

# BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİ

Doç. Dr. Gönül Dinç



*Sevgili anneme ve babama*

## **BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİ**

**DOÇ. DR. GÖNÜL DİNÇ**

**İletişim:** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.  
Tel:0 236 239 13 18  
e-mail: gonul.dinc@bayar.edu.tr

**Yayın Hakları:** Bu yapının tüm hakları saklıdır. Yazarın yazılı izni alınmaksızın tamamen, bölüm olarak ya da özetlenerek hiçbir yöntemle kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.  
Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

**ISBN:** 978-9944-62-857-0

**Birinci basım:** Haziran, 2009

**Kapak tasarımı:** Turgut Gökcalp

**Baskı:** Celal Bayar Üniversitesi Matbaası  
45020 MANİSA

# İçindekiler

<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>İ</b>
<b>ÖNSÖZ.....</b>	<b>V</b>
<b>TERİMLER (TÜRKÇE- İNGİLİZCE) .....</b>	<b>Vii</b>
<b>TERİMLER (İNGİLİZCE- TÜRKÇE) .....</b>	<b>Xi</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>XV</b>
<b>EK TABLO DİZİNİ .....</b>	<b>XVI</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ.....</b>	<b>XVII</b>
<b>I. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>II. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ .....</b>	<b>5</b>
<b>III. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDAKİ YÖNETİM BİRİMLERİ.....</b>	<b>9</b>
III.1. SAĞLIK BAKANLIĞI .....	9
III.2. YEREL SAĞLIK YÖNETİM BİRİMLERİ .....	9
<i>Stratejik Sağlık Yönetimleri .....</i>	<i>9</i>
<i>Bölge Sağlık Yönetimleri .....</i>	<i>10</i>
<i>USH kapsamında stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimleri açısından yapılan son değişiklikler .....</i>	<i>11</i>
<b>IV. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA SUNULAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....</b>	<b>13</b>
IV.1. GP/GP GRUPLARI .....	15
<i>GP/GP Grubunda Çalışan Sağlık Personelinin Görevleri.....</i>	<i>18</i>
<i>GP/GP Grubunda Hizmet Sunumu ile İlgili Bilgiler.....</i>	<i>21</i>
<i>GP/GP Gruplarının Gelirleri: Ödeme Şekilleri ve Sözleşmeler.....</i>	<i>25</i>
IV.2. TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ .....	36
IV.3. AYAKTA TANI VE TEDAVİ HİZMETİ SUNAN DİĞER BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARI .....	37
<i>Mesai Saatleri Dışında Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar .....</i>	<i>37</i>
<i>Sağlık İstasyonları.....</i>	<i>38</i>
<i>ALO Ulusal Sağlık Hizmeti .....</i>	<i>39</i>
<i>Sağlık Kabinleri.....</i>	<i>40</i>
<i>Ambulans Hizmetleri .....</i>	<i>40</i>

<b>V. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>	<b>43</b>
V.1. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİNDE İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ SUNAN KURUMLAR .....	43
V.2. HASTANE YÖNETİMLERİNİN GELİRLERİ .....	46
<i>Hastane yönetimlerine yapılan ödemeler ve hastane yönetimleri ile yürütülen sözleşmeler.....</i>	<i>46</i>
<i>GP/GP grubu hastane sözleşmesi .....</i>	<i>48</i>
<i>Hastanelerde çalışan sağlık personeline yapılan ödemeler.....</i>	<i>49</i>
V.3. İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TANI VE TEDAVİ HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA YENİ UYGULAMALAR .....	50
<b>VI. KALİTE STANDARTLARININ SAĞLANMASI KONUSUNDA BAZI UYGULAMALAR .....</b>	<b>53</b>
VI.1. ULUSAL HİZMET ÇERÇEVELERİ.....	53
VI.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DENETLENMESİ VE İZLENMESİ KOMİSYONU .....	53
VI.3. ULUSAL KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME ENSTİTÜSÜ .....	54
VI.4. ELEKTRONİK SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ .....	55
<b>VII. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI .....</b>	<b>57</b>
<b>VIII. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNDE YAKIN GEÇMİŞTE YAPILAN DEĞİŞİKLİKLER .....</b>	<b>61</b>
VIII.1. MUHAFAZAKAR PARTİ DÖNEMİ (1989- 1997) .....	61
<i>Muhafazakar Parti Reformlarının Etkileri .....</i>	<i>65</i>
VIII.2. İŞÇİ PARTİSİ DÖNEMİ (1997- HALEN) .....	67
<i>Yerel Yönetim Birimleri Konusunda Yapılan Değişiklikler.....</i>	<i>67</i>
<i>İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar.....</i>	<i>68</i>
<i>İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri İçin Bekleme Süreleri İle İlgili Veriler.....</i>	<i>72</i>
<i>GP/GP Grubunca Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar .....</i>	<i>74</i>
<i>Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Geliştirmeye Yönelik Uygulamalar.....</i>	<i>76</i>
<b>IX. SON SÖZ .....</b>	<b>77</b>
<b>EK 1: USH KISA TARİHÇESİ.....</b>	<b>79</b>
<b>EK 2: KALİTE VE SONUÇLAR ÇERÇEVESİ .....</b>	<b>85</b>

---

KLİNİK ALAN.....	85
YÖNETİM ALANI .....	101
HİZMET KALİTESİ ARAŞTIRMALARINDAN ELDE EDİLEN BİLGİLER.....	106
Ek HİZMETLER ALANI.....	108
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>109</b>





## **ÖNSÖZ**

Kasım 2005-Nisan 2006 tarihleri arasında Ulusal Sağlık Hizmeti yapısını ve bu yapı içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum şeklini öğrenmek üzere Birleşik Krallık'ta bulundum. Kitap bu süre içinde edindiğim bilgiler, gözlemlerim ve Birleşik Krallık sağlık sistemi konusundaki yayınlanmış çalışmalarını değerlendirmem sonucunda oluştu.

Birleşik Krallık sağlık sistemi -sistemin önemli bir bölümünü oluşturan Ulusal Sağlık Hizmeti- özellikle eşitlik ve verimlilik açısından başarılı bir sağlık sistemi olarak kabul edilmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetinde son 20 yıldır reform çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmaların etkileri uluslararası bilim çevrelerince yakından izlenmektedir.

Halen ülkemizde aile hekimliği sistemine geçiş süreci yaşanmaktadır. Birleşik Krallık sağlık sistemini birinci basamak sağlık hizmetleri açısından oldukça ayrıntılı olarak ele aldığım kitabımın bu süreçte yaşanan tartışmalara katkısı olacağını umut ediyorum.

Çalışmam sırasındaki danışmanım Bristol Üniversitesi Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Bölümü (Primary Care Unit) öğretim üyesi Prof Dr Chris Salisbury'e desteği için şükran borçluyum. Ayrıca bu konuda burs desteği sağlayan Dünya Sağlık Örgütü'ne ve konu ile ilgili destekleri için Sağlık Bakanlığımıza ve Hocam Prof Dr Cemil Özcan'a; kitabı değerlendirerek eleştirileri ile katkıda bulunan arkadaşlarım Uzman Dr Mestan Emek ve Prof Dr Erhan Eser'e; kitabın düzenlenmesi konusunda yardımcı olan Hakan Baydur'a teşekkür ederim.

Doç Dr Gönül Dinç



## **TERİMLER (Türkçe- İngilizce)**

- Aile sağlığı hizmetleri yönetimi: Family health services authority
- Alan hemşiresi: District nurse
- ALO Ulusal Sağlık Hizmeti: NHS Direct
- Alt bölge sağlık yönetimi: District health authority (Muhafazakar Parti Dönemi)
- Ambulans yönetimi: Ambulance trust
- Bakımevi : Nursery
- Bakım hastanesi : Community hospital
- Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi: Personal medical services contract
- Bölge sağlık yönetimi: Primary care trust (PCT) (İşçi Partisi dönemi)
- Bölge sağlık yönetimi: Regional health authority (Muhafazakar Parti dönemi)
- Bütçe tutucu GP: GP fundholder
- Dal merkezi: Treatment centre
- Devlet hastanesi: District general hospital
- Devlet hastaneleri yönetimi: Acute trust
- Ebe: Midwife
- Global bütçe/ blok sözleşme: Block contract
- Geliştirilmiş erişim: Advanced access
- Genel pratisyen kooperatifleri: GP cooperatives
- Genel pratisyen veya genel pratisyen grupları: GP practices
- Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi: General medical services contract
- GP/GP grubu hastane sözleşmesi: Practice based commissioning
- GP/GP grubunda çalışan hemşire: Practice nurse
- Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH): Gross domestic product (GDP)

- Hasta bakımı yönetimi: Care trust
- Hasta tercihi: Patient choice
- İdari ve mali işler sorumlusu: Practice manager
- İlaç Kontrol Şubesi: Medicines Control Agency (MCA)
- Kalite ve sonuçlar çerçevesi: Quality and outcomes framework
- Kişi başı ödeme : Per capita payment
- Klinik uzman : Consultant
- Maliyet ve miktar sözleşmesi: Cost and volume contract
- Mental sağlık bakım yönetimi: Mental health care trust
- Mezuniyet sonrası eğitim dekanlıkları: Post graduate deaneries
- Mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar: Out of hours services
- Paket ödeme tanı grupları: Health care resource groups (HRGs)
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi: Psychiatric hospital
- Sağlık istasyonları: Walk in centres
- Sağlık merkezi (binası): Surgery/ health centre
- Sağlık ziyaretçisi: Health visitor
- Seç ve randevunu al : Choose and book
- Sonuçlara göre ödeme : Payment by results
- Sağlığı Geliştirme Komisyonu: Commission for Health Improvement (CHI)
- Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu: Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)
- Sağlık kabinleri: Minor injuries units
- Stratejik sağlık yönetimleri: Strategic health authorities (SHA)
- Tıbbi Aletler Kontrol Şubesi: Medical Devices Agency (MDA)
- Ulusal Hasta Güvenliği Komisyonu: National Patient Safety Agency
- Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü: National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Ulusal Sağlık Hizmeti (USH): National Health Services (NHS)

USH Tercihleri: NHS Choices

Üçüncü basamak hastane: Specialist tertiary centre

Vaka başına ödeme sözleşmesi: Cost per case contract

Vakıf hastanesi : Foundation hospital

Vakıf hastanesi yönetimi : Foundation trust

Yıldız verme: Star ratings



## **TERİMLER (İngilizce- Türkçe)**

Acute trust: Devlet hastaneleri yönetimi

Advanced access: Geliştirilmiş erişim

Ambulance trust: Ambulans yönetimi

Block contract: Global bütçe/ blok sözleşme

Care trust: Hasta bakımı yönetimi

Choose and book: Seç ve randevunu al

Commission for Health Improvement (CHI): Sağlık Geliştirme Komisyonu

Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI): Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu

Community hospital: Bakım hastanesi

Consultant: Klinik uzman

Cost and volume contract: Maliyet ve miktar sözleşmesi

Vaka başına ödeme sözleşmesi: Cost per case contract

District general hospital: Devlet hastanesi

District health authority: Bölge sağlık yönetimi (Muhafazakar Parti Dönemi)

District nurse: Alan hemşiresi

Family health services authority: Aile sağlığı hizmetleri yönetimi

Foundation hospital: Vakıf hastanesi

Foundation trust: Vakıf hastanesi yönetimi

General medical services contract: Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi

GP cooperatives: Genel pratisyen kooperatifleri

GP fundholder: Bütçe tutucu GP

GP practices: Genel pratisyen veya genel pratisyen grupları

Gross Domestic Product (GDP): Gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH)

Health care resource groups (HRGs): Paket ödeme tanı grupları  
Health visitor: Sağlık ziyaretçisi  
Major ambulance and emergency department: Ambulans ve acil servisi  
Medical Devices Agency (MDA): Tıbbi Aletler Kontrol Şubesi  
Medicines Control Agency (MCA): İlaç Kontrol Şubesi  
Mental health care trust: Mental sağlık bakım yönetimi  
Midwife: Ebe  
Minor injuries units: Sağlık kabinleri  
National Health Services (NHS): Ulusal Sağlık Hizmeti (USH)  
National Patient Safety Agency: Ulusal Hasta Güvenliği Komisyonu  
National Institute for Clinical Excellence (NICE): Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü  
NHS Choices: USH Tercihleri  
NHS Direct: ALO Ulusal Sağlık Hizmeti  
Nursery: Bakımevi  
Out of hours services: Mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar  
Patient choice: Hasta tercihi  
Payment by results: Sonuçlara göre ödeme  
Per capita payment: Kişi başı ödeme  
Personal medical services contract: Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi  
Post graduate deaneries: Mezuniyet sonrası eğitim dekanlıkları  
Practice based commissioning: GP/GP grubu hastane sözleşmesi  
Practice manager: İdari ve mali işler Sorumlusu  
Practice nurse: GP/GP grubunda çalışan hemşire  
Primary care trust (PCT) (İşçi Partisi Dönemi): Bölge sağlık yönetimi  
Psychiatric hospital: Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi



Quality and outcomes framework: Kalite ve sonuçlar çerçevesi

Regional health authority (Muhafazakar Parti Dönemi): Bölge sağlık yönetimi

Specialist tertiary centre: Üçüncü basamak hastane

Star ratings: Yıldız verme

Strategic Health Authorities (SHAs): Stratejik Sağlık Yönetimleri

Surgery/ health centre: Sağlık merkezi (binası)

Treatment centre: Dal merkezi

Walk in centres: Sağlık istasyonları



**TABLO DİZİNİ**

Tablo 1. Birleşik Krallık ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Bazı Sosyo-ekonomik Veriler ve Sağlık Düzeyi Verileri .....	2
Tablo 2. Birleşik Krallık ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Sağlıkla İlgili Kaynaklar Konusunda Bazı Veriler .....	3
Tablo 3. USH Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar ve Sağlık Çalışanları.....	14
Tablo 4. Birleşik Krallık'ta Birinci Basamakta Ayakta Tanı ve Tedavi Hizmeti Sunan Farklı Sağlık Kurumlarının Hizmet Sunumundaki Payları* .....	15
Tablo 5. Birleşik Krallık'ta Yıllara Göre GP/GP Grubu Ortağı Olan Hekim Sayılarının Dağılımı .....	17
Tablo 6. Kalite ve Sonuçlar Çerçevesine Göre Diyabet İçin Belirlenmiş Klinik Göstergeler .....	31
Tablo 7. Birleşik Krallık'ta İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerini Sunan Kurumlar.....	44
Tablo 8. Birleşik Krallık'ta Kamu ve Özel Sektöre Ait Hizmet Sunumu ve Hizmet Finansmanı Dağılımı .....	58
Tablo 9. USH Hastanelerinin Bekleme Listelerine Göre Elektif Hastaneye Yatışlar İçin Bekleyen Hasta Oranları, 1999-2005 .....	73

**EK TABLO DİZİNİ**

Ek Tablo 1. Koroner Kalp Hastalıklarından İkincil Korunma .....	85
Ek Tablo 2. Kalp Yetmezliği .....	87
Ek Tablo 3. İnme ve Geçici İskemik Atak.....	88
Ek Tablo 4. Hipertansiyon .....	89
Ek Tablo 5. Diyabet .....	90
Ek Tablo 6. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOA)H).....	92
Ek Tablo 7. Epilepsi .....	93
Ek Tablo 8. Hipotiroidi.....	93
Ek Tablo 9. Kanser.....	94
Ek Tablo 10. Palyatif Bakım.....	94
Ek Tablo 11. Ruh Sağlığı .....	95
Ek Tablo 12. Astım .....	96
Ek Tablo 13. Demans .....	96
Ek Tablo 14. Depresyon .....	97
Ek Tablo 15. Kronik Böbrek Hastalığı.....	98
Ek Tablo 16. Atriyal Fibrilasyon.....	99
Ek Tablo 17. Obesite.....	99
Ek Tablo 18. Öğrenme Bozukluklukları.....	100
Ek Tablo 19. Sigara.....	100
Ek Tablo 20. Kayıtlar ve Bilgi Sistemi.....	101
Ek Tablo 21. Hastalar için Bilgilendirme .....	102
Ek Tablo 22. Eğitim ve Hizmetiçi Eğitim.....	103
Ek Tablo 23. GP/GP Grubu Yönetimi.....	104
Ek Tablo 24. İlaç Yönetimi.....	105
Ek Tablo 25. Hizmet Kalitesi Araştırmalarından Elde Edilen Bilgiler	106
Ek Tablo 26. Ek Hizmetler .....	108

## **ŞEKİL DİZİNİ**

Şekil 1. Birleşik Krallık Sağlık Sisteminin Örgütlenme Şeması.....	7
Şekil 2. Birleşik Krallık'ta 1989 Yılı Sonrasında Muhafazakar Parti Dönemi ve İşçi Partisi Döneminde Merkezi ve Yerel Düzeyde Sağlık Yönetimi Birimleri.....	63



## I. GİRİŞ

Birleşik Krallık dört ülkeden oluşmuştur: Galler, İngiltere, İskoçya ve Kuzey İrlanda. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak bazı farklılıklar olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansman yapısı genel olarak aynıdır. Kitapta temel olarak İngiltere'deki sağlık hizmetleri anlatılmıştır. Bu hizmetlerle ilgili bilgilerin Birleşik Krallığı oluşturan diğer ülkeler için de genelde geçerli olduğu söylenebilir. Ülkeler arasındaki bazı uygulama farklılıklarına yeri geldiğinde metin içinde değinilmiştir.

Birleşik Krallık sağlık sistemi konusuna girmeden önce ülkenin bazı sosyoekonomik ve sağlık düzeyi verilerini sunmak yararlı olacaktır. Okuyuculara Birleşik Krallığa ait bu verileri diğer ülkelerin verileri ile karşılaştırma olanağı tanımak amacı ile Tablo 1 ve Tablo 2'de seçilmiş Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) üyesi ülkelerin verileri sunulmuştur<sup>1,2,3</sup>.

Birleşik Krallığın nüfusu yaklaşık 60 milyondur ve 65 yaş ve üzerindeki kişiler nüfusun %16,0'sını oluşturmaktadır. Toplam doğurganlık hızı 1,76'dır. Kişi başına düşen ulusal geliri 32.860 Amerikan Dolarıdır. Gelir dağılımındaki eşitsizliği gösteren Gini katsayısına bakıldığında (bu katsayı 0 ile 100 arasında değer alır ve "0" tam eşitliği, "100" ise tam eşitsizliği gösterir) Birleşik Krallık'ta bu verinin 34,0 puan olduğu görülmektedir. Birleşik Krallık bu puanla tabloda yer alan gelişmiş ülkeler arasında gelir dağılımı eşitsizliği yüksek olan ülkeler arasında yer almaktadır. Bebek ölüm hızı binde 5,0, doğumda yaşam beklentisi 79,1 yıldır. Sağlık harcamaları ile ilgili verilere bakıldığında kişi başı sağlık harcaması 2760 Amerikan Dolarıdır ve harcamaların %87,3'ü kamu harcamaları niteliğindedir. Birleşik Krallık'ta bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,5, hemşire sayısı 11,9, yatak sayısı ise 2,5'tir<sup>1,2,3</sup>.

**Tablo 1. Birleşik Krallık ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Bazı Sosyo-ekonomik Veriler ve Sağlık Düzeyi Verileri**

	Nüfus (x 000)	65 yaş ve üzeri nüfus (%)	Toplam doğurganlık hızı	Kişi başına düşen gelir (ABD\$)	Gini indeksi	Bebek ölüm hızı (binde)	Doğumda yaşam beklentisi
	(2005)	(2005)	(2004)	(2005)	(2003-7)	(2006)	(2006)
ABD	296 410	12.4	2.05	41.789	45.0	6.9	77.8
Almanya	82 466	18.9	1.36	30.777	28.0	3.8	79.8
Avustralya	20 329	13.1	1.77	34.240	30.5	4.7	81.1
Avusturya	8 233	16.3	1.42	34.393	26.0	3.6	79.9
Fransa	60 873	16.4	1.91	30.266	28.0	3.8	80.9
İspanya	43 398	16.8	1.32	27.400	32.0	3.8	81.1
İsveç	9 030	17.3	1.75	32.111	23.0	2.8	80.8
İsviçre	7 438	15.9	1.42	35.650	33.7	4.4	81.8
İtalya	58 135	19.6	1.33	28.094	33.0	3.9	80.9
Japonya	127 757	20.0	1.29	30.842	38.1	2.6	82.4
Kanada	32 271	13.1	1.53	34.058	32.1	5.4	79.9
Macaristan	10 087	15.7	1.28	17.483	28.0	5.7	73.2
Meksika	105 300	5.3	2.20	10.627	50.9	18.1	75.7
Türkiye	72 064	5.9	2.21	7.711	43.6	22.6	71.4
Yunanistan	11 099	18.3	1.29	29.578	33.0	3.7	79.6
<b>Birleşik Krallık</b>	<b>59 989</b>	<b>16.0</b>	<b>1.76</b>	<b>32 860</b>	<b>34.0</b>	<b>5.0</b>	<b>79.1</b>

Kaynak:

<sup>1</sup>OECD.StatExtracts / Dataset: Country statistical profiles 2007

<sup>2</sup>OECD / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs/ Health Data / OECD Health Data 2008 - Frequently Requested Data.

<sup>3</sup>Central Intelligence Agency (CIA) / The World Factbook/ Field Listing/ Distribution of family income/ Gini index



**Tablo 2. Birleşik Krallık ve Seçilmiş OECD Ülkelerine Ait Sağlıkla İlgili Kaynaklar Konusunda Bazı Veriler**

	GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay (%)	Kişi başı sağlık harcaması (ABD\$)	Toplam sağlık harcamasında kamu payı (%)	1000 kişiye düşen hekim sayısı	1000 kişiye düşen hemşire sayısı	1000 kişiye düşen yatak sayısı
	(2006)	(2006)	(2004)	(2006)	(2006)	(2006)
ABD	15.3	6714	45.8	2.4	10.5	2.4
Almanya	10.6	3371	76.9	3.5	9.8	3.5
Avustralya	8.8	2999	67.0	3.6	9.7	2.8
Avusturya	10.1	3606	76.2	3.6	7.3	3.6
Fransa	11.1	3449	79.7	3.4	7.6	3.4
İspanya	8.4	2458	71.2	3.6	7.4	3.6
İsveç	9.2	3202	81.7	3.5	10.7	3.5
İsviçre	11.3	4311	60.3	3.8	14.7	3.8
İtalya	9.0	2614	77.2	3.7	7.1	3.7
Japonya	8.2	2474	82.7	2.1	9.3	2.1
Kanada	10.0	3678	70.4	2.1	8.8	2.1
Macaristan	8.3	1504	70.9	3.0	6.1	3.0
Meksika	6.6	794	44.2	1.9	2.3	1.9
Türkiye	5.7	591	71.4	1.6	2.1	1.6
Yunanistan	9.1	2483	61.6	5.0	3.3	3.0
<b>Birleşik Krallık</b>	<b>8.4</b>	<b>2760</b>	<b>87.3</b>	<b>2.5</b>	<b>11.9</b>	<b>2.5</b>

Kaynak:

<sup>2</sup>OECD / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs/ Health Data / OECD Health Data 2008 - Frequently Requested Data.



## II. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Birleşik Krallık sağlık sistemi kapsamındaki sağlık hizmetlerine bakıldığında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin temelde Sağlık Bakanlığı; çevre sağlığı hizmetlerinin ise yerel yönetimlerin sorumluluğu altında sunulduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığının sorumluluğundaki sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü 1948 yılında kurulmuş olan **Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) (National Health Services, NHS)** kapsamında sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri içinde küçük bir paya sahip olmakla birlikte özel sektör tarafından finanse edilip özel hastaneler veya özel dal merkezlerinde sunulan hizmetler de söz konusudur.

Birleşik Krallık sağlık sistemi vergiye dayalı sağlık sistemlerinin tipik bir örneğini oluşturur. “**Beveridge tipi sağlık sistemleri**” olarak adlandırılan finansmanı vergiye dayalı sağlık sistemleri, adını 2. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de devletin sağlık ve eğitim hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gerektiği yönündeki sosyal politika görüşünü ortaya atan Beveridge’den almaktadır. Sağlık harcamalarında kamu payı (%87,3) oldukça yüksektir. USH’nin merkezîyetçi bir yapısı söz konusudur. Merkezîyetçi yapı USH’yi parlamentoya karşı sorumlu kılar.

Birleşik Krallık sağlık sisteminin coğrafi olarak yaygın bir yönetsel yapısı bulunmaktadır. Bu yönetsel yapıyı oluşturan yerel düzeydeki sağlık yönetimi birimleri -stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimleri- son 20 yıl içinde USH kapsamında sunulan hizmetlerin neredeyse tamamının kullanımı ile karar verici konuma gelmişler ve daha güçlü yönetim yapılarına dönüşmüşlerdir. Yerel yönetim birimlerinin yönetici kadroları merkezi düzeyde belirlenmektedir. Yerel yönetim birimlerinin bütçesinin nüfus ve bölgenin gelişmişlik düzeyine göre belirlenmesi, kişilerin sistem kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması ilkesi ile bir araya geldiğinde ulaşılabilirlik açısından sistemin eşitlikçi bir sistem olmasını sağlamaktadır.

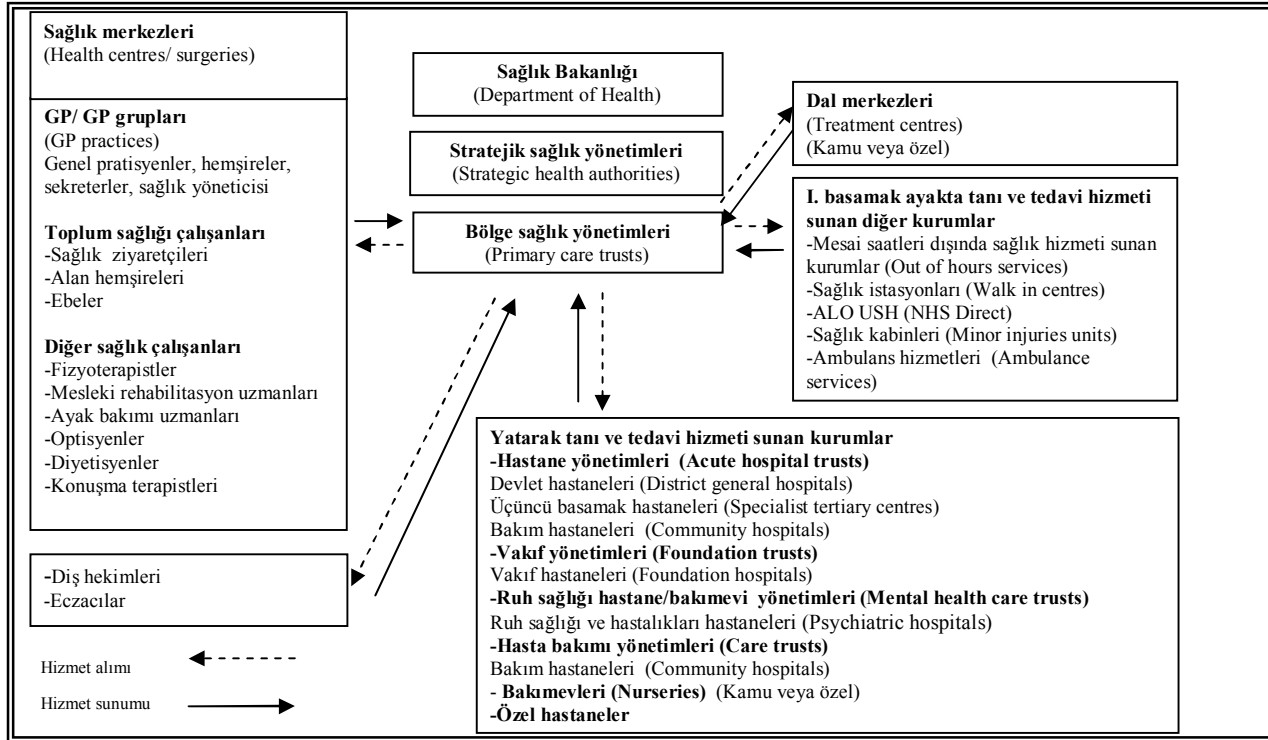
Birleşik Krallık sağlık sistemi birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde üç ayaklı bir yapıya sahiptir. Bu hizmetlerde birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetlerini sunan ekiplerle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunan toplum sağlığı çalışanları arasında yeterli entegrasyon sağlanamamış olması sistemin önemli bir sorunu olarak göze çarpmaktadır.

Sağlık sistemi üzerinde İngiliz Tabipler Birliği'nin etkisi güçlüdür. Korporatist bir yapı olarak örgütlenen birliğin, çalışma koşulları, ücretler, eğitimle ilgili kararlarda önemli etkileri söz konusudur<sup>4</sup>.

USH kapsamında sağlık hizmetleri birinci basamakta tek ya da grup halinde çalışan genel pratisyen uzmanları (GP/GP grupları, GP practices) ve toplum sağlığı çalışanlarınca, ikinci ve üçüncü basamakta ise kamu hastanelerince sunulmaktadır (Şekil 1). Sistem kapsamında tanı ve tedavi hizmetleri basamaklandırılmış hizmet modeline göre sunulur. **Genel pratisyen uzmanı\*** gerektiğinde hastasını ikinci basamak tanı ve tedavi hizmeti sunan bir sağlık kurumuna sevk eder. Kişiler kayıtlı oldukları genel pratisyen tarafından sevk edilmek koşulu ile USH kapsamında tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Bir başka ifadeyle GP/GP grupları, USH'nin ilk başvuru yeridir. Basamaklandırılmış hizmet sunumu sistemin başarılı bir sağlık sistemi olarak değerlendirilmesinde temel özellik olarak göze çarpmakta; sağlıkla ilgili harcamaları kısıtlama ve kaynakları verimli kullanma olanağı vermekte, ayrıca sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktadır<sup>5</sup>.

---

\* Kitap kapsamında bundan sonra "genel pratisyen uzmanı" yerine "genel pratisyen" terimi kullanılmıştır.



**Şekil 1. Birleşik Krallık Sağlık Sisteminin Örgütlenme Şeması**



### **III. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDAKİ YÖNETİM BİRİMLERİ**

#### **III.1. Sağlık Bakanlığı**

Sağlık Bakanlığı, merkezi düzeyde ülkenin sağlık hizmetleri ve politikalarından sorumludur. Sağlık Bakanlığının sorumlu olduğu alanlar, USH'nin sunumu ile ilgili stratejilerin saptanması, sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili standartların geliştirilmesi ve uygulamaların denetlenmesi, USH ve sosyal hizmetlerin sunumu ile ilgili yeterli kaynak sağlanması şeklinde özetlenebilir<sup>5,6,7</sup>.

#### **III.2.Yerel Sağlık Yönetim Birimleri**

Stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimleri USH'nin yerel düzeyde sunumundan sorumlu yönetim birimleridir. Bölge sağlık yönetimleri, stratejik sağlık yönetimlerinin bir alt yönetim basamağıdır. Birleşik Krallık'ta ilk olarak 2002 Nisan ayında daha önceki yerel sağlık yönetim birimlerinin yerine stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimleri oluşturulmuştur. 2008 yılı itibarıyla USH kapsamında 10 stratejik sağlık yönetimi ve 152 bölge sağlık yönetimi bulunmaktadır<sup>7</sup>.

#### **Stratejik Sağlık Yönetimleri**

Stratejik sağlık yönetimleri, yerel düzeyde sağlık gereksinimlerini saptamak ve kaynakları gereksinimlere göre tahsis ederek hizmetin planlanması ve sunulmasından sorumlu yönetim birimleridir. Stratejik sağlık yönetimleri ulusal düzeydeki önceliklerle yerel düzeydeki öncelikleri karşılaştırarak bölgelerinde öncelikli programların yürütülmesini sağlar. Bölge sağlık yönetimleri ve USH kapsamındaki yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan hastane yönetimlerinin hizmetlerini izler. Bölge sağlık yönetimlerinin sağlık hizmetleri ile ilgili yürüttükleri sözleşmeleri onaylar. Bölgelerindeki tüm USH kurumlarının -vakıf hastaneleri dışında- yeterli düzeyde hizmet sunumundan sorumludurlar. Stratejik sağlık yönetimlerinin bütçesi sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hizmet sunucuları ile sözleşme yapmadıklarından sınırlıdır<sup>6,7,8</sup>. Stratejik sağlık yönetimlerinin sorumlu oldukları nüfus Temmuz 2006 öncesinde 1,14-2,68 milyon arasında değişmekteyken, bu tarihte stratejik sağlık yönetimlerinin sayısının azaltılması ile nüfusları arttırılmış, 2,54-7,42 milyon arasında değişen rakamlara ulaşmıştır<sup>9</sup>.

## **Bölge Sağlık Yönetimleri**

Bölge sağlık yönetimleri, USH'nin yerel düzeyde yürütülmesinden sorumlu temel sağlık yönetim birimleridir. Bölge sağlık yönetimleri birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili sözleşmeleri yürütür, hizmet sunan kurumları izler ve değerlendirir.

