

Aile hekimliği uygulamasında birinci basamak laboratuvar hizmetleri

Primary level laboratory services in family medicine practice

İsmail Kasım¹, Mehmet Uğurlu², Yusuf Üstü³, M. Taşkın Eğici⁴, Muhammet Örnek⁵

Özet

Amaç: Bu çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçilen Erzurum ilinde laboratuvar kullanım oranları, konuyla ilgili problemler ile bu problemlere yönelik olarak çözüm önerileri tartışılmaktadır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada aile hekimliği uygulama öncesi 01.01.2008–30.09.2008 ve sonrası 01.01.2009–30.09.2009 tarihleri arasında Erzurum ilinde laboratuvar kullanım oranları ile ilgili veriler retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Aile hekimleri (AH) kendilerine tahsis edilen 2.500 TL'lik laboratuvar ödeneğinin ortalama %26'sını (620 TL) kullanmaktadır. Yine hekimlerin yarısından fazlası (59 aile hekimi) 500 TL'nin altında ödenek kullanmıştır. Hekimlerden sadece 4'ü tahsis edilen ödeneye yakın laboratuvar tetkiki istemektedir.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamasında laboratuvar hizmetlerinin etkili kullanılması ile daha etkin hale gelecektir. Aile hekimliğinde pilot uygulamaya geçilen illerde tespit edilen zorlukların sistemli bir biçimde gözlenmesi ve çözüm geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği uygulaması, birinci basamak laboratuvar hizmetleri.

Summary

Objective: This study evaluates laboratory usage ratios, problems and solution proposals in Erzurum where family medicine practices have started.

Methods: This cross sectional study compares the laboratory usage ratios retrospectively, in Erzurum before (from 01.01.2008 to 30.09.2008) and after (from 01.01.2009 to 30.09.2009) the implementation of family practice.

Results: The family practitioners utilized an average of 26% (620 TL) of the 2.500 TL allowance given to them. 59% of family practitioners used less than 500 TL of the allocated fund. Only four of the family practitioners ordered laboratory tests close to the upper limit of the payment.

Conclusions: More efficient utilization of laboratory services will make family practice more effective. We think that it is necessary to observe and identify difficulties faced and develop solutions in the pilot provinces where family medicine practice have started.

Key words: Family medicine practice, primary health care services, laboratory services.

Sağlık ihtiyaçlarının ve kaynaklarının çeşitli olmasına rağmen, sağlık sistemlerinin temel amacı, mümkün olduğunca sağlık seviyesini en iyi duruma getirmek, bireyler ve gruplar arasındaki farklılıkları en aza indirmektir.^[1]

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aksamalar yaşanmaktadır. Bu nedenle birinci

basamak sağlık hizmetlerinin yerleşim birimlerinde daha etkili verilebilmesi için hizmetlerin geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Etkili bir sağlık sisteminin; sosyal ya da ekonomik koşullarına bakılmaksızın tüm bireyler için eşit, kolay erişilebilir olması, özel gereksinimleri olan insanların dışlamaması ve bu bireylerin en uygun hizmete kolay ulaşmalarını sağlaması gerekir. Sağlık Bakanlığı,

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çukurambar Semt Polikliniği, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

³ T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara

⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü, Dr, Ankara

esnek ve duyarlı bir hastane sistemi ile temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmayı hedeflemektedir.^[2] Ancak, planlamanın yetersiz oluşu, sistemin üretkenliğini azaltmakta, maliyeti artırmakta, kaynakların dengesiz dağılımına neden olmakta, özetle sistemin işleyişini ciddi şekilde bozmaktadır.

Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması, hem vatandaşlar, hem de sağlık çalışanları açısından yeni duruma uyum ve davranış değişikliğine yol açacak uzun bir süreçtir.

Bu çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçilen Erzurum ilinde laboratuvar kullanım oranları, konuyla ilgili problemler ve çözüm önerileri tartışılmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışmada aile hekimliği uygulaması öncesi 01.01.2008–30.09.2008 ve aile hekimliği uygulaması sırasında 01.01.2009–30.09.2009 tarihleri arasında Erzurum ilindeki laboratuvar kullanım oranları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Erzurum’da, merkez laboratuvarı, ilçelerde ise hastaneler günde iki vardiya laboratuvar hizmeti sunmaktadır.

