

Ya dünya yanılıyor ya da biz: Aile Hekimliğinde Sevk Sistemi

Dr. Bekir Keskinliç



Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. 2003 yılından beri Sağlık Bakanlığında farklı birimlerde (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Bakan Müşavirliği ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) görev yaptı. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Daimi Komitesinde ve İcra Kurulunda birer dönem üye olarak ülkemizi temsil etti. Hâlen Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Dr. Keskinliç evli ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık sisteminin tam olarak ne zaman basamaklandırıldığı konusu çok net değil ama basamaklandırılmaya niye ihtiyaç duyulduğu çok açık: Asgari düzeyde (temel, birinci basamak) sağlık hizmetinin mümkün olduğu kadar ulaşılabilir olmasını sağlamak ve basit tıbbi sorunlar için yüksek harcamalardan kaçınarak sağlık sisteminin finansmanını sürdürülebilir kılmak. Nitekim bizim de 1961 yılından (224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun) bu yana basamaklandırılmış bir sağlık sistemimiz var (1). Ne var ki bu basamaklandırma, uygulama hedeflerinin bir kısmını başarılı bir şekilde yerine getirirken, diğer boyutu sıklıkla ihmal ediliyor. Daha açık ifade edelim: sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir kılınması noktasında birinci basamak yapılanmamızda yapısal olarak büyük bir sorun görünmüyor. Hatta şimdilik yetersiz sayıda olan Sağlıklı Hayat Merkezlerini bir kenara koyarsak işin zor olan kısmını büyük ölçüde çözmüşüz. Ne var ki önemi çok büyük olan sürdürülebilirlik konusunda henüz fazla bir şey yaptığımız söylenemez. Uygulaması nispeten kolay görünse de etkin bir sevk sistemimiz olmadığı için basamaklandırmanın bu ayağı pek yürümüyor.

Elbette bunun çeşitli sebepleri var. Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) sağlık hizmetinin kendisine maliyetlerini belirlediği Sağlık Uygulama Tebliği-

nin (SUT), yıllarca güncellenmeyerek sağlık hizmet sunucularının dayanıklılığının test edildiğini biliyoruz. Daha önce yıllık olarak yayımlanan SUT, 2013 yılından sonra sınırlı güncellemeler ile yayımlandı. Böylece özellikle tetkik jirdi maliyetlerinin artışına rağmen düşük tutulan ödeme rakamları ile finansal sürdürülebilirlik sorununun SGK'dan sağlık hizmet sunucularına (özellikle de en büyük sağlık hizmet sunucusu konumundan kurtulamayan Sağlık Bakanlığına) devredildiği gerçeği var. Nitekim SGK, 5510 sayılı Kanuna dayanarak, 2009 yılından bu yana götürü anlaşmalar yapmak suretiyle kamu hizmet sunucuları için sigortacılık işini Sağlık Bakanlığına devretmiş durumda (2, 3). Bu noktada imdada, Sağlıkta Dönüşüm Programında (SDP) zikredilen aslı unsurlardan biri olmasa da SDP'nin başarısında büyük rol oynayan hizmet alımları yetişiyor. İleri görüşlü bir yöneticinin küçük bir hastanede başlattığı cesur girişim, aradan 20 yıl geçtikten ve SUT rakamları çok düşük kalmış olduktan sonra bile işe yarıyor ve pek çok sağlık kuruluşu, başta laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri olmak üzere, hizmet sunumunun çeşitli unsurlarını SUT fiyatının daha altında temin etmeye devam ediyor. Özel sektörün dinamik girişimciliği bir taraftan kamunun kaynak sıkıntısını ötelirken diğer taraftan da rekabet yolu ile kalitenin iyileştirilmesine de katkı sağlıyor.

