

*Araştırma Makalesi / Research Article***Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Lokasyon Politikaları: Türkiye ve İngiltere Örneği***Location Policies in Primary Health Care: The Case of Türkiye and England*Hülya DİĞER  ¹DOI : [10.63556/ankad.v10i1.341](https://doi.org/10.63556/ankad.v10i1.341)

Geliş/Received: 01/10/2025

Kabul/Accepted: 20/01/2026

Öz

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik lokasyon politikalarını Türkiye ve İngiltere sağlık sistemi özelinde incelemektir. Araştırma bulgularına göre birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliği modeli, Türkiye ve İngiltere’de farklı şekillerde yürütülmektedir. Bu anlamda İngiltere’de birinci basamak hekimlerinin hasta seçme hakkı ve zorunlu sevk sistemi bulunurken, söz konusu unsurlar Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almamaktadır. Öte yandan birinci basamak sağlık kurumlarının lokasyonları Türkiye’de belirli yönetmelikler doğrultusunda belirlenirken, İngiltere’de coğrafi bilgi sistemleri (CBS) analizi kullanılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin sağlık durumlarında ve sağlık taleplerinde sağlık coğrafyasının önemli bir yeri bulunduğu, bu anlamda tasarlanacak etkili sağlık politikaları aracılığıyla olumlu sağlık sonuçlarına ulaşılabileceği ve sağlık harcamalarının azaltılabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık politikası, sağlık coğrafyası, sağlık ekonomisi

Abstract

The aim of this study is to examine location policies for primary healthcare services in the context of the Türkiye and England healthcare systems. According to the research findings, the family medicine model within primary healthcare services is implemented differently in Türkiye and the England. In this regard, while primary care physicians in the England have the right to choose their patients and there is a mandatory referral system, these elements are not present in the Türkiye healthcare system. On the other hand, while the locations of primary healthcare institutions in Türkiye are determined in accordance with specific regulations, geographic information systems (GIS) analysis is used in the England. According to the research findings, health geography plays a significant role in individuals' health status and health demands. It has been determined that effective health policies designed in this regard can lead to positive health outcomes and reduce health expenditures.

Keywords: Primary health care, health policy, health geography, health economics

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı, sağlık sisteminde olumlu sonuçlara zemin hazırlamaktadır. Nitekim literatürde yer alan çalışmalar, birinci basamak sağlık kurumlarının sağlık hizmetlerinin maliyet etkin ve sistematize yönetimine (Forrest ve Starfield, 1998; Franks vd., 1992) ve sevk sisteminin sağlık harcamalarının %8 ile %80 aralığında azalmasına (Etter ve Perneger, 1998; Holdsworth vd., 2006) olanak tanıdığını desteklemektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, geçmişten günümüze değin çeşitli farklılıkları bünyesinde barındırmaktadır. Bu anlamda Türkiye’de 2003 yılı itibariyle hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda aile hekimliği modeli uygulanmaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Aile hekimliği modeli kapsamında her bireyin sağlık hizmeti bir aile hekimi tarafından yönetilmekte ve yönlendirilmektedir. Bu süreçte birinci basamak hekimlerinin rolünü belirleyen en önemli unsur, sevk sistemine ilişkin zorunluluktur.

¹ Sorumlu Yazar/Corresponding Author (Dr. Öğr. Üyesi, Erzurum Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Erzurum, Türkiye. E-mail: hulya.diger@erzurum.edu.tr

Önerilen Atıf/Suggestion Citation

Diğer, H., (2026). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Lokasyon Politikaları: Türkiye ve İngiltere Örneği. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 51-63.

Türkiye’de 2005 yılında Isparta ve Denizli’de pilot uygulaması yapılan zorunlu sevk sistemi, çeşitli nedenlerle kaldırılmıştır. Mevcut süreçte Türkiye’de sağlık hizmetleri, basamak sistemine uygun şekilde sunulmasına karşın bireyler ilk müracaat yeri olarak istedikleri kuruma başvuruda bulunabilmektedir. Bu durum, basamaklar arası sağlık hizmet sunumunda çeşitli problemlere kapı aralayabilmektedir. Nitekim hastanelerde yaşanan yığılmalar ve randevu yoğunlukları bu problemlerin bir göstergesidir

Hastanelerde yaşanan yoğunluklar ve randevu problemlerini çözüme kavuşturmak amacıyla yakın geçmişte Türkiye’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından özel hastanelerin tüm hizmetlerini SGK hastalarına açma(ma) durumlarını bildirmelerine yönelik yazı (Özel, 2024) ve 2024 yılında ‘Onaylı Randevu Dönemi’ne geçilmesi (Türkay, 2024) gibi durumlar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Öte yandan “Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda (T.C. Resmî Gazete, 2024) aile hekimlerine MHRS²’de %10 sevk kotası açılması (Hökelekli, 2025), 2025 yılında 1.000 yeni aile sağlık merkezinin hizmete sunulması (Çetin, 2024), birinci basamak sağlık kurumlarından hekim sevkı ile yapılacak hastane başvurularında katılım paylarının %50 indirimli ödenmesi (Yıldız, 2025) ile de kişiler birinci basamak sağlık hizmeti kullanımına teşvik edilmektedir.

