

ARAŞTIRMA

Yusuf Üstü¹
 Mehmet Uğurlu²
 İsmail Kasım³
 M. Taşkın Eğici⁴

¹Ankara Atatürk Eğitim ve
 Araştırma Hastanesi, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp
 Fakültesi, Aile Hekimliği AD,
 Ankara

³Ankara Numune Eğitim ve
 Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği
 Saha Koordinatörü, Ankara

Yazışma adresi:

Dr. Yusuf Üstü

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma
 Hastanesi, Ankara

Tel: +90 505 562 8994

E-mail: yusufuestue@yahoo.de

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Sonrası Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklıklarının Değerlendirilmesi

ÖZET

Amaç: Çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına geçilirken uygulamanın başladığı illerdeki başvuru sıklığı incelenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılmasına katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Metot: Bu kesitsel çalışmada 15.09.2005–01.08.2008 arasında Aile Hekimliği uygulamasına geçilen ve halen sevk zinciri olmayan 6 pilot ilde, uygulama öncesi ve sonrasındaki birinci ve ikinci basamak hizmetlerine başvuru sıklıkları karşılaştırılmaktadır.

Bulgular: Uygulamaya geçilen 6 ile ait 81 yerleşim biriminden alınan verilere göre, 2008 yılında poliklinik müracaat sayısı bir önceki yıla göre %26,3 gibi anlamlı bir oranda artmıştır (t=3,401; p=0,001). 2005–2008 yılı arasında olan artışlar ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında %38,6, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında da %131,6 ve tüm poliklinik müracaatlarında da %91,3 düzeylerinde gerçekleşmiştir. Çalışmanın yapıldığı merkezlerde aile hekimliğine geçildikten sonra ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan yıllık hasta müracaat sayısındaki artış %22 oranında olmuştur. Hastanelere yapılan müracaat oranı, birinci basamak müracaatlarına göre yaklaşık %10 daha fazladır.

Sonuç: İkinci basamağa başvuru sıklığı halen yüksektir. Birinci basamağın gelişimi için yeni gelişmekte olan aile hekimliği uygulaması, hizmet entegrasyonun sağlanması ve sevk zincirinin tesisi açısından umut vermektedir. Sevk zinciri sisteminin başarılı olması için uygulamanın başarısızlığına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması gerekir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde yapılan son değişiklikler genelde olumlu olmakla birlikte, mevcut uygulamadaki sağlık kuruluşları arasında entegrasyon eksikliği ve sevk zincirinin tam anlamıyla işletilememesi çeşitli problemlere sebep olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Temel Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği, Sevk zinciri.

Application Frequencies to Health Institutions after the Health Transformation Project

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to evaluate patients' frequency of approaching family practitioners under the transformation to practicing Family Practitioner under the Health Transformation Project. The study debates to contribute to the consolidation, reconstruction and invigoration of primary care.

Method: In this cross sectional study, application frequencies to primary and secondary healthcare institutions before and after the initiation of family practicing where still there is no gatekeeping system in place in the six pilot provinces from 15.09.2005 to 01.08.2008 are compared.

Results: According to data obtained from 81 allocation units of 6 provinces, applications to outpatient clinics increased 26,3% in 2008 compared to the previous year and this was found significant (t=3,401; p=0,001). The increase between 2005 to 2008 were more precisely seen as follows: 38,6% in primary health care services, 131,6% in secondary health care services, and a 91,3% increase in all patient polyclinic applications. In the institutions that the study was carried out, yearly increase in the application frequencies to the secondary care services was 22% after family practicing had started. The applications to the hospitals were 10% more than the applications to primary care services.

Conclusion: For the time being, applications to secondary care institutions are still high. Newly developing family practicing is promising for integration of health services and for the establishment of the gate keeping. Factors in turning the approach into practice which are contributing failure must be abolished for the success of the gate keeping. Although the last changes carried out in the context of Health Transformation Project have been generally favorable, lack of integration between health institutions and insufficient performance of the referral system in the current system are causing several problems.

