

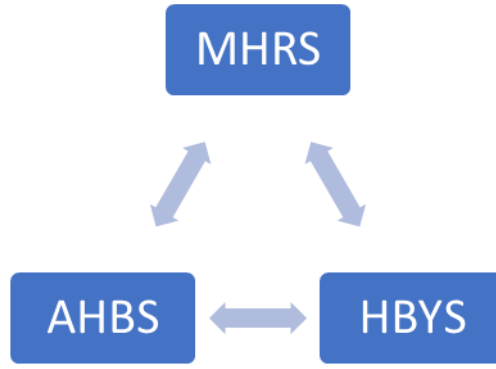
# MHRS, AİLE HEKİMLİĞİ ve KADEMELİ SEVK ZİNCİRİ

*Doç. Dr. Ali Ramazan Benli*

*SASAM Hekim Koordinatörü*

Sağlık Bakanlığının son 20 yılda dijitalleşme yönünde attığı adımlar hastaların sağlık hizmetlerini kolaylaştırmada önemli rol oynamaktadır. Bunlardan e-nabız, e-reçete, pandemi döneminde sıkça kullanılan hayat eve sığar ve Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamaları bunlardan öne çıkanlar (1). MHRS ye erişim ile mhrs.gov.tr internet adresinden oluşturulabildiği gibi ALO 182 üzerinden de randevu oluşturulabilmektedir. Bu uygulamanın memnuniyet verici olduğu aşikardır (2). Ancak randevu bulamayanların oranı azımsanmayacak kadar fazladır. Özellikle uzman azlığı olan branşlarda (cildiye, plastik cerrahi, nöroloji ve kadın doğum vb) randevu zaman zaman bulunamamaktadır. Burada bir diğer konu da hastaların şikayetlerine göre doğru branş tercih edememeleri olabilmektedir. Örneğin baş ağrısı için hastalar beyin cerrahını tercih edebilmektedir. Beyin cerrahı kendisi ile ilgili olmadığını belirttiğinde ise hasta nörolojiye yönelmekte ancak kişinin baş ağrısının nedeni hipertansiyon yani kardiyoloji ile alakalı olabilmektedir. Bu şikayetlerin çoğunluğu birinci basamak hekimliği olan aile hekimliğinde çözülebilir. *Hastaların şikayetleri ve yönlendirilmelerini profesyonel bir şekilde yönetmek gerekmektedir.* Bunun için “**neyim var**” uygulaması dijital platformlarda devreye alınmış ancak henüz istenilen rağbeti görmemektedir (3). Ayrıca bu uygulama branş yöneliminde 3 branş belirleyerek kişilerin 3 branşa yönlendirmelerini sağlamaktadır. Burada da aile hekimleri profesyonel sağlık danışmanı olarak devreye girmektedir.

