

## Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır?

### How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey?

Güven Bektemür<sup>1</sup>, Seçil Arıca<sup>2</sup>, Mehmet Ziya Gençer<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Çankaya 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezi

#### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin, Türkiye’de gelecekte uygulanması muhtemel sevk zinciri ile alakalı olarak uygulanabilirliği ve nasıl uygulanabileceği noktasında görüşlerini araştırmaktır.

**Materyal ve Metot:** Bu kesitsel tanımlayıcı çalışma 10.01.2018 – 18.03.2018 tarihleri arasında aile hekimi, aile hekimi uzmanı ve aile hekimi asistanı toplam 201 hekime yüz yüze görüşme yöntemi ve e-posta yoluyla aile hekimliği sisteminde uygulanması muhtemel sevk sistemine dair görüşlerini sorgulayan anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Ankete katılan toplam 201 hekimin %85,07’si aile hekimliği sistemine sevk zincirinin gelmesi gerektiğini savunurken %55,72’si sevk sisteminin Türkiye’de uygulanabileceği yönünde görüş beyan etmiştir. Sevk edecekleri kurumlar konusunda kısıtlanmak istemeyen katılımcıların, %50,87’si il içerisinde istedikleri hastaneye ve uzmanlık branşına hastaları sevk edebilmeyi istemektedir. Katılımcıların %96,01’i kamu spotları ile halkın bilinçlenmesi gerektiğini savunurken %98’i aile hekimi başına sorumlu olunan nüfusun azaltılması gerektiğini düşünmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin %91,04’ü aile hekimliğinde, koruyucu hekimliğin daha çok ön plana çıkartılmasını, %75,62’si aile hekimliğine başvurulmadan 2.basamak sağlık kuruluşlarına giden hastalardan ek ücret alınarak sevk zincirinin teşvik edilmesi gerektiğini, %81,59’u evde sağlık hizmetlerine ayrılan zamanın aile hekimliğine bağlı 65 yaş üstü ve engelli nüfus ile paralel olarak artırılması gerektiğini, %96,01’i sevk zincirinde 65 yaş üstü ve engelli hastaların sevk edildikten sonra ilgili sağlık kuruluşuna ulaşımı ile ilgili bir birimin yerel yönetimler ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle kurulması gerektiğini, %69,65’i Aile hekimlerinin, hastalarını doğrudan yan dal uzmanlarına sevk edebilmesi gerektiğini düşünürken %27,86’sı Aile hekimi sevk ettiği hastası ile birlikte ilgili uzmana gidebilmeli ve ilgili uzmanının muayenesine katılabilmesi gerektiğini, %24,37’si Aile hekimliğinde telefonla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve aile hekimliğine bağlı hastaların telefonla hekime ulaşarak bilgi alması gerektiğinde hekimin telefonla semptomlarını öğrendiği hastalarının lüzum halinde sevkini gerçekleştirebilmesi gerektiği yönünde fikir beyan etmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan aile hekimleri büyük oranda aile hekimliği uygulamasına sevk zincirinin gelmesi gerektiğini düşünmekte olup aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesi ve sevk zincirinin sağlıklı bir şekilde işletilebilmesi için Dünya’da mevcut aile hekimliği ve sevk zincirleri sistemleri örnekleri değerlendirilerek ek adımlar atılması gerektiği yönünde fikir beyan etmektedirler.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, sevk zinciri sistemi, zorunlu sevk sistemi

#### Abstract

**Objectives:** The objective of this study is to examine the views of the family physicians on the applicability of the referral chain which is likely to be introduced in Turkey in the period ahead and how to apply it.

**Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted via one-on-one interviews and e-mailings with 201 family physicians of various ranks on 10.01.2018 - 18.03.2018, in form of a survey that inquired their views on the referral chain likely to be introduced to the family practice system.

**Results:** While 85.07% of the all 201 family physicians favored the introduction of the referral chain system, 55.72% of them stated that the referral system is applicable in Turkey. 50.87% of the participants, who were against any restrictions regarding the institutions that they would refer to, demand referring their patients to the hospitals and relevant branch specialists that they prefer as medical doctors. 96.01% of the participants favored informing the public through public spots another 98% stressed that the patient population per each family physician should be reduced. 91.04% of the

participants supported the increased emphasis on preventive medicine in family practice whereas 75.62% of them were in favor of the promotion of the referral chain by charging the patients submitting in the secondary health institutions before they resort to family practice, 81.59% thought that the time spent for home care health services should be increased in parallel to the size of the disabled and elderly (65+) population which is primarily subject to family practice, 69.65% of them supported the idea that the family physicians should be entitled to refer their patients directly to the relevant sub branch specialists, 27.86% said that the family physician should be able to see the relevant specialist together with his patient and attend his/her patients' appointment with that specialist, and 24.37% endorsed improving the quality of telephonic health services in family practice and that the patients subject to family practice should be able to access their physicians and get information and the physicians should be able to directly refer their patients whose symptoms they spotted, when needed.