Bölge sağlık yönetimlerince yürütülen sözleşmeler şu şekilde özetlenebilir:

-Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunumu için GP/GP grupları ile yapılan sözleşmeler,

-Toplum sağlığı hizmetlerini yürütmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunan alan hemşireleri, ebeler, sağlık ziyaretçileri ile yapılan sözleşmeler,

-Diş hekimleri, eczacılar, fizyoterapistler, mesleki rehabilitasyon uzmanları, ayak bakımı uzmanları gibi sağlık çalışanları ile yapılan sözleşmeler (Eczacılarla ve optisyenlerle yürütülen sözleşmelerin sorumluluğu 2006 yılından itibaren GP/GP gruplarına da verilmeye başlanmıştır),

-İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hastane yönetimleri ile yapılan sözleşmeler (Bu sözleşmelerin sorumluluğu 2006 yılından itibaren GP/GP gruplarına da verilmeye başlanmıştır),

-Yaşlılar veya akıl-ruh sağlığı sorunu olanlar gibi kurumda bakımı gereken hastalar için bakımevleri ile yapılan sözleşmeler.

Bölge sağlık yönetimleri birinci basamak sağlık hizmetleri ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için ayrı bütçelere sahiptir. Bütçeleri, hizmet sunulan nüfusun büyüklüğü, yaş ve mortalite yapısına göre belirlenmektedir. Sorumlu oldukları nüfus ise Temmuz 2006 öncesinde yaklaşık 250 bin düzeyindeyken, bu tarihte bölge sağlık yönetimlerinin sayısının azaltılması ile yaklaşık olarak 500 bine çıkarılmıştır.

Bölge sağlık yönetimleri sözleşme yaptığı kurumları bilgi ve bazen donanım (bilgisayar teknolojisi gibi) açısından desteklemektedir. Gerektiğinde sağlık istasyonları gibi sağlık kurumlarının veya yaşlılar gibi risk grupları için hizmet sunan bakım hastanelerinin işletilmesini üstlenirler. Ayrıca diyabet tarama programı, yeni doğan tarama programı gibi ulusal programların yerel düzeyde yürütülmesinden de sorumludurlar.



Bölge sağlık yönetimlerini kurumun stratejisini belirleyen ve performansını değerlendiren bir yönetim kurulu yönetir. Bölge sağlık yönetimleri, stratejik sağlık yönetimlerine karşı sundukları hizmetler konusunda sorumludur. Ekim 2007’de her bölge sağlık yönetimi içinde yönetim kuruluna ek olarak teknik konularda uzman kişilerden oluşan yeni bir komite oluşturulmuş olup, bu komitenin gerek sözleşmeler gerekse klinik konularda yönetim kuruluna teknik danışmanlık yapması hedeflenmektedir<sup>6,7</sup>.

### **USH kapsamında stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimleri açısından yapılan son değişiklikler**

Sağlık Bakanlığı, 2005 yılında yayınladığı “USH’nin Geliştirilmesi Planı ve Hastalar Tarafından Yönlendirilen USH (DH’s USH Improvement Plan and Creating a Patient-Led USH)” isimli raporu ile sağlık hizmetini kullananların tercihinin ön plana alındığı bir hizmet sunumunu hedeflediğini açıklamıştır. Yine bu kapsamda yayınlanan **“GP/GP grubu hastane sözleşmesi (practice based commissioning)”** uygulaması ile 2006 yılından itibaren GP/GP gruplarına ikinci basamak yatarak tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili hastane yönetimleri ile sözleşme yapma yetkisi verilmiştir. Bu değişiklik yoluyla stratejik sağlık yönetimleri ve bölge sağlık yönetimlerinin sayılarının azaltılması, böylece USH kapsamındaki yönetim giderlerinin düşürülmesi planlanmıştır. 2006 yılı Temmuz ayında stratejik sağlık yönetimlerinin sayısı 28’den 10’a, bölge sağlık yönetimlerinin sayısı ise 303’den 152’ye düşürülmüştür. Sağlık Bakanlığı yapılan bu değişiklikle, bölge sağlık yönetimlerinin hastane hizmetleri ile ilgili sorumluluklarının azalacağını ve toplum sağlığı hizmetlerine daha fazla yoğunlaşabileceklerini de düşünmektedir. 2008 yılında bölge sağlık yönetimlerinin hastane hizmetleri ile ilgili sözleşme sorumluluğunun tamamen GP/GP gruplarına kaydırılması hedeflenmiş olsa da, bu konudaki sorumluluk halen önemli oranda bölge sağlık yönetimindedir. 2008 yılına gelindiğinde GP/GP gruplarının %93’ünün ikinci basamakta sunulan bazı sağlık hizmetleri için (laboratuvar ve radyoloji tetkikleri gibi) sınırlı düzeyde bütçe aldığı, yatarak tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili USH bütçesinin %80’inin halen bölge sağlık yönetimince kullanıldığı bildirilmektedir<sup>6,7, 10,11</sup>.



#### IV. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA SUNULAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

USH kapsamında birinci basamakta ayakta tanı ve tedavi hizmeti sunan kurumlar ve sağlık çalışanları Tablo 3 ve Şekil 1’de yer almaktadır<sup>6,7</sup>. Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri temelde **GP/GP grupları** tarafından sunulmaktadır. GP/GP grupları bu hizmetleri **sağlık merkezi binasında (health centre/surgery)** sunmaktadır. Yalnızca GP/GP grubunun hizmet sunduğu küçük sağlık merkezleri **“surgery”** şeklinde; GP/GP grubu ile toplum sağlığı çalışanları ve diğer birinci basamak sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu daha büyük sağlık merkezleri ise **“health centre”** olarak adlandırılmaktadır. “Surgery” olarak adlandırılan GP/GP grubunun hizmet sunduğu sağlık merkezlerinde nadiren toplum sağlığı çalışanları da hizmet sunabilmektedir.

USH kapsamında birinci basamakta toplum sağlığı hizmetleri sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri ve ebeler tarafından yürütülmektedir. **Sağlık ziyaretçileri (health visitors)** özellikle 5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk gruplarının izlemlerinden sorumludur. **Alan hemşireleri (district nurses)**, evde bakıma gereksinimi olan hastalara - özellikle yaşlı hastalara- hemşirelik hizmetlerini sunar. **Ebeler (midwives)** ise doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeklere sunulan sağlık hizmetlerinden sorumludur. Sağlık ziyaretçileri, alan hemşireleri, ve ebeler bölge sağlık yönetimleri tarafından bireysel düzeyde yapılan sözleşmeler ile istihdam edilmekte, hizmetlerini sağlık merkezi binasında veya alanda saha ziyaretleri şeklinde vermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan GP/GP grupları ile toplum sağlığı çalışanları aynı sağlık merkezi binasını kullanmakta ancak genelde hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde vermemektedir. Bir başka ifadeyle GP/GP grubu ile toplum sağlığı çalışanları sağlık hizmetlerini birbirlerinden ayrı olarak yürütmektedirler. Hatta çoğu zaman GP/GP grubuna bağlı nüfusla toplum sağlığı çalışanlarının hizmet sundukları nüfus da örtüşmemektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında toplum sağlığı çalışanları dışında **diş hekimleri, eczacılar, fizyoterapistler, mesleki rehabilitasyon uzmanları, ayak bakımı uzmanları, optisyenler, diyetisyenler ve konuşma terapistleri** gibi sağlık çalışanları da yer almaktadır. Diş hekimleri ve eczacılar genellikle kendi ofislerinde, diğer sağlık çalışanları ise haftanın belli günlerinde belli sağlık merkezlerinde

olmak üzere alanları ile ilgili hizmet sunmaktadır. Sözü edilen meslek grupları da bölge sağlık yönetimleri ile bireysel düzeyde sözleşme yapmaktadır.

USH kapsamında birinci basamak sağlık hizmeti sunan diğer kurumlar ise mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar (out of hours services), sağlık istasyonları (walk in centres), sağlık kabinleri (minor injuries units), ALO USH (NHS Direct), ambulans hizmetleri olarak sıralanabilir (Tablo 3, Şekil 1).

**Tablo 3. USH Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar ve Sağlık Çalışanları**

<b>Kurumlar/Sağlık Personeli</b>	<b>Hizmetler</b>
<b>Toplum sağlığı çalışanları</b>	
Sağlık ziyaretçileri	5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk gruplarının izlenmesi
Alan hemşireleri	Evde bakıma gereksinimi olan hastaların bakım hizmetleri
Ebeler	Doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım hizmetleri
<b>GP/ GP grupları</b>	
Genel pratisyen, hemşire, sekreter, sağlık yöneticisi	Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri
<b>Diğer birinci basamak sağlık çalışanları</b>	
Diş hekimleri	Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
Eczacılar	İlaç satışı, bazı basit durumlar için tanı ve tedavi
Fizyoterapistler	Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri
Mesleki rehabilitasyon uzmanları	
Ayak bakımı uzmanları	
Gözlükçüler	
Diyetisyenler	
Konuşma terapistleri	
<b>Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmeti sunan diğer kurumlar</b>	
Mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar	Mesai saatleri dışında birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri
Sağlık istasyonları	Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri
Sağlık kabinleri	Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri
ALO USH	Telefonla veya internet aracılığı ile danışmanlık
Ambulans hizmetleri	Acil durumlar ve mesai saatleri dışında gereksinim duyan hastalar için telefonla hasta triajı, yerinde müdahale ve hasta taşınması

USH kapsamında ayakta tanı ve tedavi hizmetleri için ortalama başvuru sayısı yıllar içinde artmıştır. 1995 yılında kişi başı ortalama başvuru sayısı 3,9, 2005 yılında 6,6'dır. 2005 yılında gerçekleşen ortalama 6,6 başvurunun, 5,6'sı birinci basamak sağlık kurumlarınca karşılanmıştır<sup>12</sup>. Ayakta tanı ve tedavi hizmeti için yapılan hasta başvurularının %85,0'inin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştiği görülmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları tarafından verilen ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin ise %90,8'i GP/GP grupları, %4,0'ü acil servis hizmetleri, %2,0'si mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar, %2,0'si ALO USH, %0,6'sı sağlık istasyonları, %0,6'sı ise sağlık kabinlerince sunulmaktadır (Tablo 4)<sup>13</sup>. Yani birinci basamakta sunulan ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin neredeyse tamamı GP/GP grupları tarafından verilmektedir.

**Tablo 4. Birleşik Krallık'ta Birinci Basamakta Ayakta Tanı ve Tedavi Hizmeti Sunan Farklı Sağlık Kurumlarının Hizmet Sunumundaki Payları\***

Kurum	%
GP/GP grupları	90,8
Mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar	2,0
Sağlık istasyonları	0,6
Sağlık kabinleri	0,6
Acil servis hizmetleri**	4,0
ALO USH	2,0
Toplam	100,0

Kaynak: <sup>13</sup>Salisbury C. Health and care services outside hospital: What is the evidence? (academic briefing paper summarises existing research evidence to support the preparation of the White Paper on community health and care services outside hospital.), 2005.

\*Ambulans hizmetleri ve eczacılara başvuruları kapsamamaktadır.

\*\*Hastanelerin acil servislerine hastalar sevk olmaksızın kabul edildiğinden, bu başvurular birinci basamak başvuruları kapsamında değerlendirilmiştir. Acil servise tüm başvuruları içermektedir.

#### IV.1. GP/GP Grupları

GP/GP grupları, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak için bölge sağlık yönetimleri ile yıllık sözleşmeler yapan, tek (solo practice) ya da grup (group practice) halinde, serbest çalışan genel pratisyenlerdir. GP/GP grupları kendilerine kayıt yaptırmış olan kişilere birinci basamak

ayakta tanı ve tedavi hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Bir eczaneden bir mil veya daha uzak mesafede hizmet sunan GP/GP grupları ilaç dağıtımı ile ilgili de sorumluluk alabilmektedir<sup>6</sup>. USH kapsamındaki sağlık hizmetleri, basamaklandırılmış sağlık hizmeti şeklinde sunulmaktadır ve GP/GP grupları USH'nin ilk başvuru yerini oluşturmaktadır. USH kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmek için -acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dışında- kişiler öncelikle bağlı oldukları GP/GP grubuna başvurmak zorundadır<sup>6</sup>.

GP/GP grubundaki her genel pratisyenin –planlamada en çok 3500 kişi öngörülmüş olsa da- ortalama 1800 kayıtlı hastası bulunmaktadır<sup>6</sup>. Genel pratisyenler yarı zamanlı olarak da çalışabilmektedir. Yarı zamanlı çalışan genel pratisyenlerin kayıtlı hasta sayısı daha azdır. Kişiler yaşadıkları yerleşim yerindeki herhangi bir GP/GP grubuna kayıt yaptıramamaktadır. GP/GP grupları bölge sağlık yönetimi ile yapmış oldukları sözleşmelerde belli bir yakalama bölgesi belirlemekte, yalnızca bu bölgede yaşayan kişilerden listelerine kayıt yapmaktadırlar. Genel pratisyenlerin GP/GP grubuna gelemeyen hastalarına öğle saatlerinde ev ziyaretleri yapmaları ve uzak bir haneye ev ziyareti yapmanın zorluğu bu uygulamanın en önemli gerekçesini oluşturmaktadır. Sonuç olarak kişiler yaşadıkları yerleşim yerine yakın olan 4 ya da 5 GP/GP grubundan birine kayıt yaptırabilmektedirler. Bu konuda kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal yerleşim yerlerinde kişiler bölgelerinde bulunan tek GP/GP grubunu seçmek zorunda kalmaktadırlar. Londra gibi nüfusun daha yoğun yaşadığı şehirlerde ise kişilerin seçim yapabileceği GP/GP grubu sayısı artmaktadır. Aynı ailenin bireyleri, aynı GP/GP grubundaki farklı GP'lere, hatta farklı GP/GP gruplarına kayıt yaptırabilmektedir. Kişiler istedikleri takdirde, yıl içinde herhangi bir zamanda genel pratisyenlerini değiştirebilirler. Ancak, gerek aynı hekime bağlı olmanın hizmetin sürekliliği açısından getirdiği yarar, gerekse hastaların yaşadıkları yere yakın olan hasta listesi boş olan yeni bir genel pratisyen bulmalarının zorluğu nedeniyle kişiler bağlı oldukları genel pratisyeni pek değiştirmemektedir. GP/GP gruplarının da belli durumlarda kayıt yaptırmak isteyen bir hastayı reddetme veya hastalarını listeden silme hakları bulunmaktadır. GP/GP grupları genellikle listeleri dolu olduğu için kayıt yaptırmak isteyen hastaları reddetmektedir. Bu konuda bölge sağlık yönetimleri, “**USH tercihleri (NHS choices)**” web sitesi kanalı ile kişilere yaşadıkları yerleşim yerinde listesi boş olan GP/GP gruplarının hangileri olduğu konusunda bilgi vererek yardımcı olmaktadır. GP/GP grubu listesinde

bulunan bir kişinin listeden çıkarılması ise oldukça nadir yaşanan bir durumdur. Bunun için hastanın GP/GP grubunda şiddete başvurması gibi önemli bir nedenin bulunması gerekmektedir. Sonuç olarak kişilerin bağlı oldukları GP/GP gruplarını genellikle değiştirmedikleri söylenebilir. 2005 yılında Birleşik Krallık nüfusunun %95'inin aynı genel pratisyene ortalama kayıt süresi 12 yıl olarak bildirilmiştir<sup>6,14,15</sup>.

Yukarda da sözü edildiği gibi genel pratisyenler tek başlarına veya grup halinde çalışabilmektedir. Birleşik Krallık'ta genel pratisyenlerin çoğunluğu grup halinde çalışmayı tercih etmektedir. 2005 yılı verilerine göre genel pratisyenlerin yalnızca %21'i tek başına çalışmaktadır. İki hekimin birlikte çalıştığı grupların oranı %19 olup, bu veri üç hekimin birlikte çalıştığı gruplar için %14, dört hekimin birlikte çalıştığı gruplar için %13 ve beş ve üzeri hekimin birlikte çalıştığı gruplar için ise %33'dür. Grup halinde çalışma eğilimi İskoçya'da (%88), İngiltere (%78), Galler (%81) ve Kuzey İrlanda (%81) ile karşılaştırıldığında daha yaygındır. Yıllar içinde de genel pratisyenlerin grup şeklinde çalışma eğiliminin arttığı söylenebilir. İngiltere ve Galler'de 1991 yılında genel pratisyenlerin %68'inin grup şeklinde çalıştığı, bu oranın 2005 yılında %78'e yükseldiği görülmektedir. Birleşik Krallığı oluşturan tüm ülkeler için ise 2003, 2004 ve 2005 yılları arasındaki grup pratiği yapan hekimlerin oranları sırasıyla %73, %78 ve %79'dur<sup>16</sup> (Tablo 5).

**Tablo 5. Birleşik Krallık'ta Yıllara Göre GP/GP Grubu Ortağı Olan Hekim Sayılarının Dağılımı**

	GP/GP grubu ortağı olan hekim sayısı					Toplam (%)
	Tek çalışan (%)	2 hekim (%)	3 hekim (%)	4 hekim (%)	≥5 hekim (%)	
<b>İngiltere ve Galler</b>						
1991	32	20	17	13	18	100
2005	22	18	13	13	34	100
<b>Birleşik Krallık</b>						
2003	27	19	14	13	28	100
2004	22	19	15	13	31	100
2005	21	19	14	13	33	100

Kaynak: <sup>16</sup>Royal College of Medical Practitioners. RCGP Information sheet (Profile of UK practices), 2006.

GP/GP grupları hemşire, sekreter, idari yönetici gibi sağlık çalışanlarını istihdam etmekte ve bir ekip olarak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. GP/GP grupları genel pratisyen de istihdam edebilmektedir. GP/GP gruplarında çalışan genel pratisyenlerin %19'unun GP/GP grubu ortağı olmadığı yani GP/GP gruplarınca maaşlı olarak istihdam edilen genel pratisyenlerden oluştuğu bildirilmektedir<sup>17</sup>.

GP/GP grubunun geliri bölge sağlık yönetimi ile yapılan sözleşmeden elde edilir. Personel ücretleri ve diğer giderler çıkarıldıktan sonra kalan gelir işletmeciler GP'ler arasında çalışma süresi ve şekillerine göre dağıtılır.

GP/GP grubunun hizmet sunduğu binanın sağlanması bölge sağlık yönetiminin sorumluluğundadır. GP/GP gruplarının hizmet sunduğu sağlık merkezlerinin binası genellikle GP/GP gruplarına aittir. Kullanılan bina GP/GP grubuna aitse, bölge sağlık yönetimi ile GP/GP grubu arasında yapılan sözleşmede kira geliri kalemi de yer almakta, yani bölge sağlık yönetimi bina kirasını GP/GP grubuna ödemektedir. Stetoskop, otoskop, tansiyon aleti, EKG cihazı, spirometre gibi araç ve gereçler GP/GP grubu tarafından temin edilir. GP/GP grubunun kullandığı bilgisayarlar, bilgisayar programı, bilgisayar programlarının güncelleştirilmesinin maliyeti ve bu konuda personelin eğitimi ise bölge sağlık yönetimince sağlanmaktadır.

## **GP/GP Grubunda Çalışan Sağlık Personelinin Görevleri**

### **Genel pratisyenler**

Genel pratisyenler, kendilerine kayıtlı kişilere sağlık hizmeti sunan genel pratisyen uzmanlarıdır. Genel pratisyenlerin GP/GP grubunda oldukları hizmetlerle ilgili bilgilere geçmeden önce Birleşik Krallık'ta yürütülen tıp eğitimine kısaca değinmek yararlı olacaktır. Birleşik Krallık'ta hekimler tıp eğitimlerinin ilk beş yılını tamamladıktan sonra birinci basamak sağlık kurumlarında genel pratisyen uzmanı (GP principal) olarak çalışmak ya da ikinci/üçüncü basamak sağlık kurumlarında klinik uzman (consultant) olarak çalışmak alternatiflerinden birini seçerler ve tıp eğitimlerini çalışma alanlarına göre tamamlarlar. Bir genel pratisyen uzmanının yetişmesi 9 yıl, bir klinik uzmanın yetişmesi ise ortalama 12 yıl sürmektedir. Genel pratisyen uzmanları için 9 yıllık eğitim süresinin son yılı bir GP/GP grubunda çalışarak geçirdikleri asistanlık dönemidir. Gerek genel pratisyen uzmanlarının gerekse klinik uzmanların mezuniyet sonrasında da sürekli eğitimlerini devam ettirmeleri gerekmektedir. Mezuniyet sonrası eğitimlerle ilgili olarak ülke genelinde sayısı 12 olan



**mezuniyet sonrası eğitim dekanlıkları ve uzmanlık dernekleri** sorumludur. Hekimlerin sürekli eğitimleri ile ilgili yıllık değerlendirmeler yaptırılmaları gerekmektedir. Genel pratisyenler sürekli eğitimleri ile ilgili bilgileri yapılandırılmış değerlendirme formlarına girerek değerlendirilme talebi ile bölge sağlık yöntemine başvurmaktadır. Başvuru sonrasında kişiler bir değerlendirmeci tarafından çalışmakta oldukları sağlık merkezinde ziyaret edilmektedir. Değerlendirmeciler konu ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim dekanlıklarından 2 günlük eğitim almış genel pratisyenlerdir. Yıllık değerlendirmelerin bir yaptırımı söz konusu değildir ancak kişilerle sözleşme yapılırken bu raporlar istenmektedir<sup>7, 18</sup>.

Genel pratisyenler, kendilerine kayıtlı kişilerin birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetlerini sunmaktadırlar. Genellikle kişiler ayakta tanı ve tedavi hizmetleri için randevu almak üzere başvurduğunda bağlı buldukları GP'nin hastaya hizmet sunmasına çalışılmaktadır. GP/GP grubunda çalışan bazı hekimlerin yarı zamanlı çalışıyor olması veya hastanın hekiminin randevularının dolu olması nedeniyle GP/GP grubunda çalışan bir başka GP de hastayı muayene edebilmektedir. Yıllık GP başına düşen ortalama ayakta başvuru sayısının 8500 olduğu bildirilmektedir<sup>7</sup>. Yılda kabaca 250 işgünü olduğu düşünülürse GP'lerin günde yaklaşık 35 başvuruyu karşıladığı söylenebilir.

Ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumunda GP/GP grubunda çalışan hekim dışı sağlık personeline de sorumluluk verilmektedir. 1995 yılında GP/GP gruplarının sunulan ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin hizmeti sunan sağlık personeline göre dağılımına bakıldığında genel pratisyenlerin %77, hemşirelerin %21 ve diğer sağlık personelinin ise %2 paya sahip olduğu görülmektedir. Bu verilerin 2006 yılında genel pratisyenler için %62, hemşireler için %34 ve diğer sağlık personeli için %4 olduğu göz önüne alındığında yıllar içinde hekim dışı sağlık personeline ayakta tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili daha fazla sorumluluk verildiği söylenebilir<sup>12</sup>.

Genel pratisyenler, çalışma sürelerinin yaklaşık %70'ini poliklinik hizmetlerine ayırmaktadır<sup>7</sup>. Çalışma sürelerinin kalan bölümünü ise istenen laboratuvar sonuçlarının kontrol edilmesi ve sonuçlara göre gerekiyorsa hasta ile yeniden görüşme (telefonla veya hastayı tekrar sağlık merkezi binasında görerek), hasta sevki ile ilgili işlemler (sevk mektuplarının ses kayıt cihazına kayıt edilmesi, sevk sonucu hastanede uygulanan tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili uzman hekimden genel pratisyene yazılmış mektupların okunması ve bu bilgilerin hasta dosyalarına işlenmesi) için kullanmaktadırlar. Genel pratisyenler, yaşlı

hastalar veya sağlık merkezine gelemeyen diğer hastaların ayakta tanı ve tedavi hizmetleri için genellikle öğle saatlerinde ev ziyaretleri de yapmaktadırlar. 2006 yılında genel pratisyenler tarafından sunulan ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin %84'ünün sağlık merkezi binasında, %10'unun telefonla, %4'ünün ev ziyaretlerinde ve %3'ünün diğer yerlerde sunulduğu bildirilmiştir<sup>12</sup>.

Genel pratisyenler ayakta tanı ve tedavi hizmetlerini sunarken sağlık eğitimi ve danışmanlık, aşılama, tarama programları gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de vermektedirler.

### **GP/GP Grubu Hemşiresi**

Hemşireler, gerekli durumlarda eğitim almak koşulu ile şu görevleri yapmaktadırlar:

-EKG çekilmesi, solunum fonksiyon testi uygulanması, GP/GP grubunda yapılabilen laboratuvar tetkiklerinin yapılması, kan, idrar veya dışkı örneklerinin alınması ve hastane laboratuvarına gönderilmesi,

-Astım, diyabet, kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan hastaların izlemlerinin yapılması, hasta eğitimleri, kronik hastalığı nedeniyle belli ilaçları sürekli olarak kullanması gereken kişilerin reçetelerinin düzenlenmesi ve hastaların adreslerine veya eczanelerine reçetelerin gönderilmesi,

-Pansuman, sutur alma, kulak yıkama,

-Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (çocukluk çağı aşılamaları, seyahat aşılamaları, sigara bırakma danışmanlığı, servikal sürüntü alınması, beslenme ve diyet danışmanlığı gibi hizmetler),

-Aile planlaması danışmanlığı ve aile planlaması yöntemi olarak oral kontraseptif ve servikal başlık kullanan kişilerin kontrolleri ve reçete işlemlerinin yürütülmesi,

-Hasta kayıtlarındaki eksikliklerin belirlenmesi ve tamamlanması.

### **Resepsiyonistler/ Sekreterler**

Resepsiyonistler/sekreterler, hasta randevularının telefonla verilmesi, sevk mektuplarının yazılması, hasta kayıtlarındaki eksikliklerin belirlenmesi ve tamamlanmasından sorumludurlar.

GP/GP grubunun elektronik kayıt sistemi sürekli olarak belli ilaçları kullanması gereken hastaların reçetelerinin periyodik olarak düzenlenmesi konusunda uyari vermektedir. Sistemden otomatik olarak

alınan reçetelerin hastanın eczanesine gönderilmesi ve hastaya ilaçlarını eczanedan alması konusunda telefonla bilgi verilmesi genellikle resepsiyonistler/sekreterlerin sorumluluğundadır. Bu hastaların yıllık değerlendirmesi de GP'lerince yapılmaktadır. 2006 yılında yürütülen GP iş yükü araştırmasına göre resepsiyonistlerin çalışma sürelerinin %47'sini reçete düzenleme işleri oluşturmaktadır<sup>17</sup>.

### **İdari ve Mali İşler Sorumlusu**

İdari yöneticiler, sağlık merkezinin tüm idari ve mali işlerinden sorumludur. İdari yöneticiler bölge sağlık yönetimi ile yapılan sözleşmeler kapsamında GP/GP grubunun elde edeceği gelire ilgili gerekli belgelerin hazırlanması işini de yürütmektedirler.

### **GP/GP Grubunda Hizmet Sunumu ile İlgili Bilgiler**

#### **GP/GP Grubuna Hasta Kabul Edilmesi**

GP/GP grupları başvuran kişileri telefonla randevu vererek ya da geliş sırasına göre kabul edebilmektedir. Randevuyla çalışan GP/GP gruplarında her hasta için en az 10 dakikalık muayene süresinin ayrılması istenmektedir. Uygulamada da muayene süresi ile ilgili olarak bu hedefe ulaşıldığı görülmektedir. "Genel pratisyen iş yükü araştırması" sonuçlarına göre GP/GP gruplarında ortalama muayene süresi 1992/1993 yılında 8,4 dakika, 2006/2007 yılında ise 11,7 dakika olarak saptanmıştır<sup>17</sup>.

Önceki bölümlerde bahsedildiği gibi kişiler başvurduklarında kayıtlı buldukları GP'den yakın dönemde randevu verilemiyorsa, aynı GP/GP grubunda çalışan bir başka GP'den sağlık hizmeti alabilmektedir. Hastaya bakan hekim tüm tıbbi bilgilerin elektronik dosyalarda bulunması nedeniyle, hastanın tıbbi öyküsü ile ilgili bilgilere muayene sırasında ulaşabilmektedir.

Birleşik Krallık'ta son yıllarda gerek birinci basamak gerekse ikinci basamak sağlık hizmetleri için bekleme sürelerinin uzun olması USH'nin önemli bir sorununu oluşturmuştur. Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusunda Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı için hedefi "birinci basamakta çalışan herhangi bir sağlık personeline 24 saat içinde ulaşılabilirliğin sağlanması" ve "genel pratisyene 48 saat içinde ulaşılabilirliğin sağlanması" olarak belirlenmiştir<sup>7</sup>. Bölge sağlık yönetimleri GP/GP gruplarından bu hedeflere ulaşmalarını beklemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için bazı GP/GP grupları hizmet sunumunda değişiklikler yapmışlardır. "Geliştirilmiş erişim (advanced access)" olarak adlandırılan bu

uygulama kapsamında herhangi bir gün için GP/GP grubuna yapılan tüm başvuruların o gün içinde karşılanması amaçlanmaktadır. Çünkü aynı gün içinde karşılanamayan hasta başvuruları sonraki günlerdeki karşılanması gereken randevuların ertelenmesine neden olacaktır. “Geliştirilmiş erişim” uygulamasını tercih eden GP/GP grupları, grubun daha önceki dönemlerde vermiş olduğu hizmetleri sayı ve çeşit açısından değerlendirmekte ve geleceğe yönelik iş planlarını bu bilgilere göre yapmaktadır. Ayrıca bu uygulama kapsamında grupta çalışmakta olan sağlık personelinin görev tanımları değiştirilebilmekte, örneğin hemşirelere -gerekli eğitimi almak koşulu ile- bazı basit durumlar için tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili sorumluluk verilmektedir<sup>19</sup>.

### **Ayakta tanı ve tedavi hizmetleri**

Genel pratisyenler, hastaların muayene için çağırılması (anons ederek veya kapıdan çağırarak), hastanın muayenesi, tetkik istenmesi, reçete yazılması, sevk için uzman hekime yazılacak mektubun ses kayıt cihazına kaydedilmesi gibi hasta muayenesi ile ilgili işlemleri tek başlarına yürütmektedirler. Hasta muayenesi sırasında, kişilerin elektronik dosyaları hekim tarafından gözden geçirilmekte, bu başvuru ile ilgili bilgiler de hastanın dosyasına yazılmaktadır. Hasta hastaneye sevk edildi ise, hastanede sunulan hizmetlerle ilgili bilgiler uzman hekimin yazdığı mektuplarla genel pratisyene ulaşmakta ve bu bilgiler de genel pratisyen tarafından elektronik hasta dosyalarına eklenmektedir.

GP/GP gruplarında laboratuvar hizmetlerinin çoğu sunulmamaktadır. Tanı ve tedavi için laboratuvar tetkikleri istendiğinde kan, idrar ve dışkı örnekleri GP/GP grubunda alınmakta ve tüm örnekler hastane laboratuvarına topluca ulaştırılmaktadır. Genel pratisyenler gerekli gördüklerinde röntgen, ultrason ve bilgisayarlı tomografi istemini yapabilmekte ve ilgili randevuyu alarak hastayı tetkikini yaptırmayı için hastaneye yönlendirmektedir. Laboratuvar sonuçları elektronik ortamda hastane veri tabanından GP/GP grubunun veri tabanına ulaştırılmakta (genellikle laboratuvar istemi yapıldıktan 2 gün sonra), bu sonuçlar istemi yapan hekim tarafından okununca hastanın dosyasına yine elektronik ortamda otomatik olarak kopyalanmaktadır. Laboratuvar sonuçlarının geç alınması nedeniyle hasta tedavileri çoğu kez ampirik olarak düzenlenmektedir. Genel pratisyen bir hastası için laboratuvar tetkiki istediye laboratuvar sonuçları geldiğinde hastaya başladığı ampirik tedaviyi tekrar gözden geçirmekte, hastanın laboratuvar sonuçları veya tedavisi ile ilgili değişiklik konusunda bilgilendirilmesi

çoğu kez telefon görüşmesi şeklinde yapılmakta bazen de hasta sağlık merkezi binasına tekrar çağrılmaktadır.

## **İlaçlar**

USH kapsamında hastalar 1 Nisan 2008 tarihinden itibaren kullanmaları gereken ilaçların cinsine ya da maliyetine bakılmaksızın her reçete için 7,1 sterlin ödemektedirler. USH'nin kurulduğu 1948 yılında ilaç katkı payı alınmamakta olup, bu uygulama ilk olarak 1952 yılında reçete başına 1 şilin alınarak başlatılmış, yıllar içinde de bu miktar artırılmıştır. 16 yaş ve altındaki çocuklar, 60 yaş ve üzerindeki yaşlılar, gebe kadınlar, eğitimine devam eden gençler, sosyal destek kapsamında olanlar (işsizlik maaşı alanlar vb.) ve bazı fiziksel engellilik oluşturan durumu olanlardan ilaç katkı payı alınmamaktadır. Ayrıca belli ilaçları düzenli olarak kullanması gereken (diyabet, epilepsi, hipotiroidi vb) hastalar da ilaç katkı payını ödememektedir. Hükümet kaynaklarında reçete kalemlerinin %88'inde ilaç katkı payı alınmadığı bildirilmektedir. İlaç katkı payı ile ilgili olarak belirtilmiş olan bu bilgiler İngiltere için geçerlidir. Galler'de 1 Nisan 2007'den itibaren ilaç katkı payı alınmamakta olup, İskoçya'da ise 2011'den itibaren bu uygulamaya geçilecektir. Kuzey İrlanda'da ilaç katkı payının kaldırılması ile ilgili bir tarih belirlenmemiş olmakla birlikte bu uygulamaya geçilmesi planlanmaktadır<sup>20</sup>.