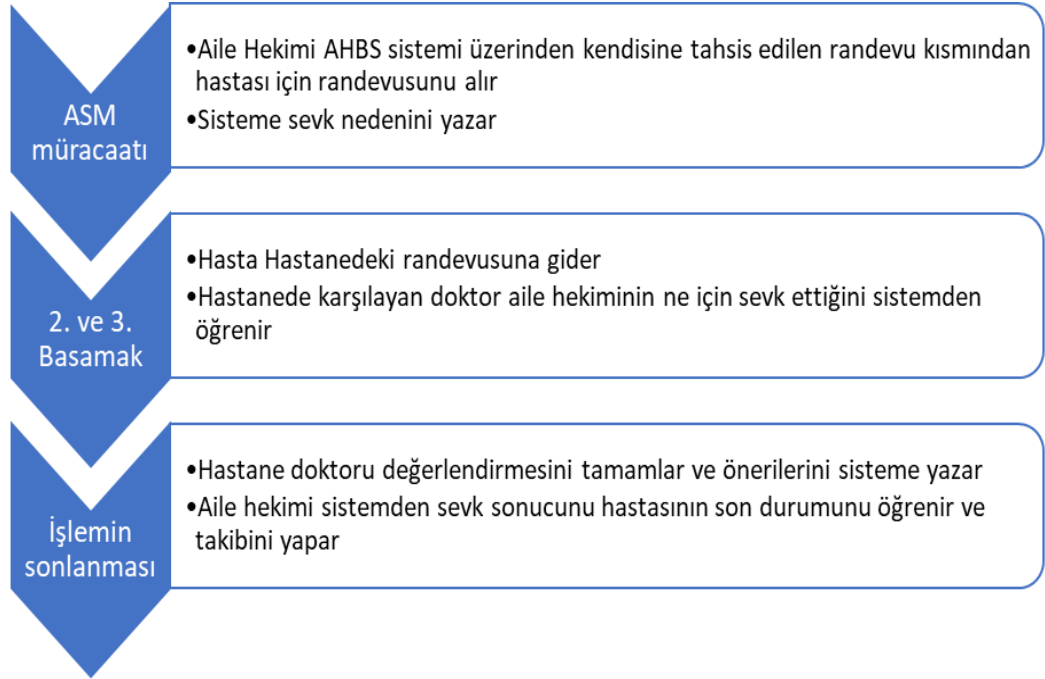
Aile Hekimleri, kişilerin sağlık durumlarını etraflıca değerlendirebilen ve biyopsikososyal yaklaşım gösteren hekimlerdir (4). Ülkemizde 2010 yılından bu yana aile hekimliği sistemi uygulanmakta olup memnuniyet düzeyi yüksektir (5). Birinci basamak diye nitelendirdiğimiz sağlık sistemimizin ilk ayağında 2023 verilerine göre yaklaşık 28 bin aile hekimi sahada çalışmaktadır. Aile hekimleri koruyucu hekimliğin yanı sıra birinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler. Aile hekimliği sisteminin kullandığı yazılım sistemleri temelde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerine kurgulanmıştır. AHBS sistemi ile aile hekimliğinin dijital verileri takip edilebilmektedir (1). Diğer yandan hastanelerde hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) yazılım sistemleri kullanılmakta olup muayene ve tedaviler bu sistem üzerinden takip edilmektedir. Bu yazılım sistemleri “e-nabız” ve “MHRS” gibi ana yazılım sistemleri ile entegredir. Ancak AHBS ve HBYS sistemleri birbirleri entegre değildir. Bunun yazılım entegrasyonunun düzeltilmesi ve bu ana iki kanatta çalışan hekimlerin sistem üzerinden birbirleri ile irtibatı sağlanmalıdır. Basamaklar arası entegrasyon bu şekilde tesis edilmelidir (Şekil 1).



Şekil 1. AHBS, HBYS ve MHRS nin entegrasyonu

Aile Hekimliğinin dünyadaki uygulaması içerisinde sevk zinciri vazgeçilmez bir durumdur. Yani kişi acil olmayan bir şikayetinde önce aile hekimine gider ve aile hekimi gerekli muayene ve tetkiklerini yapar, tedavisini düzenler veya ilgili brana sevk eder. Sevk zincirinin kurgulanması, hastane başvurularını azaltacak, hastanelerde uzman hizmet kalitesini artıracak ve sağlık maliyetlerini düşürecektir (6). Ayrıca sevk zinciri sağlıkta dönüşüm programının tamamlanmasında önemli bir yer tutmaktadır (7). Ülkemizde ise “açık kapı” uygulaması mevcut olup hastalar istedikleri hastaneye ve istedikleri doktora herhangi bir şikayeti ile gidebilmektedir. Örneğin; grip rahatsızlığı için kulak burun boğaz profesöründen randevu alabilmektedir. Denizli, Gümüşhane ve Isparta gibi pilot illerde sevk zinciri uygulanmaya çalışılmıştır. Hastaneye giden herkese “aile hekiminden sevk ile geleceksiniz” denmesi üzerine aile hekimlerinde ciddi bir yoğunluk oluşmuş ve hastalardan gelen tepki üzerine sevk zinciri uygulamasından vazgeçilmiştir. Sevk zincirinin birdenbire direkt olarak uygulanmaya başlanması aile hekimliği sistemini çalışamaz hale getirmiş ve bu durum sevk zincirinden vazgeçilmesinin bir nedeni olmuştur. (8). Sevk zincirinin uygulanmasının sistemin vazgeçilmez bir unsuru olduğu bilinmesine rağmen tepkiden çekinilmesinden dolayı uygulanamamaktadır (7). *Sevk zincirini kurabilmek, davranış değişikliği gerektirdiğinden zamana yayılarak yapılmalıdır.* Ayrıca sistemi de bu duruma hazırlamak ta zaman alacaktır. Sistemin hazırlanmasında Aile hekimi başına düşen kişi sayısını OECD ortalaması olan 2000 rakamlarına çekebilmek önemli bir aşamadır. Hali hazırda bir aile hekimi 4000 kişiye kadar bakabilmektedir. Bu durum aile hekimlerinin iş yüklerini artırmaktadır. Bunun için 28 bin çalışan aile hekimi sayısının 50 binin üzerine çıkarılması gerekmektedir. Diğer yandan OECD ülkelerinde doktorların %30 u birinci basamakta çalışıyor iken ülkemizde bu oran %15 civarındadır (9). Sistemin hazırlanmasında diğer bir konu da aile hekimliği uzmanlarının sayısının artırılmasıdır. Aile hekimliği bir uzmanlık alanı olup tıp eğitimi sonrası 3 yıl ihtisas süresi bulunmaktadır. Birinci basamak hekimliğinin uzmanlar ile hizmet kalitesinin artması sevk edilen hasta sayısını azaltacağı gibi sağlık giderlerinde de önemli düşüş sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinin birinci basamaktan başlayarak hizmetin koordinasyonu sevk zincirinin önemini daha da artırmaktadır (8). *Halkın istedikleri hastaneye veya istedikleri doktora gidememeleri, önce aile hekimlerine gitmeleri gerektiği veya sevk edilememe endişeleri gibi oluşabilecek tepkilerden çekinme, sistemin vazgeçilmez unsuru olan sevk zincirini kurgulamaktan bizleri alıkoymamalıdır.* Bu sistemi **kademeli** olarak planlamak gerekmektedir.