Aile hekimliği modeline ilişkin küresel anlamda ilk uygulamalar İngiltere’de geliştirilmiştir (Bankur, 2017). Bu bağlamda birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet sunan genel pratisyenler (General Practitioner (GP)), ilk başvuru yeri olarak kabul edilmekte ve sağlık sisteminde sevk sistemine yönelik bir zorunluluk bulunmaktadır. Hastaların hastane başvurularını yapmalarında genel pratisyenlerin sevk, önemli rol oynamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından Türkiye, aile hekimliği modelinin örnek alındığı İngiltere’nin sağlık sistemi ile belirli konularda benzerlik göstermekte, bazı noktalarda ise farklılaşmaktadır. Her iki ülkede hasta doktor seçebilirken, İngiltere’de doktor da hasta seçebilmektedir. Ayrıca İngiltere’de hastalar ilk başvuru yeri olarak birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmak zorundadır ve sevkler aracılığıyla hastanelere başvuru yapabilmektedir (Aksakoğlu ve Giray, 2016). Öte yandan ilk başvuru yeri kabul edilen kurumların lokasyonlarının belirlenmesi Türkiye’de belirli yönetmelikler (gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği, mekânsal planlar yapım yönetmeliği ve çevresel etki değerlendirmesi yönetmeliği vb.) doğrultusunda yapılmakta (gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği, 1995; mekânsal planlar yapım yönetmeliği, 2014; çevresel etki değerlendirmesi yönetmeliği, 2022), İngiltere’de ise Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) analizi kullanılmaktadır (Higgs vd., 2005). Sağlık hizmetlerinde erişim konusu küresel anlamda önem arz eden bir konu kategorisinde yer alarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen “2000 yılında Herkes İçin Sağlık” hedefi doğrultusunda da geçmişten günümüze vurgulanmaktadır. Türkiye’de kişilerin birinci basamak sağlık hizmet kullanımlarını artırmaya yönelik girişimler, aile hekimliği modelinin ve dolayısıyla birinci basamak sağlık kurumlarının çeşitli açılardan değerlendirilmesine yönelik düşünceye kapı aralamış ve çalışma gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın literatüre katkısı, aile hekimliği modelinin örnek alındığı İngiltere sağlık sistemi ile Türkiye sağlık sisteminin karşılaştırılmasıyla sağlık politika ve sistemine yönelik çeşitli önerilerde bulunabilmesi, sağlık politika ve sistem tasarlayıcılarına stratejik bir bakış açısı sunabilmesidir. Bu hususta ortak bir model olan aile hekimliğinin farklı şekillerde yürütüldüğü her iki ülkede yapılacak karşılaştırmalar ile modelin olumlu/olumsuz sonuçlarına ilişkin bir bakış açısı sunulacak, ilaveten erişilebilirlik açısından lokasyon politikaları incelenecektir. Bu anlamda çalışmanın amacı birinci basamak sağlık hizmetlerinde lokasyon politikalarını Türkiye ve İngiltere açısından incelemek ve sağlık hizmetlerine erişimi çeşitli açılardan değerlendirmektir. Öte yandan erişilebilirlik ve lokasyon politikaları açısından aynı amaçla yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanılamamıştır. Bu durum, çalışmanın özgün yanına işaret etmektedir.

TEORİK ÇERÇEVE

Sağlık coğrafyası, yaşanan mekân ile etkileşim sonucunda ortaya çıkan hastalıkları coğrafi prensiplere bağlı olarak sorgulayan (Kantürk, 2009), etkilediği nüfusu ve ortaya çıkış nedenini ele alan ve sağlık problemlerine yönelik uygun çözüm yollarını sunan (Özdoğan, 2020) bir bilim dalıdır. Sağlık coğrafyası

² Merkezi Hekim Randevu Sistemi.

alanında ilk eserin, Hipokrat'ın 'Hava, Su ve Toprak Üzerine' isimli eseri olduğu kabul edilmektedir. İlgili eserde Hipokrat, kişilerin sağlığının çevresel koşulların etkisinde olduğunu ifade etmektedir (Cutchin, 2007). Çevresel riskler ve mekânsal konum, sağlığın şekillenmesi açısından önem arz etmektedir (Özdoğan, 2020). Bu hususta sağlık coğrafyası ve dolayısıyla sağlık seviyesinde çevre koşullarının göz önünde bulundurulması, sağlık hizmetlerinde tasarlanacak strateji ve politikalarda belirleyici bir rol oynamaktadır.

Sağlık alanında tasarlanacak politikaların geliştirilmesi amacıyla sağlık coğrafyası araştırmaları, sağlık hizmetlerinin planlanması, geliştirilmesi ve hastalık nedenlerinin dağılışı gibi konularda yürütülmektedir (Trevor, 2008). Sağlık coğrafyası bağlamında çevre faktörlerinin göz önünde bulundurulması, hastalıklara katkı sağlamasının yanı sıra sağlık tesislerinin de doğru konumlandırılmasına olanak sağlamaktadır. Nitekim inşa edilecek hastane yerinin seçiminde, mikroorganizmaların en az yer aldığı ve çevre koşullarının gözetildiği bir yer olması İbni Sina tarafından da önerilmiştir (Öztaş ve Akgün, 2022). Bu anlamda sağlık coğrafyası, mekân ve erişilebilirliğe ilişkin literatür değerlendirildiğinde bu hususta yapılmış birçok çalışmanın yer aldığı görülmektedir.

Merey (2008) sağlık coğrafyası açısından sıklıkla görülen beş kanser türünün dağılımını araştırmıştır. Dertli (2015) genel sağlık sigortası ve gelir testini araştırmıştır. Okutan ve arkadaşları (2017) sosyoekonomik koşulların ağız sağlığına etkilerini araştırmıştır. Kutlu (2020) sosyoekonomik statü farklılıklarına bağlı olarak sağlık göstergelerini araştırmıştır. Oğuzhan ve diğerleri (2020) diyabet ile sosyoekonomik durumun ilişkisini araştırmıştır. Yılmaz ve arkadaşları (2021) uluslararası öğrencilerin sağlık hizmeti kullanma eğilimlerini araştırmıştır. Batı (2022) sağlık hizmetlerine erişilebilirliği sağlık coğrafyası bakımından araştırmıştır. Altındiş ve arkadaşları (2023) mültecilerin sağlık hizmetine erişimini araştırmıştır. Altıparmak ve Akman (2023) mültecilerin sağlık hizmetinden yararlanma durumunu araştırmıştır. Aras (2024) sosyoekonomik faktörlerin ruhsal ve davranışsal bozukluklara bağlı ölümler üzerindeki etkisini araştırmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık coğrafyası alanında gerçekleştirilen çalışmalarda genel olarak sağlık coğrafyası (Merey, 2008; Batı, 2022), gelir testi (Dertli, 2015), sosyoekonomik koşullar (Okutan vd., 2017; Kutlu, 2020; Oğuzhan vd., 2020), sağlık hizmeti kullanma eğilimi (Yılmaz vd., 2021), erişim (Altındiş vd., 2023), sağlık hizmetinden yararlanma durumu (Altıparmak ve Akman, 2023) konuları ele alınmıştır. Bu hususta yapılan çalışmalar, CBS analizi (Merey, 2008), tek yönlü varyans analizi (Kutlu, 2020), ki-kare analizi (Okutan vd., 2017; Altıparmak ve Akman, 2023), regresyon analizi (Oğuzhan vd., 2020), t testi (Yılmaz vd., 2021; Altıparmak ve Akman, 2023), ANOVA analizi (Yılmaz vd., 2021), network analizi (Batı, 2022) ve karma yöntem (Altındiş vd., 2023) kullanılarak test edilmiştir.