**Conclusion:** The family physicians attending our survey overwhelmingly supported the introduction of referral chain to the family practice system, as they also shared their views that in order to improve the family practice system and to get the referral chain function appropriately, additional steps should be taken based on the current examples in family practice and referral chain systems in various regions of the world.

**Key words:** Family practice, gatekeeping system, mandatory referral system

**Yazışma Adresi / Correspondence:**

Dr. Mehmet Ziya Gençer

Çankaya 2 No’lu Aile Sağlığı Merkezi, Çankaya / Ankara

**e-posta:** mehmetziyagencer@hotmail.com

**Geliş Tarihi:** 06.06.2018

**Kabul Tarihi:** 07.09.2018

Tıp alanındaki diğer uzmanlık alanlarına benzer şekilde aile hekimliğinin ortaya çıkması da bir gereksinim dahilinde olmuştur. İlk defa 1927 yılında Francis Weld Peabody tarafından “The care of the patient” adlı makalesinde “Bir hastalığın tedavisi tamamen kişiye özel olmayabilir fakat bir hastanın tedavisi tamamen kişiye özel olmalıdır” fikrini savunarak “kişi merkezli” yaklaşımı ortaya atmıştır.<sup>1</sup> Aile hekimliği, tıp biliminde farklı alanlarda uzmanlaşmanın artmasının bir sonucu olarak insan sağlığını her yönüyle ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliğinin fark edilmesi sonucu ortaya çıkmıştır. 1952 yılına geldiğinde de Francis Weld Peabody’nin fikirlerinin bir yansıması olarak İngiltere’de Royal College of General Practitioners kurulmuştur. Sonrasında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’in 1966 yılında Milis ve Willard raporlarını yayınladıktan üç sene sonra 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde birincil bakım odaklı çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) faaliyete geçmiştir.<sup>2,3</sup>

Türkiye’de ise birinci basamak sağlık hizmetleri, 2004 yılında çıkarılan “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve onu müteakip düzenlenen mevzuat ile değişikliğe uğramış olup 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile öngörülen sağlık sistemi yerine “Aile Hekimliği Modeli”ne geçiş süreci başlamıştır.<sup>4,5</sup>

DSÖ’nün 1998 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Bildirgesi’nde sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için önerilen ilkelerden bazıları şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastane sistemi tarafından desteklenmesi,
- Hizmet sunum basamakları arasında entegrasyonun sağlanması,

- Geri bildirim sistemi içeren sevk zincirinin hayata geçirilmesi önerilmektedir.<sup>6</sup>

Günümüzde birçok gelişmiş ülkede uygulanan aile hekimliği sistemi çeşitli farklılıklar arz etmekte olsa da sevk zinciri sistemi aile hekimliğinin ilk çıkış amacının vazgeçilmez öğelerinden biridir.

Sevk sistemi ile hastanelerdeki poliklinik harcamaları ile birlikte hospitalizasyon giderleri düşerken ilaç giderlerinde de belirgin bir düşüş gözlenebilmektedir. Geçmişte aile hekimliği sistemi içerisinde sevk zincirine geçen ülkelerde yapılan çalışmalar, yapıldığı bölgelere ve ülkelere göre farklılık arz etmekle birlikte, %8 ile %80 arasında toplam sağlık giderlerinin azaldığını göstermektedir.<sup>7-12</sup>

Sevk sistemine dahil olan ve olmayan hasta gruplarının karşılaştırıldığı bir çok çalışmada morbidite oranları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.<sup>12-16</sup> Bununla birlikte sevk zinciri ile birlikte hastane polikliniklerindeki günlük muayene edilen hasta sayısı düşerken,<sup>10,17-19</sup> acil servis başvurularında da azalma olduğu gözlemlenmiştir.<sup>20-22</sup> Aile hekimliği, ülkelerde farklı öncelikler gözetilerek uygulanmakta olup ülkemizin şartları, imkanları ve öncelikleri dahilinde uygulanmaktadır.

### Materyal ve Metot

Bu kesitsel tanımlayıcı çalışma 10.01.2018 – 18.03.2018 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimi, aile hekimi uzmanı ve aile hekimi asistanı toplam 201 hekime yüz yüze görüşme yöntemi ve e-posta yoluyla aile hekimliği sisteminde uygulanması muhtemel sevk sistemine dair görüşlerini sorgulayan anket uygulanmış olup; ankete katılanların %100’ü anket sorularını tamamlamıştır. Çalışmaya katılması teklif edilen hekimler Türkiye genelinden rastgele seçilirken herhangi bir eleme kistası uygulanmamıştır. Uygulama öncesi çalışma hakkında açıklayıcı bilgiler verilerek katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özelliklerini ve sevk sistemine dair görüşlerini sorgulayan 23 adet çoktan seçmeli soru yöneltilmiştir.