Key words: Primary Health Care, Family Practice, Referral System.

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması, aile hekimliği uygulaması ile hız kazanmıştır. Uygulamanın başladığı illerdeki başvuru sıklığı, basamaklı sağlık sisteminin işleyişi açısından önemlidir. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, bugün ulusal sağlık sistemlerinin artan talebe karşılık kaynak kısıtlılığı, sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizlikler ve sağlık insanı gücünde sayı ve nitelik olarak eksiklik gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya, bu yönde bir takım stratejiler geliştirmeye çalıştıkları gözlenmektedir. Yeni bir sistem tasarlanırken, bir yandan gelişmiş dünyanın felsefesi, diğer yandan da ülkenin kendi kalkınma öncelikleri dikkate alınmalıdır (1,2).

Çağdaş sağlık sistemi, “Herkes, her zaman ve her yerde” sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için atılması gereken en önemli adımlardan birisi, sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak ve fiilen ikinci basamakta verilmesi durumunda sağlık hizmetlerinde yaygınlıktan, eşitlikten ve verimlilikten söz etmek mümkün olamaz. Türkiye’de mevcut uygulamada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aksamalar yaşanmaktadır. Bu aksaklıklar üzerinde değişik faktörlerin farklı boyutlarda etkileri olmakla birlikte, başlıca sebep, sağlık personelinin dağılımındaki dengesizlik ve çalışan sağlık personelinin motivasyon eksikliğidir. Mezuniyet sonrası eğitim ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının alt yapı yetersizlikleri de önemli faktörlerdir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu yerleşim birimlerinde daha etkili verilebilmesi için geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir (3,4).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği yeni Aile Hekimliği uygulamasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanacağına dair yeterince esneklik sunulmaktadır ve birinci basamağı kuvvetlendirmek için daha fazla kaynak vaat edilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının daha doğrusu basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinde etkili bir birinci basamak uygulamasının yapıldığı ülkelere bakıldığında, Aile hekiminin sağlık sistemine giriş işlevi görmesi sağlanmaktadır. Aile hekimi, “sağlık hizmetlerinin kullanımından birinci derecede sorumlu doktor” dur. Ayrıca, sevk ve geri bildirim önemli ölçüde uyulmaktadır. Aile hekimi, hastasının branş uzmanına başvurmasına gerek olup olmadığına karar verdiği gibi, hastaya verilen hizmetleri izler, hizmet birimleri arasında koordinasyonu sağlar. Bu sayede hastaların uzman hekim kaynağını kullanmalarına rehberlik eder (4,5).

Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması uzun bir süreçtir. Bu yeni durum hem sağlık çalışanları, hem de vatandaşların uyum ve davranış değişikliğini gerektirir. Bu sürecin

başarılı bir şekilde tamamlanması için yasal ve finansal düzenlemeler kadar, iyi bir organizasyon, eğitim, uyum ve güven tesisi de önemlidir. Bu açıdan kültürel özellikler, alışkanlıklar ve peşin kabulleri de dikkate alarak kontrollü yerel uygulamalar yapılmaktadır. Bununla birlikte, gerektiğinde koruyucu önlemler, denetim sistemi ve ödeme sistemlerinden elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeniden gözden geçirmelerin yapılması zorunludur (6,7). Aile hekimliği uygulamasında, 2009 Aralık ayı itibarıyla toplam 38 ile ulaşılmıştır. Bu illerin toplam nüfusu 22,9 milyondur ve miktar Türkiye nüfusunun %32,4’üne işaret etmektedir. Aile Hekimliği Uygulamasının 2010 yılı içinde tüm illere yaygınlaştırılması hedeflenmektedir (8).

Bu çalışmada Aile Hekimliği Uygulamasına geçilen yerlerde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda olan artış oranının ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuru artışına göre daha fazla veya aynı olacağı hipotezinden yola çıkılarak, Aile Hekimliği Uygulamasına geçilen bazı pilot illerdeki birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurular incelenmiştir.

