

İngiltere Örneğinde Sağlık Sisteminde Entegrasyon

Sağlık hizmetlerinde entegrasyon, parçalanmış hizmet yapısını aşmak için geliştirilmiş kritik bir yaklaşımdır. İngiltere örneği, entegre bir sağlık sisteminin hem faydalarını hem de zorluklarını ortaya koymaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti (*NHS*) uzun süredir entegre bir çalışma kültürüne sahip olmasına rağmen, 2022 yılında “Sağlık hizmetlerinde entegrasyon” başlığıyla konuyu yeniden gündeme taşımıştır. Entegrasyon gereği, sağlık dışı sektörlerin (polis, sosyal hizmetler, yerel yönetimler, eğitim vb.) de sağlıkla entegre biçimde iş birliği yapması söz konusu olup bu durum entegrasyon kavramının ne kadar geniş kapsamlı olabileceğini göstermiştir.

Temelde entegrasyon, farklı sağlık hizmeti bileşenlerinin uyum içinde çalışarak hastalara kesintisiz, koordineli ve tutarlı bakım sunması demektir. Entegrasyon, makro, mezo ve mikro düzeylerde gerçekleşebilmektedir. Makro düzeyde fonksiyonel entegrasyon, tedavi, bakım, koruyucu ve sosyal hizmetlerin finansman ve organizasyonunun ana akım hale getirilmesidir. Mezo düzeyde entegrasyon ise iki boyutta değerlendirilebilir: örgütsel entegrasyon, sağlık kurumları arasında birleşmeler, sözleşmeler veya stratejik ittifaklar yoluyla iş birliği kurulması anlamına gelir; mesleki entegrasyon ise farklı sağlık profesyonellerinin grup uygulamaları, mesleki birlikler veya benzeri anlaşmalarla güç birliği yapmasıdır. Mikro düzeyde klinik entegrasyon ise bireysel hastaya hizmet sunumu sürecinde süreklilik ve koordinasyon sağlanması demektir. [Metin girmek için buraya tıklayın veya dokununuz.](#) Son dönemde İngiltere’deki entegrasyon adımları özellikle mikro düzey klinik entegrasyona odaklanmıştır; hasta merkeze alınmakta, farklı birimler hastanın etrafında ortak planlamayla entegre ekipler oluşturmaktadır.

Entegrasyon ihtiyacını doğuran birçok faktör vardır. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması geleneksel parçalı bakım modellerini yetersiz bırakmıştır. İngiltere’de hizmet kullanıcılarının ihtiyaçlarının giderek daha entegre bir bakımı zorunlu kıldığı vurgulanmış; entegre bir modele geçmenin hizmet kalitesi açısından büyük fark yaratacağı belirtilmiştir. Entegrasyon sayesinde sağlık sorunlarına yalnız tıbbi açıdan değil, sosyal belirleyicileriyle birlikte bütüncül yaklaşmak mümkün hale gelmektedir. Gerçekten de İngiliz sağlık otoriteleri, sorunların yalnız tıbbi yöntemlerle çözülemeyeceğini; sosyal hizmetler ile sağlığı etkileyen çevresel faktörlerin entegre bir yaklaşımla ele alınmasının şart olduğunu vurgulamaktadır. Entegrasyon gerekliliği mevcut sevk sistemlerinin sınırlılıklarıyla da ilgilidir. Klasik sevk zincirinde hasta bir basamaktan diğerine