İlaç kodeksinde, her bir ilacın ticari adının yanında, reçete ile verilmesinin zorunlu olup olmadığı ve USH kapsamında ücretsiz olarak verilip verilmediği ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Aynı ilacın daha ucuz olan eşdeğer ürünleri USH kapsamında ücretsiz olarak karşılanmaktadır.

## **Sevk işlemleri**

Genel pratisyen gerektiğinde hastasını ikinci basamak tanı ve tedavi hizmeti sunan bir sağlık kurumuna sevk eder. Kişiler kayıtlı oldukları genel pratisyen tarafından sevk edilmek koşulu ile USH kapsamında tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Hastalar Nisan 2008'den itibaren USH kapsamında sözleşme yapılan Birleşik Krallık'taki herhangi bir kamu veya özel sağlık kurumuna (hastane/ dal merkezi) sevk edilebilmektedir. Bu konuda hastaların ve GP'lerinin genellikle bölgelerinde hizmet sunan bir sağlık kurumunu tercih ettiği söylenebilir.

USH kapsamında ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevklerin oldukça düşük olduğu gözlenmektedir. İngiltere ve Galler'de GP/GP gruplarına

ayakta tanı ve tedavi amacıyla gerçekleşen başvuruların yalnızca %6'sı ikinci basamağa sevkle sonuçlanmaktadır. Her 100 kişiden 16,6'sı ise bir yıl içinde ikinci basamağa en az bir kez sevk edilmektedir<sup>21,22</sup>.

Sevk edilecek ikinci basamak sağlık kurumu tercihi ile ilgili olarak Ocak 2004'da "**Seç ve Randevunu Al (Choose and Book)**" uygulaması başlatılmıştır. Bu kapsamda hastalar ve genel pratisyenleri Nisan 2008'e kadar bölgelerindeki sözleşme yapılmış olan hastanelerin en yakın randevu tarihleri ve bazı hizmet kalitesi göstergelerini telefonla veya elektronik ortamda birlikte değerlendirerek hastane seçmekteydi. Bu uygulamanın kapsamı Nisan 2008'den sonra genişletilerek "**Hasta Tercihi (Patient Choice)**" uygulaması ile kişilere USH kapsamında sözleşme yapılmış Birleşik Krallık'taki herhangi bir hastane ya da dal merkezini tercih etme hakkı tanınmıştır. Hastanelerin sunduğu bilgiler, hastaneye ulaşım bilgileri, metisiline dirençli stafilocok aereus hızları gibi hastane enfeksiyonları açısından bazı veriler, farklı hizmetler için bekleme süreleri ile hastanenin otopark, kantin koşulları ve diğer alışveriş olanakları gibi konulardadır<sup>6,23,24</sup>. Hastalara erken dönemde hizmet sunulabilmesi için bazı klinik durumlarda yerel düzeyde tercih edebilecek kurumlara sınırlamalar getirilmiştir. Bu durumlar göğüs ağrısına acil müdahale, doğum hizmetleri ve akıl/ruh sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerdir.

### **Aşılama ve Aile Planlaması Hizmetleri**

Aşılama programı bölge sağlık yönetimleri tarafından planlanır. Bölge sağlık yönetimi, program kapsamında aşılınması gereken kişilere kayıtlı oldukları GP/GP grubundan hizmet almaları için davet mektuplarını gönderir. Randevu tarihinde gruba gelen kişilere aşılarını GP/GP grubu hemşiresi yapar. Aşı randevusuna gelmeyen kişilerin aşılarını ise sağlık ziyaretçileri tamamlar. Bu konudaki organizasyonu da bölge sağlık yönetimleri üstlenmiştir. Bölge sağlık yönetimlerinin aşılama ile ilgili hizmetleri yeterli düzeyde organize edebilmesi için GP/GP grubu ve sağlık ziyaretçileri sunmuş oldukları aşılama hizmetleri ile ilgili verileri bölge sağlık yönetimlerine bildirmektedir. Aşılama oranı GP/GP gruplarına yapılan ödemelerde bir performans göstergesi olduğu için çoğu GP/GP grubu da elektronik veri tabanlarında aşılamada yakalanmış fırsatları gösterecek düzenlemeler yapmıştır. Yani herhangi bir nedenle GP/GP grubuna başvuran kişinin ulusal bağışıklama programı gereğince yapılması gereken ancak yapılmamış aşıları varsa sistem sağlık personelini uyarmaktadır.

Aile planlaması hizmetlerine bakıldığında ise, GP/GP grupları tarafından genellikle oral kontraseptif, servikal başlık, enjektabl progesteron, kondomla ilgili hizmetlerin sunulduğu görülmektedir. Rahim içi araç, deri altı implantları gibi yöntemler için hizmet sunan GP/GP grupları olmakla birlikte bu yöntemlerin çoğunlukla şehir merkezlerinde bulunan aile planlaması kliniklerinde sunulduğu söylenebilir.

### **GP/GP Gruplarının Gelirleri: Ödeme Şekilleri ve Sözleşmeler**

USH kapsamında GP/GP grupları serbest çalışan hekimler olup, USH'nin kuruluşundan itibaren Sağlık Bakanlığı ile imzaladıkları sözleşmelerle gelirlerini elde etmişlerdir. Yine USH'nin kuruluşundan beri genel pratisyenlere ödemeler kişi başı ödeme (per capita) şeklinde yapılmaktadır. Genel pratisyenlere bağlı kişilerin yaş ve cinsiyet yapısı ile hizmet sunulan bölgenin gelişmişlik düzeyi de sözleşmede dikkate alınmaktadır.

GP/GP gruplarının sunduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırmak amacı ile 1989 yılında genel pratisyen sözleşmelerine bazı performans öğeleri eklenmiştir. Yapılan bu değişiklikle aşılama hizmetleri ve serviks kanseri tarama hizmetlerinin yeterlilik düzeyine göre GP/GP grubu daha fazla gelir elde edebilmektedir<sup>7</sup>.

2004 yılından itibaren ise GP/GP gruplarına ödemeler 2 farklı sözleşme ile yapılabilmektedir:

- Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi (general medical services contract)
- Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi (personal medical services contract)

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi ile GP'lere kişi başı ödeme yanı sıra sunulan hizmetin niceliği ve niteliğine göre ek ödeme yapılmaktadır.

USH tarihinde ilk kez bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi ile genel pratisyenler maaşlı olarak istihdam edilmeye başlanmıştır. 2007 yılı verilerine bakıldığında genel pratisyenlerin yaklaşık dörtte üçünün genel sağlık hizmetleri sözleşmesi, dörtte birinin ise bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi ile çalıştığı görülmektedir<sup>7,25,26,27,28</sup>.

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında çalışan genel pratisyenler 80.000 ile 120.000 sterlin arasında yıllık gelire sahiptir. Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi ile çalışan maaşlı genel

pratisyenler için bu rakam 50.000 ile 80.000 sterlin arasında bildirilmektedir<sup>29</sup>.

### Genel Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesinin daha önce uygulanan genel pratisyen sözleşmelerine göre bazı farklılıkları bulunmaktadır. Bu farklılıklar şunlardır:

- Sözleşmenin GP/GP grubu ile bölge sağlık yönetimi arasında yapılması

2004 yılından önce GP/GP grubunda çalışan genel pratisyenler bölge sağlık yönetimi ile bireysel düzeyde sözleşme yapıyordu. 2004 yılında genel sağlık hizmetleri sözleşmesi ile sözleşmeler GP/GP grubu ile bölge sağlık yönetimi arasında yapılmaya başlanmıştır. Yapılan bu değişiklikle grup halinde çalışan genel pratisyenler bir toplam gelir elde etmektedir.

- Performansa göre ödemenin kapsamının genişletilmesi

Bu sözleşme ile yapılan ikinci önemli değişiklik GP/GP grubuna özellikle kronik hastalıklarla ilgili sundukları hizmetin nitelik ve niceliğine göre ek ödeme yapılmasıdır.

- Mesai saatleri dışında hizmetleri sunup sunmama tercihi

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesinin getirdiği bir diğer farklılık GP/GP gruplarını mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunup sunmama konusunda serbest bırakmasıdır. Bu sözleşme kapsamında çalışan GP/GP gruplarının çoğunluğu mesai saatleri dışında hizmet sunmamayı tercih etmiş olup, bölge sağlık yönetimleri bu hizmetler için, ambulans yönetimleri ve mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlarla sözleşme yapmaktadır.

Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında, GP/GP grubunun elde edeceği gelirin yaklaşık yarısı “GP/GP grubu minimum gelir garantisi” olarak verilir. Bu miktarın hesaplanmasında GP/GP grubuna bağlı kişi sayısı ile kişilerin yaş ve cinsiyet yapısı, hizmet sunulan bölgenin gelişmişlik düzeyi dikkate alınmaktadır. GP/GP grubunun kullandığı bina GP/GP grubuna aitse bölge sağlık yönetimi sözleşme kapsamında gruba kira için ek ödeme yapmaktadır. Bu sözleşme kapsamında GP/GP grubunun elde edeceği gelirin yaklaşık yarısı ise grubun sunduğu hizmetlerin performans değerlendirmesine göre belirlenmektedir. Performans değerlendirmesinin nasıl yapılacağı ve grubun gelirinin nasıl hesaplanacağı “kalite ve sonuçlar çerçevesi” adı altında yayınlanmış



olan performans göstergelerine göre yapılmaktadır. Bu göstergeler kanıta dayalı, “Ulusal Hizmet Çerçevesi (The National Service Frameworks -The NSFs)” yani ulusal rehberlere uygun olarak geliştirilmiş olup, her yıl güncellenmektedir. Kalite ve sonuçlar çerçevesinin temel amacı birinci basamakta özellikle kronik hastalıklara yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ile kişilerin hastaneye başvurularının azaltılması, böylece hastanelerde yaşanan bekleme süreleri ile ilgili sorunların çözülmesidir<sup>7,30</sup>.

### **Kalite ve sonuçlar çerçevesi**

GP/GP grupları kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında belirlenen hedeflere ulaşarak daha fazla gelir elde etmek için hizmet sunumunu gruba kayıtlı kişilerin gereksinimlerine göre planlayabilmekte, grupta çalışmakta olan sağlık personelinin görev tanımlarını değiştirebilmekte, özel konularda eğitim almasını sağlamakta veya özel konularda eğitim almış sağlık personelinin istihdam edebilmektedir. Sözleşme kapsamında elde edilen gelirin hesaplanmasında GP/GP grubunun hasta bilgi sisteminden elde edilen veriler kullanıldığı için GP/GP grupları kayıt sistemlerinin yeterliliğini de sağlamaya çalışmaktadırlar. Ayrıca kalite ve sonuçlar çerçevesinde hasta kayıt sisteminin yeterliliği ile ilgili parametreler de performans göstergeleri arasında olup, bu durum kayıt sistemlerini iyileştirme konusunda GP/GP gruplarına motivasyon sağlamaktadır.

Kalite ve sonuçlar çerçevesine göre sözleşme tarafları aşağıda belirtilen kurallar konusunda görüş birliği içindedir:

- Göstergeler kanıta dayalı olarak belirlenmelidir.
- GP/GP gruplarının sunduğu hizmetleri geçerli ve karşılaştırılabilir bir şekilde değerlendirebilmek için performans göstergeleri olabildiğince az sayıda seçilmelidir.
- Yalnızca denetleme amacı ile veri toplanmamalıdır.
- Yalnızca hastalara yönelik hizmetlerde gerekli bilgilerin toplanmasına özen gösterilmeli, hastanın muayenesi sırasında veri toplanmanın hizmetin önüne geçmesi önlenmelidir. Gereksiz veri toplanmasından kaçınılmalıdır.
- Verilerin hizmet sunumu sırasında tutulan hasta kaydı bilgilerinden alınmasına özen gösterilmelidir.

Her bir klinik alan için belirlenmiş olan klinik göstergeler bu klinik alan içinde numaralandırılır. “Kalite ve sonuçlar çerçevesi” her yıl

yenilenmekte olup, çıkarılan herhangi bir klinik göstergenin sıra numarası yıllara göre karşılaştırma yapabilmek amacı ile başka bir klinik göstergeye verilmez. Bu nedenle gösterge sıra numaraları ardışık değildir. “Kalite ve sonuçlar çerçevesi”nde her bir göstergenin altında yer alan “gerekçe (rationale)” alt başlığında ilgili göstergenin neden seçildiği ile ilgili gerekçeyi oluşturan bilgiler elektronik ortamda ilgili yayınlara veya ulusal rehberlere ulaşmayı sağlayan bağlantıları da içerecek şekilde yer almaktadır.

Kalite ve sonuçlar çerçevesinde göstergelerin uygulanması için uygun olmayan hastalar performans puanı hesaplanırken dikkate alınmamaktadır. **Muafiyet kriterleri (exception reporting)** olarak tanımlanan bu durumlar şu şekilde özetlenebilir:

- 1.Son 12 ay içinde 3 farklı zaman için GP/GP grubuna çağrılmış ancak randevusuna gelmemiş olan hastalar
- 2.Kişinin yatalak veya terminal dönem hastası olması gibi kronik hastalıklarla ilgili göstergeler için değerlendirmeye alınmasını zorlaştıran bir durumunun bulunması
- 3.Hastaya yeni tanı konmuş olması veya hastanın GP/GP grubuna yeni kayıt yaptırmış olması
- 4.Maksimum tolerans dozunda tedavi almasına karşın kan ilaç düzeyleri optimum düzeyin altında olan hastalar
- 5.Allerji, kontrendikasyon veya başka bir yan etki nedeni ile belli ilaçları kullanamayan hastalar
- 6.Tanı işlemlerini veya tedaviyi reddeden ve bu duruma ilişkin kaydı bulunan hastalar
- 7.Tanı ve tedavi ile ilgili olarak gerekli ikinci basamak sağlık hizmetlerine hastanın zamanında ulaşamaması

Daha önce de bahsedildiği gibi kalite ve sonuçlar çerçevesinde hesaplanan puanlar yani kurumun toplam performans puanı hastalara ilişkin kayıt sisteminin verilerinden hesaplanmaktadır. Dolayısıyla bölge sağlık yönetimi açısından GP/GP gruplarının kayıt sistemindeki verilerin doğruluğu önem taşımaktadır. Bu konuda bölge sağlık yönetimleri GP/GP gruplarının kayıt sistemlerindeki verilerin doğruluğunu denetlemek amacı ile habersiz ziyaretler yapabilmektedir. Ayrıca kayıtlı popülasyonun demografik özelliklerine göre beklenen hasta sayıları ile kayıtlı yani tanı konmuş hasta sayısı da karşılaştırılmaktadır<sup>7,31</sup>.

Kalite ve sonuçlar çerçevesine göre GP/GP grubunun performansı;

- klinik alan,
- yönetim alanı,
- hizmet kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgiler,
- ek hizmetler alanı

olmak üzere 4 temel alan içinde değerlendirilmektedir.

### **Klinik alan**

Bu alanda 19 farklı sağlık sorunu ele alınmış olup bu sağlık sorunları için GP/GP grubunun sunduğu sağlık hizmetinin performansını değerlendiren 79 gösterge bulunmaktadır (Ek Tablo 1-19)<sup>31</sup>. Sağlık sorunları başlangıçta koroner kalp hastalığı, inme ve geçici iskemik atak, hipertansiyon, hipotiroidi, diyabet, ruh sağlığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, astım, epilepsi ve kanser olarak belirlenmiş olup, bu sorunlara 2006 Nisan ayından itibaren demans, depresyon, kronik böbrek hastalığı, atriyal fibrilasyon, palyatif bakım, obezite, öğrenme bozuklukları, koroner kalp hastalığından sekonder korunma ve tütün kullanımı eklenmiştir.

Kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında klinik alan içinde bulunan her bir sağlık sorunu için göstergelerin neler olduğu ve bu göstergelerle ilgili puanlar belirlenmiştir. Göstergeler için belirlenmiş puanlar, hizmete ulaşan hasta popülasyonu yüzdesi ile çarpılarak GP/GP grubunun puanı hesaplanmaktadır. Yapılan hesaplama sonucunda ondalık sayı olarak bulunan değerler söz konusu ise bu değerler yuvarlanarak tam sayı şeklinde puanlar belirlenmektedir.

Göstergelerle ilgili puan hesaplamasında minimum ve maksimum ödeme yüzdeleri de söz konusudur. Her bir gösterge için belirlenmiş olan minimum ödeme yüzdesi, bu göstergeyle ilgili GP/GP grubunun en az 1 puan alabilmesi için hizmet sunması gereken minimum hasta popülasyonunu göstermektedir. GP/GP grubu maksimum ödeme yüzdesine ulaşacak şekilde hasta popülasyonuna hizmet sunduğunda ise ilgili gösterge için maksimum puanı almakta, daha fazla performans yüzdesi ile hizmet sunmuş olması durumunda aldığı puan değişmemektedir. Bir GP/GP grubu klinik alanda yer alan sağlık sorunları ile ilgili olarak en fazla 650 puana ulaşabilmektedir.

Bu bölümde performans değerlendirmesinde puan hesaplamasının ne şekilde yapıldığını göstermek amacı ile kalite ve sonuçlar çerçevesinin

diyabetle ilgili bölümü ve puan hesaplaması ile ilgili bazı örnekler sunulmuştur. Tablo 6'da da izlendiği gibi diyabetle için GP/GP grubunun hastaların saptanması, izlenmesi ve kontrolü konusunda verdiği hizmetin kalitesini değerlendirmeye yönelik toplam 16 gösterge bulunmaktadır. Örnek olarak diyabet 2. gösterge ele alındığında GP/GP grubunun "diyabetli hastalardan son 15 ayda beden kütle indeksi ölçüm kaydı olanların yüzdesi" göstergesini ele alalım. Bu göstergenin puanı "3", minimum ödeme yüzdesi %40, maksimum ödeme yüzdesi %90'dır. Minimum ödeme yüzdesi %40 olarak belirlendiği için, grup %0 ile %40 arasında değişen oranlarda diyabetli hastaların son 15 ayda beden kütle indeksini ölçtüyse bu göstergeyle ilgili aldığı puan "0" olmaktadır. Benzer şekilde maksimum ödeme yüzdesi %90 olduğu için GP/GP grubu %90 ile %100 arasında değişen oranlarda diyabetli hastaların son 15 ayda beden kütle indeksini ölçtüyse alınan puan değişmemekte, puan yine "3" olmaktadır. Hesaplanan puanların ondalık sayı olması ile ilgili örnek vermek gerekirse, GP/GP grubu diyabetli hastalardan %40'ının son 15 ayda beden kütle indeksini ölçerek kaydetmişse grubun bu göstergeyle ilgili puan ondalık sayı şeklinde "1,2"dir. Bu değer yuvarlanarak puan "1" olarak belirlenmektedir. GP/GP grubu diyabetli hastalardan %50'sinin son 15 ayda beden kütle indeksini ölçerek kayıt etmişse grubun bu göstergeyle ilgili alacağı puan ondalık sayı olarak "1.5" hesaplanmakta, bu değer yuvarlandığında grubun puanı "2" olarak belirlenmektedir.

### **Yönetim alanı**

Yönetim alanı; hastalar için tutulan kayıtlar ve bilgi sistemi, hastalarla iletişim ve hastaların bilgilendirilmesi, personel eğitimi, ilaç yönetimi, sağlık merkezi yönetimi olmak üzere 5 farklı bölümde GP/GP grubunun yönetim sistemini değerlendirmektedir. Bu alanda toplam 36 gösterge bulunmakta olup, maksimum 167.5 puan alınabilmektedir (Ek Tablo 20-24)<sup>31</sup>.

**Tablo 6. Kalite ve Sonuçlar Çerçevesine Göre Diyabet İçin Belirlenmiş Klinik Göstergeler**

Gösterge	Puan*	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>DM 1.</b> Grup 17 yaş ve üzerindeki diyabetli hastalar için (tip I ve tip II diyabet için ayrı olmak üzere) bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	0-6	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>DM 2.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda beden kütle indeksi ölçüm kaydı olanların yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 5.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi ölçüm kaydı olanların yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 20.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi 7.5 mmol/lit veya daha düşük saptananların yüzdesi	0-17	%40-%50
<b>DM 7.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi 10 mmol/lit veya daha düşük saptananların yüzdesi	0-11	%40-%90
<b>DM 21.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda göz dibi muayenesi kaydı olanların yüzdesi	0-5	%40-%90
<b>DM 9.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda periferik nabız muayenesi kaydı olanların yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 10.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda nöropati açısından değerlendirme kaydı olanların yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 11.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda kan basıncı kaydı olanların yüzdesi	0-7	%40-%90
<b>DM 12.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda ölçülen kan basıncı değeri 145/85 veya altında olanların yüzdesi	0-18	%40-%60
<b>DM 13.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda mikroalbuminüri test sonucu olanların yüzdesi (proteinürisi saptanan hastalar hariç)	0-3	%40-%90

**Tablo 6. Kalite ve Sonuçlar Çerçevesine Göre Diyabet İçin Belirlenmiş Klinik Göstergeler (devamı)**

Gösterge	Puan*	Ödeme yüzdesi
<b>DM 22.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda glomeruler filtrasyon hızı veya serum kreatinin değeri değerlendirilenlerin yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 15.</b> Proteinüri veya mikroalbuminüri bulunan diyabet hastalarından ACE inhibitörü (veya Angiotensin II reseptör antagonistleri) kullananların yüzdesi	0-3	%40-%80
<b>DM 16.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda total kolesterol değeri kaydı olanların yüzdesi	0-3	%40-%90
<b>DM 17.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda ölçülen total kolesterol değeri 5 mmol/l veya altında olanların yüzdesi	0-6	%40-%70
<b>DM 16.</b> Diyabet hastalarından bir önceki sonbahar - kış döneminde (1 Eylül - 31 Mart döneminde) influenza aşısı yapılanların yüzdesi	0-3	%40-%85

\* Her bir gösterge için alınabilecek puan belirtilen dağılım aralığında olabilmektedir. Diyabet 2. gösterge için GP/GP grubunun puan alabilmek için kayıtlı hastalarının en az %40'ının son 15 ayda beden kütle indeksi ölçümünü yapmış olması gerekir. Maksimum puan olan 3 puanı alabilmek için ise hastalarının en az %90'ının son 15 ayda beden kütle indeksi ölçümünü yapmış olması gerekir.

### Hizmet kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgiler

Bu alandaki göstergelerden biri bekleme süresi olup, bu veri GP/GP grubunun kayıt sisteminden elde edilmektedir. Ayrıca hastaların hastalığı konusunda bilgilendirilmesi ve aldığı hizmetten memnun kalıp kalmadığı da yer almaktadır. Bu 2 gösterge ile ilgili performans, hem GP/GP grubu tarafından yürütülen hasta araştırması verileri, hem de ulusal düzeyde yürütülen bir saha araştırmasının verileri dikkate alınarak ölçülmektedir.

GP/GP grubunca yapılan kesitsel çalışmanın yöntemi standart olup, Sağlık Bakanlığı bu konuda hekimlere gerekli teknik desteği hazırlanmış araştırma materyalleri ile sağlamaktadır. Göstergelere bakıldığında ortalama muayene süresi 10 dakikadan kısa olmayan GP/GP gruplarının puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. GP/GP grubu hasta bilgilendirilmesi ve memnuniyeti alanında veri toplamak üzere araştırma yapması durumunda belli düzeyde gelir elde etmektedir.

Bu araştırmaların sonuçlarının raporlarla değerlendirilmesi veya bu verilere dayalı olarak hizmet sunumunu iyileştirecek planlar yapılması durumunda elde edilen gelir daha fazla olmaktadır. 2008-2009 dönemi için bu alana ulusal düzeyde yapılan bir araştırma sonucuna göre birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ile ilgili göstergeler de eklenmiştir.

Hizmet kalitesi araştırmalarından elde edilen bilgiler alanında toplam 6 gösterge bulunmaktadır ve maksimum 146.5 puan alınabilmektedir (Ek Tablo 25)<sup>31</sup>.

### **Ek hizmetler alanı**

Bu alanda GP/GP grubunun serviks kanseri taraması, çocuk izlemleri, gebe ve lohusa hizmetleri ve aile planlaması hizmetleri konusundaki performansı değerlendirilmektedir. Toplam 8 gösterge bulunmakta olup, bu alandan maksimum 36 puan alınabilmektedir. (Ek Tablo 26)<sup>31</sup>.

Her GP/GP grubu kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında ulaşmış olduğu puanı hesaplamada bir elektronik veri değerlendirme programı (Quality management analysis system, QMAS) kullanılmaktadır. Hesaplamada GP/GP grubuna kayıtlı kişilerin elektronik sağlık dosyalarından elde edilen bilgiler, GP/GP grubunun yönetimi ile ilgili bilgiler ve hasta araştırmasından elde edilen bilgiler kullanılmaktadır<sup>7</sup>.

GP/GP grubu, genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında kalite ve sonuçlar çerçevesinde yer alan bölümlerden bazılarını seçmeme özğürlüğüne sahiptir<sup>7,25,26,27</sup>.

Kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında yer alacak göstergelerin neler olacağı, göstergeler için ulaşılması gereken hedefler (puanlar ve minimum/maksimum ödeme yüzdeleri) her yıl gözden geçirilmekte ve kanıta dayalı olarak bazı hedefler çıkarılırken yeni hedefler eklenebilmektedir. Örneğin, ulaşılması gereken hedef puan bu uygulamanın başlatıldığı 2004-2005 döneminde ve 2005-2006 döneminde 1050 iken, bu puan sonraki dönemler için 1000'dir. Yine 2006-2007 dönemi için çerçeve güncellendiğinde tüm minimum ve maksimum ödeme yüzdeleri yükseltilmiş, 30 gösterge çıkarılmış ve 18 yeni gösterge eklenmiştir<sup>30</sup>. 2008-2009 dönemi için ise 8 gösterge çıkarılıp, 2 yeni gösterge eklenmiştir<sup>32</sup>.

Kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında çalışan GP/GP gruplarının ulaştığı hedef puanla ilgili verilere bakıldığında, GP/GP gruplarının sunduğu sağlık hizmetinin performansının oldukça iyi düzeylerde olduğu söylenebilir. GP/GP gruplarının ulaştığı hedef puan yüzdeleri

dağılımının ortalaması 2004-2005 yılı için %91,3 olup, bu veri 2005-2006 ve 2006-2007 dönemleri için sırasıyla %96,2 ve %95,5 olarak saptanmıştır. Maksimum hedef puana ulaşan GP/GP gruplarının oranı ise aynı dönemler için sırasıyla %2,6, %9,7 ve %5,1'dir<sup>33</sup>.

Program başlatılmadan önce GP/GP gruplarının ulaştığı hedef puan yüzdeleri dağılımının ortalamasının %75 düzeyinde gerçekleşmesi beklenmekteydi. Bu puanın başlangıçtan itibaren %90'ın üzerinde bulunması olumlu bir veri olarak yorumlanmakta ise de kalite ve sonuçlar çerçevesinde yer alan göstergelerin ulaşılması kolay olan hedefler olduğu yönünde eleştiriler de söz konusudur. Değerlendirme çalışmalarında hasta listesi daha büyük olan GP/GP gruplarının listesi küçük olan GP/GP gruplarına göre ulaştıkları hedef puan ortalamalarının daha yüksek olduğu da saptanmıştır. Bu veri "grup halinde çalışmak kaynakların daha verimli kullanımını sağlıyor" şeklinde yorumlanmıştır<sup>34</sup>.

Kalite ve sonuçlar çerçevesi kapsamında göstergelere karşılık gelen puanlar için ne kadar ödeme yapılacağı konusunda ise söz konusu hastalıkların GP/GP grubuna kayıtlı kişilerdeki prevalansına göre karar verilmektedir. Hastalık GP/GP grubuna kayıtlı kişilerde topluma göre daha sık görülen bir sağlık sorunu ise grubun ilgili gösterge için aldığı puana ödenecek miktar daha yüksek olmaktadır. Bu konu ile ilgili şu şekilde bir hesaplama yapılmaktadır: Her dönem için ayrı olmak üzere Sağlık Bakanlığı düzeyinde bir puana karşılık GP/GP gruplarına ödenecek ortalama bir tutar belirlenmektedir. GP/GP grubunda herhangi bir hastalık için gruba kayıtlı kişilerdeki hastalığın sıklığının karekökünün yine aynı hastalık için ulusal düzeyde bilinen sıklığın kareköküne bölünmesi ile bir katsayı elde edilir. Bu hastalık için grubun alacağı gelir, elde edilen bu katsayının, performans puanı ve bir puan için ödenecek tutarla çarpılması ile hesaplanır<sup>7</sup>.

Sağlık Bakanlığı düzeyinde her puan için belirlenen ücretin yıllar içinde arttığı görülmektedir. Uygulamanın başladığı 2004 yılından beri verilen ücretlere bakıldığında, 2004-2005 döneminde 1 puan için ortalama 75 İngiliz Sterlini (133 Amerikan Doları) ödendiği, bu miktarın 2005-2006 döneminde 125 İngiliz Sterlini (218 Amerikan Doları) olduğu görülmektedir<sup>7,34</sup>.

Performansa göre ödeme uygulaması 2004-2005 döneminde başlatıldığında daha önceki yıllarda 70,000 ile 75,000 İngiliz Sterlini (122,000-131,000 Amerikan Doları) arasında yıllık gelire sahip olan yaklaşık 2000 kişilik listeye sahip bir GP, maksimum puan elde ederek



gelirini ortalama 23,000 İngiliz Sterlini (40,200 Amerikan Doları) arttırmıştır. Bir başka ifadeyle performansa göre ödeme uygulaması uygulamanın ilk yılında genel pratisyenlerin gelirlerinin yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. 2004-2005 sonrasında her puan için GP/GP grubuna ödenen ücretler de önemli düzeyde arttırıldığından GP/GP gruplarının gelirlerinde daha sonraki yıllarda bu düzeyden daha fazla miktarda artışlar olmuştur. Ancak performans hedeflerine ulaşmak için GP/GP gruplarının hemşire istihdam etmesi ve/veya diğer yönetim giderlerinin artışı nedeni ile toplam giderlerinde de artış olduğu göz ardı edilmemelidir<sup>34</sup>.

Birleşik Krallık'ta birinci basamakta uygulanmaya başlanan performansa dayalı ödemeye ilgili değerlendirmeler uygulamanın olumlu etkilerinin olduğu yönündedir. Ancak yapılan değerlendirmelerde GP/GP gruplarının bu uygulama kapsamında elde edecekleri geliri daha yüksek tutabilmek için muafiyet kriterine sahip hasta oranlarını daha fazla gösterme eğiliminde olabilecekleri belirtilmektedir. Bu konuda yapılan bir değerlendirmenin sonuçlarına göre GP/GP grupları, muafiyet kriterlerine sahip hasta oranlarını ortalama %6 olarak bildirmişlerdir. Ancak listesi daha küçük olan GP/GP gruplarında muafiyet kriteri içeren hasta oranlarının daha fazla bildirildiği saptanmıştır. Farklı hastalıklar için de bildirilen muafiyet kriterine sahip hasta oranları değişmektedir. GP/GP gruplarının toplam puanı yüksek olan -dolayısıyla elde edilecek toplam gelirdeki payı yüksek olan- ve ulaşılması daha zor olan göstergeleri içeren koroner kalp hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve ruh sağlığı gibi klinik alanlarda daha yüksek oranlarda muafiyet kriteri bulunan hasta bildirdikleri saptanmıştır. Buna karşın toplam puanı düşük olan ve ulaşılması daha kolay olan göstergeleri içeren hipotiroidi gibi klinik durumlarda muafiyet kriterini içeren hasta oranları daha düşük bildirilmektedir<sup>34</sup>.

### **Bireysel Sağlık Hizmet Sunumu Sözleşmesi**

Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi, sağlık personeli istihdam etmenin zor olduğu kırsal yerleşim yerleri veya gelişmemiş bölgeler veya yaşlılara yönelik hizmetler, ruh sağlığı hizmetleri gibi hizmet alanlarında sağlık personeli istihdam edebilmek için 2004 yılı Mart ayında uygulanmaya başlanmıştır. Bu sözleşme GP/GP grupları ile yapılabildiği gibi, bireysel olarak GP'ler veya hekim dışı sağlık personeli ile de yapılabilmektedir. Ücretler genellikle maaş şeklinde ödenmektedir. Bu sözleşme kapsamında da mesai saatleri dışındaki sağlık hizmetlerini sunup sunmama konusunda kişiler tercih hakkına

sahiptir<sup>7,26</sup>. Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi kapsamında çalışan GP/GP gruplarının kalite ve sonuçlar çerçevesine göre ücret alması konusunda da düzenlemeler söz konusudur. Bu sözleşme ile farklı nedenlerle aktif olarak veya tam zamanlı olarak çalışmayan yetmişmiş sağlık insan gücünden daha fazla yararlanılması da amaçlanmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesinin bu konuda yararlı olduğu yönündedir<sup>28</sup>.

Bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi kapsamında sağlık personelinin elde ettiği ücret genel sağlık hizmetleri ile elde edilen ücrete göre daha düşüktür. Bu nedenle bölge sağlık yönetimlerinin yöneticileri daha çok bu sözleşme kapsamında sağlık personelinin istihdam etmeye çalışmaktadırlar.

#### **IV.2. Toplum Sağlığı Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetleri başlığı altında da söz edildiği gibi sağlık merkezlerinde GP/GP grubu yanı sıra bölge sağlık yönetimleri tarafından bireysel düzeyde yapılan sözleşmelerle maaş karşılığı istihdam edilen toplum sağlığı çalışanları yani sağlık ziyaretçileri, ebeler ve alan hemşireleri de görev yapmaktadır. Toplum sağlığı çalışanlarının da hizmet içi eğitimlerini devam ettirmeleri gerekmekte, bu konuda periyodik olarak bir değerlendirmeden geçmektedirler. Bölge sağlık yönetimi ile yürütülen sözleşmeler yenilenirken periyodik değerlendirme sonuçları da göz önüne alınmaktadır.

Sağlık ziyaretçileri, ebeler ve alan hemşireleri haftanın belli günlerinde sağlık merkezine izlem ya da aşı yapmak üzere izledikleri risk grubundan kişileri çağırmakta ancak temelde sahada gezerek hizmet sunmaktadır.

**Sağlık ziyaretçileri** çocuk sağlığı, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi konusunda özel eğitim almış hemşireler veya ebelerdir. 5 yaş altı çocuklar ve yaşlılar gibi risk gruplarının izlemlerini yürütmektedirler. 5 yaş altında çocuğu bulunan her ailenin bir sağlık ziyaretçisi bulunmaktadır. Sağlık ziyaretçileri çocukların aşılarını ulusal aşı şemasına uygun olarak yapmakta, büyüme ve gelişme durumlarını takip etmekte, sağlıklı beslenme ve anne sütünün önemi, enfeksiyon hastalıkları, deri hastalıkları gibi çocukluk çağında sık görülen hastalıklar, fiziksel egzersiz, hijyen gibi konularda sağlık eğitimi vermektedir. Sağlık ziyaretçileri çocuklarında uyku, yeme, tuvalet alışkanlığı edinme, diş çıkarma konusunda sorunu olan ailelere yardımcı olmaktadır. Sağlık ziyaretçileri, doğum sonrası depresyon, aile içi şiddet konularında da hizmet sunmaktadır<sup>35</sup>.

**Ebeler** doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeklere sunulan sağlık hizmetlerinden sorumludurlar<sup>36</sup>.

**Alan hemşireleri** bakıma gereksinimi olan yaşlı hastalara veya hastaneden taburcu edilmiş ancak bakıma gereksinimi olan hastalara ve terminal dönem hastalarına genellikle evlerinde, bazen sağlık merkezinde veya yaşlı bakımevinde hemşirelik hizmetlerini sunarlar<sup>37</sup>.

### **IV.3. Ayakta Tanı ve Tedavi Hizmeti Sunan Diğer Birinci Basamak Sağlık Kurumları**

Bu bölümün girişinde de belirtildiği gibi USH kapsamında birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri açısından her 10 başvurudan biri GP/GP grupları dışında kalan mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlık istasyonları, ALO USH, ambulans servisi, acil servisler ve sağlık kabinleri tarafından karşılanmaktadır (Şekil 1, Tablo 3 ve Tablo 4). Bu başvurulara ait bilgiler kişilerin kayıtlı oldukları GP/GP grubunun hasta bilgi sistemine eklenmemektedir. Her ne kadar birinci basamak ayakta tanı ve tedavi amaçlı başvuruların %90,8 gibi önemli bir bölümü GP/GP gruplarında gerçekleşse de, bu konu sağlık hizmetlerinin sürekliliğine gölge düşürmektedir.

Aşağıda USH kapsamında GP/GP grubu dışında kalan birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmeti sunan kurumlar konusunda bilgiler sunulmuştur.

### **Mesai Saatleri Dışında Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar**

2004 yılı öncesinde, mesai saatleri dışında ve hafta sonları ayakta tanı ve tedavi hizmetleri açısından sağlık hizmeti sunumu bölge sağlık yönetiminin GP/GP grupları ile yaptığı sözleşmelere göre GP/GP gruplarının sorumluluğu altındaydı. 2004 yılı sonrasında yapılan sözleşmelerde mesai saatleri dışında ve hafta sonları hizmet sunup sunmamak GP/GP gruplarının isteğine bırakılmıştır. Çoğu GP/GP grubu da bu konuda sorumluluk almamış olup, bu hizmetler bölge sağlık yönetimleri tarafından organize edilmeye başlamıştır. Bölge sağlık yönetimleri bu hizmetlerle ilgili olarak çoğunlukla **ambulans yönetimleri (ambulance trusts)** ile veya 2004 yılı öncesinde yapılmış olan “**mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumlarla (out of hours services)**” sözleşme yapmaktadır<sup>38</sup>.

2004 yılı öncesinde mesai saatleri dışında temelde genel pratisyenlerin oluşturduğu, ticari amaç gütmeyen “**Genel pratisyen kooperatifleri (GP co-operatives)**” ile hizmet sunulmaktaydı. Bu uygulama kapsamında genel pratisyenler dönüşümlü olarak nöbet tutarak hizmet

vermekteydi. Genel pratisyen kooperatiflerinin seçimle gelen ancak yaptıkları işten gelir elde etmeyen bir yönetimleri vardı. Hastalar mesai saatleri dışında GP/GP gruplarını telefonla aradıklarında GP kooperatifinin telefonla yanıt verme sistemine yönlendirilmekteydi. Telefona genel pratisyen, hemşire veya bu konuda eğitim almış başka bir sağlık personeli yanıt verebilmekte, hastalara şikayetleri ile ilgili olarak ne yapmaları gerektiği konusunda öneride bulunulmaktaydı. Hastanın şikayetine göre bu öneri, kendi kendine bakım, acil servise başvurma, ertesi gün kayıtlı olduğu GP/GP grubuna başvurması şeklinde olabilmekteydi. Bazen hastalara hekim tarafından ev ziyaretleri de yapılmaktaydı. Bu dönemde bazı genel pratisyen kooperatifleri ise mesai dışı hizmetler için “ambulans yönetimleri” veya “ALO USH” ile anlaşma yapmaktaydı. 2004 yılı sonrasında çoğu GP/GP grubu hastalarının mesai saatleri dışındaki ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sorumluluğunu bölge sağlık yönetimine bıraktığı için GP kooperatifleri kapanmıştır.

### Sağlık İstasyonları

USH kapsamında gerek birinci basamak gerekse ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusunda sorunlar söz konusudur. Sağlık Bakanlığı Nisan 1999’da birinci basamak sağlık hizmetleri açısından ulaşılabilirliğin artırılması amacı ile pilot uygulama olarak 20 **sağlık istasyonu (walk in centres)** açmıştır. Sağlık istasyonlarının açılması ile GP/GP gruplarının iş yükünün hafifletilmesi de amaçlanmıştır. 2006 yılına gelindiğinde sağlık istasyonlarının sayısı 66’ydı, 2008’e gelindiğinde bu sayı 100’ü geçmiştir.

Deneyimli hemşirelerin hizmet sunduğu sağlık istasyonlarının yer seçimi genellikle büyük caddeler veya istasyon çevreleridir. Hemşireler, yönlendirici bir bilgisayar programı yardımıyla başvuran hastaların tanı ve tedavisini düzenlemektedirler. Sağlık istasyonlarında, hafta sonları da dahil olmak üzere sabah erken saatlerden gece geç saatlere kadar hizmet sunulmakta, hastalar bu hizmetten randevusuz olarak yararlanabilmektedir.<sup>7,28,39</sup>

Sağlık istasyonlarının sunduğu sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacı ile yürütülen araştırmaların sonuçları şu şekilde özetlenebilir: Sağlık istasyonları genellikle toplumun orta sosyal sınıfından kişilerce, ciddi olmayan sağlık sorunları veya küçük cerrahi müdahale gerektiren durumlar için kullanılmaktadır. Kişiler sağlık istasyonlarına çoğunlukla mesai saatleri içinde başvurumaktadırlar. Sağlık istasyonlarına başvuru nedenleri arasında “randevu alma gereksinimi duymadan kolaylıkla

ulaşabilme” önemli bir neden olarak belirtilmiştir. Kişiler aldıkları sağlık hizmetinden memnundurlar. Ancak sağlık istasyonlarına başvuran hastaların yaklaşık üçte birinin daha sonra aynı sağlık sorunu için bağlı bulunduğu GP/GP grubuna başvurduğu belirlenmiştir. Sağlık istasyonlarında sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti de GP/GP grubunun sunduğu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur<sup>7,28,39</sup>.

Sağlık istasyonlarının yakın çevrelerinde yer alan GP/GP gruplarının iş yükü üzerindeki etkisiyle ilgili yapılan bir değerlendirmede, GP/GP gruplarının iş yükünde bir azalma saptanmamıştır. Ancak bu değerlendirmenin yapıldığı çalışma kapsamında yalnızca 5 sağlık istasyonunun çevresinde yer alan 58 GP/GP grubunun iş yükünün azalıp azalmadığı değerlendirilmiştir. Değerlendirmenin yapıldığı bölgede yer alan sağlık istasyonu sayısının az olması nedeniyle bu çalışma eleştiri almıştır. Bu konuda daha doğru bilgilere ulaşabilmek için ek çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir. Öte yandan sağlık istasyonları GP/GP grubunun iş yükünü azaltmada etkili olsalar bile bu kurumlarca sunulan hizmetlerin yüksek maliyeti ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliğini kesintiye uğratması göz ardı edilmemelidir<sup>40,41</sup>.

Sağlık istasyonları, USH kapsamında sunulan ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumunda duplikasyona neden olması ve gereksiz talep yaratması nedeniyle eleştirilmektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi bu kurumlar sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmak amacı ile oluşturulmasına karşın daha fazla oranda orta ve üst sosyal sınıftan kişilerce kullanılmaktadır. Bu nedenle sağlık istasyonları popüler bir uygulama olarak görülmekte ve Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili ayırdığı ek kaynakları hakkaniyetsiz kullandığı yönünde eleştirilmektedir<sup>39,41</sup>.

### **ALO Ulusal Sağlık Hizmeti**

İlk olarak 1998 yılında başlatılan **ALO USH (NHS Direct)** danışma hattı kapsamında her yıl yaklaşık iki milyon kişiye özellikle acil sağlık sorunları olmak üzere danışmanlık verilmektedir. ALO USH kapsamında deneyimli hemşireler, yönlendirici bir bilgisayar programı kullanarak telefonla arayan hastalara danışmanlık hizmeti vermektedirler. Verilen danışmanlık, klinik duruma göre kendi kendine bakım, acil servise veya kayıtlı GP/GP grubuna başvurma önerisi şeklinde olabilmektedir. Hastalar, ALO USH hizmetinden internet kanalı ile de yararlanabilmektedir<sup>5,6,7</sup>. Gerek telefon hattı gerekse internet kanalında Türkçe de dahil 12 farklı dilde hizmet sunulmaktadır.

Yapılan araştırmalar, ALO USH'nin yaşlı kişiler, dil sorunu olanlar ve alt sosyoekonomik düzeydeki kişilerce toplumun diğer kesimlerine göre daha az kullanıldığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmak amacı ile yatırım yapılmasına karşın, bu hizmetlerin daha çok sağlık hizmetlerine ulaşma sorunu olmayan toplumun üst ve orta sınıftan kişilerince kullanılıyor olması nedeniyle ALO USH eleştirilmektedir. Küçük çocuğu olan anneler mesai dışı saatlerde danışmanlık almak üzere ALO USH'yi arayan önemli bir grubu oluşturmaktadır. ALO USH kapsamında sıklıkla danışılan konular ise ruhsal sağlık sorunları ile cinsellikle ilgili sorunlardır<sup>42</sup>. Bir başka çalışmanın sonuçları ise ALO USH'nin mesai saatleri dışında sağlık hizmeti sunan kurumların yükünü azalttığını, buna karşın acil hizmetlerle ilgili iş yükü üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Kişiler herhangi bir sağlık kurumuna başvurmayı düşünmedikleri durumlar için ALO USH'yi aramaktadırlar. Bununla birlikte araştırmacılar evde kendi kendine bakım konusunda ALO USH'nin olumlu etkilerinin söz konusu olabileceği görüşüne sahiptirler<sup>43</sup>.

### **Sağlık Kabinleri**

Daha çok nüfusun yoğun olmadığı kırsal yerleşim yerlerinde hizmet sunan **sağlık kabinlerinde (minor injuries units)** acil hemşireliği konusunda özel eğitim görmüş ve bu konuda deneyim kazanmış hemşireler çalışmaktadır. Bu kurumlarda hastanelerin ambulans ve acil servislerine başvurmayı gerektirmeyecek küçük yaralanmaların da tedavisi yapılmaktadır<sup>5,6</sup>.

### **Ambulans Hizmetleri**

Birleşik Krallık'ta ambulans hizmetleri **ambulans yönetimleri** tarafından organize edilir. Acil tedaviye gereksinimi olan hastalar ambulans çağırarak (çağrı numarası 999'dur) bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Ambulans yönetimleri giderek birinci basamak sağlık hizmetleri için mesai dışı sağlık hizmetlerinin sunumunda da yer almaya başlamışlardır. "999" aramalarına yanıt veren kişi -genellikle acil tıp teknikeridir- hastanın sağlık sorunu ile ilgili olarak;

- A grubu : Yaşamı tehdit eden durumlar,
- B grubu: Ciddi ancak çok acil müdahalesi gerekmeyen durumlar,
- C grubu: Acil olmayan durumlar

şeklinde hasta triajı yapar. Acil serviste tanı ve tedavisi gereken olgular için acil tıp teknikerlerinin bulunduğu ambulans gönderilir. Klinik durumu stabilize edilen ve ilk girişimi yapılan A ve B grubu hastalar, ambulansla hastane acil servislerine getirilir. C grubu hastalara genellikle önerilerde bulunulur ve/veya ertesi gün bağlı bulunduğu GP/GP grubuna başvurması önerilir. Ambulans yönetimleri ayrıca gerekli durumlarda hastaların evden hastaneye veya hastaneden taburcu olan hastaların eve veya bakımevine ulaştırılması amacıyla da hizmet sunmaktadırlar.

2008 yılı itibarıyla ambulans yönetimlerinin sunduğu hizmetlerin yeterliliği konusundaki verilere bakıldığında A grubu hastaların dörtte üçünden fazlasına 8 dakika içinde ulaşıldığı görülmektedir. Acil serviste sunulan hizmetlerle ilgili olarak ise acil servise kabul edilen hastaların %95'inin dört saat içinde, %50'sinin ise 2 saat içinde tanı ve tedavisinin düzenlendiği bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki hedefi acil serviste hasta bekleme süresinin 4 saati aşmamasıdır<sup>44</sup>.





## V. ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

### V.1.Ulusal Sağlık Hizmetinde İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerini Sunan Kurumlar

Birleşik Krallık'ta ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü USH hastane yönetimlerinin yönettiği hastanelerde sunulmaktadır. Hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmesi için, acil başvurular ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dışındaki tüm hizmetler için bağlı buldukları genel pratisyen tarafından sevk edilmeleri gerekmektedir. Hastalara hastanelerde sunulan hizmetler için randevuyu da bağlı buldukları genel pratisyenleri almaktadır.

Birleşik Krallık'ta 2008 yılı itibarıyla 290 USH hastane yönetimi ve 1600 USH hastanesi bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile ilgili olarak farklı yönetimler söz konusudur. Bu yönetimler ve yönettikleri (/işlettikleri) hastane tipleri Tablo 7'de sunulmuştur<sup>5,6,7</sup>.

**Devlet hastaneleri yönetimlerinin (acute trusts)** yönettiği **devlet hastaneleri (district general hospitals)**, ortalama 200 bin- 300 bin nüfusa hizmet veren, acil ve elektif sağlık hizmetleri sunan hastanelerdir. Yine aynı yönetimler tarafından yönetilen **üçüncü basamak hastanelerinde (specialist tertiary centres)** ise devlet hastanelerinden uzman hekim tarafından sevk edilmiş hastaların ileri tanı ve tedavisi (kanser tedavisi, transplantasyon vb.) sağlanır. Bu hastaneler genellikle Londra'da bulunmaktadır.

**Vakıf yönetimlerinin (foundation trusts)** sorumluluğunda hizmet sunan **vakıf hastaneleri (foundation hospitals)**, Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız hizmet sunan özerk kurumlardır. Vakıf hastanesi olarak çalışma ayrıcalığı 2003 yılından itibaren verilmeye başlanmıştır. Bu statüde çalışmak için yüksek performans gösteren hastaneler başvurabilmektedir. Birleşik Krallık'ta 2008 yılı itibarıyla 67 vakıf hastanesi bulunmaktadır. Vakıf hastanelerinin sunduğu hizmetler Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir yüksek denetleme kurulu olan **Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonunca (the Commission for Healthcare Audit and Inspection -CHAI)** izlenir. Hastanelerin performans değerlendirmesini de bu komisyon yapar.

**Tablo 7. Birleşik Krallık'ta İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerini Sunan Kurumlar**

<b>USH Hastane Yönetimleri</b>	<b>Hizmet sunumu</b>
Devlet hastaneleri yönetimleri (Acute trusts)	-Devlet hastaneleri (District general hospitals)  -Üçüncü basamak hastaneleri (Specialist tertiary centres)  -Bakım hastaneleri (Community hospitals)
Vakıf hastanesi yönetimleri (Foundation trusts)	-Vakıf hastaneleri (Foundation hospitals)
Mental sağlık bakım yönetimleri (mental health care trusts)	-Ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri (Psychiatric hospitals)
<b>Diğer kurumlar</b>	
Hasta bakımı yönetimleri (Care trusts) (Sosyal hizmetlerle ilgili olarak yerel yönetimlerle ortak çalışan bölge sağlık yönetimleri)	-Bakım hastaneleri (Community hospitals)
Bölge Sağlık Yönetimleri (Primary Care Trusts)	Kamu dal merkezleri (Treatment centres)
	Özel hastaneler Özel dal merkezleri (Treatment centres)

**Mental sağlık bakım yönetimlerinin (mental health care trusts) yönettiği ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin (psychiatric hospitals) sayısı sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı sorunları ile ilgili olarak daha çok toplum içinde hizmet sunulması şeklinde bir politikası bulunmaktadır. Bu politika çerçevesinde son yıllarda bir çok ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi kapatılmış veya yatak sayısı azaltılmıştır.**

USH kapsamında bazı bölge sağlık yönetimleri veya devlet hastaneleri yönetimleri özellikle yaşlı hastaların bakım hizmetleri için **bakım**

**hastaneleri (community hospitals)** işletebilmektedir. Bakım hastanelerinin sayısı sınırlıdır. Bakım hastanelerinde hastanede yatışı gereksiz olan ancak evine taburcu edilemeyen yaşlı hastalar, hemşirelerce izlenmektedir. Gerektiğinde hastanın bağlı bulunduğu genel pratisyen veya devlet hastanesinde çalışan uzman hekimler hastayı konsulte etmektedir. Bu hastanelerde ayrıca küçük yaralanmaların tedavisi ve rehabilitasyonu gibi hizmetler de sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, ikinci basamaktaki hasta yoğunluğunun azaltılması amacıyla göz ameliyatları, ortopedi ameliyatları, küçük cerrahi girişim de yapılabilen endoskopi ve ultrason gibi bazı tanı işlemleri gibi özel durumlar için Nisan 2002’de **dal merkezlerinde (treatment centres)** hizmet sunumunu başlatmıştır. Dal merkezleri genellikle uzun bekleme listeleri olan bölgelerde açılmaktadır. Dal Merkezleri çoğu zaman tek bir uzmanlık dalı ile ilgili hizmet vermektedirler. Bu merkezlerde genellikle hasta yatırılmamakta, aynı gün içinde girişim yapıp hasta evine gönderilmektedir. Bölge sağlık yönetimleri kamu dal merkezlerinin hizmet sunumundan sorumludur. Dal merkezleri ile sözleşmeleri de bölge sağlık yönetimleri yürütür. 2008 yılı itibarıyla Birleşik Krallık’ta hizmet sunan 46’sı kamu, 41’i özel olmak üzere 87 dal merkezi bulunmaktadır. Dal merkezlerinin sayısının artırılması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 2006 yılında elektif ameliyatlar için 6 ay veya daha uzun süre beklemesi gereken hastalara tercih etmeleri durumunda dal merkezlerinde tedavi olabileme hakkı tanımıştır. Bu kurumlar tarafından sunulan hizmetlerin önemli bir bölümü özel sağlık sigortası ile finanse edilmektedir. Nisan 2008’den itibaren ise dal merkezleri USH kapsamında doğrudan birinci basamaktan sevk edilebilecek kurum seçenekleri arasında yer almaktadır. Dal merkezleri Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonunca denetlenir<sup>7</sup>.

Birleşik Krallık’ta hastanelerden taburcu edilmiş ancak henüz günlük yaşam faaliyetlerini tek başına yapamayan hastalar için bireysel bakımın (yıkama, giydirilme, alışveriş gibi) sağlanması veya ev işleri/alışveriş konusunda yardım edilmesi, mesleki rehabilitasyon ya da gerekli cihazların sağlanmasından yerel yönetimlerin sosyal hizmet bölümleri sorumludur. Bölge sağlık yönetimleri ise tıbbi bakıma muhtaç kişilere bakım hizmeti sunulması, tıbbi rehabilitasyon ve gerekli cihazların sağlanmasından sorumludurlar. Sonuç olarak evde bakıma gereksinim duyan hastaların tıbbi ve sosyal gereksinimleri örtüşebilmekte, bu gereksinimlerin hangi kurumca karşılanacağı konusunda yerel yönetimler ve bölge sağlık yönetimleri karşı karşıya gelebilmektedir. Bu

sorunların üstesinden gelebilmek ve konu ile ilgili ayrılan kaynakları daha verimli kullanabilmek amacıyla sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin koordinasyonunu arttırmaya yönelik, görev kapsamı genişletilmiş bölge sağlık yönetimleri uygulaması başlatılmıştır. Bu tipte hizmet sunan bölge sağlık yönetimleri “**hasta bakımı yönetimleri (care trusts)**” şeklinde özel bir isim almaktadır. Hasta bakımı yönetimleri, bakım evlerinin yürütülmesi, tıbbi ve mesleki rehabilitasyon, gerekli cihazların sağlanması gibi sosyal hizmetlerde diğer bölge sağlık yönetimlerine göre daha fazla sorumluluk alırlar. Bu bölgelerde, yerel yönetimler sorumlu olduğu sosyal hizmetleri sunmaya devam etmektedir. Yerel yönetimler, hasta bakımı yönetimlerinin yönetim kurulunda sosyal hizmet temsilcileri ile birlikte yer alarak ve bu yönetimlere gerektiğinde finansal açıdan destek vererek yerel düzeyde sosyal hizmetlerin yeterli düzeyde sunulmasını sağlar. İlk hasta bakım yönetimi 2002 yılında kurulmuş olup 2008 itibarıyla Birleşik Krallık'ta 10 adet hasta bakımı yönetimi bulunmaktadır<sup>7</sup>.

## V.2. Hastane Yönetimlerinin Gelirleri

Hastane yönetimleri gelirlerinin önemli bir bölümünü, USH kapsamında GP/GP gruplarının sevk ettiği hastalara sundukları hizmetlerden (poliklinik hizmetleri, gününbirlik cerrahi girişimler ve yatarak tanı ve tedavi hizmetleri) elde ederler. USH kapsamında basamaklandırılmış hizmet sunumunu atlayarak genellikle özel sağlık sigortası kapsamında hastane hizmetlerinden yararlanan kişilerden elde edilen gelirler de söz konusudur. Hastane yönetimleri ayrıca mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerden de gelir elde etmektedir.

### **Hastane yönetimlerine yapılan ödemeler ve hastane yönetimleri ile yürütülen sözleşmeler**

1991 yılı öncesinde USH hastanelerine ödemeler “**bütçe tahsisi**” ödeme modeli ile yapılmaktaydı. Bu sistemde temel bütçe kalemleri belirlenmektedir ve bütçe kalemleri arasında aktarım sınırlıdır. Bu bütçeleme modelinin amacı harcamaları sınırlamaktır. Ek olarak yetersiz kurum yönetiminin olumsuz etkilerinden kaçınılmaktadır.

1991 yılında Muhafazakar Parti iktidarı döneminde sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler kapsamında USH hastanelerinin ödeme modelinde de değişiklik yapılmıştır. Bu dönemde hastanelerle 3 farklı tipte sözleşme yapılabilmıştır:

- Global bütçe/ blok sözleşme (block contract)
- Vaka başına ödeme sözleşmesi (cost per case contract) ve

- Maliyet ve miktar sözleşmesi (cost and volume contract)

Bu sözleşmelerden **global bütçe/ blok sözleşmeler**, belirlenmiş hizmetler için belli bir popülasyonun bir sonraki yılda hastaneden alacağı öngörülen sağlık hizmetleri için yürütülen sözleşmelerdir. Bu modelde tahsis edilen gelir bütçe kalemlerine ayrılmamış, hastane yöneticileri kaynak kullanımında özgür bırakılmıştır. Böylece ayrılan kaynakların daha verimli kullanılabilmesi düşünülmektedir. Bu bütçeleme modeli tedavi protokolleri ve kalite güvencesi programları ile desteklenmekte, yöneticiler kurum performansından sorumlu tutulmaktadır. **Vaka başına ödeme sözleşmesi** kapsamında sunulan hizmet sayısına göre ödeme yapılır. **Maliyet ve miktar sözleşmesi** kapsamında ise, belli bir nüfus için belirlenen eşik değerinde global bütçe/ blok sözleşmeye karar verilir. Belirlenen bu eşik düzeyin üzerinde sunulan hizmetler için ek ödeme yapılır. Muhafazakar Parti döneminde yerel sağlık yönetim birimleri olan alt bölge sağlık yönetimleri, hastane yönetimleri ile daha fazla oranda “global bütçe/ blok sözleşme” yapmayı tercih etmişlerdir. Buna karşın bütçe tutucu GP’ler genellikle “maliyet ve miktar sözleşmesi” veya “vaka başına ödeme sözleşmesi” yapmayı tercih etmişlerdir<sup>45,46</sup>.

2002 yılında İşçi Partisi döneminde hastane yönetimlerine yapılan ödemeler vaka başına ödeme sözleşmesi ile ödenmeye başlanmıştır. Bu ödeme modeli “**sonuçlara göre ödeme (payment by results)**” şeklinde farklı bir isimle adlandırılmıştır. Uygulama kapsamında hastanede sunulan poliklinik hizmetleri ile yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için “standart ulusal fiyat tarifeleri” belirlenerek bu tarifelere göre ödeme yapılmaktadır. Ulusal fiyat tarifeleri her yıl USH kapsamında sunulan hizmetlerin ortalama maliyetleri göz önüne alınarak güncellenmektedir. Fiyat tarifelerinin herhangi bir hastanede uygulanmasında, hastanede yeni teknolojik yatırım yapılması ve yeni hizmetlerin sunulmaya başlaması ve hizmet maliyeti açısından yerel farklılıklar (yerleşim yerinin özellikleri, personel istihdam etmenin kolaylığı veya zorluğu) göz önüne alınmaktadır. Halen USH hastaneleri gelirlerinin %70’ini sonuçlara göre ödeme uygulamasından elde etmektedirler<sup>7,47</sup>.

Sonuçlara göre ödeme kapsamında poliklinik hizmetleri ile ilgili olarak 39 uzmanlık alanında hastanın çocuk veya yetişkin olması ve başvurunun ilk başvuru veya kontrol başvurusu olması durumuna göre belirlenmiş standart tarifelere göre ödeme yapılmaktadır.

Acil hizmetler kapsamında yapılan ödemelerde hizmet sunumunu gerektiren durumlar “yüksek maliyetli”, “standart” ve “küçük

yaralanmalar” şeklinde sınıflanmakta, belirtilen bu üç durum için sunulan hizmetler karşılığında yine standart tarifelere göre ödeme yapılmaktadır.

Yatarak tanı ve tedavi hizmetleri konusunda ise 550 adet **paket ödeme tanı grubu (health care resource groups, HRGs)** için belirlenmiş standart tarifelere göre ödeme yapılmaktadır. Bu paketler için yatışın acil olması durumunda ödeme miktarı artmaktadır. Yine paket ödeme tanı grupları için yatışın elektif ve elektif olmaması durumuna göre belirlenmiş beklenen yatış süreleri söz konusudur. Yatış süresinin beklenen yatış sürelerinden daha uzun olması durumunda da daha fazla ödeme yapılmaktadır. Ödemeler her hasta yatış epizodu için belirlenmiş paket ödeme tanı grupları kodlarına göre yapılmaktadır. Hastanın bir yatış epizodunda birden fazla paket tanısı (/kodu) söz konusu ise, ücreti daha fazla olan pakete göre ödeme yapılmaktadır. Yani bir yatışta birden fazla paket için ödeme yapılmamaktadır.<sup>48</sup>

Sonuçlara göre ödeme uygulamasının hastanelerde daha fazla hizmet sunma açısından motivasyon sağlayacağı ancak gereksiz ameliyatlardan yapılması gibi endikasyonsuz hizmet sunumuna neden olabileceği, bu nedenle yeterli düzeyde kontrol mekanizmasının kurulması gerektiği belirtilmektedir.

### **GP/GP grubu hastane sözleşmesi**

USH kapsamında yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artırılması ve bu hizmetler için ayrılan kaynakların daha verimli kullanımının sağlanması amacı ile hastane sözleşmelerinde yapılan bir diğer değişiklik “**GP/GP grubu hastane sözleşmesi (practice based commissioning)**”dir. Kitabın daha önceki bölümlerinde de bahsedildiği gibi Birleşik Krallık’ta 2006 yılına kadar hastanelerle yapılan sözleşmeleri bölge sağlık yönetimleri yürütmekteydi. 2006 yılından itibaren isteyen GP/GP grupları kendilerine bağlı kişilerin hastane hizmetleri için sözleşme yapmak üzere bölge sağlık yönetiminden bütçe alma yetkisine sahiptir. 2008 yılında tüm ülke genelinde bu uygulamanın yaygınlaşması hedeflenmiştir. Böylece daha önce bölge sağlık yönetimlerince yürütülen sözleşmelerin GP/GP gruplarıncaya yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu uygulama ile GP/GP gruplarının hastalarına ikinci basamak sağlık hizmetleri açısından daha fazla alternatif ve hizmet çeşitliliği sunabileceği, hastane hizmetleri için ayrılan kaynakların daha verimli kullanımının sağlanacağı düşünülmektedir. GP/GP grubu hastane sözleşmesi kapsamında GP’lerin hastalarına sunulan ikinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin

gerekliliğini kontrol edebilecekleri yani sonuçlara göre ödeme uygulamasının denetiminde de etkili olabilecekleri öngörülmektedir<sup>49</sup>.

GP/GP grubu hastane sözleşmesi kapsamında, grup halinde çalışan veya tek çalışan genel pratisyenler hastanelerle sözleşme yapabilir. Bu uygulamada, GP/GP gruplarına sözleşme yapmak için birleşme şansı da tanınmaktadır. GP/GP grubu hastane sözleşmesi, üçüncü basamak tanı ve tedavi hizmetleri, ulusal düzeyde sözleşmesi yapılan hizmetler ve ulusal tarama programlarını kapsamamaktadır. Bu uygulama kapsamında, hastane hizmetleri için sözleşme yapmak isteyen GP/GP gruplarına ne kadar bütçe verileceğine, bölge sağlık yönetiminin bir önceki yıla ait harcamasına göre karar verilmektedir. GP/GP grubunun nüfusu için öngörülen bütçeden daha fazla harcama söz konusu olursa, fazladan harcamalar bölge sağlık yönetiminin bütçesinden karşılanmaktadır. GP/GP grupları bu hizmetlerle ilgili bölge sağlık yönetiminden aldıkları bütçeden yapacakları tasarrufun en az %70'ini GP/GP grubunda tutma hakkına sahiplerdir. GP/GP grubu, bu geliri hizmet çeşitliliğini arttıracak şekilde yatırım yapmak veya personel istihdam etmek amacı ile kullanabilmektedir.