MATERYAL VE METOT

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışmada Aile Hekimliği uygulamasına geçilen pilot illerde (Edirne, Elazığ, Adıyaman, Denizli, Eskişehir ve Samsun) uygulama öncesi 2002–2005 dönemi ile 15.09.2005–01.08.2008 arası uygulama sonrasında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine yararlanma sıklıkları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma için iller belirlenirken bu illerin, uygulamaların en az altı ay süreyle sürdürüldüğü iller olmasına dikkat edilmiş, bunlarda aile hekimliği uygulamasının etkisinin daha iyi görülebileceği düşünülmüştür.

İllerin seçiminde bir başka kriter ise, seçilen illerin Türkiye’nin sağlık hizmet sunumu açısından farklılık gösteren doğu, batı, kuzey ve güney bölgelerinden ve nüfus açısından birbirine yakın iller olmalarıdır. Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerin geçiş tarihleri ile ilgili bilgiler **Tablo 1**’de görülmektedir.

Tablo 1. Aile Hekimliği uygulamasına geçilen iller, aile hekimliğine geçiş tarihleri ve aile hekimi pozisyon sayısı

| İl | Geçiş Tarihi | Aile hekimi pozisyon sayısı |
|------------------|--------------|-----------------------------|
| Eskişehir | (17.07.2006) | 210 |
| Edirne | (01.12.2006) | 110 |
| Adıyaman | (25.12.2006) | 163 |
| Denizli | (25.12.2006) | 161 |
| Elazığ | (04.01.2007) | 167 |
| Samsun | (01.03.2007) | 342 |

İstatistiksel Analizler: Tüm istatistiksel değerlendirmeler için SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago, USA) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler frekans veya aritmetik ortalama \pm standart sapma şeklinde sunuldu. Yıllara göre oransal değerlerdeki farklılıklar Ki-Kare testi ile araştırıldı. Aile Hekimliği uygulamasının birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri üzerine etkilerini araştırmak için Wilcoxon işaret testi kullanıldı. Yanılma düzeyi olarak 0,05 seçildi. Bu değere eşit veya küçük p değerleri için "aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu" yorumu yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 6 il'e (Edirne, Elazığ, Adıyaman, Denizli, Eskişehir ve Samsun) ait 81 yerleşim biriminden toplanan verilere göre bu yerleşim birimlerinin 2008 itibariyle toplam nüfusları 3.967.041 idi ve bu illerde toplam 1275 aile hekimi çalışmaktaydı. İllerde bulunan aile hekimi sayısı 110 ile 342 (sırasıyla Edirne ve Samsun illerinde) arasında değişmekteydi. Şehir merkezleri ile kırsal bölgeler arasında, coğrafi, yerleşim, ulaşım gibi değişik faktörlerden dolayı farklılık göstermekle birlikte aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3962,96 \pm 1039,25 (Min: 1936, Maks: 5985) kişiydi. Bu yerleşim birimlerinden alınan verilere göre, 2002–2008 yılları arasında poliklinik müracaat sayılarının anlamlı derecede artış gösterdikleri saptanmıştır ($\chi^2=22829,130$; $p<0,001$). Bu artışlar birinci basamak sağlık kuruluşlarında %38,6, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında da %131,6 ve tüm poliklinik müracaatlarında da %91,3 düzeylerinde gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Buna karşılık, aynı dönem içinde acil müracaatlarında %3,41 oranında bir azalma olduğu ve 6 ildeki acil servise başvuruların 2002–2008 döneminde %15,61 den %12,20 değerine düştüğü saptanmıştır. Aile Hekimliği uygulaması öncesine göre birinci basamak poliklinik sayısının tüm poliklinik sayısı içindeki payının aradan geçen üç yıllık süre içinde %42,0'den %36,9 düzeyine indiği saptanmıştır. Birinci basamakta 2002-2005 yılları arasında yıllık %13,81 artış olmasına rağmen bu oran bir sonraki dönem olan 2005-2008 arasında binde 4,59 değerine kadar azalmıştır.

Çalışmanın yapıldığı merkezlerde aile hekimliğine geçildikten sonra ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan hasta müracaat sayısındaki artış yıllık ortalama %4,55 oranında olmuştur.

