

Sevk zinciri: Hayaller ve gerçekler

Dr. Sinan Korukluoğlu



1970 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Ankara'da tamamladı. 1996'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra iki yıl özel bir şirkette yönetici olarak çalıştı. 2002'de aile hekimliği uzmanlığını tamamladı. Karabük Eskipazar Devlet Hastanesinde Başhekimlik yaptı. 2003-2006 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda danışman ve aile hekimliği koordinatörü olarak görev yaptı. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcısı, Yenimahalle Devlet Hastanesinde Başhekim olarak görev yaptı. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nde Daire Başkanlığı görevini de yürüttü. Sağlık ve bilimle ilgili derneklerde kurucu ve yönetici olarak görev yapan Dr. Korukluoğlu halen Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcısı olarak çalışmaktadır.

Sağlık politikalarında istikrarın tartışıldığı bu dosyada, bu yazı ile sevk zinciri politikası üzerindeki seyrin incelenmesi amaçlanmaktadır. Sağlıkta sevk zincirinden genel olarak anlatılmak istenilen kişinin önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurması, burada çözülemeyen sorunları için ikinci basamak sağlık kuruluşuna birinci basamak tarafından yönlendirilmesi, burada da çözülemeyen sorunları için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna ikinci basamak tarafından yönlendirilmesidir. Yukarıdaki tarifin içine sağlık sisteminin tüm aşamaları dahil olduğundan bu yazı içinde dosyanın diğer yazıları ile keşilebilecek şekilde bazı konular da geçebilecektir. Bu sebeple bu başlık sahiplerinden özür dilerim.

Yukarıda tarif etmeye çalıştığım seyrin son derece basit ve makul gözükse de iş sahaya inince oldukça farklı görünmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşu denildiği zaman eskide kaldığı ismiyle sağlık ocakları, günümüzdeki adıyla aile sağlık merkezleri kabul görmektedir. Eskiden sağlık ocaklarına paralel, Sağlık Bakanlığı bünyesinde dikey organizasyonla oluşturulmuş anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sıtma savaş dispanserleri, verem savaş dispanserleri gibi pek çok merkez, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet vermekteyken, Sağlık Bakanlığının 2003'ten itibaren

uygulamaya koyduğu uygulamalarla bu alan sadeleşti. Ancak aile sağlığı merkezlerinin regülasyonu, denetimi ve sahada vermesi zor olan halk sağlığı ile ilgili görevleri yürütmesi beklenen toplum sağlığı merkezleri, çeşitli görevler üstlenerek birinci basamak sağlık kuruluşları için bir alternatif oluşturmuş durumda, ama yine de birinci basamak sağlık hizmeti veriyor denilebilir.

Burada kısaca temel sağlık hizmeti kavramından da bahsetmek gerektiğini düşünüyorum. Temel sağlık hizmetleri kavramı ile birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı kapsam olarak pek çok kesişme noktası olması sebebiyle çoğu zaman birbiri yerine kullanılan kavramlar, bu nedenle pek çok idari ve politik metinde anlam ve hedef karışıklığına yol açabilmekteler. Temel sağlık hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü'nün ilk defa 1973'te yaptığı tanımlama ile gündeme gelmiştir. Bu tanıma göre "temel sağlık hizmetleri toplumun sağlık yardımını ilk talep ettiği zaman karşılaştığı genel sağlık hizmetleridir, sağlık hizmetini talep edenlerin sağlık sistemi ile ilk temas alanıdır. Temel sağlık hizmetleri hasta bireylerin olduğu kadar, sağlıklı toplumun hizmeti ile de görevlidir." Tanımı incelediğimizde hizmetin verildiği yerin çok da dikkate alınmadığı gözlenmektedir. Bu hizmet kapsamını çeşitli alanlarda uzmanlaşmış hekimlerin de bulunduğu bir yerde verilebileceği düşünülebilir ki, aslında bu düşünce tarih içinde sağlık hizmetlerinin seyrini incelendiğinde çok da yanlış bir düşünce

olmayacaktır. Bir kişi hastalandığında ilk hastaneye başvurduğunda aldığı tıbbi bakım veya bir çocuğun aşılınması için hastaneye getirilmesi temel sağlık hizmeti tanımı içinde yer alacaktır.