Erzurum ilinde birinci basamak laboratuvar hizmetleri; merkeze bağlı ve toplam 336.830 kişilik nüfusa hizmet veren 103 aile hekimliği birimi (AH) için merkez laboratuvarından, ilçelerde ise hastanelerde, düzenli olarak sunulmaktadır. Sabah ve öğle zamanı olmak üzere 2 vardiya ile kanlar laboratuvara taşınmakta, sonuçlar elektronik ortamda aile hekimlerine bildirilmektedir. Laboratuvarı; hemogram olarak 22, biyokimya tetkikinde 27, hormon tetkikinde ise 18 parametre çalışılmaktadır. Laboratuvarın aylık dış, günlük iç kalite kontrolü yapılmaktadır.

Bulgular

Aile hekimlerinin laboratuvar ödeneği kullanımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

2008 yılında birinci basamaktaki hekimler, müracaatların %9.0’ına (65.000 tetkik), 2009’da ise %5.1’ine (40.000 tetkik) laboratuvar tetkiki istemiştir. Performans sisteminin uygulandığı dönemde istenilen tetkik sayısı %50’ye yakın oranda azalmıştır (Tablo 1).

Aile hekimleri kendilerine tahsis edilen 2.500 TL’lik laboratuvar ödeneğinin ortalama %26’sını (620 TL) kullanmaktadırlar. Hekimlerin %43’ü (59 hekim) 500 TL’nin altında, %71’i ise (96 hekim) 1.000 TL ve altında ödenek kullanmaktadır (Şekil 1). Hekimlerin sadece %3’ü (4 hekim) kendilerine tahsis edilen ödeneğe yakın laboratuvar tetkiki istemişlerdir.

Tartışma

Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması, hem vatandaşlar, hem de sağlık çalışanları açısından yeni duruma uyum ve davranış değişikliğine yol açacak uzun bir süreçtir.

Aile hekiminin görevleri arasında periyodik sağlık muayenesi önemli bir yer tutar. Periyodik muayene, sağlıklı kişinin, tarama muayenesi, testleri, danışmanlık ve sağlık eğitimiyle, sağlığın korunmasını bulunmayı amaçlar. Her başvuran için, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır.³ Periyodik sağlık muayenesi, toplumlara göre farklılıklar gösterdiği için ideal olanı her ülkenin kendine özel periyodik sağlık muayenesi kılavuzları geliştirmesidir. Rutin olarak yapılacak laboratuvar testleri konusu da tartışmalıdır. Lipid profilinin erkeklerde 35, kadınlarda 45 yaşından itibaren yıllık takibi önerilmektedir.^[3]

Gebelikte gelişim haftalarına göre gerekli tetkikler ve incelemeler yapılır.^[4] Erzurum ili için 2009 yılında yaklaşık 7.800 canlı doğum olması beklenmektedir. Gebelik öncesi anemilerin saptanması için hemoglobin ve hematokrit takibi yapılması tartışmalıdır. Ülkemiz için anemilerin sıklığı konusunda yeterli veri bulunmaması nedeni ile yorum yapmak zorlaşmaktadır. Anemi sıklığının belirlenmesi için yeterli çalışmalar yapılınca dek hemoglo-

Tablo 1. Merkez Laboratuvarını kullanan 103 AH’nin muayene ve tetkik sayıları

	AH uygulaması öncesi (01.01–30.09.2008)	AH uygulanmasıyla birlikte (01.01–30.09.2009)
Birinci basamak muayene sayısı	720.000	780.000
Tetkik istenen hasta sayısı	65.000	40.000
Tetkik istem yüzdesi (%)	9.0	5.1
Laboratuvar ödeneği kullanım oranı (%)	-	26.0

bin ve hematokrit takibi önerilmelidir. Tam idrar tetkiki de gebe takibinde yer almalıdır.

Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması nedeni ile kontrollü yerel uygulamalar yapılmaktadır. Bununla birlikte, gerektiğinde koruyucu önlemler, denetim ve ödemelerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeniden değerlendirmeler yapılmalıdır.^[5,6]

1978 Alma-Ata bildirgesine göre sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Basit laboratuvar tetkiklerinin eklenmesi ile bu oran %96'ya kadar çıkabilmektedir.^[7]

Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Sağlık Bildirgesinde sağlık sunum sistemlerinin hedefe ulaşması için önerilen ilkelerden bazıları şunlardır:^[8]

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işleyişi ve sunumu tam olmalı,
- Hastane sistemi tarafından sevk sonrası desteklenmelidir.

Laboratuvar hizmetlerinin yeterli kullanımı için başarısızlığa neden olabilecek faktörler ortadan kaldırılmalıdır. Pilot illerin izlem ve değerlendirme raporları ışığında tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesi, hekimlerin sistemi kabullenmesini kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda, işleyişle ilgili, belirlenen zorlukların giderilmesi gerekmektedir.

OECD ülkelerinde yatan ve ayaktan hasta servislerinde, ne yazık ki halen uluslararası kabul görmüş karşılaştırmaya imkan verecek standardize edilmiş bilgiye ulaşamamaktadır.^[9] Türkiye'de aile hekimliği hizmetinin ne şekilde sunulacağı halen tartışılmakta ve yer yer bazı politikalar hayata geçirilmektedir. Birçok ilde aile hekimleri laboratuvar kullanım oranlarının düşüklüğünü; İl Sağlık Müdürlüklerinin düzenli laboratuvar imkanı sağlamasına bağlamaktadır.^[10]

Laboratuvar hizmetlerinin düzenli yürütüldüğü Erzurum ili diğer illere örnek oluşturabilir.

Hekimlerin ücretlendirilmesinde temelde üç model kullanılmaktadır:^[11]

1. Maaş
2. Kişi başı ödeme
3. Hizmet başı ödeme

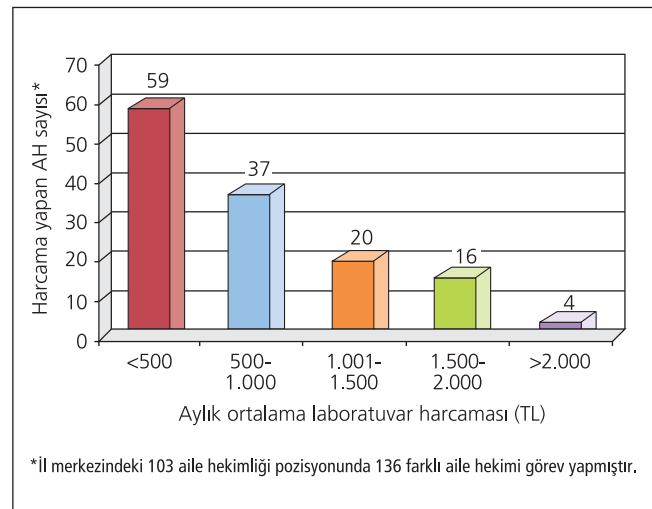
Halen ülkemizdeki uygulamada kişi başı ödeme modeli uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasına başlanan tüm illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden tedavi edici sağlık hizmeti alanların oranının arttığı, bağışıklama hizmetleri, gebe ve bebek izleminin %95'i aştığı bildirilmektedir.^[12,13] Mevcut kişi başı ödemeye hizmet başı ödeme de eklenerek karma model oluşturulma-

sı laboratuvar kullanımını teşvik ederek, sevk oranlarının düşmesini sağlayabilecektir.^[1,3,14] Aile hekimliği öncesi laboratuvar hizmetlerinin, müdürlüklere bakanlıktan gönderilen ek ödeme payını yükseltmede hekimlere katkısı nisbî idi. Hekimler tetkik istedikleri hastayı sonuçlarını değerlendirmek üzere yeniden ve puan almadan görmekteydi. Bu nedenle laboratuvar hizmetleri bir türlü istenilen düzeye ulaştırılamamaktaydı. Yaşanan sıkıntı aile hekimliği uygulaması ile birlikte daha da derinleşmiş bulunmaktadır. Çünkü uygulama birinci basamak laboratuvar hizmetlerini güçlendirme adına bir iyileştirme ön-görmemektedir. Aile hekimliği uygulaması ile birçok ildeki aile hekiminin kendilerine uygun koşullar sağlandığı halde laboratuvar tetkiklerini yeterince istemedikleri gözlemlenmektedir. Çoğu aile hekimi gebe, bebek ve çocuk izleminde gerekli laboratuvar tetkiklerini bile istememektedir. Aile hekimlerinin hem laboratuvar hem de görüntüleme hizmetlerini etkin kullanmaları konusunda bir düzenleme yapılması önem kazanmaktadır.