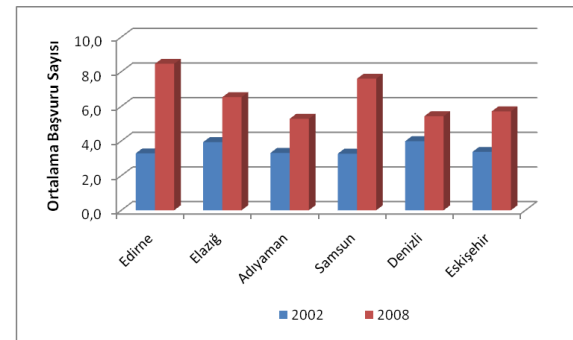
Toplam poliklinik muayene sayısı açısından incelendiğinde 2002–2005 döneminde %45,87 gibi büyük bir artış göstermesine karşılık, izleyen üç yıllık dönemde bu artış hız keserek %15,39 değerinde gerçekleşmiştir.

İllerin nüfuslarının farklı olması nedeniyle poliklinik muayene sayıları yerine bu farklılıktan direkt olarak etkilenmeyen bir parametre olarak kişi başına yıllık ortalama başvuru sayıları incelendi. İncelenen illerde ortalama başvuru sayılarının birbirine yakın değerlerde oldukları ve bu değerlerin 2002 yılında 3,84 ve 2008 yılında da

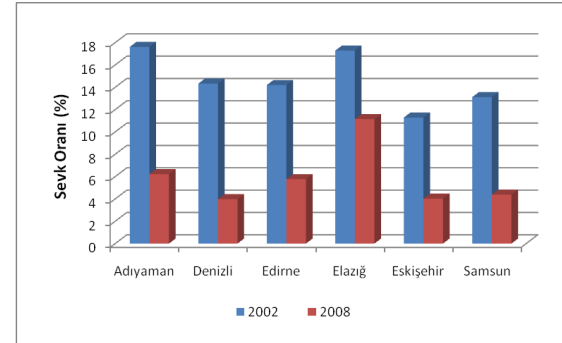
5,94 olduğu bulundu. Bu iller içinde Edirne'de 2008 yılı ortalama başvuru sayısının 8,45 olması dikkat çekmekteydi (Şekil 1).

Tablo 2. Edirne, Elazığ, Adıyaman, Denizli, Eskişehir ve Samsun illeri (Sağlık Bakanlığı Kurumları) 2002–2005–2008 Yılı Poliklinik Müracaat Sayıları

| Sağlık Hizmetinin Verildiği Kademe | YILLAR | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| | 2002 | 2005 | 2008 |
| Birinci basamak | 179,000 (%43,3) | 201,000 (%42,0) | 248,000 (%31,4) |
| İkinci Basamak | 234,000 (%56,7) | 277,000 (%58,0) | 542,000 (%68,6) |
| Toplam | 413,000 (%100, 0) | 478,000 (%100,0) | 790,000 (%100,0) |



Şekil 1. Aile hekimliği uygulaması olan illerde kişi başı ortalama sağlık kurumuna başvuru sayıları (2002–2008)



Şekil 2. Aile hekimliği uygulanan illerde 2002 ve 2008 yılları sevk oranları

il merkezleri dışında kişi başına sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları aile hekimliği uygulaması öncesi ve sonrasında sırasıyla 2,7 \pm 1,2 ve 3,4 \pm 1,6 ($z=5,246$; $p<0,001$) iken, il merkezlerinde bu değerler 6,9 \pm 2,9 ve 8,3 \pm 3,3 ($z=1,782$; $p=0,075$) şeklindeydi. Bu değerler, il merkezlerinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ortalama 2,5 kat daha fazla yararlandıklarını göstermektedir. Sevk zinciri uygulamasının zorunlu olmadığı 2002 yılında sevk oranında en yüksek değer %17,62 (Adıyaman) iken en düşük değer de %11,29'du (Eskişehir). 2008 yılında ise en yüksek ve en düşük değerler sırasıyla %11,15 (Elazığ) ve %3,98'di (Denizli). Sevk

oranlarına ait ortalama değerler de 2002 ve 2008 yıllarında sırasıyla %14,81 ve %5,61 şeklindeydi (Şekil 2).