Modern sağlık hizmetlerinin sorunu olmaktan çok modern sağlık yönetiminin kendine dert ettiği, sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde dağıtılarak toplumun genel sağlık seviyesinin yüksek tutulması hususu sevk zincirinin temel başlangıç noktasını oluşturmuştur. Sevk zincirinin başlangıç noktası temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği yer olarak düşünülen birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu nedenle sevk zinciri politikasının istikrarını değerlendirmeye başlayabilmek için modern sağlık idaresinin temelini atıldığı yirminci yüzyıldaki seyre bakmak gerekir.

Temel Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Seyri

20. yüzyıl iki dünya savaşına sahne olmuştur. Aslında tarih boyunca pek çok büyük savaş silsilesi yaşansa da bu iki savaşın dünya adı ile anılmasının temel sebebi, savaşın aslında Avrupa'da kitlesel savaş şeklinde seyretmesidir. Bu iki savaşın ardından günümüzün gelişmiş ülkeleri yıkım seviyesinde hasar görmüştü. İkinci Dünya Savaşının akabinde bu ülkeler bir araya



gelerek aslında oldukça iyi niyetli bir başlangıçla Birleşmiş Milletler isminde bir örgüt oluşturarak bu yıkımların tamiri ve savaşların önlenmesini amaçlamıştı. Bu örgütün bir kuruluşu olarak da sağlık seviyesinin yükseltilmesi hedefiyle Dünya Sağlık Örgütü birçok iyi niyetli çalışma yürütse de nihayetinde ülkelerin sağlık konusundaki gayretleri ülke düzeyine yaygınlaşmamış, vatandaşları seviyesine inememişti.

Bu yöndeki çalışmalar "herkes için sağlık" şeklinde özetlenebilecek bir yapıya doğru evrilmeye başlayınca bu anlayış birçok ülkede benimsendi. İnsanları bütüncül olarak, yaşadıkları ortamları ile beraber değerlendiren, sağlığı korumayı önceleyen sağlık bakım hizmetlerinin kolaylık ve ekonomikliği ülkelerin idarecilerini cezbettir ve bu alanda uzmanlaşan hekimlik uygulamalarını desteklediler. Nihayetinde aile hekimliği, genel pratisyenlik, toplum hekimliği gibi adlarla anılan mesleki yapılanmalar gelişti. Bu mesleki yapılanmaların görev yeri olarak belirlenen kuruluşlar ise birinci basamak sağlık kuruluşları olarak adlandırıldı. Ülkeler kendi ekonomik, siyasi ve kültürel yapılanmalarına göre farklı farklı organize oldular. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli yöntemlerle desteklendi ve yapılandırılması sağlandı.

Bu süreç içinde ülkemiz Kurtuluş Savaşından çıkmış, İkinci Dünya Savaşına fiilen katılmasa da dünyada oluşturduğu ekonomik sıkıntıları atlattırma çalışan bir

ülke durumundaydı. O günden bugüne ülkemizin temel sağlık hizmetleri özelinde sağlık politikalarını hatırlamanın istikrarı tartışma açısından faydalı olacağını düşünüyorum.

Türkiye'de Sağlık Politikalarının Geçmiři

Selçuklu ve Osmanlı tıp geleneğinde, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı ve devamlılığı olmuştur. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında bütün kurumları ile daha çok Batıya dönük bir yol takip edilmiştir. Sağlık politikaları da bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalmayarak temel eğilim değişiklikleri göstermiştir.