**İstatistiksel analiz:** Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri IBM® SPSS® Statistics Version 20 paket programında yapıldı. Çalışmanın verileri tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow Simirnov testi ile değerlendirildi. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### Bulgular

Çalışma kapsamına alınan 201 hekiminden 102’si (%50,74) erkek, 99’u (%49,36) kadın olup katılımcıların %74,62’si evli, %25,38’i ise bekarı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $39,60 \pm 2,39$  yıl olup %75,62’si aile hekimi, %13,93’ü aile hekimliği asistanı, %10,44’ü aile hekimliği uzmanıydı. Katılımcıların, çalışmaya katıldığı dönemde, %90,04’ü aile hekimliği uygulamasında çalışmakta iken %4,47’si devlet hastanesinde %5,47’si ise üniversite hastanesinde çalışmaktaydı. Katılımcıların, meslekte çalıştıkları ay ortalama  $167,409 \pm 107,494$  iken aile hekimliği uygulamasında çalışma süreleri ise  $57,160 \pm 31,849$  ay olarak saptanmıştır.

“Aile hekimliği uygulamasına sevk sistemi gelmeli midir?” sorusuna hekimlerin %85,07’si “Evet, gelmelidir” cevabı verirken %14,92’si “Hayır, gelmemelidir” cevabı

vermiştir. “Çalışma yerine göre aile hekimliği uygulamasına sevk sistemi gelmeli midir?” sorusuna verilen yanıtlar bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,715$ ). Uzman veya pratisyen aile hekimleri arasında sevk sistemi gelmeli midir sorusuna verilen yanıtlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p:0,423$ ). Uygulamada çalışanlar ile uygulamada çalışmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ( $p=0,602$ ).

“Ülkemizde sevk sistemi uygulanmalıdır” diyen aile hekimlerinin “Ülkemizde sevk sistemi nasıl uygulanmalıdır?” sorusuna; %8,18’i “Kademeli bir sevk zinciri uygulansın, Aile hekimleri yalnız 2. Basamağa sevk yapabilsinler”, %8,18’i “Aile hekimi yalnızca buldukları bölgeyle bağlantılı hastanelere sevk yapabilsinler”, %50,87’si “Aile hekimlere il içerisinde istedikleri hastaneye ve uzmanlık branşına (2. Basamak-3. Basamak) sevk yapabilsinler”, %2,92’si “Aile hekimleri belirli hastanelerin belirli uzmanlarına sevk yapabilsinler”, %29,82’si “Aile hekimleri il içerisinde yan dallar hariç istediği hastaneye ve uzmanlık branşına sevk yapabilsin” cevabını vermiştir. Pratisyen ve uzman aile hekimlerinin “Sevk sistemi nasıl uygulanmalıdır” sorusuna verdikleri cevaplar bakımından aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ( $p=0,346$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** “Türkiye’de sevk sistemi nasıl uygulanmalıdır?” sorusuna verilen cevaplar

	Aile Hekimi		Aile Hekimliği Uzmanı	
	Sayı	%	Sayı	%
Kademeli bir sevk zinciri uygulansın. Aile hekimleri yalnız 2. Basamağa sevk yapabilsinler	15	%9,61	1	%5,26
Aile hekimi yalnızca buldukları bölgeyle bağlantılı hastanelere sevk yapabilsinler	14	%8,97	0	%0
Aile hekimlere il içerisinde istedikleri hastaneye ve uzmanlık branşına (2. Basamak-3. Basamak) sevk yapabilsinler	74	%47,43	13	%68,42
Aile hekimleri belirli hastanelerin belirli uzmanlarına sevk yapabilsinler	7	%4,48	0	%0
Aile hekimleri il içerisinde yan dallar hariç istediği hastaneye ve uzmanlık branşına sevk yapabilsin	46	%29,48	5	%26,31
<b>Toplam</b>	<b>156</b>	<b>%100</b>	<b>19</b>	<b>%100</b>

Katılımcıların, “Sevk sisteminde randevu nasıl alınmalıdır?” sorusunu hekimlerce verilen cevaplar Tablo 2’de gösterilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında çalışanlar ile uygulamada çalışmayan hekimler arasında “Sevk sisteminde randevu nasıl

alınmalıdır?” sorusuna verilen yanıtlar bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,401$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin, “Sevk sistemi ülkemizde uygulanabilir mi” sorusuna, %55,72’si “Evet, uygulanabilir” cevabını verirken %44,28’i “hayır, uygulanamaz” cevabını vermiştir. Aile hekimliği uygulamasında çalışan hekimler ile çalışmayan hekimler arasında “Sevk sistemi ülkemizde uygulanabilir mi” sorusuna verilen yanıt açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark saptanmadı( $p=0,945$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin %96,01’i(193), kamu spotu ve bilgilendirici yayınlarla sevk sisteminin hastanın lehine bir uygulama olduğu anlatılmasının etkili bir bilinçlendirme faaliyeti olacağını düşünürken %98’i(197), aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusun azaltılması gerektiğini düşünmektedir.