Daha önce de ifade edildiği gibi GP/GP gruplarının önemli bir bölümü GP/GP grubu hastane sözleşmesi kapsamına geçmiş ve ikinci basamak sağlık kurumları ile bazı hizmetler için sözleşme yapmaya başlamıştır. Ancak hastanelerle ikinci basamak sağlık hizmetleri için sözleşme yapılması teknik bir konu olduğundan uygulama başlatıldığında sorumluluk GP/GP gruplarına bırakılmamış, bölge sağlık yönetimleri GP/GP gruplarını sözleşme yaparken desteklemekle sorumlu tutulmuşlardır. Halen ikinci/üçüncü basamak sözleşmeleri için ayrılan bütçenin %80'i bölge sağlık yönetimlerindedir<sup>7</sup>.

### **Hastanelerde çalışan sağlık personeline yapılan ödemeler**

Hastane yönetimleri, sağlık personeline sözleşme ile istihdam etmekte ve ücretler maaş şeklinde ödenmektedir. Kıdemli uzman hekimlerin ve özel bir konuda uzmanlaşmış veya çok başarılı olan hekimlerin ücretleri daha yüksektir. Uzmanların yıllık gelirleri 70.000 ile 170.000 sterlin arasında bildirilmektedir<sup>29</sup>.

2003 yılında kamu hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin performanslarını arttırmak amacı ile sözleşmelerinde bir değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikle uzman hekimlerden haftalık çalışma planlarını 4 saatlik 10 dönem şeklinde hazırlamaları istenmektedir. Tam gün çalışan uzman hekimlerin kamu hastanelerinde özel hasta bakma yetkisi de bulunmaktadır. Özel hasta bakmak isteyen hekimlerden 4

saatlik bir dönem daha çalışmaları istenmektedir. Ayrıca hekimlerin özel hasta bakımından ücretlerinin en fazla %10'u düzeyinde ek gelir elde etmelerine izin verilmektedir<sup>50</sup>.

USH kapsamında kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin %13'ünün yarı zamanlı çalıştığı; yarı zamanlı çalışan hekimlerin de önemli bir bölümünün özel sektörde çalıştığı bildirilmektedir. Yarı zamanlı olarak çalışma eğilimi yıllar içinde artmaktadır<sup>51</sup>.

### **V.3. İkinci ve Üçüncü Basamak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Uygulamalar**

Yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için uzun bekleme listelerinin olması sistemin önemli sorunlarından biridir. Sağlık Bakanlığı, Haziran 2004'te yayınlanan "USH Geliştirme Planı"nda yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için bekleme süresinin 2008 yılı sonunda maksimum 18 haftaya düşürülmesini hedeflemiştir. İngiltere'de Ağustos 2008'de bu hedefe ulaşıldığı bildirilmiştir<sup>52</sup>.

Sağlık Bakanlığı bu hedefe ulaşmak, yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için ayrılan kaynakların daha verimli kullanımını sağlamak ve daha nitelikli sağlık hizmeti sunmak amacı ile bazı yeni uygulamalara başlamıştır<sup>7</sup>. Bu uygulamalar şu şekilde özetlenebilir:

- Sonuçlara göre ödeme (payment by results)
- GP/GP grubu hastane sözleşmesi (practice based commissioning)
- Seç ve randevunu al (choose and book)
- Yıldız verme (star ratings) ve sağlık kontrol listeleri (the new health check lists)
- Elektronik ortamda sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi ile hastane hizmetlerinin desteklenmesi, izlenmesi ve farklı kurumlar arasında bilgi alışverişinin sağlanması

Bu uygulamalardan sonuçlara göre ödeme ve GP/GP grubu hastane sözleşmesi konusunda "hastane yönetimlerine yapılan ödemeler ve hastane yönetimleri ile yürütülen sözleşmeler" başlığı altında, seç ve randevunu al uygulamasına ise "GP/GP grubunda hizmet sunumu ile ilgili bilgiler /sevk işlemleri" başlığı altında bilgi verilmiştir.

"Yıldız verme" ve "sağlık kontrol listeleri" yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin niteliğini arttırmak üzere Sağlık Bakanlığının yürütmüş olduğu diğer uygulamalardır. Bu uygulamalardan "yıldız verme" 2006



yılına kadar uygulanmış, 2006 yılında yerini “daha iyi sağlık için standartlar – sağlık kontrol listeleri (standards for better health, the new health check lists)” uygulamasına bırakmıştır. 2005 yılına kadar Sağlık Bakanlığı’na bağlı bağımsız bir denetleme ve izleme kurumu olan “**Sağlığı Geliştirme Komisyonu (Commission for Health Improvement -CHI)**”, USH hastane yönetimlerinin ve bölge sağlık yönetimlerinin performansını belli kriterlere göre değerlendiriyor, bu kurumlara performanslarına göre yıldız veriyordu. Performans kriterleri ve klinik kriterleri, USH yöneticileri ve uzman hekimler belirliyordu. Bu uygulama kapsamında performansı en iyi olan kurumlara 3 yıldız verilmekteydi, en kötü düzeyde olanlara ise yıldız verilmiyordu. Yıldız sayısı fazla olan hastanelere yapılan sözleşmelerde daha fazla bütçe ayrılıyor ve bu hastanelerin yönetim kurulları kurum yönetiminde daha serbest bırakılıyordu. Üç yıldız olan hastane yönetimlerine vakıf hastanesi olabilmek için başvuru hakkı tanınıyordu. Performansı yetersiz olan hastanelere performanslarını arttırmaları için belli bir süre tanınıyor, kurum performansında bir iyileşme olmazsa kurum yönetiminde değişikliğe gidiliyordu.

2006 yılından itibaren ise “sağlık kontrol listeleri” ile hastanelerin performansının değerlendirilmesi ile ilgili kriterler yeniden düzenlenmiş, değerlendirmeden hastane yönetimleri sorumlu tutulmuştur. Sağlık Bakanlığı, kurum performansının değerlendirilmesi sorumluluğunu hastane yönetimlerine aktararak “**Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu**”nun (daha önceki “Sağlığı Geliştirme Komisyonu”) konuyla ilgili iş yükünü azaltmayı amaçlamıştır. Hastanelerin, “seç ve randevunu al” uygulaması kapsamında elektronik ortamda veya telefonla genel pratisyenlere ve hastalara sundukları bilgilerin de sağlık kontrol listelerinin sonuçlarına dayalı olarak hazırlanması istenmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu, hastanelerin sunduğu bu bilgilerin doğruluğunu denetlemek etmek için ara kontroller ve hasta forumları yapabilmekte veya yerel yönetimlerden bilgi isteyebilmektedir.

Sağlık kontrol listeleri:

- **Hasta güvenliği** (kazalarla ilgili verilerin toplanması, hasta uyarılarına yanıt verilmesi ve korunmaya yönelik önlemler; girişimlerde “Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (the National Institute for Clinical Excellence, NICE) girişim rehberi”ne uyulması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik uygulamalar)

- **Klinik etkililik** (tanı ve tedavilerin NICE rehberlerine uygun olarak yürütülmesi, uzman hekimlerin sürekli eğitimi ve değerlendirilmesi, klinik denetimleri, sosyal hizmetler gibi hasta bakımından sorumlu diğer kurumlarla işbirliği)
- **Kurumun yönetimi** (yönetimsel ve klinik liderlik, hizmetin sayılabilirliğinin sağlanması, kalite güvencesi, hasta güvenliğini hedefleyen yönetim yapısı)
- **Kurumun hastaya ne düzeyde odaklandığı** (hastalar ve yakınlarının saygınlıklarına özen göstererek hizmet sunulması, gerekli durumlarda hastanın onamının alınması, hasta gizliliğine uyulması, hastalara bilgi sunma, hastaların şikayetlerinin kolaylıkla alınması, şikayette bulunan hastaya ayrımcılık yapılmaması, hastalara farklı seçeneklerin sunulduğu 24 saat ulaşılabilir dengeli ve güvenli yiyecek sağlanması)
- **Hizmetlerin ulaşılabilirliği** (belirlenmiş ulusal hedeflere uygun olarak acil ve diğer hastane hizmetlerinin sunulması, hizmet sunumunda eşitliğin gözetilmesi)
- **Hastane binası ve çevresi** (hastane binalarının etkin hizmet sunumuna uygun planlanması, hastalar ve çalışanların güvenliğini ve konforunu sağlayacak temiz ortamlar olması, hasta gizliliği ve mahremiyetine özen gösterilmesi)
- **Halk sağlığı** (alt sosyal sınıflara ulaşma, sosyal hizmetlerle koordinasyon)

olmak üzere 7 alanı içermektedir. Bu listedeki her alan içinde zorunlu standartlar ve geliştirilen standartlar yer almaktadır<sup>53</sup>.

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmek amacı ile hizmet sunan tüm kurumların veri paylaşımını sağlayacak “**elektronik ortamda sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi**” konusunu da öncelikli bir alan olarak ele almaktadır. Programın hastane hizmetlerinin izlenmesi ve elektronik ortamda hastane hizmetleri için randevu alınması bölümleri kullanılmaya başlanmıştır<sup>7</sup>.

## **VI. KALİTE STANDARTLARININ SAĞLANMASI KONUSUNDA BAZI UYGULAMALAR**

### **VI.1. Ulusal Hizmet Çerçevesi**

İngiltere ve Galler’de 1999 yılında uygulanmaya başlanan **Ulusal Hizmet Çerçevesi (The National Service Frameworks -The NSFs)** adıyla yayınlanan rehberler, sağlık hizmetlerinin kalite standartlarını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu rehberler klinik etkinlik ve maliyet etkililik açısından kanıta dayalı geliştirilmektedir. Bu rehberlerin hazırlanmasında sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları, sağlık yöneticileri, gönüllü kuruluşlardan oluşan bir komisyonun görüşleri de dikkate alınmaktadır.

2008 yılı itibarıyla kanser, kan basıncı, koroner kalp hastalıkları, diyabet, akıl ve ruh sağlığı, böbrek hastalıkları, kronik sağlık sorunları, kronik obstruktif akciğer hastalığı, nörolojik hastalıklar, yaşlılar ve çocuklar konu başlıkları altında ulusal hizmet çerçevesi yayınlanmıştır<sup>54</sup>.

USH’nin tüm kurumlarında ulusal hizmet çerçevesine uygun hizmet sunulmaktadır. Örneğin yaşlılar ile ilgili ulusal hizmet çerçevesinde inme tanısı ile hastanede yatan hastalar için hedeflenen yatış süreleri yer almaktadır. Hastaneden taburcu edilebilecek durumda olan ancak bakıma muhtaç olan bu hastaların yerel yönetimlerce bakım hizmetlerinin karşılanması gerekir. Evde bakımı yerel yönetimlerce zamanında devralınmadığı için hastalar beklenen yatış sürelerinden daha uzun süre hastanede yattığında yerel yönetimler konu ile ilgili sorumluluklarını yerine getiremediği için para cezası ödemektedir<sup>55</sup>.

### **VI.2. Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu**

**Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu’nun (Commission for Healthcare Audit and Inspection- CHAI)**, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin yönetimi ve hizmet sunumunun düzenlenmesi, tanı ve tedavi hizmetleri için bekleme sürelerinin azaltılması, USH yönetimlerine yıldız verme (şu anda bu uygulama kaldırılmıştır), USH kurumlarının performans istatistiklerinin onaylanması, USH kurumlarının performansı konusunda raporlar yayınlama, hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi, parlamentoya yıllık USH raporu hazırlanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve maliyet etkinliğinin artırılması için destek olma ve “Sosyal Hizmetleri İzleme Komisyonu” ile işbirliği yapma gibi görevleri söz konusudur<sup>56</sup>.

### VI.3. Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü

Birleşik Krallık'ta 1999 yılı öncesinde ilaçların ve tıbbi aletlerin ruhsatlandırılması ve bunların USH kapsamında karşılanması ile ilgili kararlar şu şekilde yürütülmekteydi: “İlaç Kontrol Şubesi (Medicines Control Agency, MCA)” tıbbi ilaçların etkinliği ve güvenilirliğini, “Tıbbi Aletler Kontrol Şubesi (Medical devices Agency, MDA)” ise tıbbi aletlerin denetimini yapıyor, ruhsat almış olan tıbbi ilaçlar ve aletlerin çoğu USH kapsamında karşılanıyordu. Yeni ve pahalı ilaçlar veya yöntemlerin USH kapsamında karşılanıp karşılanmayacağına ise yerel düzeydeki sağlık yöneticileri genellikle akademik kurumlardan uzman görüşüne başvurarak karar veriyordu. Bu nedenle yeni ilaçlar veya yöntemlerin ulaşılabilirliği açısından bölgelerarası farklılıklar söz konusuydu. Bu dönemde yeni cerrahi girişimlerin etkinliğini ve güvenilirliğini denetleyen bir sistem de bulunmuyordu<sup>57,58</sup>.

Maliyet etkililiği yüksek olan ilaç ve tıbbi teknolojilerin USH kapsamında kullanımını sağlamak amacıyla, 1999 yılında USH altında ancak bağımsız bir kurum olarak **Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (the National Institute for Clinical Excellence, NICE)** kurulmuştur. 1999 öncesinde olduğu gibi İlaç Kontrol Şubesi ve Tıbbi Aletler Kontrol Şubesi'nce ilaçların ve tıbbi teknolojilerin etkinlik ve güvenliliği değerlendirilmeye devam edilmiş, ek olarak ilaç ve yöntemlerin maliyet etkililiği Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü'nce incelenmeye başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı bu enstitünün raporlarını göz önüne alarak ilaç ve tıbbi teknolojilerin USH kapsamında karşılanıp karşılanmayacağı konusunda karar vermektedir. Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü'nün faaliyete geçmesiyle Birleşik Krallık'ta ulusal düzeyde sağlık kararlarının alınmasında ekonomik değerlendirme yöntemleri zorunlu bir kriter olarak ele alınmaya başlamıştır.

Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü şu anda 3 temel alanda çalışmaktadır: Bu alanlardan ilki sağlık teknolojisi alanıdır. Bu kapsamda var olan ve yeni geliştirilmiş ilaçlar, tedaviler ve işlemlerin maliyet etkililiği konusunda değerlendirmeler yapılmaktadır. Enstitü'nün diğer çalışma alanları ise toplum sağlığı konularında sağlık çalışanları ile hastalar için, klinik konularda klinisyenler için kanıta dayalı ulusal rehberler hazırlanmasıdır.

Bölge sağlık yönetimleri, bu enstitünün önerdiği ilaçlar ve tedavilerin maliyetini USH kapsamında karşılamak zorundadır. Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü klinik uygulamalar konusunda

bir rehber yayınlandığında, bölge sağlık yönetimleri konu ile ilgili uygulamalarının bu rehberde uygun olup olmadığını kontrol etmektedirler<sup>59</sup>.

Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü'nün kararları Birleşik Krallığı oluşturan ülkelerden İngiltere ve Galler'de tamamıyla, Kuzey İrlanda'da belli klinik durumlar için uygulanmaktadır. İskoçya'da bu konuda İskoçya Sağlık Bilgi Merkezi (Scottish Health Purchasing Information Centre) hizmet sunmaktadır.

#### **VI.4. Elektronik Sağlık Bilgi Sistemi**

Ekim 1998'de Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Sağlık İçin Bilgi: Çağdaş USH İçin Bilgi Stratejisi (Information for Health: An Information Strategy for the Modern NHS)" adlı rapor kapsamında bu alanla ilgili hedefler şu şekilde belirlenmiştir:

-Her bireyin yaşam boyu sağlık verilerini içeren bir elektronik kayıt sisteminin oluşturulması,

-USH kapsamında hasta kayıtlarına ulaşma için ortak elektronik bilgi sisteminin geliştirilmesi,

-Sağlık personelini klinik uygulamaları açısından destekleyecek "ulusal elektronik sağlık kütüphanesi"nin oluşturulması,

-GP/GP grupları, hastaneler ve toplum sağlığı hizmetlerini sunan kurumlar arasında bilgi paylaşımının ve iletişimin elektronik ortamda sağlanması,

-Hastaların gereksinim duydukları bilgiye (danışmanlık veya USH kurumlarının hizmet kalitesi ile ilgili bilgiler) elektronik ortamda ulaşmalarının sağlanması.

Sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi için son yıllarda USH kapsamında önemli düzeyde kaynak ayrılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri bölümünde de ifade edildiği gibi, 2008 yılına gelindiğinde program, yukarıda belirtilmiş amaçlarından yalnızca yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan kurumların hizmetlerinin izlenmesi ve bu hizmetler açısından elektronik ortamda randevu alma konusunda sınırlı düzeyde de olsa çalışmaya başlamıştır<sup>7,60</sup>.



## **VII. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI**

Kitabın daha önceki bölümlerinde temelde Birleşik Krallık sağlık sisteminin örgütlenme yapısı anlatılmış, sınırlı düzeyde de olsa yeri geldiğinde -ödeme modelleri ve ücretler gibi konularda- finansman yapısı konusunda da bazı bilgilere yer verilmiştir. Bu bölümde Birleşik Krallık sağlık sisteminin finansmanı konusunda daha ayrıntılı bilgilerin sunulması amaçlanmıştır.

Birleşik Krallık'ta sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamı USH kapsamında sunulur ve hizmetin finansmanı temelde genel vergilerle sağlanmaktadır. Birleşik Krallık'ta sağlık için ayrılan gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) oranlarına bakıldığında bu veri 1960 yılında %3,9, 1970 yılında %4,5, 1980 yılında %5,6, 1990 yılında %6,0, 1997 yılında %6,8, 2006 yılında %8,4'dür.

Birleşik Krallık'ta 1990'lı yıllara kadar sağlık için uzun süre yatırım yapılmamış olup, bu dönemden sonra sağlık için giderek daha fazla kaynak ayrıldığı görülmektedir<sup>1</sup>. 2002-2003 ve 2007-2008 yılları arasında sağlık harcamaları yılda %7,4 oranında artış göstermiştir. 2008 yılı için GSYİH'dan sağlığa ayrılan payın %9,4 düzeyinde olacağı tahmin edilmektedir<sup>61</sup>. Birleşik Krallık sağlık sisteminin sigorta ile finanse edilen sağlık sistemlerinden önemli bir farklılığı, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergilerle sağlanan kamu payının yüksek olmasıdır. 2006 yılı verilerine göre kişi başı sağlık harcaması 2760 Amerikan Doları olup, bunun %87,3'ünü kamu harcamaları oluşturmaktadır (Tablo 2). Özellikle son 15 yıl içinde belirgin olmak üzere kamu payının yıllar içinde de arttığı görülmektedir<sup>1,62</sup>.

Kişi başı sağlık harcaması açısından Birleşik Krallığı oluşturan ülkeler arasında farklılıklar vardır. 2002-2003 döneminde Birleşik Krallık'ta kişi başı sağlık harcaması 1109 İngiliz Sterlini olup, bu veri İngiltere'de 1085, Galler'de 1186, Kuzey İrlanda'da 1214 ve İskoçya'da 1262 İngiliz Sterlinidir<sup>63</sup>.

**Tablo 8. Birleşik Krallık'ta Kamu ve Özel Sektöre Ait Hizmet Sunumu ve Hizmet Finansmanı Dağılımı**

		Finansman	
		Kamu	Özel
Hizmet sunumu	Kamu	A %63	C %3
	Özel	B %19*	D %15

\*GP/GP grupları tarafından verilen ayakta tanı ve tedavi hizmetlerini de içermektedir

Kaynak: <sup>62</sup>Klein R. The Public-private mix in the UK. In:Maynard A (ed). The Public Private Mix for Health. Oxford:Radcliffe Publishing, 2005; 43-62.

Tablo 8’de görüldüğü gibi, Birleşik Krallık’ta sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli bir bölümü (%82, A+B) kamu harcamaları niteliğindedir.

Tablo 8’in A, B, C ve D gözlerinde Birleşik Krallık’ta sunulan kamu veya özel sağlık hizmetlerinin yüzde dağılımı finansmanın kamu veya özel olarak karşılanmasına göre sunulmuştur. Bu gözlerde yer alan hizmetler şu şekilde özetlenebilir:

- **A Gözü: Kamu tarafından finanse edilip kamu tarafından sunulan hizmetler**

Birleşik Krallık sağlık sistemi kapsamında sunulan hizmetlerin %63’ünü oluşturmaktadır. Bu gözde USH kapsamında sunulan toplum sağlığı hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri yer almaktadır.

- **B Gözü: Kamu tarafından finansmanı sağlanıp, özel sektör tarafından sunulan hizmetler**

Bu hizmetler sağlık harcamalarının %19’una sahip olup, neredeyse tamamını GP/GP gruplarının sunduğu birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Bu gözde yer alan diğer hizmetler hastanelerin temizlik ve mutfak işleri gibi otelcilik hizmetleridir. 1990’lı yılların başından beri kamu hastaneleri temizlik ve mutfak hizmetlerini özel sektörden satın almaktadır. Çoğunlukla özel sektörün sunduğu ve yerel yönetimlerin finanse ettiği yaşlılara yönelik bakım hizmetleri bu gözde yer alması gerekirken, değerlendirilmeye dahil edilmemiştir.

- **C Gözü: Özel sektörde finanse edip, USH kapsamında sunulan hizmetler**

Kamu hastanelerinde özel tedavi görmek isteyen hastalardan alınan ücretler (pay beds), ilaç katkı payları ve USH kapsamında



karşılınmayan ilaç harcamaları bu gözdeki harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları içindeki payı %3'tür.

- **D Gözü: Bireylerin finanse ettiği (genellikle özel sağlık sigortası ile) ve özel sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetler**

Birleşik krallık sağlık sisteminde özel olarak finansmanı sağlanan ve özel sektörden alınan hizmetlerle ilgili ilk uygulamaların 1970'li yıllarda başladığı, 1980'li yıllarda bu payın giderek arttığı hatta artış hızının %10'un altına hiç düşmediği, 1990'lı yıllarda artışın yıllık %4 ve %7 arasında değiştiği görülmektedir. Halen sağlık harcamaları içindeki payı %15'tir.

Birleşik Krallık'ta 1980 yılında özel sağlık sigortası bulunan kişi oranı %5 iken, bu oranın 2000 yılında %11,5'e ulaştığı görülmektedir. Özel sektörde çalışan uzman hekimler genellikle USH kapsamında yarı zamanlı olarak çalışan hekimlerdir. Birleşik Krallık'ta son yıllarda uzman hekimler arasında yarı zamanlı olarak çalışma eğilimi artmıştır<sup>62</sup>.



## **VIII. BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK SİSTEMİNDE YAKIN GEÇMİŞTE YAPILAN DEĞİŞİKLİKLER**

Birleşik Krallık sağlık sisteminde 1990'lı yılların başından itibaren önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler ve etkileri sağlık politikaları ve sağlık ekonomisi alanında incelenmesi gereken bir sistem deneyimini oluşturmuştur.

1980'li yıllardan itibaren ülkeden ülkeye boyutu değişmekle birlikte bir çok ülkede sağlık sisteminde örgütlenme ve finansman açısından önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Toplumların demografik yapılarındaki değişim (yaşlı nüfusun artması), tıp teknolojisindeki gelişmeler ve hastaların sağlık hizmeti beklentilerinin artışına paralel olarak sağlık harcamaları artmıştır. Öte yandan hükümetler de sağlık harcamaları içinde kamu payını kısıtlama eğilimi içine girmişlerdir<sup>45,61</sup>.

Birleşik Krallık'ta 1980'li yılların başından itibaren bazı hastanelerin performansının yetersizliği ve bu konuda sağlığa ayrılan kaynakların yeterince verimli kullanılmıyor olması dikkat çekmeye başlamıştır. Elektif durumlar için gereken hastane hizmetlerinde hasta bekleme sürelerinin uzunluğu ve sistemin hasta beklentilerine yeterli yanıt veremediği konusunda bir gündem oluşmuştur. Bu konuda yayın organları da sağlık hizmetine ulaşamayan hasta haberleri ile gündemi desteklemiştir. Aynı dönemde diğer gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık için ayrılan kaynakların yetersiz olması da hizmet sunumu ile ilgili yaşanan bu sorunlarda etkilidir<sup>45,46,64</sup>. Yaşanılan bu kaos ortamında, iktidarda bulunan Muhafazakar Parti 1989 yılında yayınladığı **“hastalar için çalışma (working for patients)”** adlı raporunda, sağlık sisteminde hizmet sunucuları arasında rekabet unsurunun getirileceği bir değişiklik yapacağını duyurmuş ve bu değişiklikler 1991-1992 döneminde uygulanmaya başlanmıştır.

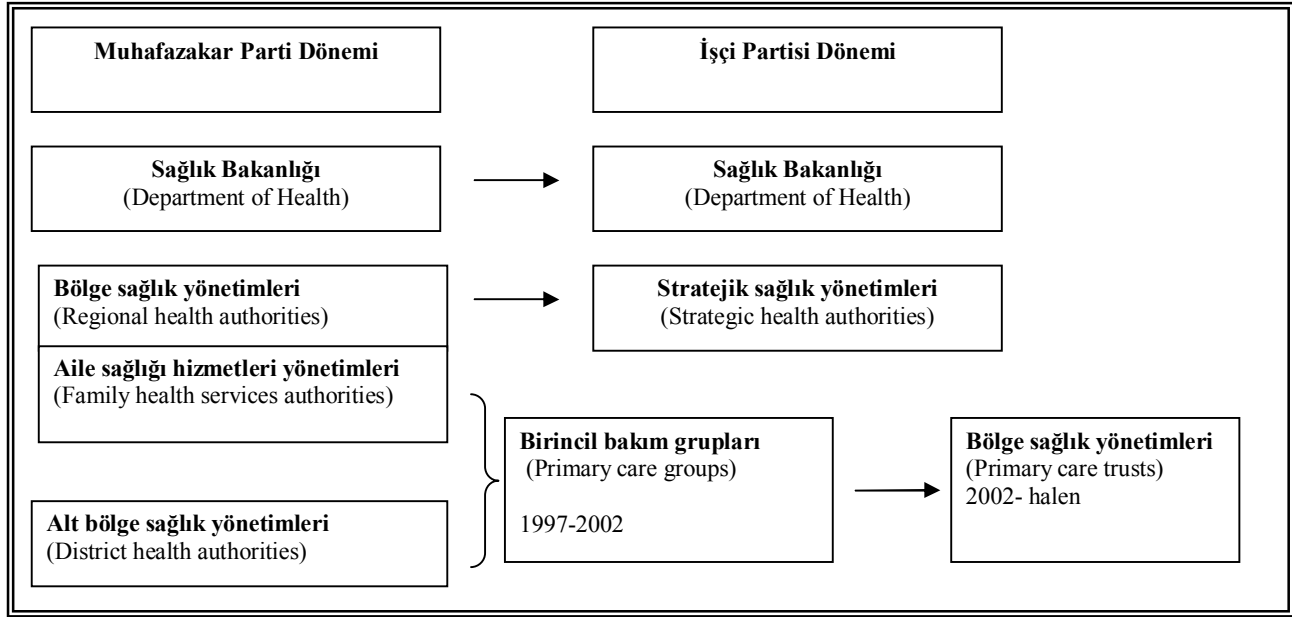
### **VIII.1. Muhafazakar Parti Dönemi (1989- 1997)**

Muhafazakar Partinin Birleşik Krallık sağlık sisteminde 1991-92 döneminde uygulamaya başladığı değişiklikler temelde ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Bu değişikliklerin temel prensibi sağlık hizmetini sunanlarla hizmetin nereden alınacağına karar verenlerin ayrılmasıdır. Yerel düzeydeki sağlık yönetimleri, sorumluluk alanlarındaki nüfusun sağlık gereksinimlerini tespit eden, sağlık hizmetini hizmet sunan kurumlardan satın alan ve hizmet kalitesini ölçen birimler haline gelirken, USH hastaneleri vakıf yapısına bürünerek özerkleşip, hizmetlerini satar hale gelmişlerdir. Bu şekilde sağlık

hizmetlerinin sunumunda bir kontrollü iç pazar yaratılıp özellikle ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artışı amaçlanmıştır. Muhafazakar Parti, reform kapsamına sağlık hizmetleri finansmanının genel vergiler yerine kamu sağlık sigortasına dönüştürülmesi konusunu da eklemeyi kendi içinde tartışmış ancak bu konuda kamuoyu tepkisinden çekinerek değişiklik yapmaktan vazgeçmiştir<sup>45</sup>.

Reformlar öncesinde yerel düzeyde **“bölge sağlık yönetimi (regional health authority)”** altında yer alan **“alt bölge sağlık yönetimleri (district health authority)”**, bölgelerinde toplum sağlığı hizmetleri ile ikinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumundan sorumluydu. Alt bölge sağlık yönetimlerinin bütçesi, yaş yapısı ve yerleşim yerinin gelişmişlik düzeyi de göz önüne alınarak nüfusa göre belirleniyordu. Toplum sağlığı hizmetleri ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için bütçeler ayrı tahsis ediliyordu. Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanından Sağlık bakanlığı bünyesinde bulunan **“aile sağlığı hizmetleri yönetimleri (family health services authorities)”** sorumlu olup, hizmet sunumu yapılan sözleşmeler çerçevesinde GP/GP grupları tarafından yürütülüyordu.

Alt bölge sağlık yönetimlerince yönetilen/işletilen kurumlardan devlet hastaneleri 1991 yılından itibaren kamuya ait fakat yönetiminde/işletilmesinde serbest bırakılan özerk yönetimler (trust) statüsüne kavuşturulmuştur. Yani ikinci basamak sağlık hizmetleri için alt bölge sağlık yönetimleri finansmandan sorumlu kurum, hastane yönetimleri ise hizmet sunumundan sorumlu kurum olacak şekilde hizmetin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. GP/GP grupları ise daha önce olduğu gibi aile sağlığı hizmetleri yönetimleri ile sözleşme yaparak hizmet sunmaya devam etmiştir. Ancak daha önce Sağlık Bakanlığı içinde yer alan aile sağlığı hizmetleri yönetimleri bölge sağlık yönetimleri içine kaydırılmıştır (Şekil 2). Bu dönemde yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan hastane yönetimlerinin, kurumun işletilmesi konusunda serbest bırakıldığı ancak giderleri açısından Sağlık Bakanlığı'nın baskısı altında olduğu, Bakanlığın hastane yönetimlerinden her yıl bütçelerinin %6'sını tasarruf etmesini istediği belirtilmektedir<sup>45,46,64,65,66</sup>.



Şekil 2. Birleşik Krallık'ta 1989 Yılı Sonrasında Muhafazakar Parti Dönemi ve İşçi Partisi Döneminde Merkezi ve Yerel Düzeyde Sağlık Yönetimi Birimleri

Muhafazakar Parti 1990 yılında yayınlanan “**USH ve Bakım Hizmetleri Yasası (The National Health Service and Community Care Act)**” ile USH’nin sosyal hizmet sunum şeklinde önemli bir değişiklik yaparak 1993 yılından itibaren sosyal hizmetler için de hizmeti sunan ve hizmetin nereden alınacağına karar verenleri ayırmıştır. Sosyal hizmetlerin nereden alınacağına karar verme yetkisi (sözleşme sorumluluğu) yerel yönetimlere ve hastaneden taburcu edilen yaşlı hastaların evde bakımının bir süre sürdürülmesi gibi sınırlı hizmetler için alt bölge sağlık yönetimlerine bırakılmıştır. Yaşlı bakım evleri, ruh sağlığı hizmeti sunan hastaneler özerk yönetimler (trust) statüsüne kavuşturulmuştur<sup>65</sup>.

Bu dönemde “**bütçe tutucu GP (GP fundholder)**” uygulaması ile gönüllü olan genel pratisyenlere belli bir bütçe verilmiş, hasta popülasyonları için ikinci basamak sağlık hizmetleri açısından sözleşme yapma yetkisi sağlanmıştır. İlk başta bu yetki 11.000 veya daha fazla hasta kaydı olan GP/GP gruplarına ikinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, tanı testleri, elektif hastane yatışı gibi hizmetler için verilmiştir. Daha sonraları bütçe tutucu GP uygulaması için gerekli hasta sayısı 5000’e düşürülerek, sözleşme yapılabilecek durumlar ikinci basamakta sunulan tüm elektif girişimler, ayakta tanı ve tedaviler ile bakım evlerinde verilen hizmetleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bu uygulama kapsamında herhangi bir hasta için yıllık tedavi maliyeti 5000 İngiliz Sterlinin üzerinde gerçekleştiğinde, fazladan yapılan harcama alt bölge sağlık yönetiminin bütçesinden ödenmiştir. 1995 yılına gelindiğinde yaklaşık 3000 GP/GP grubunun toplam nüfusun %41’ini, hastane ve toplum sağlığı hizmetleri için ayrılan bütçenin %10’unu (başka bir kaynağa göre %20’sini) kapsayacak şekilde bütçe tutucu GP statüsüne geçtiği bildirilmiştir<sup>45,46,64,67</sup>.

Muhafazakar Parti uygulamalarının bir diğeri de 1989 yılında kişi başı ödeme esasına dayalı genel pratisyen sözleşmelerinde yapılan değişikliktir. Bu uygulama ile GP’lere aşılama hizmetleri ve serviks kanseri tarama hizmetleri performansına göre ek ödeme yapılmaya başlanmıştır<sup>7,46</sup>.

Bu dönemde daha önceleri USH kapsamında sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve göz sağlığı ile ilgili hizmetler önemli oranda özelleştirilmiştir.