Sağlık hizmetine erişim ve sağlık coğrafyasına ilişkin çalışmalar, birçok ülkede yürütülmüştür. Bu doğrultuda konu ile ilgili çalışmalar OECD ülkeleri (Oğuzhan vd., 2020), Türkiye (Merey, 2008; Dertli, 2015; Kutlu, 2020; Yılmaz vd., 2021), Konya (Okutan vd., 2017; Batı, 2022), Sakarya (Altındiş vd., 2023) ve Şanlıurfa (Altıparmak ve Akman, 2023)'da yapılmıştır. Gerçekleştirilen çalışmalara göre; sağlık hizmetlerinin veya herhangi bir hastalığın coğrafi dağılımında ve planlamasında sağlık coğrafyası alanında uzman kişilerden faydalanılması güvenilir ve akılcı çözümler açısından önem arz etmektedir (Merey, 2008). Devlet tarafından primleri ödenen kişilerin sağlık hizmet sunucuları arasında müracaat yerleri sınırlıdır (Dertli, 2015). Sosyoekonomik statü ile bazı sağlık göstergeleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Kutlu, 2020). Sosyoekonomik durumun ağız sağlığı üzerinde düşük bir etkisi bulunmaktadır (Okutan vd., 2017). Kişi başı sağlık harcaması ile kişi başı gayri safi yurtiçi hasılası yüksek olan OECD ülkelerinde diyabet hastalığı daha düşük yaygınlık sıklığına sahiptir (Oğuzhan vd., 2020). Sağlık hizmetlerine erişim düzeyindeki artış, Türkiye'deki yaşam şartlarından memnuniyeti artırmaktadır (Yılmaz vd., 2021). Sağlık hizmetlerine erişimde yer seçimi, mesafe ve yol ağları gibi faktörler belirleyici bir rol üstlenmektedir (Batı, 2022). Göçmenler, randevu alma konusunda problemler ile karşı karşıya kalmakta, bilgilendirme tablolarını anlamakta güçlük çekmekte ve dil sorunu yaşamaktadır (Altındiş vd., 2023). Mülteciler, kronik hastalıklarına yönelik sağlık hizmeti ihtiyaçlarının neredeyse tamamını hastanelerden karşılamakta birinci basamak sağlık kurumlarından faydalanmamaktadır (Altıparmak ve Akman, 2023).

Literatür detaylı incelendiğinde, sağlık hizmetlerine erişim konusunun farklı şekillerde ele alındığı görülmektedir. İlgili çalışmalar, sağlığa erişime farklı bakış açıları sunmasına karşılık sağlık

coğrafyasının önemine dikkat çekmektedir. Türkiye ve İngiltere sağlık sistemi aile hekimliği modelinde benzer olmasına karşın sevk zinciri zorunluluğu konusunda farklılık göstermektedir. Bu anlamda sevk sisteminde farklı olan, birinci basamak sağlık kurumlarının lokasyon noktalarını CBS analizi ile belirleyen ve aile hekimliği modelinin geliştirildiği ülke olan İngiltere sağlık sisteminin Türkiye'nin sağlık sistemi ile karşılaştırmalı olarak incelenmesiyle çeşitli olumlu sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Coğrafi bilgi sistemleri (CBS) sağlık hizmetlerine erişimde, hastalıkların mekânsal dağılımlarının incelenmesi, ambulans rotalarının tespiti ve acil durumlara yönelik planlamaların yapılması (Higgs vd., 2005) konusunda rehber niteliğinde kullanılan bir analiz aracıdır. Lokasyon politikaları kapsamında CBS analizine yer verilmesinin, erişilebilirlik ve sağlık sonuçları üzerindeki rolünün değerlendirilmesi çalışmanın hedefleri arasındadır. Bu anlamda çalışmada lokasyon politikaları doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde erişim durumu Türkiye ve İngiltere özelinde karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık hizmetlerinde lokasyon politikalarını Türkiye ve İngiltere açısından incelemek, sağlık hizmetlerine erişimi çeşitli açılardan değerlendirmek ve kavramsal bir analiz sunmaktır. Bu hususta çalışmada sağlık politikalarına yön veren resmi belgeler, araştırmalar ve ikincil nitelikte değerlendirilebilecek yazılı kaynaklar teorik çerçeve kapsamında incelenmiştir. Söz konusu kaynaklardan edinilen bilgiler, döküman analizi yardımıyla değerlendirilmiştir. Bu çalışmada döküman analizi yöntem olarak değil kavramsal analiz aracı olarak kullanılmıştır. Çalışmada ele alınan dökümanlar sağlık hizmetlerine erişim, sağlık politikaları ve karşılaştırmalı sağlık sistemleri doğrultusunda yorumlanmıştır.

Çalışmada Türkiye ve İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimliği modeli belirli kategoriler (hasta/doktor seçimi, zorunlu sevk sistemi, doğrudan hastaneye kabul, sağlık statü göstergeleri) özelinde değerlendirilmiş, sağlık kurumlarının konum politikaları açısından karşılaştırılmıştır.

Etik Kurul Onayı

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesinin hazırlanması, veri toplama araçlarının uygulanması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması aşamalarının tamamında etik kurallara uygun hareket edilmiştir. Karşılaşılabilecek tüm etik ihlallerde ANKAD Yayın Kurulu'nun hiçbir sorumluluğu bulunmamaktadır. Tüm sorumluluk yazarlara aittir. Bu çalışmanın ANKAD dışında herhangi bir akademik yayın ortamına değerlendirme için gönderilmemiş olduğunu taahhüt ederim. Bu çalışmada yönetmelik, makale ve tez gibi kamuya açık olan kaynaklar kullanıldığı için Etik Kurulu izni gerektirmemektedir.