Tekil uygulamalar nasıl olursa olsun, evrensel çözüm belli: sevk sistemi. Yaygın inaniş sağlık sisteminden hizmet almak için başvuran hastaların yüzde 90'ının sorunlarının birinci basamak sağlık kuruluşunda bir hastaneye gitmeye gerek kalmaksızın çözülebileceği yolunda (4). Dolayısıyla bir birinci basamak hizmet organizasyonunuz varsa hem sağlık maliyetlerini kontrol edebilir hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından gereksiz hizmet talebini ortadan kaldırarak, hastanelerde daha az hasta yüküyle daha kaliteli hizmet sunabilirsiniz. Tabii bu ancak, vatandaşlarımızın dilediği zaman, dilediği sağlık kurumuna gidemediği bir durumda mümkün, yani etkin bir sevk sistemi varlığında.

Peki, neden bizde sevk sistemi yok? Hakkını yemeyelim aslında sevk sistemimiz var ama biraz utangaç. Pek görünür olmadığı için çoğumuz farkında bile olmuyoruz. Ayaktan sağlık hizmetinde gereksiz yere bir üst basamağı kullandığımızda daha fazla katılım payı ödeyerek çoğu zaman farkına bile varmadan "cezalandırıyoruz". Eczanelerde reçetemize katılım payı öderken aldığımız sağlık hizmetinin basamağına uygun bir katılım bedelini de ödemiş oluyoruz. Bu rakam güncel durumda ikinci basamak sağlık kuruluşları için 6 TL, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri için 7 TL, üniversiteler için 8 TL ve özel



sağlık kurumları için de 15 TL şeklinde. Fark edeceğiniz gibi birinci basamak hizmetlerde katılım payı yok. Rakamların caydırıcılığını bir kenara bırakalım ama 5510 sayılı Kanununda herhangi bir basamağa kişi sevkle başvurduğu takdirde katılım payını değiştirmeye SGK'nın yetkili olduğu hükmü var. Ancak son güncel SUT'ta SGK'nın bu yetkisini kullandığına dair hiçbir ibare yok. Metinde 207 kez "sevk" ibaresi kullanılmış ama bir tek yerde bile sevk zincirine atıfta bulunulmuyor (5).

Peki, buraya nasıl geldik? Türkiye'de gerçek anlamda bir sağlık sistemi kurma çabasını 1961 yılında uygulamaya başlanan *224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun* ile görüyoruz. Bu kanun ile pilot illerden başlayarak aşama aşama tüm Türkiye'de bir birinci basamak sağlık organizasyonu kurulması hedefleniyor. Çok etkin yürütülemezse de sağlık sistemimizde ilk organize sevk girişiminin bu dönemde uygulandığını görüyoruz. Örneğin "Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi" başlıklı 13. Madde kişilerin acil hâller dışında öncelikle sağlık evine veya sağlık ocağına başvurmalarını istiyor ve 14. Madde de bu şekilde davranan kişilere muayene ve tedavi

hizmetinin ücretsiz sunulacağını belirtiyor. Üç yıl sonra yayımlanan *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğe* göre sevk edilmeden uzman muayenesine gelen hastadan 10 lira (yaklaşık 1 dolar) muayene ücreti alınıyor (6). Bu paraya laboratuvar ve röntgen için alınabilecek ücretler de dâhil değil. Mesai saatleri dışındaki hizmetler de hekimin uzman olup olmasına ve hizmetin verildiği yere bağlı olarak 5 ilâ 50 liralık bir ek ücrete tabi.

Uygulamada Sağlık Ocağındaki hekim hastasına ait bulguları ve ön tanısını Form 019 olarak adlandırılan bir forma yazarak hastasını sevk ediyor. Hastanedeki hekim ise "dilerse" geri bildirimde bulunuyor. Sağlık ocağı hekiminin bu bilgileri hastanın sağlık kaydı olarak kullanılan sağlık fişlerine (ETF-Ev Halkı Tespit Fişi) kaydetmesi bekleniyor. 224 sayılı Kanun, Alma Ata bildirgesinden yıllarca önce, Türkiye'de temel sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu yolunda önemli bir mihenk taşı oluşturmuş (7). Kanun, daha önce belirli hastalıklar hedef alınarak (Verem, sıtma vb.) yapılanmış sağlık hizmetlerinin daha organize ve daha geniş kapsamlı bir hâlde yurt

