

Sevk zinciri: Mevcut durumda çözüm mümkün mü?

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 Hastanesi Başhekimliğini 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 derneklere kurucu ve yönetici olarak görev yapan Dr. Korukluoğlu halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hekimlik yapmaktadır.

Sağlıkta sevk zincirinden genel olarak anlatılmak istenen; 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. Yukarıda tarif etmeye çalıştığım seyir son derece basit ve makul gözükse de sahada oldukça farklı durumlar yaşanmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşu denildiği zaman, eski adıyla Sağlık Ocakları, günümüzdeki adıyla Aile Sağlık Merkezleri (ASM) anlaşılmaktadır. Eskiden sağlık ocaklarına paralel, Bakanlık 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 Bakanlığı'nın 2003'ten itibaren uygulamalarıyla bu alan sadeleşti. Sahada verilmesi daha zor olan halk sağlığı görevlerini yürütmesi beklenen Toplum Sağlığı Merkezleri, ASM'lerin regülasyonu ve denetimi yanında üstlendiği çeşitli görevlerle birinci basamak sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlar olarak kabul edilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başladığı tarihten bu yana aile hekimliği uygulaması kapsamında, özellikle sağlıklı hayatı koruyucu ve uzatıcı tedbirlerin sahaya yansıtılmadığı müşahade edildiği için sağlıklı beslenme, obezite ile mücadele, hareketli hayatı teşvik, muhtelif bağımlılıklardan kişileri ve toplumu koruma adına Sağlıklı Hayat Merkezleri de sağlık hizmetinin topluma yansıyan yeni kurumları olarak gündeme girdi.

Sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde yaygınlaştırılarak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi hususu sevk zinciri fikrinin temelini oluşturmaktadır. Sevk zincirinin başlangıç noktası, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği yer olarak düşünülen birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşılmasının başarıyı artırdığı bilinmektedir. Bu ilkelerden hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçebileceği doktorlar tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik olması için etkili ve kademeli

bir sevk zincirinin kurulması gerekir. 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 yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptir. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önlemek yanında, ikinci basamakta gereksiz yığılımları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engeller.

Ülkemizde 1961 yılında 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 sevki gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık

ocasında 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 mütehassıs müdahalesini icabettiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir.”

Sağlık ocaklarının sayısının artması, hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesine hız verilmesi, sahada ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin aşı kısmında büyük başarılar elde edilmesini sağlamıştır. Ancak sağlık ocakları, zamanla hantallaşan yapısı, teşhise yönelik imkânlarının geliştirilmesi gibi sebeplerle vatandaş gözünde pek muteber kurumlar olamamıştır. Bu durumun gerekçeleri arasında sevk zincirinin işletilememesi de sayılmalıdır.

O günlerin birinci basamak hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri iç açıcı değildir. 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 ve 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 uygulamayla 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, atıl hekim ve sağlık personelinin sahada aktif görev almasını

sağlamıştır. Aile hekimliği ile ilgili kanun sevk zorunluluğu ile ilgili ifade içermektedir. 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 yapıları 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.

Sağlıkta Dönüşüm Programının politik olarak sağlık hizmeti talep eden kişilere belki de en hoş gelen argümanı “Hekim Seçme Özgürlüğü” idi. Kişiler sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında istedikleri hekime, yaşadıkları yerden de bağımsız olarak başvurabilme hakkını kazandıklarını hissetmişlerdi. Bu sınırsız özgürlük hissi günümüzde yaşanan veya yaşandığı iddia edilen hizmetlerde aşırı kullanımın (overutilization) sebebi olarak dile getirilmiştir. Ancak bu kullanımın gerçek bir aşırı kullanım olduğu konusunda net bir bilimsel veri ortaya konulamamış, politik görüşler çerçevesinde şekillenmiş iddialar dile getirilmiştir.

Geçmişten günümüze incelediğimizde sevk işleminin mevzuat şartları dışında halkımızın kültürüne hiç girmediğini görüyoruz. Vatandaşımız sorunu çözemediği için değil, sorununun çözüleceğine inandığı yer için sevk talebinde bulunmuştur. Kişilerin sevk zincirine uymaları için öncelikle sorunlarının aslında birinci basamakta çözüleceğine inanmaları gerekmektedir. Birinci basamakta görev yapan başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin de bu sorunların çoğunu çözebileceğine inanmış olmaları gerekmektedir. Mevcut tıp eğitimimizin içinde maalesef birinci basamak tıp pratiği çok az yer tutar. Sahadaki hemşirelerimiz ve ebelerimiz arasında eğitimleri boyunca gebe takibi ve doğum görmeden veya yeterli şekilde görmeden göreve başlamakta, doğumla baş başa kalma anksiyetesi ile mesleklerini icra etmeye gayret etmektedirler. Sahada görev yapan hekimlerin aile hekimliği uzmanı olacak şekilde yapılandırılmış bir eğitim almaları birinci basamakta çözülen sağlık sorunu oranını yükseltecek, hekim ve aile sağlığı elemanında mesleki tatmini yükseltecektir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının tanıyı destekleyici ve tedavinin faydasını takip edebileceği tetkik imkanlarına erişiminin olması da sevk zinciri ihlallerinin önüne geçebilecektir. Nasılsa tetkik için hastaneye gideceğim düşüncesine sahip bir hastayı zorla aile sağlığı merkezine yönlendirmek pratik bir yaklaşım olmaktan da uzak olacaktır. Vatandaşın buralarda sorunun çözüldüğünü müşahade etmesi ise bu merkezlere olan itimatı artırarak öncelikle buralara başvurmasını kolaylaştıracaktır.

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 gündeme girdiği son on beş senedir bir türlü hayata geçirilememiştir.

Kaynaklar

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Gereke Metni. TBMM Arşivi

Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2004. Eds. Aydın S., Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A.

Aydın S. Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 35:6-13 Haziran-Temmuz-Ağustos 2015

Aydın S. Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 15:8-11 Haziran-Temmuz-Ağustos 2010

Fişek N.:Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985

Korukluoğlu S. Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamağı: Aile Hekimliği Uygulaması. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 15:16-19 Haziran-Temmuz-Ağustos 2010

Korukluoğlu S. Sevk Zinciri: Hayaller ve Gerçekler. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 47:34-37 Yaz 2018

Murt A. Sağlık Hizmetlerinde Talep Yönetimi. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 36:72-75 Eylül-Ekim-Kasım 2015

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