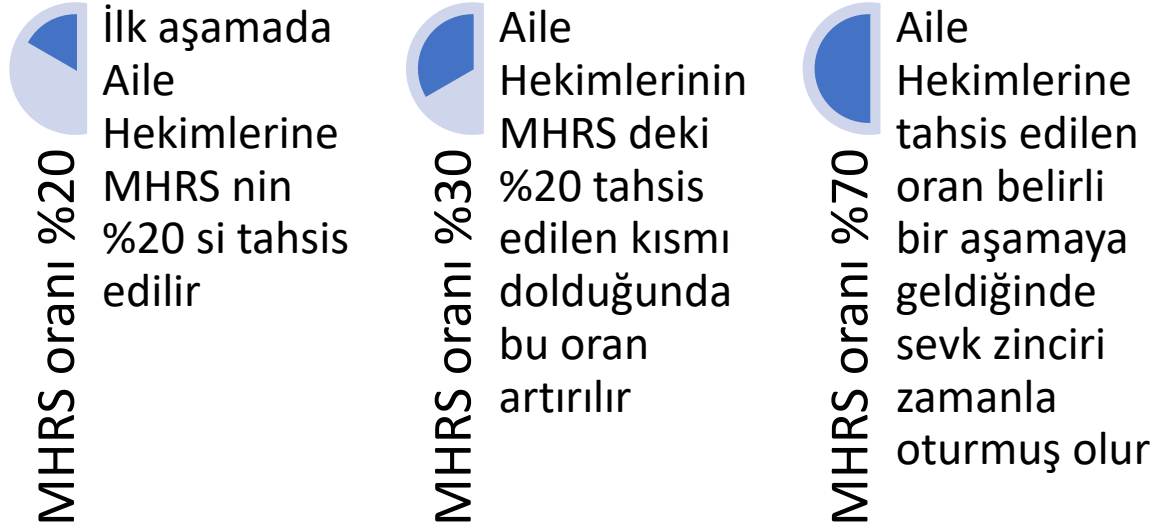
*Kademeli sevk zincirinin* oluşturulmasının daha önce pilot illerdeki sevk zinciri uygulamasından farkı; hastaların direkt hastanelere gitmesinin engellenmemesidir. Yani hastalar aile hekimlerinden sevk ile hastaneye gidebildikleri gibi direkt de gidebileceklerdir. Aile hekimi hastasını sevk etmeyi istediği zaman normal randevu sırasına yönlendirme yerine sistemi by-pass ederek sevk sağlanması gerekmektedir. Çünkü hekim değerlendirmesinden geçen hastada sevk gerekliliği oluştu ise bu durum önceliklenmelidir. Bunun da ilk basamağı MHRS üzerinden planlanabilir. MHRS nin belirli bir oranı (ilk etapta %20 si olabilir) aile hekimlerine tahsis edilir. MHRS, AHBS ve HBYS ile entegre olduğu gibi AHBS de HBYS ile entegre olmalıdır. Aile Hekimi hastasını sevk edeceği zaman kullanmış olduğu AHBS sisteminin ekranından sevk edebilmeli ve ne için sevk ettiğini sisteme yazabilmelidir. Bu durumu HBYS sisteminden sevk edilen doktor görebilmelidir. Hastanede karşılayan doktor hastanın değerlendirmesini, nasıl takip edilmesi ve hangi durumlarda tekrar görmesi gerektiğini aile hekiminin göreceği sisteme yazar (Şekil 2). Böylece basamaklar arası iletişim daha sağlıklı hale gelir. *Farklı basamaklarda çalışan hekimlerin dijital sistem üzerinden iletişimlerinin artırılması sistemin verimliliğini artıracaktır.*