aktarılır ve her aşamada sorumluluk el değıştirir; bu dikey yapı bakımının kopmasına yol açabilmektedir. Oysa entegre bakım, sevk mekanizmasının ötesine geçerek farklı hizmet birimlerinin birlikte planlama yapmasını içerir. Örneğin entegre bir modelde, hasta aile hekimi aracılığıyla sisteme girdiğinde hekim onu sadece uzmana yönlendirmekle kalmaz; aynı zamanda eczacı, sosyal hizmet görevlisi ve gönüllü kuruluş temsilcileri gibi paydaşlarla birlikte hastanın bakım planını oluşturur. Bu ortak planlama sayesinde gereksiz sevklerin azalması ve her birimin üzerine düşeni koordineli şekilde yapması beklenir. Farklı disiplinler uyum içinde çalıştığında bireysel çabaların ötesinde sinerjik bir etki ortaya çıkar ve hastaların sistem içinde “kaybolması” önlenir. Kısacası entegrasyon, sağlık sistemindeki duvarları azaltarak hastayı merkeze alan kesintisiz bir hizmet ağı kurmayı hedefler. Bu yaklaşım hizmet kalitesini artırma, maliyet etkinliği sağlama ve yinelenen işlemleri önleme potansiyeline sahiptir. Entegrasyon ihtiyacı yalnızca sistem verimliliği için değil, aynı zamanda hastaların deneyimi ve sağlık sonuçları açısından da ortaya çıkmaktadır.

Entegrasyon çabalarının başarısı veya başarısızlığı çeşitli yapısal ve kültürel faktörlere bağlıdır. Yönetim kültürü de entegrasyonun başarısında belirleyici bir faktördür. Hiyerarşik ve katı kontrolcü bir anlayış yerine ekip çalışmasını ve esnekliği teşvik eden bir kültür, entegrasyonu kolaylaştırır. İngiltere’de genel olarak kamu yönetiminde otoriter bir hiyerarşik (modern) bakış açısından çok katılımlı ve ekip temelli (postmodern) yaklaşımı hakimdir; bu da sağlıkta farklı meslek gruplarının yatay iş birliği içinde çalışmasına zemin hazırlamıştır. Günümüzde İngiliz sağlık ekiplerinde hemşire, doktor, sosyal çalışmacı gibi farklı mesleklerden aktörler aynı masada eşit değerle katkı sunabilmektedir; oysa daha hiyerarşik kültürlerde doktor dışı sağlık personelinin karar süreçlerine katılımı kısıtlı kalmaktadır. Yönetim kültüründeki bu durum, entegrasyon için gerekli iş birliği iklimini yaratmada kritik rol oynamıştır.

Teknik ve bilgi altyapısı da entegrasyonun başarısında önemli bir etkidir. Entegre bir bilişim platformu olmadan farklı birimler arasında etkin koordinasyon ve veri paylaşımı sağlamak zordur. İngiltere’nin avantajlarından biri, tarihsel olarak çok güçlü bir veri toplama ve analiz geleneğine sahip olmasıdır. 19. yüzyılın başlarından beri nüfus istatistikleri dahil her konuda veri toplayıp analiz eden İngiltere, sağlık sistemi performansını izleme ve kanıta dayalı politika geliştirme konusunda öncüdür. Ulusal düzeyde entegrasyon stratejileri hazırlanırken, bu veri temelli yaklaşım önemli katkılar sunmaktadır.