Sağlık hizmetlerini ulaştırılabilir kılmak noktasında birinci basamak yapılanmamızda yapısal olarak büyük bir sorun görünmüyor. Hatta şimdilik yetersiz sayıda olan Sağlıkli Hayat Merkezlerini bir kenara koyarsak işin zor olan kısmını büyük ölçüde çözmüşüz. Ne var ki önemi çok büyük olan sürdürülebilirlik konusunda henüz fazla bir şey yaptığımız söylenemez. Uygulaması nispeten kolay görünse de etkin bir sevk sistemimiz olmadığı için basamaklandırmanın bu ayağı pek yürümüyor.



Gelecek vizyonumuzda etkin bir sevk sistemi ihtiyacı açık. Yeni ilaç ve teknolojilerin geliştirilmesi giderek daha yüksek sağlık maliyetleriyle karşı karşıya kalacağımızı gösteriyor. İlaç sektörü bir süredir sadece bir kutusu ile hastanın tedavi edilebileceği yeni bir antibiyotik üretmek için yüksek maliyetli araştırmalara girmek yerine, kronik hastalıklarımız için yıllarca kullanmamız gereken yeni ilaçlar üretmek ve bizlerle daha uzun vadeli ilişkiler kurmak peşinde. Bu durum gelecekte tedavilerimiz için daha yüksek bedeller ödeyeceğimiz anlamına geliyor.

sathında verilmesini sağlamayı hedefliyor. Ne var ki yorgan kısa geliyor ve pilot uygulamanın, 17 yılda 45 ile yaygınlaştırılabildikten sonra kalan illerin de altyapı gereklilikleri dikkate alınmadan topluca kapsama dâhil edilmesine karar veriliyor. Bu dönemdeki sevk uygulamasının başarısını-başarısızlığını değerlendirme imkânımız pek yok maalesef; çünkü sağlık finansmanı çok elden (SSK, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve aktif kamu çalışanları için Maliye Bakanlığı) yürütülüyor. Üstelik bu kurumların hak sahipliği kavramında da geri ödeme davranışlarında da farklılıklar var. AK Parti'nin iktidara geldiği 58. Hükümetin sağlık programında yer alan ve 2003 yılından itibaren hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) temel bileşenlerinden birisi yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi. Bunun alt bileşenleri ise üç unsurdan oluşuyor: güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği, etkili kademeli sevk zinciri ve idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri (8). 2003 yılı temmuz ayında, henüz SDP hayata geçirilemeden, sevk uygulamasının değişik bir örneğine şahit oluyoruz. Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bir ortak hizmet protokolünü hayata geçiriyor (9). Bu protokol ile öncelikle altı ilde (Ankara, İstanbul, İzmir, Yalova, Rize ve Sivas) Sosyal Sigorta-

lar Kurumuna (SSK) tabi kişiler devlet hastanelerinden de hizmet alabilme hakkına kavuşuyorlar. Ancak muhtemelen hastanelerde bir anda aşırı bir yığılmanın önüne geçebilmek için SSK'lıların devlet hastanelerine sağlık ocaklarından sevkle başvurmaları öngörülüyor. Bu iyi niyetli girişim pilot illerde sağlık ocaklarının adeta kilitlemelerine yol açıyor. Hizmet almaya gelenlerle sevk almaya gelenler arasında yer yer sürtüşmelere de yol açan uygulama, hoşnutsuzluğa yol açıyor ve kısa sürede sağlık ocaklarından sevk zorunluğu kaldırılıyor.

Kanun Koyucunun etkin bir sevk sisteminden yana olduğunu ipuçlarını bu dönemde farklı yerlerde de görmek mümkün. Örneğin *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanunun* genel gerekçesinde sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmasının faydaları sayılırken "eş zamanlı olarak başlatılacak Aile Hekimliği hizmetleriyle birlikte, etkili bir sevk mekanizmasının oluşturulması mümkün olacaktır" ifadesi kullanılmış (10). Bu Kanunun da 2005 yılı başında yürürlüğe girdiğini hatırlatalım.