Uygulamada olan hekimlerin %91,16 (165 kişi), olmayanların %90’ı (18 kişi) ( $p:0,863$ ), aile hekimleri için koruyucu hekimliğin tedavi edici hekimlikten daha ön plana çıkartılması, kronik hastalıkları bulunan hastaların ilaçlarının düzenlenmesi, tedavisinin başlanması ya da hospitalizasyonu aşamalarında aile hekimi, ilgili branş hekimi ve hasta sürekli koordinasyon içinde olması gerektiğini düşünmektedir.

Uygulamada çalışan hekimlerin %75,13’ü uygulamada olmayan hekimlerin %85 i sevk edilmeksizin 2. basamağa başvuran hastalardan katkı payı alınması gerektiği yönünde görüşlere sahip iken uygulamada çalışan hekimlerin %80,66’sı, uygulamada çalışmayan hekimlerin ise %90’ı Evde sağlık hizmetlerine ayrılan zamanın aile hekimliğine bağlı 65 yaş üstü ve engelli nüfus ile paralel olarak arttırılması gerektiği görüşündedir( $p=0,245$ ).

Aile hekimliğinde telefonla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine uygulamada çalışan hekimlerin %27,07’si (49 kişi) olumlu yaklaşırken uygulamada çalışmayan hekimlerin hepsi bu soruya olumsuz yanıt vermişlerdir( $p=0,003$ ).

“Sevk sisteminde 65 yaş üstü ve engelli hastaların sevk edildikten sonra ilgili sağlık kuruluşuna ulaşımı ile ilgili bir birim yerel yönetimler ve sağlık bakanlığı iş birliğiyle kurulmalıdır” sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin %96,01’i “Evet” cevabı vermiş iken “Aile Hekimleri çalıştıkları bölgeye göre aynı bölgedeki öncelikli olarak sistem tarafından tanımlanmış branş uzmanlarına sevk yapabilmeli ve iş birliği sağlayabilmelidir” sorusuna hekimlerin %91,04’ü “Evet” cevabını vermiştir. “Aile hekimleri, hastalarını direkt yan dal uzmanlarına sevk edebilmelidir” sorusuna hekimlerin %69,65’i, “Aile hekimi sevk ettiği hastası ile birlikte ilgili uzmana gidebilmeli ilgili uzmanının muayenesine katılmalıdır” sorusuna %27,86’sı “Evet” cevabı vermiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %94,02’si, aile hekimi sayısının arttırılması gerektiğini düşünmektedir.

## Tartışma

Günümüzde gelişmiş ülkeler sağlık sistemlerinde ya sevk zincirine geçmiş ya da sevk zincirini teşvik eden uygulamalar ile birinci basamak sağlık hizmetlerini ulusal sağlık hizmetlerinde öncelikli konuma getirmişlerdir.

Çalışmamıza katılan hekimler büyük oranda (%85,07) Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına sevk zinciri sisteminin gelmesini istemekte olup büyük oranda Aile hekimlerinin il içerisinde istedikleri hastaneye ve uzmanlık branşına (2. Basamak-3. Basamak) sevk yapabilmeleri (%50,87) ve Aile hekiminin sadece bölüm adı belirterek

hastaların il içerisinde istedikleri hastanede istedikleri uzmana randevu alarak gidebilmesi gerektiğini (%46,26) düşünmektedirler.

**Tablo 2.** “Sevk sisteminde randevu nasıl alınmalıdır?” sorusuna verilen cevaplar

	Sayı	%
Aile hekimi sadece hastasına belirli bir hastaneden belirli bir hekime randevu alabilmelidir	32	15,92
Hekim bölüm adı belirterek hastalarını belirli bir hastaneye yönlendirmeli hastalar istedikleri hekimden randevu alabilmeli	25	12,43
Aile Hekimi sadece bölüm adı belirtmeli hastalar il içerisinde istedikleri hastanede istedikleri uzmana gidebilmelidir	93	46,26
Aile hekimi otomasyon sisteminden ilgili branşı seçmeli sistem hastaya otomatik bir randevu atamalıdır	51	25,37
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100,00</b>