İngiltere örneği, büyük çaplı dönüşümlerin bir anda değil, süreklilik gösteren evrimci adımlarla yapılmasının önemini göstermektedir. Köklü kurumları tamamen dağıtıp sıfırdan başlamak yerine entegrasyonu pilot uygulamalar, yerel deneyimler ve kademeli yasal düzenlemelerle geliştirme yoluna gitmişlerdir. Pilot uygulamalardan alınan dersler zamanla ulusal politikalara yansıtılmış, 2022’de çıkarılan *Health and Care Act* ile entegre bakım sistemleri (*Integrated Care Systems, ICS*) yasal statü kazanmış; her bir coğrafi bölgede sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte planlanması hedeflenmiştir. Bu evrimci yaklaşım, entegrasyonu kısa süreli bir proje veya kampanya değil, sürekli bir dönüşüm süreci olarak ele almanın önemini vurgular. Değişim yönetimi ilkelerine bağlılık da bu sürecin ayrılmaz bir parçası olmuştur. İngiltere’de entegrasyon adımları atılırken geniş istişareler yapılmış, sağlık çalışanları ve toplum yeni uygulamalara hazırlanmış, pilot programlarla geri bildirim toplanmış ve kademeli uygulamalar tercih edilmiştir. Toplumun ve sağlık çalışanlarının eşzamanlı dönüşümüne özen gösterilmesi, değişime direnci azaltmıştır. Örneğin entegre bir bakım modeli önerileceğinde önce bunun gerekliliği kamuoyunda tartışılmış, küçük ölçekli denemeler yapıp sonuçlar paylaşılmış, başarı sağlanırsa ulusal ölçekte yaygınlaştırmaya gidilmiştir. Bu sabırlı değişim yönetimi süreci entegrasyon girişimlerine sahiplenme duygusu kazandırmış ve değişimin hızı toplumun kaldırabileceği düzeyde tutulmuştur.

İngiltere’nin sosyal devlet geleneği de entegrasyon politikalarının arkasındaki itici unsurlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılması ve herkese adil hizmet sunumu hedefleri, entegrasyon çabalarının meşruiyet zeminini güçlendirmiş ve toplum ile sağlık profesyonellerinin desteğini kolaylaştırmıştır. Bir diğer ilke, “kişinin hizmete değil, hizmetin kişiye götürülmesi” prensibidir. Entegre sistemlerde coğrafi ve fiziki erişimin kolaylaştırılması esastır. İngiltere, merkezi ve büyük hastaneler yerine toplum içinde küçük ölçekli birimler, aile sağlığı merkezleri, evde bakım hizmetleri, eczaneler ve mobil ekipler vasıtasıyla hizmet sunmayı tercih etmektedir. Örneğin diyabet gibi kronik hastalıklarda sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılarak hastaların destek gruplarına katılımı (sosyal reçeteleme) sağlanmakta; tıbbi tedavinin yanı sıra sosyal destek de entegre edilmektedir. Entegre bir sevk sisteminde hasta, birinci basamaktan uzmana yönlendirilirken aynı zamanda hastaneden taburcu olduktan sonra eczaneye veya sosyal hizmet birimine “geri sevk” de planlanır. Böylece hasta sağlık sistemine hangi kapıdan girerse girsin, entegre ağ sayesinde ihtiyaç duyduğu diğer hizmetlere ulaştırılır ve bakım döngüsü kesintiye uğramaz.

İngiltere sağlık sisteminin yönetim yapısı da entegrasyonu destekleyecek şekilde tasarlanmıştır. Merkezi otorite ile yerel hizmet sunucuları arasında nispeten özerk denetim ve düzenleme kurumları bulunmaktadır. Örneğin *Care Quality Commission (CQC)*, doğrudan bakana bağlı olmadan sağlık ve sosyal bakım sunucularını denetleyip raporlayan bir kurumdur; bu sayede kalite güvencesi sağlanır. NHS de Sağlık Bakanlığı’nın himayesinde olmakla birlikte günlük idari kararlarda yarı özerktir: Bakanlık stratejik hedefleri ve finansmanı belirlerken, hizmet sunumunun detaylarını *NHS England* yürütür. Bu yarı bağımsız yapılar entegrasyon uygulamalarında esneklik ve yerele uyum imkanı yaratmaktadır. Örneğin entegre bir bakım organizasyonu olan *Integrated Care Board (ICB)*, bulunduğu bölgenin ihtiyaçlarına göre kararlar alabilir ve performansı ulusal bir kuruluş tarafından değerlendirilebilir. Böylece tüm kurumların tek elden mikro yönetimi engellenirken, herkesin hesap vereceği üst bir mekanizma da korunur. Ancak bu yapısal karmaşıklık ve çok katmanlı yönetim zaman zaman karar alma süreçlerini yavaşlatmıştır. Her değişimin uzun istişarelerden geçmesi ve farklı kurumların onayının gerekmesi pratik çözümler üretmede gecikmelere yol açabilmektedir. Son dönemde entegrasyon reformlarında bazı tkezlemeler de görülmüştür. Özellikle son yıllarda sağlık sisteminin finansmanında gereken iyileştirme yapılmayıp *ICS* yapısı da beklentileri karşılamayınca hkmet, entegrasyon organizasyonunu maliyet nedenleriyle daraltma yoluna gideceğini duyurmuştur. Bununla birlikte, entegrasyon başlığı altında hayata geçirilen reformlarda temel motivasyonun maliyet azaltımı olması durumunda, iş birliğinin sürdürülebilirliği ve niteliği zarar görmesinin kaçınılmaz olacağı bilinmektedir.