TARTIŞMA

1978 Alma-Ata bildirgesine göre sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Aile hekimi, hastalıkların uygun basamaklarda tedavisini sağlar. Sevkin gerekli olduğu durumlarda kişinin sağlık bilgileriyle birlikte onun doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, birinci basamağa göre daha yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar (9). Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının köşe taşlarından birisidir. Güçlü birinci basamak sistemi, toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir (10,11). Gelişmekte olan ülkelerde, hastaların sevk edildiği 2. ve 3. basamak hizmeti veren hastaneler toplum sağlığının gelişmesine sınırlı katkıda bulunurken, çok büyük harcamalara da neden olmaktadır (12). Birinci basamaktaki hekimler tarafından muayene, maliyet açısından çok daha uygundur. Ancak bazı kesimler, rutin sağlık bakımları için 2. ve 3. basamak hastanelerini tercih etmektedirler. 2. ve 3. basamak hastanelerin, ihtiyaç yok iken *uygunsuz kullanımı*, sağlık sistemine negatif etki yapabilir. Bu durum hastanelerin birinci basamak merkezlerine göre çok daha pahalı olması (*bakım daha komplike ve uzmanlara çoğunlukla yüksek ödeme mevcut*) nedeniyledir. Sağlık savunucuları tarafından, politika yapıcılarının şiddetli eleştirilmesi hatalı olacaktır. Çünkü politika yapıcılar sağlık için ayrılan paranın nasıl harcanması gerektiği konusunda zor tercihlerde bulunmak durumundadırlar. Bu para, düşük gelir grubu için birinci basamak bakımına yönlendirildiği takdirde, bu durum 2. ve 3. basamak hastanelerin gelirlerinde potansiyel azalmaya neden olur. Diğer seçenek ise, düşük gelir grubunun önündeki üst basamakların kullanımı ile ilgili engellerin kaldırılmasıdır. Bu da tüm sağlık basamaklarında harcamaların yükselmesi anlamına gelir. Birinci basamak ile sevk edilen hastalar arasındaki uygun dengenin sağlanması birçok faktöre bağlıdır. Örneğin, birinci basamağın kapasitesi, uzmana ulaşılabilirlik, eğitim seviyesi, organizasyon, kültür, politik yapı ve gelenek bunlardan bazılarıdır. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalar, hastanelerin tüm sağlık harcamalarının %50-60'ını emdiğini göstermektedir (13). Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Sağlık Bildirgesinde sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için önerilen ilkelere bazıları şunlardır (14):

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi ve sunumu tam olmalı
- Hastane sistemi tarafından sevk sonrası desteklenmeli
- Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyon sağlanmalı

-Geri bildirim sistemi içeren sevk zinciri hayata geçirilmeli.