Sonuç

Gelişmiş ülkelerde birinci basamak sağlık reformunun köşe taşlarından biridir. Güçlü birinci basamak sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle doğrudan ilişkilidir.^[15,16]

Sağlıkta dönüşüm ile birinci basamağın rolünün kuvvetlendirilmesi amaçlanmaktadır. Aile hekimliği sisteminin işleyişi ile ilgili sorunların saptanması ve çözüme kavuşturulması sistemin başarılı olabilmesi için büyük önem arz etmektedir. Laboratuvar hizmetlerinin etkin kullanılması da önem taşıyan konular arasındadır. Uygulamaya geçilen pilot illerde alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile problemlerin çözülmesi hızlandırılabilir.^[2,4,17]



Şekil 1. Aile hekimlerinin laboratuvar ödeneğini kullanımı.

Kaynaklar

1. Boelen C, Haq C, Hunt V ve ark. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook, WONCA 2002:11. www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf adresinden 16/01/2011 tarihinde erişilmiştir.
2. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S ve ark. Sağlık 21 "Herkesin Sağlık" Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. 1. baskı. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Barok Matbaacılık, 2001.
3. Mazırcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama Eğitici Rehberi, 1.baskı. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004:99-108.
4. Dilbaz B, Milne L. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gen. Müd. Yayınları, 2005: 23-37.
5. Akdağ R. Sağlıkta Dönüşüm Programı. 1. baskı. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2003;2.
6. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2007;27:412-8.
7. Grumbach K, Selby JV, Damberg C ve ark. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. *JAMA* 1999;282:261-6.
8. World Health Declaration. Fifty –first World Health Assembly, May, 1998. www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf adresinden 16.01.2011 tarihinde erişilmiştir.
9. Raffel M. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. University Park and London. Paris, The Pennsylvania State University Press, OECD Publication, 1984;5-7.
10. Uğurlu M, Üstü Y, Eğici MT ve ark. Aile hekimliği uygulamasında baş edilmesi gereken zorluklar. *Sağlığın Başkenti* 2010;17:45-9.
11. Hayran O, Sur H. Örgütlenme Finansman Yönetim Mevzuat, Sağlık insan gücü planlaması, sağlık hizmetleri el kitabı. İstanbul, Yüce Yayıncılık, 1998:91-112.
12. Taş ME. Adıyaman'da 2 yılın sonunda aile hekimliği uygulaması. *Aile Hekimliği Dergisi* 2008;2:6.
13. İter B. Başlangıçtan günümüze Düzce'de aile hekimliği uygulamasına kısa bir bakış. *Aile Hekimliği Dergisi* 2008;2:1.
14. Korukluoğlu S, Üstü Y, Kasım İ ve ark. Transition to and planning of family medicine, Family medicine and mobile service in rural areas. Family Medicine, The Turkish Model'de. Ed. Aydın S. 1. baskı. Ankara, Published by the Ministry of Health of Turkey, 2006;74-88.
15. 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;38:831-65.
16. Villalbi JR, Guarga A, Pasarın MI ve ark. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Aten Primaria* 1999;24:468-74.
17. Uğurlu M, Korukluoğlu S, Üstü Y ve ark. Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama Eğitici Rehberi. 1. baskı. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004;193-9.

Geliş tarihi: 02.09.2010

Kabul tarihi: 10.02.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. İsmail Kasım

Batı Sitesi Mah. 06 Yol-İş Sitesi

No:9/3 Batıkent

Yenimahalle 06370 Ankara

GSM: 0505 293 39 66

e-posta: astronomkasim@yahoo.com