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye'de Aile hekimliği modeli, “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”da yapılan düzenlemeler ile uygulanmaya başlanmıştır (Resmî Gazete, 2004; Türkiye Cumhuriyeti, 1961). Aile hekimliği modelinde sağlık hizmetlerine kır-kent ve doğu-batı arasındaki erişim amacına da yer verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Programından önceki süreçte çeşitli kurumlar (ana çocuk sağlığı, sağlık ocağı, aile planlaması, verem savaş dispanserleri, sağlık evi vb.) aracılığıyla sunulmuştur (Kırcı Çevik ve Yüksel, 2019: 212). 2003 yılında hayata geçirilen ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik çeşitli planlamalar amaçlanmıştır. Bu planlamalar özelinde yer alan hususlardan birisi de aile hekimliği modelidir (T.C. Başbakanlık, 2003).

Türkiye'de aile hekimliği modeli 2005 yılında Düzce'de pilot uygulama şeklinde başlangıç göstermiştir. 2011 yılına gelindiğinde ise Türkiye'nin 81 ilinde aile hekimliği modeli hayata geçirilmiştir. Performansa dayalı ödemeler ve esnek çalışma saatleri gibi uygulamalar sonucunda hekimlerin emeğinin değersizleştirilmesi, aile hekimliği modeline yönelik eleştiriler arasında yer almaktadır (Yılmaz, 2009; Türk Tabipleri Birliği, 2018). Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın şekillendiği kararlar kapsamında da “Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği” ile “Etkili,

Kademeli Sevk Zinciri” vurgusuna yer verilmiştir (Akdağ, 2008: 20). Aile hekimliği modeliyle birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri açısından sevk zinciri de konu edinilmiş, fakat sağlık sisteminde zorunlu olarak yer almamıştır.

Aile hekimliği modelinin hayata geçirilmesinin ardından sevk sistemine yönelik pilot uygulama Isparta ve Denizli’de uygulanmaya başlanmıştır. 15 günlük bir pilot uygulamadan sonra sistemin işleyişinde meydana gelen problemler ve hastaların sisteme aşına olamaması gibi çeşitli nedenlerle zorunlu sevk sistemi kaldırılmıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2008; Bektemür ve diğerleri 2018; Bulut ve Uğurluoğlu, 2018). Türkiye’de sağlık sistemi basamak sistemine uygun şekilde sunulmasına rağmen zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Bu anlamda hastalar, direk olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumuna başvuruda bulunabilmektedir. Bu durum, hastanelerde yaşanan yoğunlukların artmasına ve randevu problemlerine sebebiyet verebilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmet sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeri yadsınamaz derecede büyüktür.

Sağlık hizmetlerinde bireylerin ilk başvuru yeri olarak birinci basamak sağlık kurumları yer almaktadır. Bu anlamda aile sağlık merkezlerinin konumu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önem arz eden konular arasındadır. Türkiye’de sağlık kurumlarının inşa edileceği yerin seçimi, gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği, mekânsal planlar yapım yönetmeliği ve çevresel etki değerlendirmesi yönetmeliği gibi yönetmelikler doğrultusunda yapılmaktadır (gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği, 1995; mekânsal planlar yapım yönetmeliği, 2014; çevresel etki değerlendirmesi yönetmeliği, 2022). Sağlık kurumlarının konumlandırılmasında, fiziksel ve nüfus açısından herkesin kolay erişebileceği bir yerin seçilmesine dikkat edilmektedir.

İNGİLTERE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

1947 yılında İngiltere’de aile hekimliği modeline yönelik ilk uygulamalar başlatılmıştır. 1950’li yıllara kadar ise aile hekimliğinde kişisel ve kapsamlı hizmet gelişmiş ve yaygınlaşmıştır (Bankur, 2017). 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi’nde temel sağlık hizmetlerine yönelik vurgu (Alma Ata Bildirisi, 1978), birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir sağlık politikası olarak yer almasında önemli rol oynamıştır.

İngiltere’de aile hekimlikleri, tıbbi tavsiye ve tedavi konusunda ilk başvuru noktası konumunda yer almaktadır. Her bir aile hekimi başına ortalama 1.655 kayıtlı hasta bulunmaktadır. 2024 yılı verilerine göre ise İngiltere’de toplam 38.421 aile hekimi bulunmaktadır (Gajjar vd., 2025). İngiltere’de kişiler kendi seçtikleri bir aile hekimine kayıt yaptırabilir ve aile hekimini istediği sürece değiştirebilir (Cylus vd., 2015). Hastaların genel pratisyenlerini seçebilmesine ilaveten genel pratisyenler de hastasını belirleyebilmektedir. Genel pratisyenler tarafından bir üst basamağa sevk gerçekleştirilen hastanın tedavisi hakkında uzman hekimden pratisyen hekime bir rapor sunulmaktadır. Bu sayede genel pratisyenler hastasının durumunu takip edebilmektedir (Bankur, 2017). Kendi bölgelerinde bulunan, rutin ve acil bakıma ihtiyaç duyan hastalara yönelik ev ziyaretleri de aile hekimleri tarafından yapılmaktadır (Baier vd., 2019).

İngiltere’de devlet tarafından işletilen kurumlarda zorunlu sigorta ve Ulusal Sağlık Sistemi birinci sistem şeklinde 1948 yılı itibariyle kullanılmaktadır (Hitiris, 1997). İngiltere’de 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service (NHS)), sağlık sisteminin yetersizliği, değişikliğin gerekli olduğu ve sağlık hizmetlerine yalnızca maddi gücü yetenlerin değil herkesin erişebilmesine dair düşüncelerden doğmuştur (NHS, 2025). Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), finansmanının vergilerle yapılması, herkesi kapsaması ve ücretsiz olması gibi üç temel ilke doğrultusunda şekillenmiştir (Vall-Spinosa, 1991). Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), sağlık hizmetlerini edindiği ilke doğrultusunda sunmayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda söz konusu ilke, hizmetleri üç yapı altında sunmak ve kendi aralarında özerkliği sağlamaktır (Gore vd., 2019). NHS öncesi dönemde sağlık hizmetlerinin kullanımı sadece zenginler tarafından yapılabilmiş, bu anlamda bir sağlık finansman sistemi yer almamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası herkesi kapsayan ihtiyaç zamanında ücretsiz olan ve vergilerle finanse edilen bir sistem başlatmaya yönelik çalışmalar başlangıç göstermiştir (Chang vd., 2011). İngiltere’de belirli hizmetlerin (eğitim, sağlık vb.) kamulaştırılmasına dair düşünceleri savunan William Henry Beveridge’den adını alan “Beveridge tipi sağlık sistemleri” vergiler aracılığıyla finanse edilen bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır (Dinç, 2009). Bu anlamda İngiltere’de sağlık hizmetleri, halk tarafından ödenen vergilerle finanse edilmektedir (Akman ve Tarım, 2020).