Sevk oranları çeşitli faktörler ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, sağlık sigortasının olmasının sevk oranını arttırdığını ortaya koymaktadır (15). Uzmana ulaşımın artması da sevk oranını arttırmaktadır (16). Yapılan kesitsel bir çalışmada ise medikal dışı nedenlerin de sevk kararını etkilediği bildirilmektedir (17). Diğer bir çalışma ise, yüksek sevk hızının malpraktis korkusu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (18). Çalışmamızda, sevk oranları ortalamasında görülen %62,2'lik düşüşün Aile Hekimliği uygulamasının gerek toplum ve gerekse vatandaşlar tarafından sahiplenilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastane poliklinik muayene sayıları yanında acil servise yapılan başvuruların da dikkate alınması halinde ikinci basamak poliklinik muayene oranlarının toplam muayeneler içindeki payının daha da artacağı açıktır. Hastanelere yapılan müracaat oranının birinci basamak müracaatlarına göre yaklaşık %10 daha fazla olması, mevcut haliyle aile hekimliğinin uygulandığı süre içinde ikinci basamak sağlık kuruluşları üzerindeki yükü azaltmada başarılı olamadığını göstermektedir. Aile Hekimliği uygulamasına geçildikten sonra 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine başvuruların birinci basamağa göre daha fazla artmasının ise sebepleri araştırılmalıdır. Bunda önemli bir etken Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından 2006 Temmuzundan bu yana uygulanmakta olan vaka başı ödeme olabilir. Bu ödeme şekli ile hastaneye başvuran her hasta için sabit bir ücret ödenmekte ve o hastaya yapılan hizmetler tek tek dikkate alınmamaktadır. Bu durumda Hastanenin gelirini artırmak için verilen hizmetlerin sayısını artırmak yerine başvuru sayısını artırmak daha doğru bir strateji olarak görünmektedir. Sevk zinciri sisteminin başarılı olması için sistemin başarısızlığına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması gerekir. Bu süreçte uygulamaya geçilen pilot illerdeki yerinde izlem ve değerlendirme raporları ışığında tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesi, sevk zinciri kurulmasını ve vatandaşın sistemi kabullenmesini kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda, başta eğitim, işleyiş ve ücretlendirme, kırsal bölgeler ve gezici sağlık hizmetlerinde belirlenen zorlukların giderilmesi gerekmektedir. Aile hekimlerine yönelik mesleki bilgi ve becerileri artırıcı, mevzuatta da tarif edilen bir yıllık zorunlu eğitimlere başlanmalıdır. Aile hekimliği uzmanlığının teşviki ve birinci basamakta tamamen uzmanlığa geçişin sağlanması gereklidir (4). Mevcut haliyle bir aile hekimi 3500 ile 4000 arası nüfustan sorumlu bulunmaktadır (19). Bu sayının fazla olması, mevcut nüfusa verilen hizmetlerin yetersiz kalmasına, hekim-hasta ilişkilerinin zayıflamasına, hasta memnuniyetinin azalmasına ve hastaların aile hekimini değiştirmelerine neden olmaktadır. Hekim sayısında artış ile zaten üst sınırlara yakın bir nüfusla çalışan aile hekimi başına

düşen kişi sayısını 3,000 ve altına çekmek, hem hastaya ayrılacak süreyi artıracak, hem de hekimin kendi hastasını kaybetmemek için ek çaba göstermesini sağlayabilecektir (18). Danimarka'da her aile hekimi 1600 kişinin takibinden sorumludur. 2066'dan fazla kişi kaydedilmemesi öngörülmektedir. Hollanda da ortalama kayıt 2300, İngiltere'de ise 1800'dür (4). Buradan sevk zincirinin tam anlamıyla yürütülmesi için yaklaşık 2000 sayısının hedef olması öngörülebilir.

İngiltere, Portekiz, Norveç, Finlandiya, Hollanda İzlanda, Danimarka, İzlanda ve Küba'da zorunlu sevk zinciri uygulaması mevcuttur (20,21). Buna mukabil Fransa gibi bazı ülkeler ise zorunlu bir sevk zinciri uygulaması olmaksızın muayene sayılarının %80'ini birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapmayı başarmışlardır. Sevk zorunluluğu ve/veya 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine -sevk zincirine uymaksızın- başvurularda caydırıcı miktarda katkı payı veya tahakkuk eden ücretin bir kısmının ödenme zorunluluğu olmadığı sürece, mevcut durumun devam edeceği öngörülebilir. Bu aşamada hastaların ödeyeceği miktar, sevk sisteminin işlemlerini sağlayacak ölçüde caydırıcı olmalıdır (4). Türkiye gibi sağlık hizmetleri için ayrılan bütçenin kısıtlı olduğu ülkelerde zorunlu sevk, en uygun çözümlerden birisi olarak düşünülmelidir. Ancak bu yapılırken sevk oranını gereksiz yere artıracak ek düzenlemeler yapılmamalıdır. Düzce'de Temmuz 2006'da birkaç ay süreyle uygulanan zorunlu sevk zinciri uygulaması Aile Hekimleri üzerinde sevk baskısını çok artırmıştır (22). Bunun sebeplerinden biri de hastanelerde vaka başı ödeme uygulamasının da aynı tarihte başlatılmasıdır. Bu uygulamada hastaneye başvuran hastanın birkaç polikliniğe aynı anda muayene olmak istemesi durumunda her bir poliklinik muayenesi için ayrı bir sevk istenmiştir. Çünkü konsültasyonlar SGK tarafından ödeme dışı tutulmuştur. Aile Hekimliği Uygulamasına ilk geçilen il olan Düzce'de 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular incelendiğinde zaman içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların çok fazla arttığı, ancak ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların neredeyse sabit kaldığı görülmektedir (Şekil 3) (22).