İngiltere deneyimi, entegrasyonun bir varış noktası değil devam eden bir süreç olduğunu ve sürekli iyileştirme gerektirdiğini göstermektedir. Bu bağlamda entegrasyonun başarılı olabilmesi için bazı temel ilke ve stratejiler benimsenmiştir. Örneğin hizmeti kullanan kişilerin merkeze alınması (kişi merkezlilik) esastır; hedef “insanların evde oturup hizmetlerin etrafında döndüğü” bir bakım düzeni kurmaktır. Ayrıca etkin liderlik, hesap verebilirlik ve denetim mekanizmaları kritik önemdedir. Her entegre bakım bölgesinde sorumlu liderler veya kurullar atanmış, ilerlemenin izlenip raporlanacağı yapılar oluşturulmuştur. Yine entegrasyonun başarıya ulaşması için tüm katılan kurum ve kuruluşların ortak bir vizyon, ortak plan ve ortak hedefler etrafında uzlaşma sağlaması gerektiği vurgulanmıştır.

Entegrasyon aynı zamanda farklı coğrafi düzeylerde katmanlı bir yapı olarak örgütlenmektedir. Örneğin entegre bakım modeli, mahalle düzeyinden bölgesel düzeye kadar farklı ölçeklerde organizasyonlar tanımlamış; her basamakta birinci basamak ekipleri, belediyeler, hastaneler gibi paydaşlar için entegrasyon mekanizmaları kurulmuştur. Böylece entegrasyonun hem yerel mikro ölçekte hem de geniş bir nüfus ölçeğinde uygulanabileceği gösterilmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde entegrasyon kavramı, İngiltere’deki örnekte olduğu ölçüde sistematik bir reform başlığı haline gelmemiş olmakla birlikte, geçmişte ve günümüzde bu doğrultuda geliştirilen çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Tarihsel olarak bunların en bilineni, 2005 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında pilot uygulanan entegre ilçe hastaneleri modelidir. Bu model, nüfusu az olan kırsal ilçelerde aile hekimliği birimi ile temel yataklı tedavi ve acil hizmetleri tek çatı altında birleştirerek kaynakları verimli kullanmayı amaçlamıştır. Bu yaklaşım, kısıtlı kaynaklı ortamlarda farklı hizmet unsurlarını tek merkezde toplayarak ihtiyaca cevap vermeyi hedeflemiştir. “Entegre hastane” terimi tam teşekküllü bir hastane olmadığı için kavram karmaşasına yol açsa da uygulama Türkiye’nin koşullarına özgü bir entegrasyon örneği sayılabilir. Türkiye’nin entegre ilçe hastanesi deneyimi de coğrafi ve beşeri kısıtlar altında hizmet sunumunu iyileştirmeye yönelik yenilikçi bir model olarak değerlendirilebilir.