Beveridge modelinde sağlık sistemi üç basamaktan ve sevk zincirinden oluşmaktadır. Bu bağlamda hizmet sunucusu olarak aile hekimleri, kamu hastaneleri ve sağlık ocakları yer almaktadır. Aile hekimlerinin uygun görmesi halinde hastaların hastanelere sevkı yapılmaktadır. Herhangi bir rahatsızlık durumunda bireyler, ilk olarak aile hekimlerine başvurmakta, hastane başvurularında aile hekiminin sevkı önemli rol oynamaktadır. Sağlık ocakları koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakta, aile hekimleri ise hizmetlerini sağlık ocakları içerisinde kiraladıkları bir odada veya kendi evlerinin bir odasında sunabilmektedir (Aksakoğlu ve Giray, 2006).

İngiltere'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde genel pratisyenler kapı tutucu rolü üstlenmektedir. Genel Pratisyenlerin (aile hekimlerinin) yönlendirmesi doğrultusunda hastalar, hastane başvurusunda bulunabilmektedir. Genel Pratisyenler tarafından genellikle aile planlaması, koruyucu hizmetler, doğum öncesi bakım, kronik hastalıklar, küçük cerrahi hizmetler, ayakta tedavi hizmetleri, hastalık raporları, sağlığın teşviki, ilaçların reçetelendirilmesi ve hastane başvurularında gerekli sevk hizmetleri sunulmaktadır (Aksakoğlu ve Giray, 2016). Genel Pratisyenler kendilerine kayıtlı hastaların belirli niteliklerine (kişi sayısı, profil, bölge vb.) bağlı olarak ödeme almaktadır. Nüfusun yaklaşık %99'u herhangi bir Genel Pratisyene kayıtlıdır. Kaydolmayı tercih etmeyen hastalar genellikle özel sağlık hizmeti almayı tercih eden kişilerdir. Hastalar Genel Pratisyenlere başvuru yapmadan hastane başvurusunda bulunursa, sağlık hizmeti maliyetini kendi karşılamak zorunda kalmaktadır (Usturalı Mut, 2021).

İngiltere'de 2012 yılı itibarıyla yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası doğrultusunda Birincil Bakım Tröstleri'nin yerine Klinik Görevlendirme Grupları (Clinical Commissioning Groups) faaliyet göstermeye başlamıştır. Klinik Görevlendirme Grupları, kendi bölgelerinde yer alan bireyler için sağlık hizmet planlaması yapmaktadır. Planlamanın ardından gruplar, gerekli ihtiyaçları tespit etmekte ve öncelik sıralamasını belirlemektedir. Bu doğrultuda kişiler adına hastane ve toplum sağlığı kurumlarından hizmet satın alımı gerçekleştirilmektedir (Usturalı Mut, 2021).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çevresel faktörlerin ve bu anlamda sağlık coğrafyasının bireylerin sağlık durumları üzerindeki rolü, geçmişten günümüze değin artarak vurgulanmaktadır. Bu anlamda başta erişilebilirlik olmak üzere bireylerin sağlık hizmetleri ile temas durumu, sağlık politikaları ve sistemi doğrultusunda şekillenmektedir. Küresel açıdan aile hekimliği modelinin ilk geliştiği ve örnek alındığı ülke olan İngiltere ile Türkiye'nin birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesiyle farklı bakış açılarına kapı aralanabileceği düşünülmüş ve çalışma gerçekleştirilmiştir. Öte yandan aile hekimliği modelinin başlangıç gösterdiği ülke olan İngiltere'nin süreci yönetme şekli aracılığıyla çeşitli politika önerilerinde bulunabileceği öngörülmektedir.

Aile hekimliği modeli kapsamında Türkiye ve İngiltere sağlık sistemi belirli başlıklar altında değerlendirilmiş ve Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Türkiye ve İngiltere'nin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Açısından Karşılaştırılması

Nitelikler	Türkiye	İngiltere
Hekim Seçimi	Mevcut	Mevcut
Hasta Seçimi	Bulunmamaktadır	Mevcut
Zorunlu Sevk Sistemi	Bulunmamaktadır	Mevcut
Direk Hastane Başvurusu	Mümkündür	Mümkün değildir
Sağlık Kurumu Lokasyonu	Yönetmelikler (gayri sıhhi müesseseler yönetmeliği, mekânsal planlar yapım yönetmeliği ve çevresel etki değerlendirmesi yönetmeliği vb.)	CBS analizi

Tablo 1'de değinildiği üzere Türkiye ve İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde aynı modeli (aile hekimliği modeli) kullanmasına rağmen belirli noktalarda ayrışmaktadır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini, sağlık sonuçlarını ve diğer hastaların sağlık taleplerini