**Şekil 2.** Aile Hekimliği Sevk Sistemi

Aile hekimlerine MHRS de tahsis edilen %20 lik pay günün sonunda dolmaz ise aile hekimlerinin kapanış saatinden sonra tüm kullanıcılara açılır. Eğer bu %20 lik kısımdan daha fazla talep oluşur ise bu %20 lik oran 10'ar 10'ar kademeli olarak artırılarak sevk zincirinde tamamlanmış olur (Şekil 3). Buradaki yapılan işlem mevcut MHRS kapasitesinin azaltılmasına yol açacağı şeklinde düşünülebilir. Kişiler aile hekimlerinin kendileri için randevu alabileceklerini öğrendiklerinde ise MHRS den randevu alamadıklarında aile hekimlerine müracaat edeceklerdir. Aile hekimi de “*kapı tutucu*” görevini yerine getirecek ve gerekli ise doğru bransa sevk yapacaktır (10). Aile hekimlerinin aynı zamanda kişilerin profesyonel sağlık danışmanları olması nedeniyle,

doğru yönlendirmeye bağlı hastaların uygunsuz branşa yönelimi de azalacaktır. Böylece hastanelerdeki branşların uygunsuz başvuru nedeniyle oluşan gereksiz meşguliyeti de ortadan kalkmış olacaktır.



şekil 3. MHRS de Aile hekimleri için tahsis edilen oranın zamanla artırılması

Kademeli sevk zincirinin 2. aşamasında ise SGK'nın muayene ücretleri konusunda düzenlemeye gidilmesi olabilir. Birinci basamak üzerinden sevk ile ileri basamaklara giden hastalardan birinci basamak ücreti alınabilir. Üst basamaklara kendi isteği ile giden hastaların katılım ücretleri artırılabilir. Böylece sevk zincirine kademeli olarak geçilmiş olur.

MHRS randevularının kullanma detayları üzerine çalışıldığında hastanelere başvuruların bir kısmının "sürekli kullandıkları ilaçları yazdırma" olduğu görülecektir. Bu durum aile hekimliği uzmanlığı eğitiminin içerisinde olan "kronik hastalık yönetimi"nin bir parçasıdır. Hastanelerdeki yoğunluğun önüne geçmek için MHRS sistemine "şikayet sorgulaması" ve "neden dolayı randevu istendiğine" dair sorgular eklenebilir. Bununla birlikte aile hekimliği uzmanlarının kronik hastalıklarda kullanılan ilaçların ödenmesi konusundaki yetkilerinin genişletilmesi (antidepresanlar, antiagreganlar, diyabet ilaçları-insülinler vb.) "reçete yazdırma" nedeni hastane başvurularını azaltacaktır.

Sonuç olarak; sağlık sisteminin rehabilitasyonunda sevk zincirine geçiş önemli bir adım olarak önümüzde durmaktadır. Ülkemiz koşullarında sevk zincirine **kademeli** olarak geçilmesi daha uygulanabilir ve bu durum MHRS üzerinden başlatılabilir. Birinci basamağın güçlendirilmesi ve basamaklar arası entegrasyonun artırılması sistemin verimliliği açısından önemlidir.

## KAYNAKÇA

1. ÇOBAN M. Türkiye’de E-Sağlık Uygulamalarında Mevcut Durum. Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi. 2023;4(1):197-204.
2. Kurşun A, Kaygısız EG. MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ MHRS UYGULAMALARINA YÖNELİK MEMNUNİYET VE ERİŞİLEBİLİRLİK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018(4):401-9.
3. Akyürek ÇE, Toygar ŞA, Erbay E. Human-Centered Gatekeeping:“Neyim Var?”. Human-Centered Service Design for Healthcare Transformation: Development, Innovation, Change: Springer; 2023. p. 137-47.
4. İlgün G, Şahin B. Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(2).
5. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(1):2-11.
6. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2020;5(1).
7. Bulut S. Aile hekimlerinin zorunlu sevk zinciri uygulaması hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. 2017.
8. ŞAHİN S. Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmetin Koordinasyonu: Ülkemizdeki Durumun Aile Hekimliğinin Temel İlkeleri Işığında Analizi. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2023;14(1):25-30.
9. Indicators O. Health at a Glance 2023. 2023.
10. DOĞAN R, GÜR K. Aile Hekimliği Uygulama Alanında Hemşirenin Rolü: Mevcut Durum Analizi ve İyileştirme Önerileri. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2023;14(1):4-7.