Çalışmamıza katılan hekimlerin görüşleri sevk zincirinin, en basit haliyle, gereksiz şekilde ikinci basamağa giden hastaların öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaları ve birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerinde hastane ya da doktor seçiminde özgür olmaları yönündedir. Bu düşünce sevk sistemine geçiş aşamasında gerek hekimler için gerek hastalar için kolaylık sağlayabilir bununla birlikte çalışmamıza katılan hekimlerin %55,72’si Türkiye’de sevk sisteminin uygulanabileceğine inanmaktadır. Fakat aile hekimliği sisteminde sevk sisteminin uygulanması gerektiğini düşünen hekimlerin oranının %85,07 olduğunu düşündüğümüzde, sevk sisteminin uygulanabilirliği noktasında göz ardı edilemeyecek sayıda hekimin çekinceleri olduğu aşikardır. Bu noktada çalışmamıza katılan hekimler, kamu spotları ile halkın bilinçlendirilmesi (%96,01) ve aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusun azaltılması (%98,00) gerektiğini düşünmektedir. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü’nün, en son yayınlanan, 2014 verilerine göre Türkiye’de 1000 kişiye 1,749 hekim düşerken, aile hekimliği sisteminin uygulandığı; Almanya’da 4,191, İsveç’de 4,188, Hollanda’da 3,478, Danimarka’da 3,655, Küba’da 7,519 hekim düşmektedir.<sup>23</sup>

Çalışmamıza katılan hekimlerin %91,04’ü Aile hekimleri için koruyucu hekimlik tedavi edici hekimlikten daha çok ön plana çıkartılmalı kronik hastalıkları bulunan hastaların ilaçlarının düzenlenmesi, tedavisinin başlanması ya da hospitalizasyonu aşamalarında aile hekimi, ilgili branş hekimi ve hasta sürekli koordinasyon içinde olması gerektiği düşüncesindedir. Benzer şekilde, Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde branş uzmanları ve aile hekimleri koordineli bir şekilde çalışırken belli branş hekimlerinin konsültasyonu sonrasında hastalar bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilebilmektedir. Sevk ve tedavi süreci esnasında aile hekimi, hasta ve branş uzmanı etkin bir işbirliği içindedir.<sup>24-26</sup>

Almanya’da, fazlasıyla yaygın olan özel sigortaların kapsamında gatekeeping (kapı tutma) sistemi diğer adıyla sevk zinciri sistemi resmi olarak yoktur. 2013 yılında geçmişte hastalardan alınan hasta katılım payı kaldırılmıştır. Hastalar aile hekimliği sisteminde ki sevk zincirine dahil olmadan hastanelere başvurabilir bununla birlikte çeşitli sağlık sigortaları üyelerine sevk zincirine dahil olma noktasında çeşitli teşvikler sunmakta, koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri teşvik edilmektedir.<sup>27</sup> Esnek mesai kapsamında aile hekimlerinin akşam özel çalışma saatlerinin olması, reçeteledikleri ilaçların ek ödemelerinin olmaması bu teşviklerden bazılarıdır.<sup>28</sup>

Türkiye’de aile hekimliği sisteminde çalışan pratisyen hekimlerin eğitim imkanlarının kısıtlı olması sebebi ile güncel yaklaşımları takip etme noktasında aile hekimlerinin sevk ettiği hastası ile birlikte ilgili uzmana giderek ilgili uzmanın muayenesine katılması sürekli bir tıp eğitim yöntemi olması açısından faydalı olabilir. Böylece aile hekimi hastasının sağlık sorunlarına daha iyi vakıf olurken, hasta ile hekim arasında ki bağda kuvvetlenecektir. Fakat çalışmamıza katılan hekimlerin %72,13’ü sevk sisteminde ki bu yöntemin uygulanmasına karşıdır. Öyle ki zaman gerektiren bir yöntem olması ve günümüzde Türkiye’de ki aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı göz önüne alındığında uygulanması zordur.

Küba’nın sağlık sistemi, gelişmekte olan bir ülke ekonomisine sahip olmasına karşın, gelişmiş ülkelerin sağlık sonuçlarının elde etmesi noktasında dikkate değerdir. Dünya sağlık örgütünün 2015 yılı verilerine göre Küba’da ortalama yaşam süresi 79,1 yıl olup yaşam süresi 79.3 olan Amerika Birleşik Devletleri’nin hemen ardında bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri toplum odaklı birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana omurgasını oluşturmaktadır. Ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tıp (CAM) Küba sağlık sistemine başarılı bir şekilde entegre edilmiştir. Küba’da her aile hekimi 150 aileden yaklaşık 600 kişinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumludur.<sup>29</sup> Aile hekimleri sorumlu olduğu nüfusa yönelik koruyucu sağlık toplantılarını sık aralıklarla yapmaktadır. Mesai saatleri içinde öğlene kadar aile hekimliği biriminde hastalara hizmet verilmekte olup öğleden sonra ise evde bakım ve önleyici sağlık hizmetleri verilmektedir.<sup>30</sup>

Küba’da Aile hekimleri haftada yarım günü sevk ettiği hastası ile birlikte branş uzmanına gidebilmek ve ilgili uzmanının muayenesine katılabilmek için ayırmaktadır.<sup>31</sup> Böylelikle hastanın tanı ve tedavi süreci daha başarılı olmakta, hasta ile hekim arasındaki güven kuvvetlenmekte ayrıca aile hekimlerinin deneyimleri artmaktadır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin, %75,62’si aile hekimi tarafından sevk edilmeden 2.basamak herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan katkı payı alınarak hastaların sevk sistemine dahil olmasının teşvik edilmesini görüşündedir.