## **Muhafazakar Parti Reformlarının Etkileri**

Birleşik Krallık'ta Muhafazakar Parti döneminde yapılmış olan reformların etkileri konusunda görüş birliğine varılamamıştır. Muhafazakar Parti yapılan reformların etkilerinin değerlendirilmesi konusunda isteksiz davranması nedeni ile yoğun eleştiri almıştır. Reformlar sonrasında USH kapsamında tedavi edilen hasta sayısında artışlar ve hastane hizmetleri için bekleme sürelerinde azalmalar saptanmış, hizmet sunumundaki bu iyileşmeler Muhafazakar Parti tarafından reformun olumlu etkileri şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu dönemde USH bütçesinin önemli oranda arttırılmış olması, USH bilgi sisteminin yetersiz olması ve veri toplama sisteminde bazı değişikliklerin yapılmış olması nedeniyle uygulanan reformların etkilerini değerlendirmenin güç olduğu genelde paylaşılan bir görüş olmuştur. Yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için bekleme sürelerinin azalmasında rekabetin etkisinden çok, hükümetin alt bölge sağlık yönetimleri ve hastane yönetimleri üzerindeki baskısının etkili olduğu görüşünde olan araştırmacılar vardır<sup>45,64,68</sup>.

Bazı araştırmacılar hükümetin sağlık hizmetlerinde iç pazar yaratma düşü ile girişimlerine oldukça hızlı başladığı görüşündedir. Pazar koşullarının iyi işlemesi için sunulan hizmetlerinin sayılabilirliğinin ön koşul olduğunu savunan bu araştırmacılar, ilgili yıllar için Birleşik Krallık sağlık bilgi sisteminin gerek sunulan hizmetleri gerekse bu hizmetlerin toplumun sağlık düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirme açısından oldukça yetersiz olduğu görüşündedir. Muhafazakar Parti reformlar öncesinde sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesi konusunda yeterli hazırlık yapmamış olmakla eleştirilmektedir<sup>45,61</sup>.

Bu dönemde reformların uygulanması sürecinde de bazı sorunlar yaşanmıştır. Hükümetin reformları uygulama gerekçesi ikinci basamak sağlık hizmetleri açısından hastanelerin rekabet ederek kaynak verimliliğinin sağlanması olmasına karşın, çoğu yerleşim yerinde başvurulabilecek bir ya da birkaç USH hastanesi bulunmasından dolayı hastaneler arası rekabet gerçekleşmemiştir. Londra'da ise bazı ünlü eğitim hastaneleri yaşanan rekabet ortamında yeterli gelir elde edememiş, kapatılma riski yaşamıştır<sup>45</sup>.

Yaşanan önemli bir sorun da alt bölge sağlık yönetimleri ve hastane yönetimleri arasında yürütülen sözleşmelerden kaynaklanmıştır. Hatırlanacağı gibi bu dönemde hastane hizmetleri ile ilgili sözleşmeler 3 farklı şekilde yapılmaktaydı; global bütçe/ blok sözleşme, maliyet ve miktar sözleşmesi ve vaka başına ödeme sözleşmesi. Alt bölge sağlık

yönetimleri, hastane hizmetleri için daha fazla oranda “global bütçe/blok sözleşme” yapmayı tercih etmişlerdir. Bu nedenle alt bölge sağlık yönetimleri adına sözleşme yaptıkları popülasyon planlanandan daha fazla oranda hastane hizmetini kullandığında hastalarının masraflarını karşılayamamış ve bazı hastalar tedavi olabilmek için takip eden mali yılı beklemek zorunda kalmışlardır. Bütçe tutucu GP’ler ise hastane hizmetleri için diğer sözleşmeleri tercih etmeleri ve herhangi bir hizmet için daha ucuz alternatiflere ulaşabilmeleri nedeniyle bu sorunu pek yaşamamışlardır. Yani ciddi bir olgu adına sözleşme yapan alt bölge sağlık yönetiminin bütçesi yetmediği için beklemek zorunda kalırken, bütçe tutucu GP’lerin hastaları hastane hizmetlerinden kolaylıkla yararlanabilmiştir<sup>69</sup>. Bütçe tutucu GP’lerin hastane hizmetleri ile ilgili yürüttüğü sözleşmelerin, alt bölge sağlık yönetimlerinin yürüttüğü sözleşmelere göre daha iyi çalıştığı yönünde bir görüş birliği söz konusudur. Ancak GP’lerin zaman içinde bütçelerini zorlaması nedeniyle yaşlı ve kronik sağlık sorunu olan hastaları listelerinden çıkarma eğiliminde oldukları da saptanmıştır. Bütçe tutucu GP uygulamasının etkileri konusunda diğer Muhafazakar Parti dönemi uygulamalarına göre daha fazla oranda araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları bütçe tutucu GP’lerin sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalarını düşürmek için birinci basamakta sunulan hizmet çeşitliliğini arttırdıklarını, daha az sayıda ilaç yazdıklarını ve daha çok jenerik ilaç yazmayı tercih ettiklerini göstermektedir<sup>70</sup>. Bütçe tutucu GP uygulamasının İngiltere’de sevk hızları üzerinde etkili olmadığı, buna karşın İskoçya’da sevk hızlarında düşüşe neden olduğu gösterilmiştir<sup>71,72,73</sup>.

Özetle, bütçe tutucu GP uygulamasının başarılı olduğu şeklinde bir görüş birliği olduğu söylenebilir. Ancak bütçe tutucu GP konumunda çalışmanın isteğe bağlı olması, gönüllülük biası nedeniyle bu uygulamaya geçen GP’lerin verileri ile bu uygulamaya geçmeyen GP’lerin verilerinin karşılaştırılabilirliğine gölge düşürmektedir. Bir başka ifadeyle yönetim becerileri olan, girişimcilik özelliği daha güçlü olan GP/GP gruplarının bütçe tutucu GP uygulamasına geçtiği, modelin tüm GP/GP gruplarına uygulanması durumunda aynı başarının elde edilemeyeceği şeklinde bir görüş de söz konusudur. Nitekim bütçe tutucu GP uygulamasına geçen GP/GP gruplarının, bu uygulamaya geçmemiş olan GP/GP gruplarına göre popülasyonlarının refah düzeyinin daha iyi olduğu ve kaynaklarının daha yeterli olduğu bildirilmiştir<sup>74</sup>.



İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan ve hizmeti finanse eden kurumları ayıran reform uygulamaları yönetim giderlerinin artışı ile sonuçlanmıştır. Bu dönemde alt bölge sağlık yönetimlerinde ve hastane yönetimlerinde çalışmak üzere 20.000 uzman yöneticinin işe alındığı bildirilmektedir. Bütçe tutucu GP uygulamasına geçen GP/GP gruplarının da sözleşmeleri yürütmek üzere bir yönetici istihdam etmek zorunda kalmalarından dolayı yönetim giderleri artmıştır<sup>45,67</sup>. Öte yandan, sağlık hizmeti yönetimi için ek kaynak ayırmak ve bu konu ile ilgili personel istihdam etmek USH kapsamında sağlık hizmetlerinin nicelik, nitelik ve maliyetini hesaplayabilmeyi sağlamıştır. Ancak sağlık harcamalarında yapılan artışın sağlık hizmeti yerine yönetim hizmetlerine harcanması ciddi eleştiriler almıştır<sup>45,68</sup>.

Muhafazakar Parti döneminde uygulanan reformların beklenmeyen bazı olumlu etkileri de olmuştur. Yerel düzeyde sağlık yönetimi yapılarının güçlenmesi, sağlık bilgi sisteminde gelişmeler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha önceki yıllara göre daha fazla önem kazanması bu olumlu etkilerden sayılabilir. Araştırmacılar, USH kapsamında son 20 yıl içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önem kazanmasında bütçe tutucu GP uygulamasının ve yerel düzeyde sağlık yönetimi anlayışının gelişmesinin etkili olduğu görüşündedir<sup>66</sup>.

## **VIII.2. İşçi Partisi Dönemi (1997- Halen)**

1997 yılında iktidara gelen İşçi Partisi, bütçe tutucu GP uygulamasını kaldırmıştır. İkinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşma açısından toplumda yaşanan eşitsizlikler ve yönetim maliyetinin yüksekliği bu değişikliğin gerekçesi olarak gösterilmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetleri açısından Muhafazakar Parti döneminde başlatılmış olan hizmeti sunan ve finanse eden kurumların ayrıldığı uygulama devam etmiştir<sup>64</sup>.

### **Yerel Yönetim Birimleri Konusunda Yapılan Değişiklikler**

İşçi Partisi döneminde yerel yönetim birimleri konusunda yapılan değişikliklere bakıldığında, ikinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri için hastane yönetimleriyle sözleşmeleri yürüten “alt bölge sağlık yönetimleri” ve birinci basamak sağlık hizmetleri için genel pratisyenlerle sözleşmeleri yürüten “aile sağlığı hizmetleri yönetimleri” birleştirilerek yerini önce “birincil bakım grupları (primary care groups)”na, 2002 yılından itibaren de “bölge sağlık yönetimleri (primary care trust)”ne bırakmıştır. Bir başka ifadeyle İşçi Partisinin iktidara geldiği 1997 yılından 2006 yılına kadar olan dönemde önceleri “birincil bakım grupları”, sonrasında “bölge sağlık yönetimleri” adını alan

yönetim birimleri birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için hizmet sunucularla sözleşme yapan yerel düzeydeki sağlık yönetim birimleri olmuşlardır. Bu dönemde bölge sağlık yönetimlerinin bir üst basamağı olan yönetim grupları (regional health authorities) ise yerini “stratejik sağlık yönetimleri (strategic health authorities)”ne bırakmıştır (Şekil 2)<sup>64</sup>.

İşçi Partisi döneminde de bekleme sürelerini kısaltılmak, sağlık için ayrılan kaynakların verimliliği arttırmak ve daha nitelikli hizmet sunmak için bazı değişiklikler yapılmıştır. Yapılan bu değişiklikler halen USH örgütlenme ve finansman yapısında yürürlükteki uygulamalar olduğundan kitabın daha önceki bölümlerinde bunlarla ilgili bilgilere yer verilmişti. Bu bölümde okuyucuların bu uygulamalar konusundaki tarihçeyi ve bunların etkilerini değerlendirebilmeleri amacı ile konu ek bilgilerle tekrar ele alınmıştır.

### **İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar**

İşçi Partisi döneminde sağlık sisteminde yapılan en önemli değişikliğin “GP/GP grubu hastane sözleşmesi” ile ikinci basamak sağlık hizmetleri için sözleşme yapma sorumluluğunun bölge sağlık yönetimlerinden GP/GP gruplarına kaydırılmaya başlanması olduğu söylenebilir. Bu uygulama kapsamında 2006 yılı Temmuz ayında stratejik sağlık yönetimlerinin sayısı 28’den 10’a, bölge sağlık yönetimlerinin sayısı ise 303’den 152’ye düşürülerek yönetimle ilgili personel sayısı da önemli ölçüde azaltılmış, en azından Sağlık Bakanlığı bütçesinden ayrılan yönetim giderleri düşürülmüştür<sup>67</sup>. Ancak ikinci basamak sağlık hizmetleri için sözleşme sorumluluğunun önemli bir bölümü GP/GP gruplarına kaydırıldığında, GP/GP grupları daha küçük birimler olduğu için yönetim giderlerinin daha fazla oranda artması beklenmektedir. GP/GP grubu hastane sözleşmesi Muhafazakar Parti döneminde uygulanan bütçe tutucu GP uygulamasından farklı değildir. İşçi Partisi iktidara geldiğinde sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinde neden olduğu eşitsizlikleri gerekçe göstererek kaldırdığı bu uygulamaya tekrar dönüşü nedeniyle eleştirilmektedir<sup>75</sup>.

GP/GP grubu hastane sözleşmesinden beklenen potansiyel yararlar sevk hızlarının düşmesi, birinci basamakta kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması böylece hastaneye yatış hızlarının düşmesi, hastane hizmetleri için bekleme süresinin kısılmasıdır. GP/GP grupları birleşerek hastanelerle sözleşme yapabildiğinden GP/GP grupları arasında işbirliğinin artması; birinci basamak, ikinci basamak ve

toplum sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun gelişmesi ve reçete maliyetlerinde düşme beklenen diğer yararlarıdır.

“Muhafazakar Parti Dönemi” başlığı altında bütçe tutucu GP uygulamasına yöneltilen eleştirilerden bahsedilmiştir. Benzer bir uygulama olan GP/GP grubu hastane sözleşmesi uygulamasında da daha fazla hastası bulunan GP/GP gruplarının diğerlerine göre hastaları için daha iyi hizmet olanakları sağlayabileceği bir başka ifadeyle GP/GP gruplarının liste büyüklüğüne göre eşitsizliklerin yaşanabileceği düşünülmektedir. Yine, GP/GP gruplarının bu uygulama ile hasta bakımı ile ilgili işlevlerden çok sundukları hizmetlerin ekonomik boyutuna odaklanmaları ve bu nedenle birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin düşme riski olduğu söylenmektedir. GP/GP grubu sözleşmesine geçildiğinde sevk edilecek kurum seçeneklerinin artacağı ve randevu alma sürecinin daha fazla zaman alacağı; bu nedenle hastanın hekim dışı bir personele randevu süreci için yönlendirileceği ve uygulamanın hasta memnuniyetinde azalmayla sonuçlanabileceği de düşünülmektedir<sup>75</sup>.

Kitabın daha önceki bölümlerinde bahsedildiği gibi İşçi Partisi Hükümeti, GP/GP grubu hastane sözleşmesi kapsamında 2006 yılında GP/GP gruplarına bütçe vermeye başlamış ve 2008 yılına gelindiğinde ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili sorumluluğu önemli ölçüde GP/GP gruplarına kaydırmayı hedeflemiştir. 2008 yılı başında GP/GP gruplarının çoğunluğunun hasta popülasyonları için ikinci basamak sağlık hizmetlerini satın almak üzere ön ödeme almış olduğu ancak halen bu konu ile ilgili bütçenin %80'inin bölge sağlık yönetimlerince kullanıldığı görülmektedir. GP/GP gruplarının sözleşmelerin yürütülmesi ile ilgili deneyimlerinin yetersiz olması, GP/GP grubunda yönetici olarak çalışan kişilerin sayı ve nitelik açısından yetersiz kalması nedeniyle bölge sağlık yönetimleri hastane yönetimleri ile sözleşmelerin yürütülmesi için geçiş döneminde GP/GP gruplarına danışmanlık yapmaktadır. Yani yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için sözleşme sorumluluğu yakın dönemde GP/GP gruplarına tamamiyle bırakılamayacak gibi görünmektedir.

GP/GP grubu hastane sözleşmesi uygulamasına geçen genel pratisyenlerin sevk hızlarının %25 ile %33 arasında değişen oranlarda düşmüş olduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı bu veriyi ayakta tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili olarak birinci basamak sağlık kurumlarının rolünün önem kazanması böylece hastanelerde sunulan hizmetler açısından bekleme sürelerinin azalması ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesi açısından umut verici olarak yorumlamaktadır.

Ancak bu konuda sevk hızlarını düşüren GP/GP gruplarının sevk etmedikleri hastalarının birinci basamakta tanı ve tedavisini ne derece yeterli düzenlediği konusunda bir değerlendirme henüz yapılmamıştır. Bu nedenle sevk hızlarındaki düşüşün olumlu bir veri olarak mı yoksa olumsuz bir veri olarak mı yorumlanması gerektiği konusu tartışmalıdır<sup>76</sup>.

İşçi Partisi döneminde hastane hizmetleri için ulaşılabilirliğin, kaynak verimliliğinin ve hizmet niteliğinin artırılması amacı ile başlatılan diğer uygulamalar; seç ve randevunu al/hasta tercihi, sonuçlara göre ödeme, hastane hizmetlerinin denetlenmesi, vakıf yönetimleri ve dal merkezlerinin kurulmasıdır.

Bu uygulamalardan hasta tercihinin ön plana alındığı “**seç ve randevunu al**” uygulaması hastalara ve GP’lerine ikinci basamak sağlık kurumlarını bilinçli olarak seçme ve sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini izleme ve değerlendirme olanağı tanıması nedeniyle olumlu olarak değerlendirilebilir. Bu uygulama ile Ocak 2006’da hastalara bölge sağlık yönetiminin veya GP/GP grubunun sözleşme yaptığı hastanelerden 4 ya da 5 farklı seçenek sunularak birini seçme hakkı tanınmıştır. Ayrıca yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için 6 aydan daha uzun süre beklemesi gereken hastalar yaşadığı bölgeden daha uzakta olan ancak daha erken dönemde randevu veren kamu hastanelerine veya özel hastanelere sevk edilebilmektedir<sup>7</sup>. Nisan 2008’den itibaren ise “seç ve randevunu al” uygulamasının kapsamı “**hasta tercihi**” uygulaması ile genişletilerek, kişilerin Birleşik Krallık’taki sözleşmeli kamu veya özel herhangi bir hastane veya dal merkezine sevk edilebilmesi sağlanmıştır<sup>23</sup>.

“**Sonuçlara göre ödeme**” ile hastane yönetimleri ile yürütülen sözleşmelerde ödemeler vaka başına ödemeye dönüştürülerek ulusal düzeyde belirlenen tarifeler üzerinden ödeme yapılmaya başlanmıştır. Vaka başına belirlenen standart tarifelerden ödemeler hem kamu hem de özel sağlık kurumları için geçerlidir. Sağlık Bakanlığı 2008 yılı sonrasında ikinci ve üçüncü basamak tanı ve tedavi hizmetleri için kamu ve özel kurumların rekabet ettiği kontrollü bir iç pazar ortamı yaratmayı hedeflemektedir. Yani 2008 yılından itibaren ulusal tarifelerden ödenmek koşulu ile birinci basamaktan sevk edilen her hasta kendisinin veya GP’sinin tercih ettiği kamu veya özel bir sağlık kurumunu seçebilmektedir. Bu uygulamanın sonucu olarak USH hastanelerinin hasta yatış sürelerini kısaltmaları ve daha fazla hizmet üretme yönünde motive olmaları beklenmektedir<sup>49</sup>.

USH kapsamında yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için uzun bekleme listelerinden hastaneye yatış hızlarının yüksek ve hastanede yatış sürelerinin uzun olması; bu durumdan ise özellikle yaşlı hastaların toplum içinde bakım hizmetlerinin yetersiz olması ile bu hizmetlerle ilgili sağlık kurumları ve yerel yönetimlerin koordinasyon yetersizliği sorumlu tutulmaktadır<sup>77</sup>. Yaşlı hastalara yönelik bakım hizmetlerinin güçlendirilmesinin yatarak tanı ve tedavi hizmetleri ile ilgili yaşanan sorunların çözümündeki potansiyel etkisi nedeniyle hükümet sosyal hizmetlerin iyileştirilmesini önemli bir faaliyet alanı olarak ele almaktadır. Bu kapsamda sayısı sınırlı da olsa oluşturulmuş olan bakım yönetimleri, sosyal hizmetlerle sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonu güçlendirme konusunda başarılı uygulamalar olarak göze çıkmaktadır. Blair sonrası İşçi Partisi Başkanlığını dolayısıyla Başbakanlığı yürüten Brown da sağlıkla ilgili önceliklerini sunduğu ilk konuşmasında yaşlılar ve özürülere bireysel düzeyde ödeme yapılarak bakım hizmeti alacakları kurumu seçme hakkı tanyacaklarını duyurmuştur<sup>78</sup>.

Daha önce bahsedildiği gibi, 2002 yılından beri göz veya ortopedi cerrahisi ve bazı tanı işlemleri gibi özel durumlar için sağlık hizmetlerinin sunumunda **dal merkezleri** önem kazanmaktadır. Nisan 2008’de hastalara birinci basamaktan kamu veya özel bir dal merkezine başvurabilme hakkı tanındığından, dal merkezi sayısının hızla artması ve hizmet sunumunda önemli bir rol üstlenmesi beklenmektedir. 2002 yılında ilk özel dal merkezi açıldığında Sağlık Bakanlığı USH kapsamında sunulan tedavilerin maksimum %10’unun bu merkezlerce verilmesini hedeflerken, sonraları bu hedef %15’e çıkarılmış, son olarak Şubat 2007’de bu oran Blair tarafından %40 olarak ifade edilmiştir. Bir başka ifadeyle Hükümet sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün payını giderek arttırmayı hedefleyen bir politika izlemektedir<sup>7</sup>. Ancak dal merkezleri, bu merkezlerdeki hizmet sunum şekline dolayı tam donanım gerektirmeyen, personel sayısı sınırlı olan bu nedenle de aynı hizmetleri hastanelere göre daha düşük maliyetle sunabilen kurumlardır. Yakın gelecekte, dal merkezlerinin sayısının daha fazla artması durumunda komplike olmayan, daha basit olguların dal merkezlerince seçilmesi, kamu hastanelerine zor ve karmaşık vakaların başvurusu riski söz konusudur. USH bütçesinden dal merkezlerine ve hastanelere yapılacak ödemeler standart ulusal tarifeler üzerinden yapılacağından bu durumun USH hastaneleri açısından haksız rekabet ortamı yaratacağı düşünülmektedir<sup>79</sup>.

## İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri İçin Bekleme Süreleri İle ilgili Veriler

İkinci basamakta sunulan hizmetlerden gerek yatarak tanı ve tedavi gerekse poliklinik hizmetleri için bekleme süresinin uzun olması USH'nin en önemli sorunu olarak kabul edilmektedir. Yatarak tanı ve tedavi hizmetleri için belirlenen hedefler Birleşik Krallığı oluşturan ülkelerde farklıdır. Kuzey İrlanda'da yatarak tanı ve tedavi görmesi gereken hastaların en az %95'inin 13 hafta içinde tedavisinin başlanması hedefine Mart 2009'a kadar ulaşılması hedeflenmiştir. Bu hedef İngiltere'de Aralık 2008'e kadar 18 hafta, İskoçya'da 2011'e kadar 18 hafta ve Galler'de 2009 yılına kadar 26 hafta şeklinde belirlenmiştir<sup>80</sup>.

İngiltere'de hastaneye yatışlar için belirlenen 18 hafta hedefine Ağustos 2008'de yani hedeflenen zamandan 5 ay önce ulaşıldığı bildirilmiştir<sup>52</sup>. 13 haftadan daha kısa bir süre içinde hastaneye yatan hastaların oranı %91,7'dir. Yatış için bekleme süresi ortancası ise Mart 2007'de 18,8 hafta, Ağustos 2008'de 8,0 hafta ve Şubat 2009'da 4,2 haftadır<sup>52,81</sup>.

Birleşik Krallığı oluşturan ülkelerin hastaneye yatış için bekleme sürelerine bakıldığında eşitsizlikler dikkat çekicidir. Eylül 2004'de yürütülen toplum tabanlı bir araştırmada yatarak tanı ve tedavi görmek amacı ile bekleme listesinde olduğunu belirten kişilerin oranı İngiltere'de binde 16,9, İskoçya'da binde 22,3, Galler'de binde 24,6 ve Kuzey İrlanda'da binde 29,8'dur<sup>82</sup>.

Tablo 9'da hastane istatistiklerine göre 1999-2004 yılları arasında İngiltere, Galler ve Kuzey İrlanda'da elektif hastaneye yatış için bekleyen hasta oranları yer almaktadır. Tabloda yer alan verilere göre tüm ülkelerde yıllar içinde bekleme sürelerinde düşüş olduğu, ancak ülkeler arasında Galler ve Kuzey İrlanda aleyhine eşitsizlikler olduğu söylenebilir. Hastaneye yatış için 6 ay ve daha uzun süre bekleyen hastaların oranı 1999 ve 2005 yılları için sırasıyla İngiltere'de %26,1 ve %5,0; Galler'de %34,0 (2001) ve %24,9; Kuzey İrlanda'da %36,7 ve %28,1 olarak saptamıştır<sup>83</sup>.

**Tablo 9. USH Hastanelerinin Bekleme Listelerine Göre Elektif Hastaneye Yatışlar İçin Bekleyen Hasta Oranları, 1999-2005**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>12 ay ve daha uzun süre bekleyen hasta Oranı (%)</b>							
İngiltere	4,4	4,7	4,2	2,1	0,0	0,0	0,0
Galler	11,2	14,2	13,8	14,3	15,9	11,3	1,3
Kuzey İrlanda	17,9	20,0	21,8	24,9	22,0	14,7	8,5
<b>6 ay ve daha uzun süre bekleyen hasta Oranı (%)</b>							
İngiltere	26,1	25,8	24,4	23,3	19,4	8,9	5,0
Galler	-	-	34,0	37,0	37,0	35,2	24,9
Kuzey İrlanda	36,7	39,1	41,4	44,1	40,0	34,1	28,1

Kaynak: Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? BMJ 2006; 332; 419-422

Hastaneye yatış için bekleme sürelerinin uzunluğu, yaşlı nüfus oranının fazla olduğu diğer gelişmiş ülkelerin de önemli bir sorununu oluşturmaktadır. Elektif ameliyatlar için bekleme sürelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bekleme süresi 4 aydan daha uzun olan hastaların oranı 1998 ve 2001 yılları için sırasıyla Avustralya'da %17 ve %23, Kanada'da %12 ve %27, Yeni Zelanda'da %22 ve %26, Birleşik Krallık'ta %33 ve %38, Amerika Birleşik Devletleri'nde %1 ve %5 olarak bildirilmektedir. Elektif ameliyatlar için bekleme süresi en uzun olan ülke Birleşik Krallık olmakla birlikte diğer gelişmiş ülkelerde de sorunun önemli olduğu görülmektedir<sup>82</sup>. Gelişmiş ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarının yüksek olmasına rağmen yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliğinde yaşadığı sorunlar büyük oranda yaşlı nüfuslarının fazla olmasına bağlanmaktadır. Birleşik Krallık'ta 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 1930'lu yıllarla karşılaştırıldığında günümüzde yaklaşık iki katına ulaştığı bildirilmektedir. 60 yaş ve üzeri kişiler nüfusun yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. 1998-1999 dönemi için USH bütçesinin %40'ının, sosyal hizmetlerle ilgili bütçenin ise %50'sinin 65 yaş ve üzeri kişilere yönelik hizmetler için kullanıldığı bildirilmiştir. 1995-2025 arasındaki 30 yıllık dönem için 80 yaş ve üzerindeki kişilerin 1,5 katına, 90 yaş ve üzeri kişilerin ise 2 katına ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu verilerin sonucu olarak da yaşlılara yönelik hizmetler, hizmet sunumunda giderek daha önemli bir paya sahip olacaktır<sup>84</sup>.

2008 yılı sonunda ayakta tanı ve tedavi amacı ile ikinci basamağa sevk edilen hastaların %95'inin 18 hafta içinde poliklinik hizmetlerinden

yararlanması hedeflenmiştir. İngiltere’de Ağustos 2008’de bu hedefe ulaşıldığı bildirilmiştir<sup>52</sup>. Sekiz haftadan daha kısa bir süre içinde bu hizmetlere ulaşan hastaların oranı Mart 2009’da %96,8’dir. Şubat 2009’da bu hizmetler için ortalama bekleme süresi ise 2,4 haftadır<sup>81</sup>. Birleşik Krallığı oluşturan ülkeler arasında hastanede sunulan poliklinik hizmetlerinin ulaşılabilirliği açısından da eşitsizlikler söz konusudur. 2004-2005 döneminde İngiltere’de hastaların yaklaşık beşte biri, Kuzey İrlanda ve İskoçya’daki hastaların ise üçte biri bu hizmetler için 3 ay veya daha uzun beklemiştir<sup>82</sup>.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ile ilgili veriler genel olarak değerlendirildiğinde Birleşik Krallığı oluşturan ülkeler arasında eşitsizlikler bulunmakla birlikte özellikle son 10 yıl içinde olumlu gelişmeler elde edildiği söylenebilir. Ancak veriler yorumlanırken resmi verilerin geçerlilik düzeyi de dikkate alınmalıdır. Bekleme listelerinden elde edilen istatistikler “Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu” tarafından sıkı bir şekilde denetlenmesine rağmen, bazı USH yönetimlerinin bekleme listeleri istatistiklerinde değişiklikler yaptığı da düşünülmektedir. 2002 yılında Sağlık İzleme Komisyonunun 41 bölge sağlık yönetiminin bekleme listeleri üzerinde yaptığı değerlendirmede 3 bölge sağlık yönetiminin verilerinde önemli düzeyde hatalı bildirimlerin bulunduğu saptanmıştır<sup>85</sup>.

### **GP/GP Grubunca Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde de başvuran kişilerin hizmetlere hemen ulaşamaması -ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri düzeyinde olmasa da- önemli bir sorunu oluşturmaktadır. Birinci basamak ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusunda Sağlık Bakanlığı’nın 2004 yılı için hedefi “birinci basamakta çalışan herhangi bir sağlık personeline 24 saat içinde ulaşılabilirliğin sağlanması” ve “genel pratiisyene 48 saat içinde ulaşılabilirliğin sağlanması” şeklinde belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2004 yılı verilerine göre randevu isteyen hastaların %99,3’üne bir gün içinde GP/GP grubunda çalışan bir sağlık personelinden hizmet almak üzere, %99,2’sine ise iki gün içinde GP’den hizmet almak üzere randevu verilmektedir. Ancak bu resmi istatistiklerin de hastane hizmetlerinde olduğu gibi hasta çalışmalarından elde edilen verilerden farklı olduğu görülmektedir. 2004 yılında İngiliz Milletler Topluluğu Fonu’nca beş farklı ülkede yürütülmüş toplum tabanlı araştırmanın sonuçlarına göre Birleşik Krallık’ta kişilerin yalnızca %59’u birinci basamaktan randevu istediği gün veya bir sonraki gün hizmete ulaşabilmektedir. Bu veri



araştırmanın yürütüldüğü diğer ülkelerden Avustralya'da %75, Kanada'da %42, Yeni Zelanda'da %84, ABD'de %51'dir. Yine aynı çalışmanın verileri birinci basamak sağlık hizmetleri için ulaşılabilirliğin Birleşik Krallığı oluşturan ülkelerden İngiltere (%60) ve Galler'de (%56) İskoçya (%45) ve Kuzey İrlanda'ya (%51) göre daha iyi düzeyde olduğunu göstermektedir<sup>82</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusundaki hedeflere ulaşmak için İşçi Partisi döneminde ALO USH hattı ile danışmanlık verilmesi, sağlık istasyonlarında deneyimli hemşirelerce ayakta tanı ve tedavi hizmetleri sunumu, birinci basamakta çalışan sağlık personeli görev tanımlarının değiştirilerek ek sorumluluklar verilmesi ve aktif olarak çalışmayan sağlık insan gücünden bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi kapsamında yararlanılması gibi yeni uygulamalar başlatılmıştır. Bu uygulamalardan **ALO USH**'nin sağlıkla ilgili danışmanlık konusunda yararlı olduğu görüşü hakimdir. Buna karşın **sağlık istasyonları** uygulaması, USH kapsamında sunulan ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumunda duplikasyona neden olması, gereksiz sağlık hizmeti talebi yaratması, daha fazla oranda orta ve üst sosyal sınıftan kişiler tarafından kullanılmasına bağlı olarak sağlık hizmet sunumunda hakkaniyet gözetilmemesi nedeniyle eleştirilmekte, hükümetin popüler bir uygulaması olarak görülmektedir. Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumunda **hekim dışı sağlık personelinin görev tanımının değiştirilerek ek sorumluluklar verilmesinin** ise kaynak verimliliğini arttıracığı görüşü hakimdir<sup>7</sup>. Bu kapsamda eczacılara ve hemşirelere gerekli eğitimi almak koşulu ile tedavi için bazı ilaçları yazma yetkisi verilmiştir.

İşçi Partisi döneminde sağlık sisteminde yapılan önemli değişikliklerden birisi de birinci basamak sağlık hizmetleri için GP/GP grupları ödeme modelinde yapılan değişikliktir. Şu anda Birleşik Krallık'ta GP/GP gruplarının önemli bir bölümü **kalite ve sonuçlar çerçevesi** kapsamında performans ödemesi almaktadır<sup>33</sup>. Bu uygulama ile kronik hastalıkların izleminin birinci basamağa kaydırılması hedeflenmektedir.

GP/GP gruplarına ödeme şeklinde yapılan değişikliklerden birisi de USH tarihinde ilk olarak **bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi** ile GP/GP gruplarının maaşla istihdam edilmesidir. Yapılan çalışmaların sonuçları bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesinin aktif olarak çalışmayan sağlık insan gücünden yararlanma konusunda olumlu etkilerinin olduğu yönündedir<sup>28</sup>.

Sağlık Bakanlığı, sağlık personeli sayısındaki yetersizliği sağlık sisteminin önemli bir sorunu olarak belirlemiş, bu kapsamda sağlık personelinin görev tanımlarının değiştirilmesi yanı sıra **sağlık personeli sayısı** da arttırılmıştır. Birleşik Krallıkta, 1995 yılında 1000 kişi başına düşen hekim sayısı 1,8 olup, bu veri 2002 yılında 2,1'e, 2006 yılında 2,5'e ulaşmıştır. Ancak diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Birleşik Krallık'ta halen gerek hekim sayısı gerekse hekim dışı sağlık personeli sayısının düşük olduğu görülmektedir. Örneğin 2006 yılı için 1000 kişi başına düşen hekim sayısının Avustralya'da 3,6, Fransa'da 3,4, Almanya'da 3,5, ABD'de 2,4 olduğu bildirilmektedir<sup>2,63</sup>.

Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha düşük olan hekim ücretleri, İşçi Partisi döneminde iyileştirilmeye çalışılmıştır. Gerek birinci basamak gerekse ikinci basamakta çalışan hekimlerin gelirleri 2000'li yılların başındaki gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde önemli düzeyde iyileştirilmiştir. Ancak özellikle ikinci basamakta hekim ücretlerinde önemli düzeyde artışlar yapılmasına karşın hekimlerin daha fazla hizmet üretmesinin sağlanamaması önemli bir sorun olarak ifade edilmektedir<sup>46,86</sup>. Bir başka kaynağa göre yeni uzman sözleşmelerinin ilk üç yılında NHS kapsamında çalışan uzman hekim sayısında %11, ücretlerde %27 oranında artış sağlanmıştır. Ancak aynı dönemde hastane aktivitelerinde yalnızca %4'lük artış sağlandığı bildirilmektedir<sup>87</sup>.

### **Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Geliştirmeye Yönelik Uygulamalar**

İşçi Partisi döneminde USH kapsamında verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek ve geliştirmek için bazı yeni kurumlar da yapılandırılmış, **ulusal hizmet çerçeveleri** adı altında hizmet kalitesi ile ilgili standart rehberler geliştirilmiştir. "**Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi ve İzlenmesi Komisyonu**" kamu ve özel sektörde sunulan hizmetlerin izlenmesi ve denetlenmesinden sorumlu kurumdur<sup>7</sup>. "**Ulusal Hasta Güvenliği Komisyonu (the National Patient Safety Agency)**", "**Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü**" ve "**Sosyal Hizmetleri İzleme Komisyonu**"nun<sup>88</sup> da USH kapsamında sunulan hizmetlerin kalite standartlarının belirlenmesi, izlenmesi ve denetlenmesinde katkılarının olduğu bildirilmektedir.

İşçi Partisi döneminde öncelikli hizmet alanlarından bir diğeri ise **sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesidir**. Bu konuda önemli düzeyde yatırımlar yapılmış olup, henüz sistem yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan kurumların hizmetlerinin izlenmesi ve bu hizmetler açısından elektronik ortamda randevu alınması dışında çalıştırılmamıştır<sup>60</sup>.

## IX. SON SÖZ

Birleşik Krallık sağlık sistemi bir çok yönü ile başarılı bir model olarak değerlendirilmektedir. Diğer gelişmiş Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık harcamalarının daha düşük olması dikkati çekmektedir. Buna karşılık doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı gibi sağlık düzeyi göstergeleri bu ülkelerle benzerdir. Sağlık harcamalarının daha düşük olmasında arzın sınırlanması ve basamaklandırılmış hizmet sunumu ile talebin yönetilmesinin etkisi söz konusudur. Sistem merkezi ve yerel düzeyde güçlü yönetim birimlerince kontrol edilmektedir.

Birleşik Krallık sağlık sisteminin genel vergilerle finanse ediliyor olması ve ücret ödemediği yararlanması ulaşılabilirlik ve eşitliği sağlamaktadır. Yine de toplumda sağlık düzeyi açısından eşitsizlikler mevcuttur. Şu anda iktidarda bulunan İşçi Partisi hükümeti sosyal sınıflar arasındaki bebek ölümlülüğü ve yetişkin ölüm hızlarındaki bu eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemektedir. Ancak Birleşik Krallık'ta son yıllarda refah dağılımı ile ilgili eşitsizliklerin arttığı, buna paralel olarak sosyal sınıfların sağlık düzeyi arasındaki farklılıkların da alt sosyal sınıf aleyhine derinleştiği bildirilmektedir<sup>89</sup>.

Ulusal Sağlık Hizmetinde zorunlu sevk zinciri uygulaması sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve kaynak verimliliğini sağlamaktadır. Hizmetin birinci basamakta kişi başı ve ikinci/üçüncü basamakta paket ödeme şeklinde ücretlendirilmesi maliyeti kontrol altında tutmaktadır. Özellikle birinci basamakta kronik hastalıklarla ilgili sunulan hizmetleri iyileştirmek amacı ile başlatılan performansa dayalı ödeme uygulamasının GP/GP gruplarıncı sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve önemini daha da arttırması beklenmektedir. Program konusundaki beklentiler kronik hastalıklar açısından yaşam kalitesinin iyileşmesi, mortalite hızlarında düşüş, hastaların ikinci veya üçüncü basamaktan çok birinci basamakta izlenmesi ile kaynakların daha verimli kullanımının sağlanmasıdır.

Hastaneye yatış ve hastanede poliklinik hizmetleri için bekleme sürelerinin uzunluğu USH'nin en önemli sorunu olarak değerlendirilmektedir. 2008 yılı için belirlenen hedeflere ulaşılmış olmakla birlikte halen hastane yatışlarında ortalama bekleme süresi 4,2 hafta, poliklinik hizmetlerinde ortalama bekleme süresi 2,4 haftadır<sup>81</sup>. Hastane hizmetlerinin ulaşılabilirliği konusunda yaşanan bu sorunlarda öncelikle nüfusun yaşlı olmasının etkisi söz konusudur. Ek olarak

hastane yatağı, ameliyathane salonu, hekim dışı sağlık personeli sayısının yetersizliği gibi kapasite sorunları, hastaneden taburcu edilebilecek yaşlı hastaların bakım hizmetlerinin sosyal hizmetler tarafından ivedilikle sağlanamaması, uzman hekimlerin ödeme şeklinin maaş şeklinde olması ve uzman hekimlerde özel sektörde çalışma eğiliminin neden olduğu kamu hastanelerindeki aktivite yetersizliği de bu konuda sorumlu diğer faktörler olarak ele alınmaktadır<sup>90</sup>. Sonuç olarak sistemin nüfusun yaşlanmasına bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarını karşılayacak şekilde kendini yeniden yapılandırmada yetersiz kaldığı söylenebilir.

Birleşik Krallık sağlık bilgi sisteminin yetersizliği son yıllarda önemli bir sorun olarak ele alınmış ve sistemin geliştirilmesi için kaynaklar arttırılmıştır. Ancak halen sağlık bilgi sisteminin verilerin toplanması ve değerlendirmesinde yetersiz olduğu düşünülmektedir<sup>63</sup>.

1991 yılında Muhafazakar Parti tarafından başlatılan ve İşçi Partisi döneminde de sürdürülen sağlık hizmetlerinde kontrollü iç pazar yaratılmasının kaynakların daha verimli kullanımını sağlaması beklenmektedir. Yürütülen reform çalışmaları sırasında hizmeti sunanla ödeyen kurumlar ayrılmış, sağlığa ayrılan kaynak kamu payı belirgin olmak üzere arttırılmıştır. Veriler bu dönemde sağlık personeli sayısında, sunulan hizmetlerin nicelik ve niteliğinde artış olduğunu göstermektedir.

Son yıllarda USH'de önemli değişiklikler yapılmış, hastane hizmetlerinin sözleşme sorumluluğu GP/GP grubu hastane sözleşmesi ile GP/GP gruplarına kaydırılmaya başlanmış, sevk edilebilecek kurum seçenekleri arasına özel hastaneler ve özel dal merkezleri eklenmiştir. Sözleşme sorumluluğunun GP/GP gruplarına yani küçük birimlere devredilmesinin yönetim giderlerinde çok fazla artışa neden olacağı beklenmektedir. Hastane hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payının artışının ise komplike olguların kamu hastanelerine yönlendirilmesi sonucunda kamu hastaneleri aleyhine eşitsizliklere neden olabileceği düşünülmektedir.

**EK 1: USH KISA TARİHÇESİ**

1948	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USH yasası yayınlandı.</li> <li>• USH kapsamında ilk hasta tedavi edildi.</li> </ul>
1952	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlk olarak ilaç katkı payı alındı (reçete başına 1 şilin)</li> </ul>
1962	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastane Planı yayınlandı. 125 bin ve üzeri nüfus için devlet hastaneleri oluşturuldu.</li> </ul>
1974	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastane yönetimleri, bölge ve alt bölge sağlık yönetimleri (regional and area health authorities) ve bölge yönetim ekiplerine (district management teams) dönüştürüldü.</li> <li>• Toplum sağlığı hizmetlerinin kontrolü yerel yönetimlerden sağlık yönetimlerine kaydırıldı.</li> </ul>
1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alt bölge sağlık yönetimleri (area health authorities) kaldırıldı, bölge sağlık yönetimleri (district health authorities) oluşturuldu.</li> </ul>
1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>• USH Yönetim Kurulu oluşturuldu.</li> </ul>
1991	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık hizmetlerinde serbest pazar koşulları başlatıldı.</li> <li>• Bütçe tutucu GP uygulaması başlatıldı.</li> </ul>
1992	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Ulusun Sağlığı Raporu (Health of the Nation)” yayınlandı. Halk sağlığı açısından hedefler belirlendi.</li> </ul>
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İngiltere’de 8 USH üst bölge yönetim ofisi (NHS Executive regional offices) üst bölge sağlık yönetimine (regional health authorities) dönüştürüldü.</li> <li>• 100 sağlık otoritesi (health authorities) oluşturuldu.</li> </ul>
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Yeni USH: Çağdaş ve Güvenilir (the New NHS: Modern, Dependable)” yayınlandı. Hükümetin USH programı oluşturuldu.</li> <li>• 1997 Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Yasası (Primary Care Act) yayınlandı.</li> </ul>
1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1998 İskoçya yasası yayınlandı, İskoçya parlamentosu oluşturuldu.</li> <li>• 1998 Galler Yasası yayınlandı, Galler Meclisi oluşturuldu.</li> <li>• Belfast Anlaşması, Kuzey İrlanda Meclisi oluşturuldu.</li> </ul>

1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Birinci sınıf sağlık hizmeti: USH’nin kalitesi (A first class service: Quality in the NHS)” yayınlandı.</li> <li>• Birleşik Krallık 29 OECD ülkesi içinde GSYİH’den sağlığa ayırdığı pay açısından 18. sırada</li> </ul>
1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bütçe tutucu GP uygulamasının kaldırıldı.</li> <li>• 481 Birincil bakım grubu oluşturuldu.</li> <li>• “Yaşamları Kurtarmak: Daha Sağlıklı Ulusumuz (Saving Lives: Our Healthier Nation)” yayınlandı. Raporda kanser, Koroner kalp hastalığı, inme, kazalar ve ruh sağlığı sorunları ile ilgili hedefler belirlendi.</li> <li>• Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (NICE) kuruldu</li> <li>• Sağlığın izlenmesi Komisyonu oluşturuldu.</li> <li>• Reçete konusunda “Crown raporu” yayınlandı</li> <li>• “Ruh sağlığı alanında ulusal hizmet çerçevesi” yayınlandı.</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlk olarak 17 bölge sağlık yönetiminin kurulması ile bölge sağlık yönetimleri oluşturuldu.</li> <li>• “USH Planı: Eylem için Plan, Reform için Plan (the NHS Plan: A Plan for Action, A Plan for Reform)” yayınlandı. İngiltere için 10 yıllık yatırım ve reform planı yayınlandı.</li> <li>• USH Planında Eczacılık Hizmetleri ile ilgili planlanan değişiklikler uygulanmaya başladı.</li> <li>• Koroner kalp hastalığı için ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> <li>• USH kanser planı yayınlandı.</li> <li>• İskoçya USH planı yayınlandı.</li> </ul>
2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yaklaşık 25 000 alan hemşiresi, sağlık ziyaretçisi, GP/GP grubu hemşiresine farklı ilaçları reçete ile yazma ve bazı tedavileri uygulama yetkisi verildi.</li> <li>• 2001 Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası yayınlandı, bakım yönetimleri oluşturuldu.</li> <li>• Galler USH Planı yayınlandı.</li> <li>• Yaşlılara yönelik ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> </ul>

2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yaklaşık 1500 GP bireysel sağlık hizmet sunumu sözleşmesi ile istihdam edildi (pilot uygulama).</li> <li>• USH kapsamında yapılacak yapısal değişikliklerle ilgili olarak USH değişim planının bir bölümü yayınlandı.</li> <li>• Diyabet için ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Bölgesel yönetim ofisi kapatıldı.</li> <li>• 4 adet sağlık ve sosyal bakım bölge yönetimi (regional directorates of health and social care) oluşturuldu.</li> <li>• 95 sağlık yönetimi (health authorities) kaldırıldı</li> <li>• 28 stratejik sağlık yönetimi oluşturuldu.</li> <li>• 305 bölge sağlık yönetimi oluşturuldu.</li> <li>• İlk bakım yönetimi oluşturuldu.</li> <li>• Vakıf hastaneleri ilk kez duyuruldu.</li> <li>• Sağlık için bütçeden ayrılan payda önemli bir artış yapıldı.</li> <li>• “Wanless raporu” yayınlandı.</li> <li>• Tüm USH kurumlarına uygulanmak üzere performans değerlendirme çerçevesi oluşturuldu.</li> <li>• Kuzey İrlanda’da bütçe tutucu GP uygulaması kaldırıldı.</li> <li>• USH reformu ve sağlık çalışanları yasası yayınlandı. USH kaynakları bölge sağlık yönetimlerince sözleşme yapmak üzere doğrudan tahsis edildi.</li> <li>• USH IT stratejisi yayınlandı.</li> <li>• İlaç Kontrol Şubesi (Medicines Control Agency, MCA) ve Tıbbi Aletler Kontrol Şubesi (Medical devices Agency, MDA), Tıbbi Bakım Ürünleri Kontrol Şubesi (Medical Healthcare Products Regulatory Authority) olarak birleştirildi.</li> <li>• Sağlığı koruma kurumu (Health Protection Agency) oluşturuldu.</li> <li>• Yeni GP sözleşmesi konusunda karar verildi</li> <li>• Yeni uzman sözleşmesi konusunda karar verildi.</li> <li>• Diyabet hizmet sunumu ile ilgili strateji için ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> </ul>

2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Böbrek hastalıkları ile ilgili ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> <li>• GP/GP grubu sözleşmesi duyuruldu. Ancak Nisan 2005’de uygulama başlatıldı.</li> <li>• Ulusal standartlar, yerel eylemler- sağlık ve sosyal bakım standartları ve planlama çerçevesi 2005/6- 2007/8 yayınlandı.</li> <li>• Çocuklar, gençler ve annelere yönelik hizmetlerle ilgili ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> <li>• <i>Halk sağlığı sağlık raporu</i> yayınlandı. <i>Sağlığı seçmek: Sağlıklı seçimler yapmak</i> (sigara, obesite, alkol kullanımı, cinsel sağlık ve ruh sağlığı ile ilgili hedefler)</li> <li>• İlk vakıf hastaneleri kuruldu.</li> <li>• Sağlığı İzleme Komisyonu</li> <li>• USH harcamalarının dörtte üçü bölge sağlık yönetimlerinin sorumluluğunda</li> <li>• Sağlıklı Yaşam Tarzını Seçme: Halk sağlığı raporu yayınlandı.</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Böbrek hastalıkları ile ilgili ulusal hizmet çerçevelerinin ikinci bölümü yayınlandı.</li> <li>• Kronik sağlık sorunları için ulusal hizmet çerçeveleri yayınlandı.</li> <li>• GP/GP grubu sözleşmesi başlatıldı.</li> <li>• Yıllık sağlık kontrol performans göstergeleri (sağlık için standartlar) uygulaması başlatıldı.</li> <li>• Kalite ve sonuçlar çerçevesi yayınlandı.</li> <li>• Bölge sağlık yönetimleri ve stratejik sağlık yönetimlerinin yeniden yapılandırılması duyuruldu.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratejik sağlık yönetimlerinin sayısı 28’den 10’a düşürüldü.</li> <li>• İngiltere’de Bölge sağlık yönetimlerinin sayısı 303’den 152’ye düşürüldü.</li> <li>• USH ambulans yönetimlerinin sayısı 29’dan 12’ye düşürüldü.</li> <li>• Yıllık kontrollerle ilgili temel standartlar yayınlandı.</li> </ul>



2007	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Nisan 2007'de Kuzey İrlanda'daki sağlık ve sosyal bakım yönetimlerinin sayısı 18'den 5'e düşürüldü.</li><li>• ALO USH özerk yönetim statüsüne kavuştu.</li></ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"><li>• İskoçyada ilaç katkı payı kaldırıldı.</li><li>• Gallerdeki USH yönetimlerinin sayısı 14'ten 10'a düşürüldü.</li><li>• USH'nin 60. kuruluş yıldönümü kutlandı</li><li>• Bazı bölge sağlık yönetimleri hizmet sunumu ve hizmet sunucuları ile sözleşme yapma sorumluluğu açısından 2 ana bölüme ayrıldı.</li></ul>



## EK 2: KALITE VE SONUÇLAR ÇERÇEVESİ

Bu bölümde “kalite ve sonuçlar çerçevesi”nin “klinik alanı”, “yönetim alanı”, “ek hizmetler alanı” ve “hizmet kalitesine ilişkin hasta araştırmasından elde edilen bilgiler” için belirlenmiş göstergeler, göstergelere ilişkin puanlar ve minimum ve maksimum ödeme yüzdelerine ilişkin bilgiler sunulmuştur<sup>31</sup>.

### Klinik Alan

#### Ek Tablo 1. Koroner Kalp Hastalıklarından İkincil Korunma

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>KKH 1.</b> GP/GP grubu koroner kalp hastalığı için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	4	
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>KKH 2.</b> Yeni tanı konmuş olan (1 Nisan 2003'ten sonra) anjina olgularından efor testi veya uzman değerlendirmesi için sevk edilenlerin yüzdesi	7	%40-%90
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>KKH 5.</b> Koroner kalp hastalarından son 15 ayda kan basıncı kaydı bulunanların yüzdesi	7	%40-%90
<b>KKH 6.</b> Koroner kalp hastalarından son ölçülen kan basıncı değeri 150/90 veya altında olanların yüzdesi	19	%40-%70
<b>KKH 7.</b> Koroner kalp hastalarından son 15 ayda total kolesterol değeri kaydı bulunanların yüzdesi	7	%40-%90
<b>KKH 8.</b> Koroner kalp hastalarından son ölçülen total kolesterol değeri 5 mmol/l veya altında olanların yüzdesi	17	%40-%70

**Ek Tablo 1 (devamı). Koroner Kalp Hastalıklarından İkincil Korunma**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>KKH 9.</b> Koroner kalp hastalarından son 15 ayda aspirin veya antikoagülan tedavi kullananların yüzdesi (herhangi bir kontrendikasyon veya yan etki kaydı bulunmadıkça)	7	%40-%90
<b>KKH 10.</b> Koroner kalp hastalarından halen bir beta blokerle tedavi edilenlerin yüzdesi (herhangi bir kontrendikasyon veya yan etki kaydı bulunmadıkça)	7	%40-%60
<b>KKH 11.</b> Miyokart enfarktüsü öyküsü olan hastalardan (1 Nisan 2003'ten sonra tanı konmuş) halen bir ACE inhibitörü veya bir anjiyotensin antagonisti ile tedavi edilenlerin yüzdesi	7	%40-%80
<b>KKH 12.</b> Koroner kalp hastalarından bir önceki sonbahar- kış döneminde (1 Eylül -31 Mart döneminde) influenza aşısı yapılanların yüzdesi	7	%40-%90

**Ek Tablo 2. Kalp Yetmezliği**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>KY 1.</b> GP/GP grubu kalp yetmezliği için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	4	
<b>İlk tanı</b>		
<b>KY 2.</b> Ekokardiyogram veya uzman değerlendirmesi ile tanısı doğrulanmış kalp yetmezliği hastalarının yüzdesi	6	%40-%90
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>KY 3.</b> Sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı kalp yetmezliği tanısı bulunan hastalardan ACE inhibitörü veya reseptör blokeri ile tedavi edilenlerin yüzdesi (tedaviyi tolere edemeyen veya kontrendikasyon bulunan hastalar hariç)	10	%40-%80

**Ek Tablo 3. İnme ve Geçici İskemik Atak**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>İnme 1.</b> GP/GP grubu inme veya geçici iskemik atak için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	2	
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>İnme 13.</b> Yeni inme ya da geçici iskemik atak geçiren hastalardan ileri değerlendirme için sevk edilenlerin yüzdesi	2	%40-%80
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>İnme 5.</b> İnme veya geçici iskemik atak tanısı bulunan hastalardan son 15 ayda kan basıncı kaydı bulunanların yüzdesi	2	%40-%90
<b>İnme 6.</b> İnme veya geçici iskemik atak tanısı bulunan hastalardan son ölçülen kan basıncı değeri (son 15 ay içinde ölçülmüş) 150/90 veya altında olanların yüzdesi	5	%40-%70
<b>İnme 7.</b> İnme veya geçici iskemik ataklı hastalardan son 15 ayda total kolesterol değeri kaydı bulunanların yüzdesi	2	%40-%90
<b>İnme 8.</b> İnme veya geçici iskemik ataklı hastalardan son ölçülen total kolesterol değeri 5 mmol/l veya altında olanların yüzdesi	5	%40-%60
<b>İnme 12.</b> Hemorajik olmayan inme geçiren ve geçici iskemik atak öyküsü olan hastalardan antiplatelet (aspirin, klopidogrel, dipridamol veya kombinasyon) tedavi veya antikoagülan tedavi alanların yüzdesi (kaydedilmiş bir kontrendikasyon veya yan etki yoksa)	4	%40-%90
<b>İnme 10.</b> İnme veya geçici iskemik ataklı hastalardan bir önceki sonbahar- kış döneminde (1 Eylül -31 Mart döneminde) influenza aşısı yapılanların yüzdesi	2	%40-%85

**Ek Tablo 4. Hipertansiyon**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>HT.1.</b> GP/GP grubu hipertansif hastalar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	6	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>HT 4.</b> Hipertansiyon tanısı konmuş hastalardan son 15 ayda kan basıncı kaydı bulunanların yüzdesi	20	%40-%90
<b>HT 5.</b> Hipertansif hastalardan son ölçülen kan basıncı değeri 150/90 veya altında olanların yüzdesi	57	%25-%70

**Ek Tablo 5. Diyabet**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>DM 1.</b> GP/GP grubu 17 yaş ve üzerindeki diyabetli hastalar için (tip I ve tip II diyabet için ayrı olmak üzere) bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	6	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>DM 2.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda beden kütle indeksi ölçüm kaydı olanların yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 5.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi ölçüm kaydı olanların yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 20.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi 7.5 mmol/lit veya daha düşük saptananların yüzdesi	17	%40-%50
<b>DM 7.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda HbA1c düzeyi 10 mmol/lit veya daha düşük saptananların yüzdesi	11	%40-%90
<b>DM 21.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda göz dibi muayenesi kaydı olanların yüzdesi	5	%40-%90
<b>DM 9.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda periferik nabız muayenesi kaydı olanların yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 10.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda nöropati açısından değerlendirme kaydı olanların yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 11.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda kan basıncı kaydı olanların yüzdesi	7	%40-%90
<b>DM 12.</b> Diyabet hastalarından son ölçülen kan basıncı değeri 145/85 veya altında olanların yüzdesi	18	%40-%60
<b>DM 13.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda mikroalbuminüri test sonucu olanların yüzdesi (proteinürisi saptanan hastalar hariç)	3	%40-%90



**Ek Tablo 5 (devamı). Diyabet**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>DM 22.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda glomeruler filtrasyon hızı veya serum kreatinin değeri değerlendirilenlerin yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 15.</b> Proteinüri veya mikroalbuminüri bulunan diyabet hastalarından ACE inhibitörü (veya Angiotensin II reseptör antagonistleri) kullananların yüzdesi	3	%40-%80
<b>DM 16.</b> Diyabet hastalarından son 15 ayda total kolesterol değeri kaydı olanların yüzdesi	3	%40-%90
<b>DM 17.</b> Diyabet hastalarından son ölçülen total kolesterol değeri 5 mmol/l veya altında olanların yüzdesi	6	%40-%70
<b>DM 16.</b> Diyabet hastalarından bir önceki sonbahar- kış döneminde (1 Eylül -31 Mart döneminde) influenza aşısı yapılanların yüzdesi	3	%40-%85

**Ek Tablo 6. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>KOAH 1.</b> GP/GP grubu KOAH için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	3	
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>KOAH 12.</b> 01.04.2008 tarihinden sonra tanısı konan KOAH hastalarından bronkodilatatör uygulama sonrası yapılan spirometre ile tanısı doğrulananların yüzdesi	5	%40-%80
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>KOAH 10.</b> KOAH tanısı konmuş olan hastalardan son 15 ayda FEV1 kaydı bulunanların yüzdesi	7	%40-%70
<b>KOAH 11.</b> İnhalasyon tedavisi alan KOAH hastalarından son 15 ayda inhalasyon tekniği değerlendirilenlerin yüzdesi	7	%40-%90
<b>KOAH 8.</b> KOAH tanısı konmuş olan hastalardan bir önceki sonbahar- kış döneminde (1 Eylül - 31 Mart döneminde) influenza aşısı yapılanların yüzdesi	6	%40-%85

**Ek Tablo 7. Epilepsi**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>EPİLEPSİ 5.</b> GP/GP grubu 18 yaş ve üzerinde olup tedavi alan epilepsi hastaları için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	1	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>EPİLEPSİ 6.</b> 18 yaş ve üzerinde olup tedavi alan epilepsi hastalarında son 15 ayda nöbet sıklığı kaydı bulunanların yüzdesi	4	%40-%90
<b>EPİLEPSİ 7.</b> 18 yaş ve üzerinde olup tedavi alan epilepsi hastalarında son 15 ayda tedavisi tekrar değerlendirilen hastaların yüzdesi	4	%40-%90
<b>EPİLEPSİ 8.</b> 18 yaş ve üzerinde olup tedavi alan epilepsi hastalarında son 12 ayda nöbet geçirmemiş olanların yüzdesi	6	%40-%70

**Ek Tablo 8. Hipotiroidi**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>TİROİD 1.</b> GP/GP grubu hipotiroidi hastaları için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	1	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>TİROİD 2.</b> Hipotiroidi hastalarından son 15 ayda tiroid fonksiyon testi sonucu bulunanların yüzdesi	6	%40-%90

**Ek Tablo 9. Kanser**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>KANSER 1.</b> GP/GP grubu 1 Nisan 2003'ten sonraki malin melanom dışındaki kanserler için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	5	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>KANSER 3.</b> Son 18 ay içinde kanser tanısı konan olgulardan ilk altı ay içinde tanısı doğrulananların yüzdesi	6	%40-%90

**Ek Tablo 10. Palyatif Bakım**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>PB 3.</b> GP/GP grubu palyatif bakıma gereksinim duyan tüm hastaları (yaşına bakılmaksızın) kayıt etmiş mi?	3	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>PB 2.</b> GP/GP grubu palyatif bakım kaydındaki hastaların ele alındığı çok disiplinli toplantıları 3 ayda bir düzenliyor mu?	3	

**Ek Tablo 11. Ruh Sağlığı**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>RS 8.</b> GP/GP grubu şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikozlar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	4	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>RS 9.</b> Şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikoz tanısı almış olan hastalardan son 15 ayda değerlendirmesi yapılanların yüzdesi. Bu değerlendirmede hastanın yaşına, cinsiyetine ve sağlık durumuna uygun olarak sağlığı geliştirme ve korunma açısından danışmanlık verilmesi gerekir.	23	%40-%90
<b>RS 4.</b> Son 15 ayda lityum tedavisi almakta olan hastalardan serum kreatinin ve TSH düzeyi bakılanların yüzdesi	1	%40-%90
<b>RS 5.</b> Lityum tedavisi alan hastalardan son 6 ayda lityum düzeyi terapötik değerler arasında bulunanların yüzdesi	2	%40-%90
<b>RS 6.</b> Kayıt edilmiş olan hastalardan hasta ve ailesi ile birlikte kapsamlı bakım planı yapılmış olanların yüzdesi	6	%25-%50
<b>RS 7.</b> Şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikoz tanısı alıp kaydedilmiş hastalar içinde yıllık değerlendirmesine gelmeyenlerden randevu tarihinden sonraki 14 gün içinde GP/GP grubu tarafından ulaşılarak izlenenlerin yüzdesi	3	%40-%90

**Ek Tablo 12. Astım**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>ASTIM 1.</b> GP/GP grubu astım hastaları için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu? (Kayıt sistemi son 12 ay içinde astımla ilgili ilaç yazdırmamış olan hastaları içermemelidir)	4	
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>ASTIM 8.</b> 1 Nisan 2006'dan sonra tanı alan 8 yaş ve üzeri astım hastalarından değişkenlik veya reverzibilite testi ile tanısı konmuş olanların yüzdesi	15	%40-%80
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>ASTIM 3.</b> Astım hastaları içinde 14-19 yaş grubunda olanlardan son 15 ayda sigara içme durumu kaydedilmiş olanların yüzdesi	6	%40-%80
<b>ASTIM 6.</b> Son 15 ayda değerlendirmesi yapılmış astımlı hastaların yüzdesi	20	%40-%70

**Ek Tablo 13. Demans**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>DEMANS 1.</b> GP/GP grubu demanslı hastalar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	5	
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>DEMANS 2.</b> Demans tanısı almış olan hastalardan son 15 ayda tedavisi değerlendirilmiş olanların yüzdesi	15	%25-%60

**Ek Tablo 14. Depresyon**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>DEP 1.</b> Diyabet kaydı ve/veya koroner kalp hastalığı kaydı bulunan hastalardan son 15 ayda depresyon için 2 standart tarama sorusu ile depresyon varlığı değerlendirilenlerin yüzdesi	8	%40-%90
<b>DEP 2.</b> Önceki 1 Nisan – 31 Mart döneminde depresyon tanısı konan hastalardan tedavi başlanmadan önce hastalık şiddeti birinci basamak için geçerliliği gösterilmiş bir araçla değerlendirilenlerin yüzdesi	25	%40-%90

**Ek Tablo 15. Kronik Böbrek Hastalığı**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>KBH 1.</b> GP/GP grubu kronik böbrek hastalığı bulunan hastalar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu? (evre 3-5)	6	
<b>Tanı ve hastanın ilk izlemi</b>		
<b>KBH 2.</b> Kronik böbrek hastalığı nedeni ile izlenen hastalardan son 15 ayda kan basıncı ölçümü yapılanların yüzdesi	6	%40-%90
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>KBH 3.</b> Kronik böbrek hastalığı nedeni ile izlenen hastalardan son 15 ayda kan basıncı değeri 140/85 ve altında olanların yüzdesi	11	%40-%70
<b>KBH 5.</b> Kronik böbrek hastalığı nedeni ile izlenen proteinürüsü bulunan hipertansif hastalardan bir ACE inhibitörü veya bir anjiyotensin reseptör blokleri ile tedavi edilenlerin yüzdesi (kontrendikasyon veya yan etki söz konusu değilse)	4	%40-%80



**Ek Tablo 16. Atriyal Fibrilasyon**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
AF 1. GP/GP grubu atriyal fibrilasyonlu hastalar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	5	
<b>İlk Tanı</b>		
AF 4. 1 Nisan 2008'den sonra tanı alan hastalardan tanısı EKG veya uzman değerlendirmesi ile doğrulananların yüzdesi	10	%40-%90
<b>Hasta izlemleri</b>		
AF 3. Atriyal fibrilasyonu bulunan hastalardan antikoagülan tedavi veya antiplatelet tedavi kullananların yüzdesi	15	%40-%90

**Ek Tablo 17. Obesite**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
AF.1. GP/GP grubu 16 yaş ve üzerindeki kişilerden beden kütle indeksi 30 ve üzerinde olanlar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	8	

**Ek Tablo 18. Öğrenme Bozukluklukları**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Kayıtlar</b>		
<b>ÖB 1.</b> GP/GP grubu öğrenme bozukluğu olan hastalar için bir kayıt sistemi oluşturmuş mu?	4	

**Ek Tablo 19. Sigara**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<b>Hasta izlemleri</b>		
<b>SİĞARA 3.</b> Koroner kalp hastalığı, inme/geçici iskemik atak, hipertansiyon, diyabet, KOAH, kronik böbrek hastalığı, astım, şizofreni, bipolar duygulanım bozukluğu ve diğer psikozlardan herhangi biri için tanısı bulunan hastalardan son 15 ay içinde sigara içme durumu konusunda kaydı bulunanların yüzdesi	33	%40-%90
<b>SİĞARA 4.</b> Koroner kalp hastalığı, inme/geçici iskemik atak, hipertansiyon, diyabet, KOAH, kronik böbrek hastalığı, astım, şizofreni, bipolar duygulanım bozukluğu ve diğer psikozlardan herhangi biri için tanısı bulunan hastalardan son 15 ay içinde sigarayı bırakma konusunda öneride bulunulan veya sigarayı bırakmak için ileri bir merkeze sevk edilenlerin yüzdesi	35	%40-%90