Aynı şekilde gerek Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bazı toplantılar, gerekse bazı kongrelerde yapılan sunumlarda Denizli ve İzmir illerinde de Aile Hekimliği Uygulamalarına geçildikten sonra birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların arttığı, üstelik bu artışın ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurulardaki artıştan fazla olduğu, yani toplam poliklinik başvuruları içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuru oranının arttığı vurgulanmıştır. Mamafih bu çalışmada elde edilen sonuçlar yukarıda belirtilen sonuçlarla tezat arz etmektedir. Bu durumda sonuçlar arasındaki

çelişkiyi açıklayacak başka bazı dinamiklerin olduğu da aşikârdır. Bunlar arasında çalışmanın yapıldığı illerdeki hastane sayısı ve personel durumlarındaki, aile hekimlerinin sayısı ve davranış değişiklikleri gibi nedenler sayılabilir. Ayrıca bu illerde bahsedilen konulardaki değişiklikleri diğer illerle de kıyaslayan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu kesindir. Tüm ülkede Aile Hekimliği Uygulamalarına geçildikten sonra ise her ildeki başvuru sıklıklarının illerdeki personel ve kurum sayılarıyla birlikte takibi ve değerlendirilmesi gerçek etkiyi bulabilme açısından daha faydalı olacaktır. Hekimlerin ücretlendirilmesinde temelde üç model kullanılmaktadır (23):

1-Maaş, 2-Kişi başı ödeme, 3-Hizmet başı ödeme Halen ülkemizde kişi başı ödeme modeli uygulanmaktadır. Hizmet başı ödeme sisteminde sevk oranları daha düşüktür (24). Mevcut kişi başı ödemeye hizmet başı ödeme de eklenerek karma model oluşturulması, sevk oranlarının düşmesini sağlayabilecektir. Özellikle acil hasta bakımı, hasta müşahedesi, evde hasta muayenesi, küçük cerrahi müdahaleler gibi sağlık hizmetleri karşılığında hizmet başı ödeme uygulamasına geçilmesinin, bu hizmetlerin performans ile ilişkilendirilmesinin yararlı olacağı değerlendirilmektedir. Bunun uygulanması, mesai sonrası hizmetin özendirilmesini ve hastane acil servislerine yapılan müracaatları, buna bağlı olarak da hastanelerin poliklinik yükünü azaltacaktır. Özellikle kırsal bölgelerde aile hekimlerini merkezi bir yerde toplayarak, röntgen, laboratuvar ve eczane hizmetlerinin de verilebileceği ortak bir bölge aile sağlığı merkezi kurulması aile hekimlerinin daha verimli olmalarını sağlayacaktır (4).



Şekil 3. Aile Hekimliği Uygulamalarına Geçilen 11 İlin Birinci ve İkinci Basamak Muayene Sayılarının Kıyaslaması