etkilemektedir. Bu bağlamda zorunlu sevk sisteminin yer almadığı Türkiye’de sıklıkla randevu problemi ile karşı karşıya kalınmakta ve bireylerin ilk başvuru yeri olarak birinci basamak sağlık kurumlarını tercih etmesine yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Bu hususta Türkiye’nin sağlık sisteminde yakın zamanda katılım payı ödemelerine ilişkin bir düzenleme (birinci basamak sağlık kurumlarından hekim sevki ile yapılacak hastane başvurularında katılım paylarının %50 indirimli ödenmesi) (Yıldız, 2025) hayata geçirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaya yönelik girişimlerde en önemli konulardan birisi fiziksel erişilebilirliktir. Türkiye’de aile sağlık merkezlerinin konumlandırılmasında Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği Madde 12’nin 2. bendinde yer alan “İmar planlarında; çocuk bahçesi, oyun alanı, açık semt spor alanı, aile sağlık merkezi, kreş, anaokulu ve ilköğretim okulları fonksiyonları takriben 500 metre, ortaokullar takriben 1.000 metre, liseler ise takriben 2.500 metre mesafe dikkate alınarak yaya olarak ulaşılması gereken hizmet etki alanında planlanabilir.” ifadesi göz önünde bulundurulmakta ve 500 metre yürüme mesafesi dikkate alınmaktadır (Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014). Ayrıca sağlık kurumuna gelemeyecek durumda olan ya da tedavisi devam eden hastaların sağlık hizmetleri, evde sağlık hizmetleri aracılığıyla onlara ulaştırılmaktadır. İngiltere’de ise Coğrafi Bilgi Sistemleri 1990’lı yıllardan günümüze kullanılarak sağlık kurumlarının lokasyonları belirlenmektedir (Higgs vd., 2005). Yapılan bir araştırmaya göre İngiltere’de nüfusun çoğunluğu bir aile hekimi merkezine 20 dakikalık yürüme mesafesinde yaşamaktadır (Todd vd., 2015). Benzer şekilde İngiltere’de CBS analizi kullanılarak erişilebilirliğin test edildiği bir araştırmaya göre, nüfusun yalnızca %5’i en yakın muayenehaneye erişilebilirlikte 10 dakikadan daha fazla araç yolculuğu yapmaktadır. Genel pratiyene gitmek için ise nüfusun sadece %10’unun araç yolculuğu 10 dakikadan daha fazla sürmektedir. Ayrıca otobüs ile sağlık hizmetine ulaşamayan kitlenin nüfusun yaklaşık %13’ü olduğu belirlenen sonuçlar arasındadır (Lovett vd., 2002).

Literatürde yer alan çalışmaların da desteklediği şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla sağlık kurumlarına erişilebilirlik, bireylerin sağlık sonuçlarında ve ülkenin sağlık statü göstergelerinde iyileşmelere olanak tanımaktadır. Bu anlamda aile hekimliği modelinin farklı şekillerde yürütüldüğü Türkiye ve İngiltere’nin bilhassa birinci basamak sağlık kurumları açısından önem arz eden sağlık statü göstergelerinde (anne ölümü, bebek ölümü, yaşam beklentisi) karşılaştırılmalı olarak incelenmesiyle lokasyon politikalarına daha şeffaf bir bakış açısı sunulabilecektir. Sağlık statü göstergelerine ilişkin karşılaştırmalı istatistikler Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Türkiye ve İngiltere’nin Sağlık Statü Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması

Ülke	Nitelikler	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Türkiye	Anne ölümü	15.2	15.7	15.0	14.6	14.7	14.5	13.5	13.0	13.0	13.0	12.6	13.5
	Bebek ölümü	9.5	10.1	10.1	10.0	9.7	9.0	9.2	9.0	8.5	9.0	9.1	9.8
	Yaşam Beklentisi	-	-	-	78.0	78.0	78.3	78.6	78.3	77.7	77.5	77.3	-
İngiltere	Anne ölümü	6.4	6.4	6.7	4.5	6.6	5.5	-	-	-	-	-	-
	Bebek ölümü	4.0	3.9	3.9	3.9	3.8	3.9	3.9	4.0	3.8	4.0	4.0	4.2
	Yaşam Beklentisi	-	-	-	80.9	81.0	81.1	81.0	81.4	80.3	80.5	80.9	81.0

Kaynak: OECD İstatistik, 2025

Tablo 2 incelendiğinde, anne-bebek ölüm oranları ile yaşam beklentisi arasında belirli farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bu anlamda Türkiye ve İngiltere arasında belirgin farklılıkların gözlemlendiği anne ve bebek sağlığı konusunda, birinci basamak sağlık kurumları önemli rol oynamaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecin yönetimi ve gerekli takipleri aile hekimleri tarafından yönetilmekte ve yönlendirilmektedir. Dolayısıyla sağlık statü göstergeleri açısından ülkeler

arasındaki bu önemli farklılık, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha gözler önüne sermekte ve bu hususta tasarlanan sağlık politikalarını desteklemektedir.

Her iki ülkede sosyodemografik, sosyoekonomik ve bölgesel farklılıklar doğrultusunda sağlık politikaları tasarlanmaktadır. Ülkeler arasındaki farklı sağlık politikalarının incelenmesi, farklı bakış açılarına olanak sağlamakta ve sağlık hizmetlerinde olumlu sonuçlara zemin hazırlamaktadır. Bu anlamda İngiltere’de CBS analizinin kullanılarak konumlarının belirlendiği birinci basamak sağlık hizmetlerine fiziksel erişilebilirlik konusunda yapılacak çalışmalarla verimlilik durumu değerlendirilebilir. Benzer şekilde Türkiye’de erişilebilirliğe ilişkin yönetmelikler doğrultusunda konumlandırılan sağlık kurumlarının erişilebilirlik durumu CBS analizi ile test edilebilir. Hangi bölgenin ne kadar erişilebilir durumda yer aldığı tespit edilerek bu anlamda bir bakış açısı sunulabilir.

Türkiye ve İngiltere’nin sağlık politika ve sisteminin karşılaştırmalı şekilde ele alındığı bu çalışmadan çıkarılacak nihai sonuç, bireylerin sağlık durumlarında ve sağlık taleplerinde sağlık coğrafyasının önemli bir yeri olduğu, ilaveten bu anlamda lokasyona yönelik tasarlanacak etkili sağlık politikaları aracılığıyla olumlu sağlık sonuçlarına ulaşılabileceği ve sağlık harcamalarının azaltılabileceğidir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlardan hareketle şu önerilerde bulunulabilir;