Bu yapısal ve örgütsel entegrasyon örneklerinin yanı sıra, Türkiye’de entegrasyonun farklı bir boyutu dijital altyapı üzerinden şekillenmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dijital entegrasyonu ileri düzeydedir. Ulusal sağlık bilişim ağı (e-Nabız vb.) sayesinde bir hastanın tıbbi kayıtları ve tetkik sonuçları ülke genelindeki tüm kamu sağlık tesislerinde görülebilmektedir. Bu güçlü dijital altyapı, entegre bakım modelleri oluşturmak için önemli bir avantaj sunmaktadır. Farklı kurumlar arasında veri paylaşımı kolay olduğundan, aile hekimi, uzman, hemşire ve sosyal hizmet görevlisi gibi aktörler ortak bir elektronik sistem üzerinden hastanın bakım planına birlikte erişip katkıda bulunabilir. Bu kapasite, entegre bakıma geçişte Türkiye’ye ciddi bir başlangıç üstünlüğü vermektedir.

Bununla birlikte, entegrasyonun önündeki potansiyel bir engel, mevcut sağlık insan gücü yapısı ve meslekler arası iş birliği kültürüdür. Türkiye’de hekimlerin iş yükü çok fazladır ve diğer sağlık mesleklerinin görev tanımları görece dardır. Örneğin bir diyabet hastasının izlemi neredeyse tamamen doktorlar tarafından yapılmakta; diyabet hemşiresi veya klinik eczacı gibi roller sisteme

yeterince entegre edilmemektedir. Oysa entegre bakımın önemli bir ayağı, her sağlık çalışanının kendi eğitim ve yetkinliğine uygun iş yapması, hekim dışı personelin güçlendirilmesi ve hekimlerin iş yükünün azaltılmasıdır. Pek çok görev aslında daha az eğitilmiş personel tarafından yapılabilecekken hekimlerin omuzunda kalmaktadır; bu durum görev dağılımının verimsiz olduğunu göstermektedir. Bu konuda son yıllarda bazı öneriler gündeme gelmiştir. Örneğin İngiltere’deki “nurse practitioner” (uzman hemşire) gibi rollerin Türkiye’de de uygulanması ile “uzman ebe” unvanlarının ihdas edilmesi geçmişte gündeme gelmiştir.

Burada kilit nokta, kültürel ve davranışsal dönüşümdür. Entegrasyon sadece yapısal değişikliklerle değil, “insan faktörü”nde değişimle mümkündür. Eğer sağlık çalışanları arasında katı hiyerarşik tutumlar veya bireysel başarının aşırı vurgulandığı bir çalışma kültürü devam ederse entegre ekip çalışması zorlaşır. Türkiye’de hekimlerin iş yükünü diğer meslek gruplarıyla paylaşma ve onlara güvenme konusunda çekinceleri olduğu bilinmektedir. Bunun tarihsel ve eğitsel birçok nedeni vardır. Ancak günümüzde sağlık insan gücü hem sayıca artmış hem de çeşitlenmiştir; dolayısıyla entegre bakım için gerekli “takım ruhu”nu benimsemek hem mümkündür hem de gereklidir. Aksi takdirde mevcut işbölümü dengesizliği hem verimsizliğe hem de çalışan memnuniyetsizliğine yol açmaya devam edecektir. Bu nedenle entegrasyonun yolu bir bakıma yetki devri ve takım çalışması kültürünü benimsemekten geçmektedir. Son yıllarda bu konuda bazı küçük adımlar atıldığı da görülmektedir: aile hekimliği sisteminde ebelerin daha aktif rol alması, toplum sağlığı merkezlerinde kronik hasta izlemlerinde hemşirelerin görev alması gibi uygulamalar başlatılmıştır. Ancak henüz sistematik ve yaygın bir politika haline gelmediği için bu çabalar lokal düzeyde kalmakta; kişiler değiştiğinde sürdürülebilirlik sağlanamamaktadır.