2005 yılında Aile Hekimliği Uygulamasına ilk pilot il olarak seçilen Düzce'den başlanıyor. Sevkin burada da gündem-

de olduğunu görüyoruz. Uygulamaya yasal dayanak oluşturan *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 3. Maddesinde* aile hekimine yapılacak ödeme ve kesintilerden bahsedilirken hasta sevk oranlarının yüksek olmasının bir kesinti sebebi (negatif performans kriteri) olduğundan bahsediliyor (11). 5. Maddede de "Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevk olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurularından katkı payı alınır" hükmü bulunuyor.

Bu ifadelerden katkı payı miktarının yüksekliği nispetinde etkili olabilecek bir sevk sisteminin getirilmek istendiği, bunun yanı sıra aile hekiminin kendisine başvuracak her hastayı sevk etmemesi için de aile hekiminin sevk oranına bakılacağı anlaşılıyor. Kısaca Kanunun çıkarılması aşamasında aile hekimlerinden hastaların hastane başvurularını azaltmalarının (kapı tutuculuk rolü üstlenmeleri) beklendiği açık. Ancak Anayasa Mahkemesi aile hekiminin sevk oranının bir performans kriteri olması ifadesini kanundan çıkartıyor (12). Belirlenen katkı payları kayda değer olmayıp, katkı payının tahsilatı da eczaneler üzerinden yapılırken ilaç katkı payı ile karışınca, sevk sistemi var ise de görünmez hâle geliyor.

2006 yılında çıkarılan ve sosyal güvenlikte çok başlılığı bitiren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" kanun koyucunun ve sağlık finansmanını üstlenen yapının sevk zinciri hakkındaki planlarını anlamak açısından çok önemli. Kanunda 70. Maddede "Hizmet basamakları ve sevk zinciri" başlığı altında sevk zincirinin önemi şöyle kaleme alınmış: "Kurumca (SGK) sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmek zorundadır." Bu maddenin devamında acil hâller dışında sevk zincirine uyulmadan SGK ile sözleşmeli bir sağlık kuruluşuna başvurulması durumunda hizmet bedelinin yüzde 70'inin Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından ödeneceği, kalanının sigortalı tarafından ödenmesi gerektiği de yazıyor ama belli ki uygulanamayacağına karar verilmiş ve bu kısım iki yıl sonra Kanun metninden çıkarılmış.

Yine Kanun'da aile hekimleri şöyle tanımlanmış: "Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen ve Kurum (SGK) ile sözleşme yapmış hekimler". Üstelik bu tanım güncel metinde de aynen korunuyor. Oysa aile hekimliği mevzuatında aile hekimleri sözleşmeyi yerel sağlık otoritesi ile imzalıyor. Belli ki kanun koyucu, aile hekimlerini sevk zincirinin giriş kapısı olarak değerlendirmiş ve onlarla doğrudan SGK üzerinden sözleşme yaparak hizmet almayı da öngörmüş. Belli ki un, yağ ve şekeri önümüze koymuşuz da helva olmamış. Tek sebep 2003'teki SSK'lı kişilerin devlet hastanesinden yararlanmak için sağlık ocaklarından sevk almaları gerektiğinde yaşadığımız kaos olmamalı.

Nitekim 2009 yılında sevk zincirini hayata geçirmeye çalışmışız. Aile Hekimliğine geçilen illerde kişilerin acil hâller dışında aile hekimi tarafından sevk edilmeden ikinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuramayacağına dair tebliğ 2008 yılının son gününde Maliye Bakanlığı tarafından Resmî Gazetede yayımlanmış (13). 2009 yılı başında 35 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olmasına rağmen sevk zincirinin dört pilot ilde başlanıp gözlenerek yaygınlaştırılmasına karar verilmiş. Maalesef süreç 2003'tekine benzer şekilde seyretmiş ve aynı şekilde sonuçlanmış. 2018 yılında bu kez Sağlık Bakanlığı sevk uygulamasını bir kez daha denemek istemiş. Mutfak çalışmaları yapılarak, tüm basamakların sorunsuz işleyebileceği dört yerleşim yeri seçilmiş ama bu çaba gün yüzüne bile çıkamamış.