- Aile sağlık merkezlerinin yer seçiminde nüfus ve fiziksel erişilebilirliğe ilaveten epidemiyolojik riskler de göz önünde bulundurulabilir.
- Sağlık okuryazarlığı, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar ve sağlık hizmeti kullanım davranışları gibi çeşitli unsurlar doğrultusunda konum politikaları yeniden tasarlanabilir.
- Erişilebilirlik açısından lokasyon politikaları, aile hekimliği modelinin geliştirildiği ve örnek alındığı İngiltere sağlık sistemi esas alınarak güncellenebilir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- Aksakoğlu, G. & Giray, H. (2006). Birleşik Krallık’ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü. *Toplum ve Hekim TTB Yayını*, 21, 335-343.
- Alma Ata Bildirisi. (1978). *Alma Ata Bildirisi*. Ankara Tabip Odası
- Altındış, S., İnci, M. B. & Erkorkmaz, Ü. (2023). Mültecilerde sağlık hizmetlerine erişim. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 113-118.
- Altıparmak, Y. D. & Akman, M. (2023). Şanlıurfa’da yaşayan suriyeli mültecilerde kronik hastalık prevalansı ve sağlık hizmetinden yararlanma durumu. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 17(1), 150-156.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., Manen, J. V., Rudkjøbing, A. & Quentin, W. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*, 123(1), 1–10.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvence*, (12), 60-88.
- Batı, Ü. (2022). *Bir sağlık coğrafyası araştırması: Konya ilinde sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Süleyman demirel üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü, Isparta.
- Bektemür G., Arıca S. & Gençer M. Z. (2018) Türkiye’de aile hekimliğinde sevk zinciri nasıl uygulanmalıdır?. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 256–266.
- Bulut, S. & Uğurluoğlu, Ö. (2018) Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118–132.

- Cutchin, M. P. (2007). The need for the “new health geography” in epidemiologic. *NIH Public Access*, 725-742.
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neill, C., & Steel, D. (2015). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5), 1–126.
- Çetin, F. S. (2024, 27 Kasım). <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakani-kemal-memisoglu-2025-yilinda-1000-yeni-aile-sagligi-merkezi-acacagiz/3422093>.
- Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2022). *Resmî Gazete* (Sayı: 31907).
- Dertli, N. (2015). Genel sağlık sigortası ve gelir testi: statü eşitsizliğinden gelir eşitsizliğine. *Mülkiye Dergisi*, 39(3), 271-304.
- Dinç, G. (2009). *Birleşik Krallık sağlık sistemi*. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/nhs_kitap_0210.pdf
- Eke, E. & Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 2687-2707.
- Etter, J. F. & Perneger, T. V. (1998). Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 370-376.
- Forrest, C. B. & Starfield, B. (1998). Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*, 88(9), 1330-1336.
- Franks, P., Clancy, C. M. & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med*, 327(6), 424-429.
- Gajjar, D., Powell, T., & Stiebahl, S. (2025). General practice in England. House of Commons Library. Number CBP07194
- Gayri Sıhhi Müesseseler Yönetmeliği. (1995). *Resmî Gazete* (Sayı: 22416).
- Gore, O., Hammond, J., Bailey, S., Checkland, K. & Hodgson, D. (2019). Not every public sector is a field: evidence from the recent overhaul of the English NHS. *Public Management Review*, 21(4), 559–580.
- Higgs, G., Smith, D. P., & Gould, M. I. (2005). Findings from a survey on GIS use in the UK National Health Service: organisational challenges and opportunities. *Health Policy*, 72(1), 105-117.
- Hitiris, T. (1997). Health care expenditure and integration in the countries of the European Union. *Applied Economics*, 29(1), 1-6.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., McFadyen, A. K. & Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2006). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 92(1), 26-33.
- Hökelekli, H. (2025). *Sağlık Bakanlığından yeni düzenleme: MHRS üzerinden sevkler %50 indirim*. Cumhuriyet Haber Ajansı. <https://cumha.com.tr/saglik-bakanligindan-yeni-duzenleme-mhrs-uzerinden-sevklere-50-indirim>
- Kantürk, G. (2009). *Ege bölgesi'nde insan sağlığı ve mekân arasındaki ilişkiler (guatr örneği)*. Yayımlanmamış doktora tezi. Dokuz eylül üniversitesi, Eğitim bilimleri enstitüsü, İzmir.
- Kırcı Çevik, N. & Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Kutlu, İ. (2020). Sağlık ve sosyoekonomik statü bazı sağlık göstergelerine göre sosyoekonomik statü farklarının incelenmesi. *İnsan ve Toplum*, 10(4), 289-322.

- Lovett, A., Haynes, R., Sünnerberg, G., & Gale, S. (2002). Car travel time and accessibility by bus to general practitioner services: a study using patient registers and GIS. *Social Science & Medicine*, 55(1), 97-111.
- Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği. (2014). *Resmi Gazete* (Sayı: 29030).
- Merey, K. (2008). *Türkiye’de sağlık coğrafyası bakımından kadınlarda görülen beş kanser türünün ilçe bazında dağılımı ve coğrafi ortam ile ilişkisinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara üniversitesi, Sosyal bilimler enstitüsü, Ankara.
- NHS. (2025). National Health Service. <https://www.historic-uk.com/HistoryUK/HistoryofBritain/Birth-of-the-NHS/>
- Resmî Gazete. (2004, 9 Aralık). *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun* (Kanun No: 5258). T.C. Resmî Gazete, Sayı: 25665. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>
- Oğuzhan, G., Dünder, E., Ökçün, S. & Koçkaya, G. (2020). Sosyoekonomik durumun diyabet ile ilişkisi ve diyabete etkisinin incelenmesi. *Turkish Journal Of Diabetes And Obesity*, 4(2), 71-78.
- OECD İstatistik. (2020). <https://data-explorer.oecd.org/>
- Okutan, Y., Dönmez, M. B. & Yücel, M. T. (2017). Sosyoekonomik şartların dişhekimliği öğrencilerinin ağız sağlığına olan etkisi: anket çalışması. *Selcuk Dental Journal*, 4(2), 59-67.
- Öztaş, D. & Akgün, Ş. (2022). Sağlık coğrafyası ve halk sağlığı uygulamaları. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 5(9), 259-271.
- Özdoğan, İ. (2020). Türkiye sağlık coğrafyası literatürünün değerlendirilmesi. *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 161-192.
- Özel, B. (2024). *SGK’dan özel hastane kararı*. <https://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/sgkdan-ozel-hastane-karari-42074664>
- Türkiye Cumhuriyeti. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* (Kanun No. 224). 12 Ocak 1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>
- T.C. Başbakanlık. (2003). 58. *Hükümet acil eylem planı*. T.C. Başbakanlık.
- T.C. Resmî Gazete. (2024). *Aile hekimliği sözleşme ve ödeme yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik*. <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/10/20241030-9.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Ankara:Sağlık Bakanlığı.
- Todd, A., Copeland, A., Husband, A., Kasim, A. & Bambra, C. (2015). Access all areas? An area-level analysis of accessibility to general practice and community pharmacy services in England by urbanity and social deprivation. *BMJ Open*, 5(5), e007328.
- Trevor, J. D. (2008). Health geography: supporting public health policy and planning. *CMAJ*, 1177-1180.
- Türkay, Ş. (2024). *Hastanelerde onaylı randevu dönemi başladı*. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/hastanelerde-onayli-randevu-donemi-basladi/3217739>
- Türk Tabipleri Birliği (2008) Aile Hekimliğinde ‘Co-pilot’ Uygulaması. <http://www.ttb.org.tr/315ydn1>
- Türk Tabipleri Birliği (2018) *Aile hekimliği: ne dediler, ne oldu?* http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=f089bc1a-1adc-11e8-af60-25b4195f91bb
- Usturalı Mut, A. N. (2021). COVID-19 pandemisinde İngiltere sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 350-365.
- Vall-Spinosa, A. (1991). Lessons from london: the british are reforming their national health service, *American Journal of Public Health*, 81(12), 1566-1570.