İsveç’de hastalar aile hekimine başvurmadan hastaneye gitmekte özgürdür, fakat 7 farklı hastane bölgesine bölünmüş olan İsveç’de hastaneye başvurularında genellikle ek ücret ödemek zorundadırlar.<sup>32,33</sup> İsveç’de birinci basamak sağlık hizmetleri kamu bürokrasisinin kontrolünde yürütülmektedir. Bu sebepten birinci basamak sağlık hizmetleri farklı bölgelerde küçük farklılıklar gösterse de genellikle aile hekimliği birimleri ve aile hekimliği birimleriyle entegre olarak çalışan poliklinikler tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Resmi olarak ülke de sevk

zinciri zorunlu olmasa da bir üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk almadan giden hastalardan ek ücret alınmaktadır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak gayri merkezi yerel yönetimlerce sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri 6 bölgeye ayrılmıştır ve bu bölgelerde 7 üniversite hastanesi son basamak olarak hizmet vermektedir.<sup>34,35</sup>

Çalışmamıza katılan hekimlerin %96,01’i sevk sisteminde 65 yaş üstü ve engelli hastaların sevk edildikten sonra ilgili sağlık kuruluşuna ulaşımı ile ilgili bir birimin yerel yönetimler ve sağlık bakanlığı işbirliğiyle kurulması gerektiğini düşünmektedir.

5 sağlık bölgesine ayrılan Danimarka birinci basamak sağlık hizmetleri İsveç’e benzer şekilde gayri merkezi bir yapıdadır. Fakat İsveç’den farklı olarak Danimarka’nın tüm sağlık bölgelerinde sevk zincirine sıkı bir şekilde uyulmaktadır.<sup>36</sup>

Sevk zincirinin etkili şekilde uygulandığı bir ülke olan Danimarka’da aile hekimleri hastalarının hastaneye ulaşımında yerel belediyelerle koordinasyondan ve hastanın taburcu olduktan sonraki bakımından sorumludur.

Danimarka birinci basamak sağlık hizmetlerinde belediyeler oldukça etkin rol oynamaktadır öyle ki evde bakım, rehabilitasyon hizmetleri, alkol ve uyuşturucu tedavisi ile koruyucu sağlık hizmetleri belediyeler ile aile hekimlerinin koordinasyonunda yürütülmekte olup yerel belediyeler bu hizmetlerin verilmesi noktasında aile hekimleri kadar sorumludur.<sup>36</sup>

Danimarka’da hastanın tedavisinin kapsamı ve palyatif bakımı tamamen birinci basamak hekiminin tıbbi yargısına bırakılmıştır. Hekim uygun gördüğü hastalar için ücretsiz ambulans erişimi sağlayabilir. Ayrıca Danimarka’da birinci basamak sağlık hizmetinde farklı sağlık sigortaları yoktur, tüm vatandaşlar eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanır. Ayrıca hastalar isterlerse 2.basamak sağlık hizmetlerinden özel hastanelere giderek ücretli bir şekilde yararlanabilirler fakat Danimarka’da bu şekilde bir sağlık hizmetine fazla talep bulunmamaktadır öyle ki özel hastanelere başvuruların tüm 2.basamak sağlık hizmetlerine başvurulara oranı sadece %3 kadardır.<sup>37</sup>

Çalışmamıza katılan hekimlerin, %75,63’ü aile hekimliğinde telefonla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine karşı olduğunu beyan etmiştir.

Hollanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde telefon ile danışmanlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu danışmanlık hizmeti mesai dışında da verilmekte olup telefon ile danışmanlık hizmeti almak isteyen hasta ilk olarak aile hekiminin koordine ettiği hemşire ile konuşmakta, hemşire hastanın kaydını tutmakta ve semptomlarını not almakta ilgili bilgilendirmeleri yapmakta, lüzum halinde ise telefonu aile hekimine yönlendirmektedir.<sup>38</sup>

Hollanda’da mesai saatleri dışında da devam eden telefonla sağlık danışmanlığı sayesinde acil olmadığı halde acile başvuru sayıları da azalmıştır. Mesai saatleri dışındaki sağlık hizmetleri birbirine yakın aile hekimliklerinin bağlı oldukları kooperatifler tarafından ortak bir telefon numarası üzerinden sağlanmaktadır.<sup>39,40</sup>