Sevk sistemini neden daha etkin bir şekilde kurgulayamadığımızı sormaya gerek yok. Muhtemelen hiçbirimizin hoşuna gitmezdi ve GSS'nin de sağlıkta prim-ödeme dengesinde önemli bir problem yaşamazken, en azından kamuoyuna bu tür bir bilgi yansımışken, bu tür bir zorlama vatandaşta gereksiz bir mutsuzluğa yol açardı, bu kesin (14). Yine de gelecek vizyonumuzda etkin bir sevk sistemi ihtiyacı açık. Yeni ilaç ve teknolojilerin geliştirilmesi giderek daha yüksek sağlık maliyetleriyle karşı karşıya kalacağımızı gösteriyor. İlaç sektörü bir süredir sadece bir kutusu ile hastanın tedavi edilebileceği yeni bir antibiyotik üretmek için yüksek maliyetli araştırmalara girmek yerine, kronik hastalıklarımız için yıllarca kullanmamız gereken yeni

ilaçlar üretmek ve bizlerle daha uzun vadeli ilişkiler kurmak peşinde. Bu durum gelecekte tedavilerimiz için daha yüksek bedeller ödeyeceğimiz anlamına geliyor. O hâlde hem sağlık sisteminizin sürdürülebilirliğini sağlamaya hem de kronik hastalıkların ortaya çıkışını engellemeye veya geciktirmeye ihtiyacımız var. Bunun yolu da etkin bir şekilde çalışan Aile Hekimliği Uygulamasından ve sevk zincirinden geçiyor. Çağdaş dünya ülkeleri bu yolu seçmişken bizim başka bir yolda ne kadar kalabileceğimiz de soru işareti.

Nüfusumuzun yüzde 25 kadarı kendi aile hekimine hiç başvurmazken bu hiç de kolay olmayacak. Sevk zinciri biraz da bunun için gerekli...

Kaynaklar

1) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12/1/1961 tarih ve 10705 sayılı Resmî Gazete.

2) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 16/6/2006 tarih ve 25200 sayılı Resmî Gazete.

3) Götürü Bedel Hizmet Sunum Genelgesi <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/326/0/goturubedelhizmetusunumgenelgesiicintiklayinizdoc.doc> (Erişim Tarihi: 14.01.2024).

4) Dünya Sağlık Örgütü Temel Sağlık Hizmetleri Web Sayfası, who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care (Erişim Tarihi: 14.01.2024).

5) Güncel Sağlık Uygulama Tebliği, <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/19102023-SUT-Degisiklik-Tebliği-Islenmis-Guncel-2013-SUT-2023-10-19-04-57-31> (Erişim Tarihi: 14.01.2024).

6) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik, 9/9/1964 tarih ve 11802 sayılı Resmî Gazete.

7) Alma-Ata Declaration, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 14.01.2024).

8) Sağlıkta Dönüşüm, T.C. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003 <https://www.halksaqlikgokulu.org/Kitap/DownloadEBook/320fb70-71b9-4399-86aa-a7d1ba4b3826>

9) hurriyet.com.tr/gundem/sskilara-devlet-hastanesi-yolu-acildi-38478261 (Erişim Tarihi: 12.01.2024).

10) Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Genel Gereğesi, TBMM Arşivi <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss686m.htm> (Erişim Tarihi: 12.01.2024).

11) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 9/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmî Gazete.

12) Anayasa Mahkemesi Kararı, Resmî Gazete 21/2/2008 tarih ve 27047 sayılı Resmî Gazete.

13) Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No:8) 31/12/2008 tarih ve 27097 (7. Mükerrer) sayılı Resmî Gazete.

14) Sosyal Güvenlik Kurumu 2020 yılı Sayıştay Denetim Raporu <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/xkQdIGMQIA-sosyal-guvenlik-kurumu> (Erişim Tarihi: 23.01.2024).