1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı

Modern sağlık hizmetlerinin sorunu olmaktan çok modern sağlık yönetiminin kendine dert ettiği, sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde dağıtılarak toplumun genel sağlık seviyesinin yüksek tutulması hususu sevk zincirinin temel başlangıç noktasını oluşturmuştur.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık personeli ve tesislerinin azlığı sebebiyle sağlık hizmetine erişimin çok güç olduğu görülmektedir. Bu dönemde hekime ulaşmanın bile lüks olarak algılanması normalken, bir merkezden diğerine sevk fiiliyatta mümkün bir uygulama olmamıştır. Tüm merkezlerde tetkik imkanları sınırlı, uzman hekim sayısı çok az olduğundan bir başka merkeze sevk gerçekte pek anlamı da olmadığından yerinde tedavi edilemeyen hastalar genellikle evlerine gönderilmekte idi.

olan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sunmuştur. 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları eliyle, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu. Bu dönemde 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır. Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusu olmuştur:

- 1) Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2) Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması.
- 3) Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi

hizmet uygulanması,
4) Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmetleri, "geniş bölgede tek amaçlı hizmet"/"dikey örgütlenme" modeli ile yürütülmüştür.
- Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmalarını yasaklanmıştır.

1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet Dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak adlandırabilen "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası'nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka Hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM'nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Milli Sağlık Planında köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara'da 1953'te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi yapılmıştır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur. Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023) Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)

1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yayıgın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir.

1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993'de Birinci ve İkinci Ulusal

Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için

kalite ve akreditasyon,
7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak hazırlanmıştır. Sağlık hizmetinin sunumunda bireye en yakın olan, sağlık problemlerinde en kolay ulaşılabileceği ve sisteme giriş kapısı olarak kullanılacak unsur birinci basamak sağlık hizmetleri olarak belirlemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmet sunumunu insan merkezli olarak planlarken, birinci basamak sağlık hizmetinde de aile hekimliği uygulamasına geçişi öngörmüştür.



Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşılmasının başarıyı arttıracacağı bilinmektedir. Bu ilkelerden hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçebileceği doktorlar tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır, hasta olduğunda her türlü sağlık sorununun çözümü için yapabileceği her şeyi yapar, çözümü özel uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, diş hekimlerine, veya ikinci - üçüncü basamak sağlık

kurumlarına yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Prof. Dr. Nusret Fişek'in sözleriyle ifade edecek olursak: "Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir."

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunmaları için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesi gereklidir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu hizmete yönelik talebin ortaya çıkması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak şekilde birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler. Yukarıda belirtilen politikalar ışığında 9.12.2004 tarihinde kabul edilen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ülkemizde aile hekimliği uygulamasına başlanmış ve zaman içinde ülkeye yaygınlaşmıştır.

Sevk Zinciri Politikası

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık personeli ve tesislerinin azlığı sebebiyle sağlık hizmetine erişimin çok güç olduğu görülmektedir. Bu dönemde hekime ulaşmanın bile lüks olarak algılanması normalken, bir merkezden diğerine sevk fiiliyatta mümkün bir uygulama olmamıştır. Tüm merkezlerde tetkik imkanları sınırlı, uzman hekim sayısı çok az olduğundan bir başka merkeze sevk



Sevk zincirinin hayata geçebilmesi için vatandaşın sağlık sorunlarının birinci basamakta, yani aile hekimi seviyesinde çözüldüğüne inanması gereklidir. Aile hekimliğine başvuru, hastaneye başvurudan daha cazip ve kolay olmadığı sürece vatandaşın sevk zincirine uymasını beklemek doğru olmayacaktır. Aile hekimliğinin bu alanda uzmanlaşmış hekimler ve sağlık personeli ile yürütülmesi, maddi teşviklerin uygulanması gibi cezbedici tedbirlerin alınması basamaklı sağlık hizmetinin hayata geçmesini kolaylaştıracaktır.

gerçekte pek anlamı da olmadığından yerinde tedavi edilemeyen hastalar genellikle evlerine gönderilmekte idi.