Hollanda, Avrupa’da en düşük antibiyotik kullanım oranlarıyla dikkat çekmektedir.<sup>41</sup> Hollanda’da, birinci basamak sağlık birimlerine ve ikinci basamak polikliniklerine başvuru oranı oldukça sık hastalıklar olan; astım, kalp yetmezliği ve diyabetes mellitus’un çeşitli komplikasyonları sebebiyle hastaneye yatış için kabul edilenlerin oranı Avrupa birliği ülkelerinin oldukça altındadır.<sup>41</sup> Astım, kalp yetmezliği



ve diyabetes mellitus gibi bir çok kronik hastalığın tedavisi ve takibi birinci basamak sağlık birimlerinde etkili bir şekilde sağlanmaktadır. Evde bakım sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan aile hekimi sorumlu iken evde bakım için ilçe hemşireleri, evde bakım hemşireleri ve evde bakım işçilerinin yanında birçok gayri resmi hizmet sağlayıcı ile gönüllü evde bakım vericiler bulunmaktadır.<sup>41</sup> Hollanda aile hekimliği sisteminde iki farklı çeşit mesai olanağı sunulmaktadır: Aile hekimi kendisi bir birim kurabilir yada başka bir aile hekiminin yanında kısmi zamanlı çalışabilir.<sup>42</sup> Aile hekimliği birimlerinde ayrıca medikal asistan adında hemşire olmayan fakat çeşitli tıbbi girişimlere yetkisi olan personeller çalışmaktadır.<sup>43,44</sup>

Farklı ülkelerin şartlarına göre, uygulama şekli, değişen aile hekimliği sistemleri bulunmaktadır. Aile hekimliği sisteminin en önemli bileşenlerinden biri olan sevk zinciri günümüze değin birçok farklı ülkede uygulanmakta olup sevk zincirinin ve koruyucu hekimliğin sağlık göstergelerini maliyetleri düşürerek yükselttiği gözlemlenmiştir. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler için gerek maliyetleri düşürme gerekse verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltme noktasında aile hekimliğinde sevk zincirinin tam anlamıyla uygulanması gerekliliği kaçınılmazdır. Bu bağlamda Türkiye’de sevk zinciri, amacından saptırılmadan fakat Dünya’da olduğu gibi Türkiye’nin şartları göz önünde bulundurularak, muhtemel uygulama yöntemlerinin istişaresi açısından mevcut aile hekimliği sisteminde çalışan hekimlerin görüşleri göz ardı edilmeden uygulamaya konması hedeflenmelidir. Bu süreçte halkın sevk zincirinin getirileri konusundan bilinçlenmesi ve bilgilendirilmesi geçiş sürecinin daha az sancılı olmasını sağlayacaktır. Türkiye’de uzmanlık eğitimi almış aile hekimlerinin sayısı arttıkça sunulan hizmetin kalitesi ve uygulanması düşünülen sevk zincirinin verimliliği daha da artacaktır.

## Kaynaklar

1. Peabody FW. The care of the patient. JAMA 1927; 88:877–82.
2. Millis JS, Wiggins WS, Wolfle D et al. The graduate education of the physicians: the report of the citizens commission on graduate medical education. Chicago: American Medical Association; 1966:38-39.
3. Willard WA, Johnson AN, Wilson VE et al. Meeting the challenge of family practice. report of the ad hoc committee on education for family practice of the council on medical education. Chicago: American Medical Association; 1966:1-4.
4. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 09.12.2004. Sayı:25665 [İnternet]. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1> (Erişim Tarihi: 21.03.2018).
5. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224. Kabul Tarihi: 05.01.1961. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 12.01.1961, Sayı:10705 [İnternet]. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> (Erişim Tarihi: 21.03.2018).
6. World Health Assembly, 55. (2002). Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002: resolutions and decisions, annexes. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/259364> Accessed on March 2018.
7. Etter JF, Perneger TV. Health care expenditures after introduction of a gate keeper and a global budget in a Swiss health insurance plan. J Epidemiol Community Health 1998;52:370–6.
8. Schwenkgenks M, Preiswerk G, Lehner R et al. Economic efficiency of gate keeping compared with fee for service plans: a Swiss example. J Epidemiol Community Health 2006;60:24–30.
9. Kapur K, Joyce GF, Van Vorst KA et al. Expenditures for physician services under alternative models of managed care. Med Care Res Rev 2000;57:161–81.
10. Escarce JJ, Kapur K, Joyce GF et al. Medical care expenditures under gate keeper and point of service arrangements. Health Serv Res 2001;36:1037–57.