Sağlıkta dönüşüm ile sağlık sisteminde birinci basamağın rolünün kuvvetlendirilmesi planlanıyor. Aile hekimlerinin eğitimlerinin planlanması, işleyiş ile ilgili sorunların saptanması ve çözüme kavuşturulması önem arz etmektedir. Uygulamaya geçilen pilot illerde alınan geri bildirimlerin dikkatlice değerlendirilmesi, başarılı adımların atılmasını hızlandıracaktır. Bununla birlikte, başarılı adımların atılmasının zaman alacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Şahin B, Top M, Bigger Expectations at the Smaller World: Future Health Systems, Sağlık ve Toplum 2002; 12(3):2-3.
2. Figueras J, Menabde N, Busse R. The Road to Freedom. BMJ 2005; 331(7510): 170-1.
3. Hamzaoğlu O. The Interpretation of Health of Turkey. STED 2008; 17(5), 5-7.
4. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR, Hacıımamağaoğlu A. Organization in the New Period. Editor: Aydın S. Family Medicine: The Turkish Model, 1st ed. Ankara: Published by Ministry of Health of Turkey. Ankara: Çetin Ofset, 2006:21-24-66-89.
5. Grumbach K, Selby J. V, Damberg C, et al. Resolving the Gatekeeping Conundrum. What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialist. JAMA 1999; 282(3):261-266.
6. Akdağ R. Health Transformation Programme, 1st ed. Published by the Ministry of Health of Turkey Ankara: Ata Ofset, 2003:1-3.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Concepts, Task in Family Medicine And History Of the Discipline: Medical Education. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007; 27(3): 412-18.
8. Çom S. Family Medical Practice in the Current Weather. Aile Hekimliği Dergisi 2009;3(3):1.
9. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S, et al. Health for All Targets And Strategies of Turkey. Health 21. 1st ed. Ankara: Published by the Ministry of Health of Turkey. Ankara: Barok Matbaacılık, 2001:1-4, 71-73
10. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization For Economic Cooperation and Development Countries, 1970-1998. Health Serv. Res 2003; 38(3): 831-865.
11. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, et al. An Evaluation of the Impact of Primary Care Reform on Health. Aten Primaria 1999; 24(8): 468-474.
12. McKee M, Healy J. Hospitals in a Changing Europe; (European Observatory on Health Care Systems series, WHO). Buckingham: Open University Press, 2002:49-50
13. Hensher M, Price M, Adomakoh S. Referral Hospital, In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed. New York: A co-publication of Oxford University and The World Bank Press, 2006:1229-1242.
14. World Health Declaration. Fifty –first World Health Assembly, May 1998.
15. Franks P, Clancy CM. Referrals of Adult Patients From Primary Care: Demographic Disparities and Their Relationship to HMO insurance. J. Fam Pract 1997; 45(1): 47-53.
16. Christensen B, Henrik T, Sorensen HT, Mabeck C.E., Differences in Referral Rates From General Practice. Family Practice 1989; 6 (1):19-22.
17. Langley GR, Minkin S, Till, JE. Regional Variation in Nonmedical Factors Affecting Family Physicians' Decisions About Referral For Consultation, Canadian Medical Association Journal 1997; 157(3): 265-272.
18. Franks P, Williams GC, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M. Why Do Physicians Vary so Widely in Their Referral Rates? J Gen Intern Med 2000; 15(3): 163-168.
19. Uğurlu M, Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ, Doğusan AR. Transition Period Course fo Family Doctors, First Stage, Guidebook for Trainer, 1st ed. Ankara, Published by the Ministry of Health of Turkey Ata Ofset; 2004: 193-195.
20. Kasım İ, Üstü Y, Doğusan AR. Family Medicine Practice in Cuba. Temel Sağlık 2005;2(5):1-2.
21. Paycı S, Ünlüoğlu İ. Family Medicine in Turkey and in the World, “Ministry of Health of Turkish Republic First Stage Lecture Notes for Family Doctors. Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004:24.
22. Bahçebaşı T, Aydın S, Sönmez Ö, Mutlu E. Difference of Eighty one to other Eighty. Düzce: Yavuz Ofset Matbaacılık, 2007:85-162.
23. Hayran O, Sur H. Finance of Healthcare and Payment Models to Healthcare Service Providers, Handbook of Healthcare. 1st ed. İstanbul: Yüce Ofset, 1998: 91-112.
24. Tatar M. Payment Methods for Health Care Professionals. Sağlık ve Toplum 2001; 11(4):12-14.