- Yıldız, D. T. (2025, 4 Şubat). *Aile hekimlerinin hastanelere yönlendirdiği kişilerden alınacak muayene katılım payı yüzde 50 indirimli olacak.* <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/aile-hekimlerinin-hastanelere-yonlendirdigi-kisilerden-alinacak-muayene-katilim-payi-yuzde-50-indirimli-olacak/3463845>
- Yılmaz, B.N. (2009) Aile hekimliği: hekim emeğinin değersizleşmesi ve esnekleşmesi. *Toplum ve Hekim*, 24(2): 159–160.
- Yılmaz, N., Fettahoğlu, R. & Mackenzie, O. M. (2021). Uluslararası öğrencilerin sağlık hizmeti tecrübeleri ve sağlık hizmeti kullanma eğilimleri üzerine bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 707-740.

Araştırma Makalesi / Research Article

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Lokasyon Politikaları: Türkiye ve İngiltere Örneği

Location Policies in Primary Health Care: The Case of Türkiye and England

Hülya DİĞER



DOI : [10.63556/ankad.v10i1.341](https://doi.org/10.63556/ankad.v10i1.341)

Geliş/Received: 01/10/2025

Kabul/Accepted: 20/01/2026

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

The effective use of primary health care services paves the way for positive outcomes in the health system. Indeed, studies in the literature support that primary care institutions enable cost-effective and systematic management of healthcare services (Forrest and Starfield, 1998; Franks et al., 1992) and that the referral system allows for a reduction in healthcare expenditures ranging from 8% to 80% (Etter and Perneger, 1998; Holdsworth et al., 2006). Türkiye and England show similarities in certain aspects of primary healthcare services, but differ in some areas. In both countries, patients can choose their doctor, but in England, doctors can also choose their patients. Furthermore, in England, patients must first visit a primary healthcare institution and can only access hospitals through referrals. On the other hand, the determination of the locations of institutions accepted as the first point of contact is carried out in accordance with certain regulations in Türkiye (unsanitary establishments regulation, the spatial planning regulation, and the environmental impact assessment regulation), while in the England, Geographic Information Systems-GIS analysis is used. In Türkiye, initiatives to increase individuals' use of primary health care services have opened the door to thinking about evaluating the family medicine model and, consequently, primary health care institutions from various perspectives, and studies have been conducted. In this sense, comparing Türkiye with England, which provides services similar to primary health care services, will enable various recommendations to be made regarding health policy and systems. In this regard, comparisons between the two countries, where the common model of family medicine is implemented in different ways, will provide an insight into the positive/negative outcomes of the model, and location policies will be examined in terms of accessibility.

Methods

The purpose of this study is to examine location policies in primary health care in Türkiye and England, to evaluate access to health services from various perspectives, and to present a conceptual analysis. In this regard, official documents guiding health policies, research, and written sources that can be evaluated as secondary sources were examined within the theoretical framework of the study. The information obtained from these sources was evaluated with the help of document analysis. In this study, document analysis was used as a conceptual analysis tool rather than a method. The documents addressed in the study were interpreted in line with access to healthcare services, healthcare policies, and comparative healthcare systems.

The study evaluated the family medicine model within the scope of primary health care in Türkiye and England in terms of specific categories (patient/doctor choice, mandatory referral system, direct hospital admission, health status indicators) and compared the location policies of health institutions.

Results and Discussion

According to research findings, although Türkiye and England use the same model (family medicine model) for primary healthcare, they show differences in some areas. This situation affects the

sustainability of primary healthcare, health outcomes, and the healthcare demands of other patients. In this context, Türkiye which does not have a mandatory referral system, often faces appointment problems and tries to encourage individuals to choose primary healthcare institutions as their first point of contact. In this sense, a recent regulation regarding co-payments (a 50% discount on co-payments for hospital visits made with a referral from a primary care physician) (Yıldız, 2025) is among the incentives. One of the most important issues in initiatives to increase the use of primary health care services is physical accessibility.

In Türkiye, the location of family health centers is determined in accordance with the statement in Clause 12, Paragraph 2 of the Regulation on the Preparation of Spatial Plans: *"In zoning plans, the service impact area that must be reached on foot, taking into account the functions of playgrounds, play areas, open neighborhood sports areas, family health centers, nurseries, kindergartens, and elementary schools at approximately 500 meters, middle schools at approximately 1,000 meters, and high schools approximately 2,500 meters away, taking into account the service impact area that must be accessible on foot."* The 500-meter walking distance is taken into account (Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014). In addition, health services are provided to patients who are unable to come to the health institution or who are undergoing treatment through home health services. In England, geographic information systems (GIS) are used to determine the locations of health institutions. According to a study, the majority of the population in the England lives within a 20-minute walking distance of a family doctor center (Todd et al., 2015). Similarly, according to a study in the England that tested accessibility using GIS analysis, only 5% of the population has to travel more than 10 minutes by car to reach the nearest clinic. Only 10% of the population has to travel more than 10 minutes by car to see a general practitioner. Additionally, the results indicate that approximately 13% of the population cannot access healthcare services by bus (Lovett et al., 2002).

The final conclusion to be drawn from this study, which compares the health policies and systems of Türkiye and the England, is that health geography plays an important role in individuals' health status and health demands. Furthermore, effective health policies designed with location in mind can lead to positive health outcomes and reduce health expenditures.