11. Joyce GF, Kapur K, Van Vorst KA et al. Visits to primary care physicians and to specialists under gatekeeper and point of service arrangements. *Am J Manag Care*. 2000;6:1189-96.
12. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK et al. Are Patients Who Refer Themselves to Physiotherapy Different from Those Referred by gps? Results of a National trial. *Physiotherapy* 2006;92:26-33.
13. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK et al. Self referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting: is there a relationship? Results of a nationaltrial. *Physiotherapy* 2006;92:16-25.
14. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK et al. What are the costs to nhs scotland of self referral to physiotherapy? Results of a nationaltrial. *Physiotherapy* 2007;93:3-11.
15. Paone GH, Higgins RS, Spencer T et al. Enrollment in the health alliance plan: hmo is not an independent risk factor for coronary artery bypass graftsurgery. *Circulation* 1995;92:69-72.
16. Rask KJ, Deaton C, Culler SD et al. The effect of primary care gatekeepers on the management of patients with chestpain. *Am J Manag Care* 1999;5:1274-82.
17. Olivarius ND, Jensen FI, Gannik D et al. Self-referral and self-payment in danish primary care. *HealthPolicy*. 1994;28:15-22.
18. Linden M, Gothe H, Ormel J. Path ways to care and psychological problems of general practice patients in a “gatekeeper” and an “openaccess” health care system: a comparison of germany and the netherlands. *SocbPsychiatr Epidemiol* 2003;38:690-7.
19. Laditka SB, Laditka JN. Utilization, costs and access to primarycare in fee-for-service and managed care plans. *J HealthSocPolicy* 2001;13:21-39.
20. Etter JF, Perneger TV. Introducing managed care in switzerland: impact on use of health services. *Public health* 1997;111:417-22.
21. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *Am J Public Health* 1989;79:843-6.
22. Hurley RE, Freund DA, Gage BJ. Gatekeeper effects on patterns of physician use. *J Fam Pract* 1991;32: 167-74.
23. Global Health Observatory(GHO) Data, Density of Physicians(total number per 1000 population, latest Available Year), World Health Organisation 2018. Available from: [http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/), Date of Access: March 21, 2018.
24. Schlette S, Lisac M, Blum K. Integrated primary care in germany: the road ahead. *Int J Integr Care* 2009;9(2):1-11.
25. Höhne A, Jedlitschka K, Hobler D et al. General practitioner-centred health-care in germany. The general practitioner as gatekeeper. *Gesundheitswes* 2009;71:414-22.
26. Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G et al. Family physician-patient relationship and frequent at tendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. *Patient education and counseling* 2016; 99(7):1213-19.
27. Mossialos E, Djordjevic R, Osborn R et al. International profile of health care systems. The Common wealth fund, May 2017 [Internet]. Available from: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_media\\_files\\_publication\\_s\\_fund\\_report\\_2017\\_may\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_v5.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publication_s_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf) Date of access: March 21, 2018.
28. vanLoenen T, van den Berg MJ, Heinemann S et al. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *BMC Fam Pract* 2016;17:59.
29. Reed G. Challenges for Cuba’s family doctor and nurse program. *MEDICC Review* 2000;2:1-5.
30. Demers RY, Kembel S, Orris M, Orris P. Familypractice in Cuba: evolutionintothe 1990s. *Fam Pract* 1993;10:164-8.
31. Dresang, L. T, Brebrick, L, Murray, D, Shallue A, & Sullivan-Vedder L. Familymedicine in Cuba: community-orientedprimarycareandcomplementaryandalternativemedicine. *The Journal of theAmerican Board of Family Practice* 2005; 18(4): 297-303.
32. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health systems in transition. Sweden. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2005. Available from: [http://www.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Sweden\\_2005.pdf](http://www.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Sweden_2005.pdf) Date of access: March 21, 2018.
33. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *HealthPolicy* 2012;106(1):37-49.

34. Anell AH, Glengård A, Merkur S. Sweden: Health System Review. Health systems in transition 2012;14(5):1-161.
35. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), National Initiative for Improved Patient Safety. SALAR 2011. Available from: <https://skl.se/tjanster/englishpages/aboutsalar/administrativeorganisation/healthandsocialcare/division.1202.html>, Date of access: March 21, 2018.
36. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson RB et al. Building Primary Care in a Changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, United Kingdom 2015. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf), Date of access: March 21, 2018.
37. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark. The Journal of the American Board of Family Medicine 2012;25(1):34-8.
38. Van Uden CJ, Ament AJ, H. A, Hobma SO. Patient satisfaction without of hours primary care in the Netherlands. BMC Health Serv Res 2005;5(1):6.
39. Uden CV, Giesen PH, Metsemakers JF et al. Development of out of hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small call rotations to large scale GP cooperatives. Family Medicine 2006;38(8):565-9.
40. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. Health Aff 2006;25:1733-7.
41. van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R et al. Dutch health care performance report 2014. Bilthoven, the Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment, 2015. Available from: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:277134>, Date of access: March 21, 2018.
42. van den Berg MJ, Kolthof ED, de Bakker DH et al. Tweede Nationale Studiena arziekten en verrichtingen in de huisart spraktijk. De Werkbelasting van Huisartsen 2004, <https://www.nivel.nl/nationalestudie>, Date of access: March 21, 2018.
43. Haliloğlu S. Lovah-wes Hollanda değişim programı deneyimlerim. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(1):3-6.
44. Bruijn-Geraets D, Daisy P, Eijk-Hustings V. Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol. Journal of Advanced Nursing 2014;70(11):2673-82.