Özetle, Türkiye’nin entegrasyon yolunda ilerleyebilmesi bu süreçte ülkenin kendi sosyoekonomik ve kültürel dinamiklerini dikkate alması şarttır. İngiltere örneğinde, entegrasyonun hayata geçirilmesi için bazı ilke ve stratejilerin önemi ve bunların başında kültürel hazırlık geldiği vurgulanmıştır. İngiltere’de mevcut ekip çalışması geleneği ve kademeli değişim anlayışı, entegrasyonun tabana nüfuz edebilmesini sağlamıştır. Buna karşılık Türkiye’de entegrasyonun önündeki en büyük engellerden biri kültürel direnç olabilir. Hekim merkezli sağlık hizmeti anlayışından ekip merkezli anlayışa geçiş, uzun vadeli bir eğitim ve zihniyet dönüşümü gerektirecektir. Bu dönüşümün başarısı için sağlık çalışanlarının “başarının paylaşılması” ilkesini benimsemesi kritik görünmektedir. Entegre çalışmada başarı takım olarak kazanılır; herkes sadece

kendi “golüne” odaklanırsa bütün başarı gelmez. Entegre sağlık hizmetlerinde de her paydaş (doktor, hemşire, ebe, yönetici vb.) ortak hedefe odaklanıp takımın bir parçası gibi hareket edebilirse model meyvelerini verir.

Sonuç olarak, sağlık sisteminde entegrasyon tüm paydaşların kazanacağı, ancak herkesin de çaba göstermesi gereken bir dönüşümdür. Bu dönüşümün merkezinde hasta ve toplum yararı vardır. Entegrasyon sayesinde hastalar sistem içinde daha kolay yol alacak, her seferinde baştan başlamadan ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşabileceklerdir. Sağlık çalışanları için de entegrasyon, iş yükünün dengelenmesi, daha tatmin edici bir ekip çalışması ortamı ve daha yüksek mesleki doyum anlamına gelebilir. Ancak İngiltere örneği, bunun etkin bir değişim yönetimi gerektirdiğini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde entegrasyon, belki kısa vadede siyasi bir “oy getirmeyecek” bir konu olsa da uzun vadede toplumun sağlık düzeyini ve memnuniyetini yükseltecek, sistemin performansını artıracak bir yaklaşımdır. Önemli olan, bir gecede mucize beklemek değil, zaman içinde evrilerek sürekli iyileşme sağlamaktır. Entegrasyonun başarıya ulaşması, tüm paydaşların “ben” yerine “biz” diyebilmesi, başarıyı ve sorumluluğu paylaşabilmesi ölçüsünde mümkün olacaktır. Bu da sağlık sistemi içinde esasen bir paradigma değişimi anlamına gelmektedir.

Doç. Dr. Perihan Torun

27.01.2026

Kaynaklar

1. Delnoij D. et. al. (2002). Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care*. 1;2:e04. doi: [10.5334/ijic.62](https://doi.org/10.5334/ijic.62)
2. Getting Healthcare Professionals Ready For Integrated Care: Skills Needs and Development. OECD.
[https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Getting%20healthcare%20professionals%20ready%20for%20integrated%20care%20-%20skills%20needs%20and%20development%20\(Output%204\).pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/dg-reform/ireland/Getting%20healthcare%20professionals%20ready%20for%20integrated%20care%20-%20skills%20needs%20and%20development%20(Output%204).pdf)

3. Harris M. et. al. (2012). The North West London Integrated Care Pilot Innovative Strategies to Improve Care Coordination for Older Adults and People with Diabetes. *Journal of Ambulatory Care Management*. [35\(3\):216-225](#). doi: 0.1097/JAC.0b013e31824d15c7
4. Health and social care integration: joining up care for people, places and populations. Policy Paper (2022). Department of Health and Social Care, England. <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-social-care-integration-joining-up-care-for-people-places-and-populations>
5. Shortell SM et. Al. (2000). Remaking Health Care in America. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
6. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview (2016. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372341/WHO-EURO-2016-6521-46287-66955-eng.pdf?sequence=1>