İlerleyen yıllarda hekim ve sağlık tesisi sayısındaki artış ile ilçeden il merkezine hasta sevkleri başlamış olsa da sistemik bir sevk uygulaması gelişmemiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunla sevk zinciri bir politika olarak resmen benimsenmiştir. Kanunun "Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi" başlığı altındaki 13. maddesi şu şekildedir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevkini gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları -kendi yetenekleri dahilinde olan müdahaleyi mütaakıp gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehasıs müdahalesini icab ettiren doğumlar hastanelere veya doğum evlerine sevk edilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı sağlık merkezi ve hastanelerde

hizmetin nasıl yürütüleceği Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca hazırlanan bir yönetmelikle tesbit edilir."

Yukarıdaki madde ile kişilerin önce sağlık ocaklarına başvurmaları gerekliliği şart koşulmuş, sağlık personelinin hangi vakaları üst merkezlere sevk edebileceği detaylı olarak sayılmıştır. Bu maddenin gerekçesi ise şu şekilde ifade edilmiştir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenlerin, yukarıda sayılan, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve hastane kademelerine sırasile müracaat edeceklerini amir bulunmaktadır. Bu cihet çeşitli hizmet kademelerini kendilerkilerden evvelkilerden başarabileceği işlerle yüklememek ve bunlardaki tedavi malzeme ve vasıtalarını lüzumsuz olarak harcamamak ve bilhassa yatakları sebepsiz yere işgal ettirmemek bakımından pek önemli ve İngiltere'de dahi tatbik edilen bir tedbirdir. Bu kademelerde hizmetin nasıl ifa edileceğine dair bir yönetmelik çıkarılması da bu maddenin hükümleri icabındandır."

224 sayılı kanun Dünya Sağlık Örgütü temel sağlık hizmetleri kavramı üzerindeki çalışmalarını başlatmadan yaklaşık 30 yıl öncesinde ülkemizde yürürlüğe girmiş bir kanundur. 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata'da düzenlediği ve

“herkese sağlık” sloganı ile benimsediği temel sağlık hizmetleri ilkelerinin pek çoğunu içinde barındırmaktaydı. Ancak kanunun uygulanması ile ilgili pek çok sıkıntı çıkmıştı. İlk sıkıntı kanunun askeri yönetim döneminde hazırlanmış bir kanun olması sebebiyle sivil yönetim tarafından ileriki yıllarda kenara itilmesi olarak söylene de asıl sıkıntı kanun tasarısı Türkiye Büyük Millet Meclisinde kanunlaşırken kanunun yürütülmesini sağlayacak mali kaynak maddelerinin kanun metninden çıkarılması idi. Özetle tarihimizde bir benzerini yaşadığımız gibi sağlık sistemini yürütecek motorun benzini konulmamıştı. Buna rağmen yeterli seviyede sağlık ocaklarının sayısının artması, hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesine hız verilmesi sahada, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin aşı kısmında büyük başarılar elde edilmesini sağlamıştır. Ancak sağlık ocaklarının zamanla hantallaşan yapısı, teşhise yönelik imkanlarının geliştirilmesi gibi sebeplerle vatandaş gözünde pek muteber kurumlar olamamıştır. Bu hususun gerekçeleri konumuz dışında kalsa da bu durum sevk zincirinin de işletilememesinin temel gerekçelerinden birisi olmuştur.

Zamanla sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıya kavuşmuştu. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştı. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibiydi. Özellikle ülkenin büyük bir kesimini oluşturan SSK’ya tabi vatandaşlar sadece bu kurumun dispanser ve hastanelerinden hizmet alabiliyorlardı. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri ile temasları neredeyse hiç yoktu. Bu vatandaşlar için sevk zinciri “sigorta hastanesinden üniversite hastanesine” anlamı taşıyordu. Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmişti. Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulmaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştu. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştı.

