktadır (özellikle 16.00-24.00 saatleri arasında ve hafta sonları).



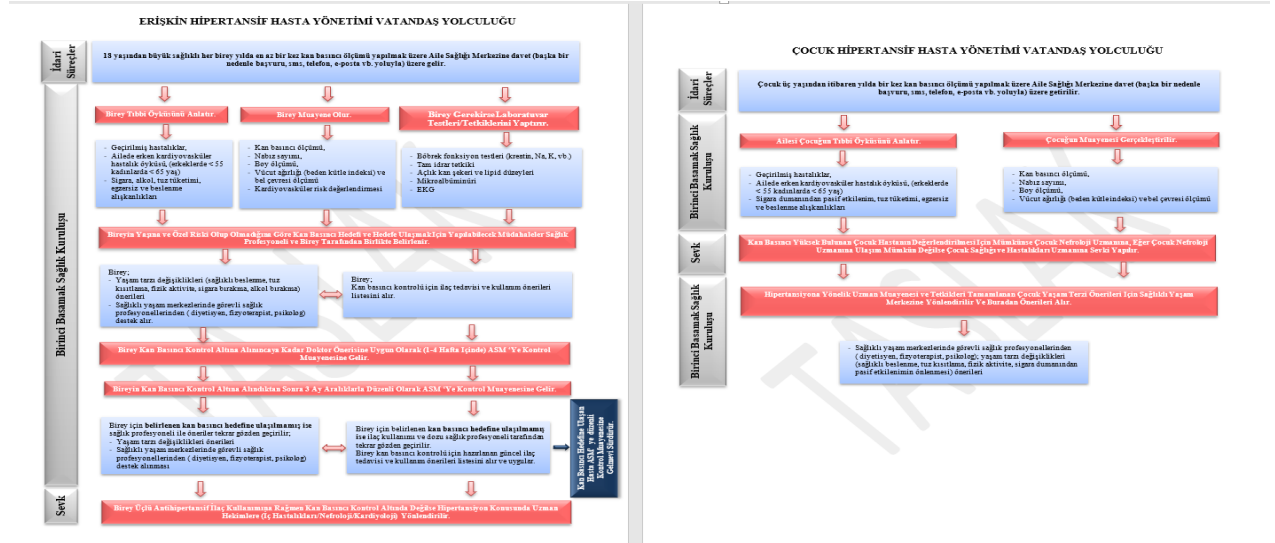


## Ek 2: BOH ve Yaşlı Bakımında Birinci Basamak Hizmet Sağlayıcılarına Düşen Görev ve SB'nin HT ve KDH risk değerlendirmesi için geliştirdiği protokoller

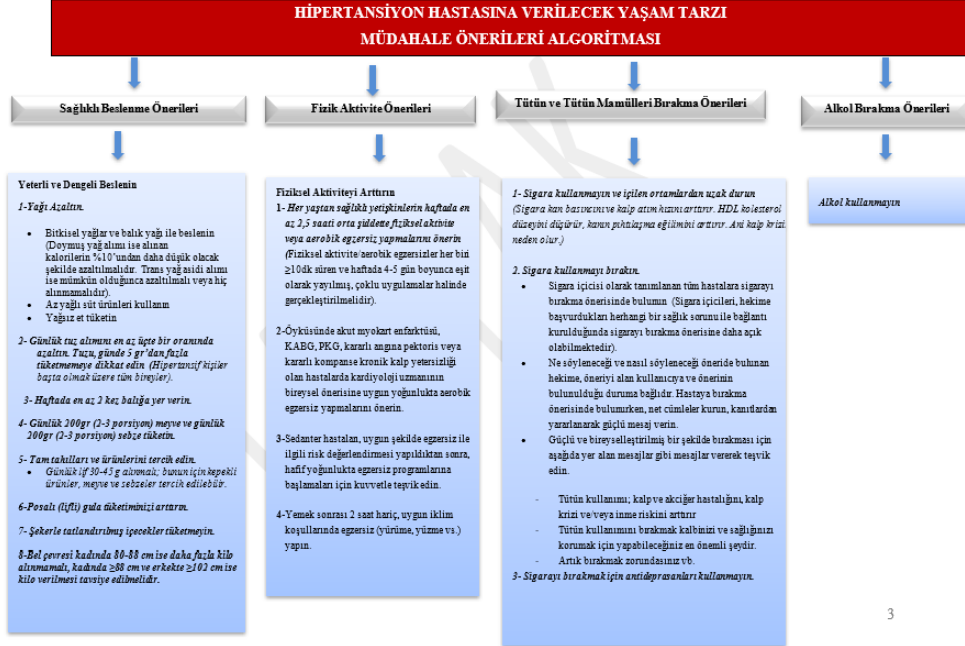
Aşağıdaki şemada, ASM ve SHM personelinin bakım hizmetine yönelik görevleri ve iş akışları gösterilmektedir. Şemada, ayrıca SHM'lerin grup müdahaleleri veya bireysel müdahaleler ile harekete geçebildiği bu iki merkez arasındaki koordinasyona da vurgu yapılmaktadır.



## HT'ye Yönelik Hasta Protokolleri



Aşağıdaki şemalarda, HT risk değerlendirme süreç akışı ve hastaya sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olması için verilen tavsiyeler gösterilmektedir. Beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareket, sigara ve alkol tüketiminin bırakılması ile ilgili tavsiyeler; yaşam tarzı ile ilgili tavsiyeler arasında yer almaktadır.



# KDH Risk Değerlendirmesine Yönelik Hasta Protokolleri

Aşağıdaki şemada, KDH risk değerlendirme süreç akışı ve hastaya sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olması için verilen tavsiyeler gösterilmektedir. Beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareket, sigara ve alkol tüketiminin bırakılması ile ilgili tavsiyeler; yaşam tarzı ile ilgili tavsiyeler arasında yer almaktadır.