## Yönetim Alanı

## Ek Tablo 20. Kayıtlar ve Bilgi Sistemi

	Gösterge
<b>KAYIT 3</b> <b>1 puan</b>	GP/GP grubu mesai saatleri dışında grup dışından başka bir hekime başvuran kişilerin bilgilerini GP/GP grubu kayıtlarına ekleyen bir sisteme sahip
<b>KAYIT 8</b> <b>1 puan</b>	Hasta dosyalarında ilaç alerjileri veya yan etkilerin kayıt edileceği özel bir bölümün bulunması
<b>KAYIT 9</b> <b>4 puan</b>	Sürekli yazılması gereken ilaçlar için kayıtlarda ilaç endikasyonunun yazılması (minimum %80)
<b>KAYIT 11</b> <b>10 puan</b>	Son beş yıl içinde 45 yaş ve üzerinde kayıtlı olan kişilerin en az %65'i için kan basıncı ölçümü kayıt edilmiş olması
<b>KAYIT 13</b> <b>2 puan</b>	Mesai dışı hizmet sunumundan sorumlu kurum/hekimi evde ölen hastalar konusunda haberdar edecek bir sistem geliştirilmiş olması
<b>KAYIT 15</b> <b>25 puan</b>	GP/GP grubunun hastaların en az %60'ı için güncel klinik özet bilgilere sahip olması
<b>KAYIT 17</b> <b>5 puan</b>	Son beş yıl içinde 45 yaş ve üzerinde kayıtlı olan kişilerin en az %80'i için kan basıncı ölçümü sonucunun kaydedilmiş olması
<b>KAYIT 18</b> <b>8 puan</b>	GP/GP grubunun hastaların en az %80'i için güncel klinik özet bilgilere sahip olması
<b>KAYIT 19</b> <b>7 puan</b>	GP/GP grubuna yeni kaydedilen kişilerin % 80'inin 8 hafta içinde bilgilerinin özetlenmesi

**Ek Tablo 20 (devamı) . Kayıtlar ve Bilgi Sistemi**

	<b>Gösterge</b>
<b>KAYIT 20</b> <b>12 puan</b>	GP/GP grubunun hastaların en az %70'i için güncel klinik özet bilgilere sahip olması
<b>KAYIT 21</b> <b>1 puan</b>	Yeni kayıtların % 100'ünde etnik kökenin kayıt edilmesi
<b>KAYIT 22</b> <b>11 puan</b>	15 yaş ve üzeri kayıtlı kişilerden son 27 ay içinde sigara içme durumu konusunda kaydı bulunanların yüzdesi

**Ek Tablo 21. Hastalar için Bilgilendirme**

	<b>Gösterge</b>
<b>BİLGİLENDİRME 4</b> <b>1 puan</b>	Bir hasta GP/GP grubu listesinden çıkarıldığında, grubun hastaya bu konudaki gerekçeleri ve yeni bir grup bulması konusunda gerekli bilgileri sağlaması (hastanın şiddetle sonuçlanabilecek tepkisi söz konusu değilse)
<b>BİLGİLENDİRME 5</b> <b>2 puan</b>	GP/GP grubunun sigara tiryakilerine sigarayı bırakma konusunda uygun terapi seçeneklerini içeren bir stratejisinin bulunması

**Ek Tablo 22. Eğitim ve Hizmetçi Eğitim**

	<b>Gösterge</b>
<b>EĞİTİM 1 4 puan</b>	GP/GP grubu ile çalışan tüm klinik personelin son 18 ayda temel yaşam desteği konusunda bir eğitimden geçmiş olduğuna dair bir kayıt bulunması
<b>EĞİTİM 5 3 puan</b>	GP/GP grubu ile çalışan tüm personelin son 36 ayda temel yaşam desteği konusunda bir eğitimden geçmiş olduğuna dair bir kayıt bulunması
<b>EĞİTİM 6 3 puan</b>	GP/GP grubu her yıl hasta şikayetleri ve önerilerini ekiple birlikte gözden geçirmekte
<b>EĞİTİM 7 4 puan</b>	GP/GP grubu son 3 yılda aşağıda belirtilen durumlara sahip en az 12 önemli olgu için değerlendirme yapmakta -Grup binasında gerçekleşen herhangi bir ölüm -Yeni kanser tanıları -Terminal dönem bakım alan hastalardan evde gerçekleşen ölümler -Herhangi bir intihar girişimi -Ruh sağlığı yasası kapsamındaki kabuller -Koruma altına alınan çocuk olgular -İlaç hataları (Olgu değerlendirmesi olarak ele alındığında zarar görebilecek olgular hariç)
<b>EĞİTİM 8 5 puan</b>	GP/GP grubunun çalıştırdığı tüm hemşirelerin yıllık olarak yürütülen denetlemelerle değerlendirilen eğitim planlarının bulunması
<b>EĞİTİM 9 3 puan</b>	GP/ GP grubunda çalışan tüm klinik dışı personelin yıllık denetlemelerden geçmesi
<b>EĞİTİM 10 6 puan</b>	GP/ GP grubunun bir önceki yıl en az 3 önemli olguyu değerlendirmiş olması

**Ek Tablo 23. GP/GP Grubu Yönetimi**

	<b>Gösterge</b>
<b>YÖNETİM 1 1 puan</b>	GP/ GP grubunda çalışan sağlık çalışanları “çocuk koruma” ile ilgili yerel uygulamaların nasıl olduğu konusunda bilgilere ulaşabiliyor olmalı
<b>YÖNETİM 2 1 puan</b>	GP/ GP grubuna kayıtlı kişilerin elektronik kayıtları söz konusu ise bilgisayar verisinin yedeklenmesi, güvenli yedekleme araçlarının kullanılması, program yükleme ile ilgili düzenlemelerin yapılıyor olması
<b>YÖNETİM 3 0.5 puan</b>	GP/ GP grubunda çalışan tüm hekimlerin ve tüm ilgili personelin Hepatit B geçirip geçirmediği konusunda kaydının bulunması ve gerekli ise ulusal rehberine uygun olarak aşılınmalarının önerilmiş olması
<b>YÖNETİM 5 1 puan</b>	GP/GP grubuna bağlı kişiler randevu istediğinde aynı hafta içinde en az 5 sabah ve 4 öğleden sonra randevu seçeneğinin sunuluyor olması (sözleşme koşulları farklı değilse)
<b>YÖNETİM 7 3 puan</b>	GP/GP grubu kullanılan ekipmanla ilgili olarak izleme, kalibrasyon, bakım ve yedek parça/yenileme ile ilgili düzenli ve uygun bir değerlendirme sistemi geliştirmeli, bu değerlendirme ile ilgili olarak aşağıdaki durumların tanımlanmış olması gerekir: -Sorumlu kişinin kim olduğu -Değerlendirme ile ilgili kaydın nasıl yapılacağı -Sistematik önceden planlanmış programlar -Hataların bildirilmesi
<b>YÖNETİM 9 3 puan</b>	GP/GP grubuna bağlı kişilerden bakım hizmeti alanlara bakım hizmetini sunan kişilerin kimliğinin tanımlanması ve bu kişilerin sosyal hizmetler değerlendirmesi için sevki konusunda bir protokole sahip olmalı
<b>YÖNETİM 10 2 puan</b>	Hastalık izinleri, taciz, personele sunulan olanaklar gibi konularda eşitlikçi bir personel istihdam politikasını sağlayacak işlemlerin yazılı olarak belirlenmiş olması

**Ek Tablo 24. İlaç Yönetimi**

	<b>Gösterge</b>
<b>İLAÇLAR 2</b> <b>2 puan</b>	GP/GP grubu anafilaksi tedavisi için gerekli ilaçlara ve ekipmana sahip olmalı
<b>İLAÇLAR 3</b> <b>2 puan</b>	Acil ilaçların son kullanma tarihlerinin yıllık olarak kontrol edildiği bir sistem bulunması
<b>İLAÇLAR 4</b> <b>3 puan</b>	Hastaların reçete istemleri ile reçetenin ellerine ulaşması arasında en fazla 72 saatlik bir süre bulunması ( hafta sonları ve diğer tatil günleri hariç)
<b>İLAÇLAR 6</b> <b>4 puan</b>	GP/GP grubunun Bölge Sağlık Yönetiminin reçete danışmanı ile yılda en az bir kez görüşmesi ve birlikte reçete yazma ile ilgili 3 eylem planlanması
<b>İLAÇLAR 8</b> <b>6 puan</b>	Hastaların reçete istemleri ile reçetenin ellerine ulaşması arasında en fazla 48 saatlik bir süre bulunması (hafta sonları ve diğer tatil günleri hariç)
<b>İLAÇLAR 10</b> <b>4 puan</b>	GP/GP grubunun Bölge Sağlık Yönetiminin reçete danışmanı ile yılda en az bir kez görüşmesi ve önceki yıl birlikte reçete yazma ile ilgili planlanmış olan 3 eylemin gerçekleştirilmesi
<b>İLAÇLAR 11</b> <b>7 puan</b>	Son 15 ayda 4 veya daha fazla kez tekrarlanan reçetesi olan hastaların ilaç kullanma durumlarının değerlendirilmesi. Standart %80'dir.
<b>İLAÇLAR 12</b> <b>8 puan</b>	Son 15 ayda tüm tekrar reçetesi olan hastaların ilaç kullanma durumlarının değerlendirilmesi. Standart %80'dir.

**Hizmet Kalitesi Araştırmalarından Elde Edilen Bilgiler****Ek Tablo 25. Hizmet Kalitesi Araştırmalarından Elde Edilen Bilgiler**

<b>Gösterge</b>	<b>Puan</b>	<b>Ödeme yüzdesi</b>
<b>HD Hasta deneyimi</b>		
HD 1 Muayene süresi Randevu ile çalışan gruplarda doktor randevularının süresinin 10 dakikadan daha kısa olmaması (Randevu sürelerinde ekstra hastalar bakılıyorsa ekstra bakılan hastalar açısından randevu süresi düzeltilmeli) Açık sistemle çalışan gruplarda doktor ve hastanın yüz yüze geçirdiği süre 8 dakikadan daha kısa süre olmamalı Randevu sistemi ve açık sistemin karması bir yöntem uygulayan gruplar her 2 kritere göre bildirim yapmalı	33	
HD 2 Hasta Deneyimi Araştırması (1) GP/GP grubu her yıl bir hasta deneyimi araştırması yürütmeli	25	



**Ek Tablo 25 (devamı). Hizmet Kalitesi Araştırmalarından Elde Edilen Bilgiler**

Gösterge	Puan	Ödeme yüzdesi
<p>HD 6 Hasta Deneyimi Araştırması (2) GP/GP grubu her yıl sonuçlarına dayalı aktivite planı yaptığı bir hasta deneyimi araştırması yürütmeli</p> <p>1. Sonraki 2 yıl için önceliklerin belirlenmesi 2.GP/GP grubunun araştırma sonuçları konusunda hastalarını ne şekilde bilgilendireceğinin tanımlanması (Grupta posterlerin asılması, hasta grupları ile görüşmeler, Bölge Sağlık Yönetimi tarafından onaylanan hasta temsilcisine bilgi verme vb) 3.Öncelikli hedeflere ulaşmak için yapılacak aktiviteler ve bu aktiviteler için sorumluların tanımlandığı planların tanımlanması 4.Hasta deneyimi konusunda ek bilgilerin toplanması (belli bir hastalık için hasta gruplarına yönelik ek araştırmalar, hasta grupları ile derinlemesine görüşmeler vb)</p>	30	
<p>HD 7 Ulaşılabilirlik Konusunda Hasta Deneyimi (1) Ulusal düzeyde yürütülen araştırma verisine göre; -İngiltere’de 48 saat içinde genel pratisyene ayakta tanı ve tedavi hizmeti için başvurabilen hasta yüzdesi -İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda’da 48 saat içinde GP/GP grubunda çalışan bir sağlık personeline ayakta tanı ve tedavi hizmeti için başvurabilen hasta yüzdesi</p>	23.5	%70-%90
<p>HD 8 Ulaşılabilirlik Konusunda Hasta Deneyimi (2) Ulusal düzeyde yürütülen araştırma verisine göre genel pratisyenden ayakta tanı ve tedavi hizmeti için randevu alan hasta yüzdesi</p>	35	%60-%90

**Ek Hizmetler Alanı****Ek Tablo 26. Ek Hizmetler**

<b>Ek Hizmetler</b>	<b>Serviks kanseri taraması</b>
<b>SKT 1 (11 puan)</b>	25-64 yaş arasındaki kayıtlı kadınlardan (İskoçya'da 21-60 yaş grubu) servikal sürüntü değerlendirmesi yapılanların yüzdesi. Standart % 40-80'dir.
<b>SKT 5 (2 puan)</b>	GP/ GP grubunun servikal sürüntü testi sonucu alınan tüm kadınları bilgilendiriyor olması
<b>SKT 6 (2 puan)</b>	GP/ GP grubunun sunduğu serviks kanseri tarama hizmetini değerlendiren bir politikasının bulunması ve her 2 yılda bir grupta servikal sürüntü örneği alan her personel için ayrı olmak üzere servikal sürüntü materyali yetersiz bulunanların yüzdesi
<b>SKT 7 (7 puan)</b>	GP/GP grubu serviks kanseri tarama programını ulusal rehberine uygun olarak ne şekilde yürüteceği konusunda bir portokole sahip olmalı. Bu protokol personel eğitiminin nasıl yapılacağı, hastaların tarama için ne şekilde çağrılacağı, muafiyet kriterleri ve servikal sürüntü materyali yetersiz bulunanların ne şekilde izleneceği konusunda bilgileri içermeli
<b>Ek Hizmetler</b>	<b>Çocuk İzlemleri</b>
<b>Çİ 1 (6 puan)</b>	Ulusal politika ve rehberlerde önerilen aralıklarla çocuk gelişimini izlemek ve kontrolleri yapmak üzere ailelerin GP/ GP grubuna çağrılması
<b>Ek Hizmetler</b>	<b>Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası İzlemler</b>
<b>DOG 1 (6 puan)</b>	Yerel rehberlere göre doğum öncesi bakım ve tarama hizmeti için kişilerin gruba çağrılması
<b>Ek Hizmetler</b>	<b>Kontrasepsiyon</b>
<b>KON 1 (1 puan)</b>	Acil kontrasepsiyon taleplerini yanıtlama konusunda grubun yazılı bir politikasının bulunması
<b>KON 2 (1 puan)</b>	GP/GP grubu gebelik öncesi danışmanlık hizmeti konusunda bir politikaya sahip olmalı

**KAYNAKLAR**

- <sup>1</sup>OECD.StatExtracts / Dataset: Country statistical profiles 2007  
<http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=335&querytype=view&lang=en> (erişim tarihi:06.10.2008)
- <sup>2</sup>OECD / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs/ Health Data / OECD Health Data 2008 - Frequently Requested Data.  
[http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData\\_FrequentlyRequestedData.xls](http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls) (erişim tarihi:06.10.2008)
- <sup>3</sup>Central Intelligence Agency (CIA) / The World Factbook/ Field Listing/ Distribution of family income/ Gini index  
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2172.html> (erişim tarihi:02.12.2008)
- <sup>4</sup>Belek İ. Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. Sorun yayınları 3. baskı, İstanbul, 2001.
- <sup>5</sup>Department of Health /Health Care  
<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/index.htm>  
(erişim tarihi:06.10.2005)
- <sup>6</sup>NHS/ About the NHS / How the NHS Works  
<http://www.NHS.uk/England/AboutTheNhs/Default.cmsx> (erişim tarihi:06.10.2005)
- <sup>7</sup>Binley's NHS Guide. Beechwood House Publishing Ltd , 2008 edition, Essex, 2008.
- <sup>8</sup>Department of Health/NHS fact sheets / Strategic Health Authorities  
<http://www.info.doh.gov.uk/NHSfactsheets.nsf/vwHelp/Strategic%20health%20authorities?OpenDocument> (erişim tarihi: 06.10.2007)
- <sup>9</sup> NHS.uk/ NHSEngland/ aboutnhs/ Documents  
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Documents/MapofSHAsFeb09.pdf> (erişim tarihi: 06.10.2008)

<sup>10</sup>Audit Commission. Putting commissioning into practice (report) Audit Commission Publishing Team, London, 2007.

[http://www.audit-commission.gov.uk/Products/NATIONAL-REPORT/67664124-E760-4e93-81BB-A0A871EA885E/Puttingcommissioningintopractice\\_22Nov2007REPO RT.pdf](http://www.audit-commission.gov.uk/Products/NATIONAL-REPORT/67664124-E760-4e93-81BB-A0A871EA885E/Puttingcommissioningintopractice_22Nov2007REPO RT.pdf) (erişim tarihi: 03.09.2007)

<sup>11</sup>Roger Halliday, Department of Health. Practice Based Commissioning, GP practice survey: Wave 2 (September 2007). Published to DH website, in electronic PDF format only., 2008.

[www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/idcplg?IdcService=GET\\_FILE&dID=158061&Rendition=Web](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=158061&Rendition=Web) (erişim tarihi: 01.04.2008)

<sup>12</sup>Hippisley-Cox J, Fenty J, Heaps M. Trends in Consultation Rates in General Practice 1995 to 2006: Analysis of the QRESEARCH database. QRESEARCH and The Information Centre for health and social care, 2007.

<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/gp/QRESEARCH%20Consultation%20Rates%20Report%20FINAL.pdf> (erişim tarihi: 10.09.2007)

<sup>13</sup>Salisbury C. Health and care services outside hospital: What is the evidence? (academic briefing paper summarises existing research evidence to support the preparation of the White Paper on community health and care services outside hospital.), 2005.

<sup>14</sup>BMA/Patients and public/Information about local GP services

<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/registernhssurgery> (erişim tarihi: 02.12.08)

<sup>15</sup>Department of Health/ Health care/ Primary Care.

<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCare/fs/en> (erişim tarihi: 06.10.2005)

<sup>16</sup>Royal College of Medical Practitioners. RCGP Information sheet (Profile of UK practices), 2006.

[http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS\\_INFO\\_02\\_MAY06.pdf](http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_02_MAY06.pdf) (erişim tarihi: 20.11.2007)

<sup>17</sup>BMA and NHS Employers and Department of Health. 2006/07 UK General Practice Workload Survey. The Information Centre, Primary Care Statistics, 2007.

[http://www.dhsspsni.gov.uk/gp\\_workload\\_survey\\_2006\\_07.pdf](http://www.dhsspsni.gov.uk/gp_workload_survey_2006_07.pdf) (erişim tarihi: 20.12.2007)

<sup>18</sup>British Medical Association (Board of Medical Education). Appraisal: a guide for medical practitioners. BMA, London, 2003.  
[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFAppraisal/\\$FILE/Appraisal.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFAppraisal/$FILE/Appraisal.pdf) (erişim tarihi: 20.03.2006)

<sup>19</sup>Oldham, J. Advanced Access in primary care [Booklet]. Manchester: National Primary Care Development Team, 2001.  
<http://www.npdt.org/1626/1629/advancedaccess.pdf> (erişim tarihi: 20.01.2006).

<sup>20</sup>Politics.co.uk/ Briefings Guides/ Issue Briefs/ Health/ NHS Prescription Charges  
[http://www.politics.co.uk/reference/issue-briefs/health/nhs/nhs-prescription-services/nhs-prescription-charges-\\$366605.htm](http://www.politics.co.uk/reference/issue-briefs/health/nhs/nhs-prescription-services/nhs-prescription-charges-$366605.htm) (erişim tarihi:24.09.2008).

<sup>21</sup>Department of Health. Chief Executive's report to the NHS. Statistical Supplement. London: Department of Health, 2005.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4110379](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4110379) (erişim tarihi: 20.01.2006)

<sup>22</sup>Office for National statistics, the General Practice Research Database  
<http://www.statistics.gov.uk/STATBASE/expodata/files/8433412891.csv> (erişim tarihi: 20.01.2006)

<sup>23</sup>Department of Health / publications/ Choice at Referral – Guidance Framework for 2007/08  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_075116](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075116) (erişim tarihi: 20.02.2009)

<sup>24</sup>Department of Health / publications/ Introduction of Free Choice at Referral Important changes affecting Choose and Book  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_083586](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083586) (erişim tarihi: 20.02.2009)

<sup>25</sup>Department of Health/ Health care/ Primary care/ Primary care contracting

<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/index.htm> (erişim tarihi:18.08.2008).

<sup>26</sup>NHS employers/ Primary care contracting  
[/http://www.NHSEmployers.org/primary/primary-206.cfm](http://www.NHSEmployers.org/primary/primary-206.cfm) (erişim tarihi: 04.12.2005).

<sup>27</sup>British Medical Association/ General Practitioners Committee/ The new GMS Contract Explained  
[http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/focusoninfo0204/\\$file/Focusacesinfo1204.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/focusoninfo0204/$file/Focusacesinfo1204.pdf) (erişim tarihi: 04.12.2005).

<sup>28</sup>Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. British Journal of General Practice. 2004;54:374-381.

<sup>29</sup> NHS Careers/ Explore by career/ Doctors/ Pay for Doctors  
<http://www.nhs.gov.uk/details/Default.aspx?Id=553> (erişim tarihi: 02.03.2009)

<sup>30</sup>NHSEmployers home page/ Pay & contracts/  
General Medical Services contract/ Quality Outcomes Framework/  
Publications/Revisions to the GMS contract 2006/07 / Chapter 2:  
Improving quality in the UK  
[http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=776&hash=38ca86c08cb9b2fa366ee140bc2c659e&itemplate=e\\_pay\\_conditions\\_3col\\_primary-890](http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=776&hash=38ca86c08cb9b2fa366ee140bc2c659e&itemplate=e_pay_conditions_3col_primary-890) (erişim tarihi: 26.09.2008)

<sup>31</sup>NHSEmployers home page/ Pay & contracts/  
General Medical Services contract/ Publications/Quality and Outcomes  
Framework guidance for GMS contract 2008/9  
[http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=4036&hash=83c1696c351b7a7d2164fe6aa3657940&itemplate=e\\_pay\\_conditions\\_3col\\_primary-886](http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=4036&hash=83c1696c351b7a7d2164fe6aa3657940&itemplate=e_pay_conditions_3col_primary-886) (erişim tarihi: 07.10.2008)

<sup>32</sup>NHSEmployers home page/ Pay & contracts /  
General Medical Services contract/ Publications/ Quality and Outcomes  
Framework 2008/09  
[http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=3704&hash=aa5aa969a2df5c190631a5f66a611053&itemplate=e\\_pay\\_conditions\\_3col\\_primary-886](http://www.nhsemployers.org/restricted/downloads/download.asp?ref=3704&hash=aa5aa969a2df5c190631a5f66a611053&itemplate=e_pay_conditions_3col_primary-886) (erişim tarihi: 07.10.2008)

- <sup>33</sup>NHS The Information centre/ Quality and Outcomes Framework 2006/2007. Online GP Practice Results Database. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework-qof/the-quality-and-outcomes-framework-qof-2006-07> (erişim tarihi: 07.07.2008) <http://www.qof.ic.nhs.uk/> (erişim tarihi: 24.09.2008).
- <sup>34</sup>Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2006;355(4):375-84.
- <sup>35</sup>NHS Careers in Detail > Nursing > Nursing roles > Health visitor <http://www.nhs Careers.nhs.uk/nursing.shtml#06> (erişim tarihi: 24.09.2008).
- <sup>36</sup>NHS Careers/explore by careers/ midwifery <http://www.nhs Careers.nhs.uk/midwife.shtml> (erişim tarihi: 24.09.2008).
- <sup>37</sup>NHS Careers in Detail > Nursing > Nursing roles > District nursing <http://www.nhs Careers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=916> (erişim tarihi: 24.09.2008).
- <sup>38</sup>DH home/ Policy and guidance/ Organisation policy/Primary care/ Out-of-Hours. <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/PrimaryCare/ImplementingOutOfHours/fs/en> (erişim tarihi: 04.12.2005)
- <sup>39</sup>Salisbury C, Chalder M, Manku-Scott T, Nicholas R, Deave T, Noble S et al. The National Evaluation of NHS Walk-in Centres: Final report. Bristol: University of Bristol, 2002. <http://www.phc.bris.ac.uk/phcdb/pubpdf/pubs/257.pdf> (erişim tarihi: 04.12.2005).
- <sup>40</sup>Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell MJ, Nicholl J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study. *BMJ.* 2007;334(7598):838.
- <sup>41</sup>Salisbury C. NHS walk-in centres. *BMJ.* 2007;334(7598):808-9.

<sup>42</sup>Munro J, Nicholl J, O’Cathain A, Knowles E, Morgan A, Dagnall A. Evaluation of NHS Direct first wave sites: Final report of the phase 1 research. Sheffield: Medical Care Research Unit, University of Sheffield, 2001.

<http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/07/96/92/MCRU%20nhsd3%202001.pdf> (erişim tarihi: 04.12.2005).

<sup>43</sup>Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. *Br J Gen Pract.* 2005;55(519):790-2.

<sup>44</sup>Department of Health/ Consultations/ Closed consultations/ Configuration of NHS ambulance trusts in England: A consultation/ Configuration of NHS Ambulance Trusts in England (consultation document)

[http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH\\_4131820](http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_4131820) (erişim tarihi: 31.01.2006).

<sup>45</sup>Ham C. Public, private or community What next for the NHS? London: Demos, 1996. <http://www.demos.co.uk/catalogue/pubpricomm/> (erişim tarihi: 04.12.2005)

<sup>46</sup>Maynard A. UK healthcare reform: continuity and change. In: Maynard A (ed). *The Public Private Mix for Health.* Oxford: Radcliffe Publishing, 2005;63-82.

<sup>47</sup>Department of health/ Managing your organisation/ Finance and planning/ Payment by results

<http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancialReforms/index.htm> (erişim tarihi: 24.09.2008)

<sup>48</sup>Farrar S, Sussex J, Yi D, Sutton M, Chalkley M, Scott T, Ma A. National evaluation of payment by results (Report to the Department of Health) Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, 2007.

[https://abdn.ac.uk/heru/documents/PbR\\_Report\\_Dec07.pdf](https://abdn.ac.uk/heru/documents/PbR_Report_Dec07.pdf) (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>49</sup>Ham C. Increasing NHS Efficiency. Nuffield Trust Series Report. 2007.

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/uploadedFiles/Grants/Increasing%20NH>



[S%20efficiency%20series%20report%201%20 final .pdf](#) (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>50</sup>British Medical Association/ Employment and contracts/ Contracts of employment/ Consultants/ The consultant contract: press information briefing  
<http://www.bma.org.uk/employmentandcontracts/employmentcontracts/consultantscontracts/pressinfobriefing.jsp> (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>51</sup> Royal college of physicians /news / Census of Consultant Physicians in the UK, 2006 - Summary of results  
[http://www.rcplondon.ac.uk/news/news\\_census2006.asp](http://www.rcplondon.ac.uk/news/news_census2006.asp) (erişim tarihi: 02.03.2009).

<sup>52</sup>Medical News Today/ NHS Meets Key Commitments On Waiting And Progress On Tackling Infections - 18 Weeks Commitment Met Five Months Early, UK  
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/126576.php> (erişim tarihi: 20.02.2009)

<sup>53</sup> Department of health/ Publications/ National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4086057](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4086057) (erişim tarihi: 20.03.2006).

<sup>54</sup>The Department of Health/Health care/ NationalServiceFrameworks  
<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/index.htm> (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>55</sup>Lewis R, Glasby J. Delayed discharge from mental health hospitals: results of an English postal survey. Health Soc Care Community. 2006;14(3):225-30.

<sup>56</sup>Health care commission, Home Page.  
<http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm> (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>57</sup>Fidan D. Sağlık Ekonomisinin Uygulama Alanları. I. Uluslararası Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi Sempozyumu, Ankara, 2005 (sunum notları).

<sup>58</sup>Medicines and Healthcare products Regulatory Agency home page <http://www.mhra.gov.uk/index.htm> (erişim tarihi: 25.09.2008).

<sup>59</sup>The National Institute for Clinical Excellence (NICE), Home Page. [http://www.nice.org.uk/aboutnice/about\\_nice.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/about_nice.jsp) (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>60</sup>Department of Health/Publications and statistics/ Publications/ Publications policy and guidance/ (Information for health: an information strategy for the modern NHS 1998-2005) [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4007832](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007832) (erişim tarihi: 24.09.2008).

<sup>61</sup>Maynard A, International Healthcare reform: what goes around, comes around. In:Maynard A (ed). The Public Private Mix for Health. Oxford:Radcliffe Publishing, 2005;1-6.

<sup>62</sup>Klein R. The Public-private mix in the UK. In:Maynard A (ed). The Public Private Mix for Health. Oxford:Radcliffe Publishing, 2005; 43-62.

<sup>63</sup>Leatherman S, Sutherland K. Capacity. (In) The Quest For Quality: A Chartbook on Quality of Care in the UK. The Nuffield Trust. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005;74-87.

<sup>64</sup>Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: learning from a decade of health service reform MJA 2002;176:539-542.

<sup>65</sup>Bartlett W, LeGrand J. The performance of trusts. In: Robinson R, LeGrand J, eds. Evaluating the NHS reforms. London: King's Fund Institute, 1994:54-73.

<sup>66</sup>Maynard A, Bloor K. Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. N Engl J Med. 1996;334(9):604-8.

<sup>67</sup>Klein R. The Public-private mix in the UK. In:Maynard A (ed). The Public Private Mix for Health. Oxford:Radcliffe Publishing, 2005; 43-62.

- <sup>68</sup>Ham C, Brommels M. Health care reform in The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Aff (Millwood)*. 1994;13(5):106-19.
- <sup>69</sup>Macara AW. İngiliz Sağlık Sistemi ve İngiltere’de Genel Pratisyen Hekimlik. *Toplum ve Hekim* 1997;12 (78):35-39.
- <sup>70</sup>Wilson RP, Buchan I, Walley T. Alterations in prescribing by general practitioner fundholders: an observational study. *BMJ*. 1995 18;311(7016):1347-50.
- <sup>71</sup>Coulter A, Bradlow J. Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns. *BMJ*. 1993 Feb 13;306(6875):433-7.
- <sup>72</sup>Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M. Evaluating care of patients reporting pain in fundholding practices. *BMJ*. 1994;309(6956):705-10.
- <sup>73</sup>Dusheiko M, Gravelle H, Jacobs R, Smith P. The effects of budgets on doctor behaviour: evidence from a natural experiment. York: Department of Economics, University of York, 2003.
- <sup>74</sup>Petchey R. General practitioner fundholding: weighing the evidence. *Lancet*, 1995;346(8983):1139-42.
- <sup>75</sup>Greener I, Mannion R, Does practice based commissioning avoid the problems of fundholding? *BMJ* 2006;333:1168–70.
- <sup>76</sup>New Distribution Service for Government and the Public Sector/ National News/ GP reforms improve NHS referrals <http://nds.coi.gov.uk/imagelibrary/detail.asp?MediaDetailsID=191864> (erişim tarihi: 30.10.2007).
- <sup>77</sup>Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*. 2003;327(7426):1257.
- <sup>78</sup>Ham C. Gordon Brown's agenda for the NHS. *BMJ*. 2008;336(7635):53-4.
- <sup>79</sup>Ham C. Does the district general hospital have a future? *BMJ* 2005;331;1331-1333.

- <sup>80</sup> Bevan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? No. BMJ. 2009;338:a3129
- <sup>81</sup> Medical News Today/ NHS Inpatient And Outpatient Waiting Times Figures - 28th February 2009 Inpatient Waiting Times  
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/144022.php> (erişim tarihi: 20.04.2009)
- <sup>82</sup> Leatherman S, Sutherland K. Access. (In) The Quest For Quality: A Chartbook on Quality of Care in the UK. The Nuffield Trust. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005;55-73.
- <sup>83</sup> Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? BMJ 2006: 332; 419-422.
- <sup>84</sup> Hughes G. Rapid assessment teams and early discharge of the elderly from ED; vulnerable in the current financial climate? Emerg Med J. 2006;23(6):416.
- <sup>85</sup> Audit Commission. Waiting list accuracy: Assessing the accuracy of waiting list information in NHS hospitals in England. First edition, Essex, 2003.  
<http://www.audit-commission.gov.uk/Products/NATIONAL-REPORT/2BBB4A89-2212-401A-B385-02CA01D10100/WaitingListAccuracy.pdf> (erişim tarihi: 07.10.2008).
- <sup>86</sup> Williams S, Buchan J. Assessing the New NHS Consultant Contract. The King's Fund, London, 2006  
[http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings\\_fund\\_publications/assessing\\_the.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/kings_fund_publications/assessing_the.html) (erişim tarihi: 24.09.2008).
- <sup>87</sup> BBC News/ Q&A: Consultant contract  
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6569179.stm> (erişim tarihi: 18.04.2008).
- <sup>88</sup> Commission for Social Care Inspection home page  
<http://www.csci.org.uk/> (erişim tarihi: 24.09.2008).

---

<sup>89</sup> Shaw M, Davey Smith G, Dorling D. Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress. *BMJ*. 2005;330(7498):1016-21.

<sup>90</sup> Maynard A. Enduring problems in health care delivery. In: Maynard A (ed). *The Public Private Mix for Health*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005;63-82.