2004 yılında pilot uygulamaya yürürlüğe giren aile hekimliği uygulaması, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması,

Genel Sağlık Sigortasının yürürlüğe girmesi ile sağlık sistemi sadeleşmiştir. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin işletilmesi açısından taze bir kan olmuş, âtil hekim ve sağlık personelinin sahada aktif görev almasını sağlamıştır. Kanun sevk zorunluluğu ile ilgili ifade içermemektedir. Bu kanuna dayalı çıkarılan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ilk 2005’te yayımlanmıştır. 2017 Mayıs ayında yayınlanan hali üçüncü versiyonudur. Bu sürede aynı yönetmelikte beş kere de değişiklik yapılmıştır.

Aile hekimliği uygulamasının pilot döneminde üç ilde sevk mecburiyeti getirilmiş ancak Aile Sağlığı Merkezlerinin bu yükü kaldıramayacağı anlaşıldığından kısa sürede vazgeçilmiştir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinin son halinde “Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirim yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.” aile hekiminin görevi olarak sayılmaktadır.

Kullanılacak belgeler kısmında ise “Aile hekimisi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler. (...) Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir. (...) Aile hekimisi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.” ifadeleri ile sevk işleminin işleyişi belirtilmektedir. Aile hekimliği uygulamasına dair yönetmeliğin ilk halinde sevk oranı ile ilgili bir performans ölçütü belirlenmiş olmasına rağmen son halinde sevk oranı performans ölçütlerinden çıkmıştır. Ancak aile hekimlerinin hastalarını sevk etme ihtiyacı duyduklarında Merkezi Hekim Randevu Sisteminden hastaları için randevu oluşturma yetkisi tanınmıştır.

Sonuç

Sağlık sistemimizin yakın geçmişinde hep basamaklı bir sağlık sistemi hedeflenmiştir. 1961 yılında kabul edilerek yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile kanun seviyesinde mecburi tutulan sevk zinciri neredeyse tüm hükümetlerin programlarında da bir şekilde yer almıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programında da birinci basamağın güçlendirilmesi, aile hekimliği ve etkili bir sevk sistemi başlıkları altında basamaklı sağlık sistemi öngörülse de aile hekimliği uygulamasının yürürlüğe girdiği son on beş senedir bir türlü hayata geçirilememiştir.

Sevk zincirinin hayata geçebilmesi için vatandaşın sağlık sorunlarının birinci basamakta, yani aile hekimi seviyesinde çözüldüğüne inanması gereklidir. Aile hekimliğine başvuru, hastaneye başvurudan daha cazip ve kolay olmadığı sürece vatandaşın sevk zincirine uymasını beklemek doğru olmayacaktır. Aile hekimliği seviyesinde teşhis imkanlarının artması, aile hekimliğinin bu alanda uzmanlaşmış hekimler ve sağlık personeli ile yürütülmesi, maddi teşviklerin uygulanması gibi cezbedici ve hastaneye başvuranları caydıracak ama engellemeyecek tedbirlerin alınması basamaklı sağlık hizmetinin hayata geçmesini kolaylaştıracaktır. Vatandaş basamaklı sağlık hizmetine zorlamak aile sağlığı merkezlerini birer sevk noktasına çevirerek halen yürüyen işlevinin de ortadan kalkması ile neticelenecek, aile sağlığı merkezlerini de kaldıramayacakları bir iş yükünün altına sokacaktır. Son cümle olarak devletin sevk zinciri politikasının son derece istikrarlı olduğunu ifade edebilirim. Devamlı yürürlükte olan ama asla uygulanmayan bir politika izlenmektedir.

Kaynaklar

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Gerekçe Metni. TBMM Arşivi Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2004. Eds. Aydın S., Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı. Aralık 2012. Ed. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri – Kasım 2002-2008 (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırası). Sağlık Bakanlığı. Kasım 2008. Eds. Akdağ R., Aydın S., Buzgan T., Demirel H., Gündüz F. www.resmigazete.gov.tr