

# Dünyada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin organizasyonu ve altyapısı

## Prof. Dr. Burcu Kayhan Tetik



1978 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Malatya'da tamamladı ve 2002 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2013 yılında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinden uzmanlığını aldı ve 2015 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Yardımcı Doçent olarak göreve başladı. Hâlen aynı kurumda Profesör Doktor olarak görevine devam etmektedir. Aynı zamanda TAHUD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi ve Uluslararası Faaliyetler Komisyon Başkanı'dır.

**S**ağlık sistemi bireylerin sağlıklı bir hayat sürmesine, ülkelerin sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine, hastalıkların tanı ve tedavilerine maliyet etkin yaklaşımlar uygulanmasına yardımcı olan yapıdır. Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin ilk ayağını Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yapısı ve işleyişi ülkelere göre farklılık gösterse de kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmeti sunan genel birimlerdir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, acil müdahale gerektirmeyen genel muayene alanları olup hem kişisel hem de toplumsal sağlık hizmeti sunulan temel birimlerdir.

**Amerika Birleşik Devletleri:** Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sisteminde pek çok kez reform gerçekleştirilmiştir. Ancak 2010 yılında kabul edilen Affordable Care Act (ACA) en önemli reform olarak kabul edilmektedir. Bu zamana kadar özel sağlık sigortası ülke genelinde kullanılırken ACA ile bütün vatandaşların sağlık sigortası olması gerektiği, Medicaid programının eyaletlerde daha fazla yaygınlaştırılmasının sağlanması ve düşük ekonomik gücü olanların devlet tarafından sigortalandırılması kararlaştırılmıştır. 2015 yılından itibaren kaliteli hizmet veren ve vermeyen doktor maaşlarında fark oluşturulmuş ve hizmet kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. ABD'de sağlık

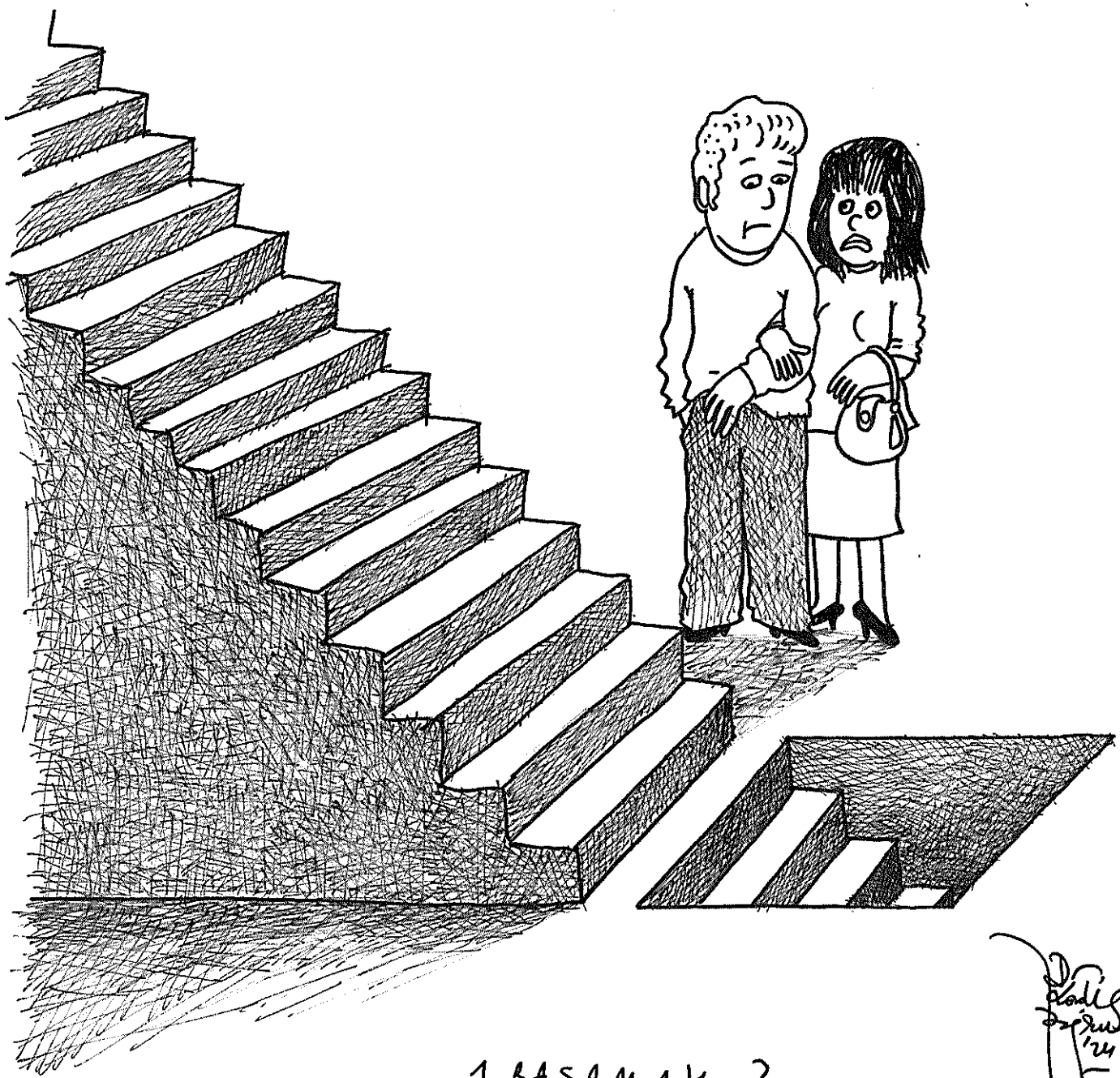
sistemi ulaşılabilirlik açısından endişe verici bir durumda olan Amerika Birleşik Devletleri için aile hekimliği sistemi kurtarıcı rol üstlenmektedir. Ancak tüm ülkeye yetecek düzeyde hekim bulunmamaktadır. Tüm vatandaşlarının sağlık sistemi ile olan bağlantısını Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS) gerçekleştirmektedir. 2020 yılında ülke genelinde HHS harcamalarının yüzde 53'ü Medicare, yüzde 32'si Medicaid, yüzde 8'i isteğe bağlı harcamalar, diğer kısımlar ise zorunlu programlar, çocuk hakları programları ve yoksul aileler için geçici yardımları kapsamaktadır. ABD'de tıp eğitimi 1910 tarihli Flexner Raporu ile şekillenmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yapılması 1978 Alma-Ata Konferansı ile oluşturulmuştur. Ana temanın "2000 yılında herkese sağlık" olduğu konferansta temel sağlık hizmetlerinin tüm sağlık sistemi içinde ana unsur olduğu, sağlıkta eşitlik ilkesinin gereğinin yapılması vurgulanmıştır.

ABD'de halk sağlığı hizmetleri toplumun tamamını ilgilendiren konularda sağlığı korumak, vatandaşın sağlık sistemine ulaşımını sağlamak, halkı bilinçlendirmek ve sağlık sisteminin kalitesini artırmak için kullanılmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hem ruh sağlığı hem de fiziksel sağlığı birlikte değerlendirecek şekilde planlanmış ve aile hekimleri, çocuk hekimleri, genel pratisyenler ve kadın hastalıkları hekim-

leri tarafından verilmektedir. Mobil sağlık hizmetleri ise hekim olmayan sağlık personelleri tarafından verilmekte olup sevk sınırlaması söz konusu değildir.

2024 yılı itibarı ile yapılan anketlerde sağlık hizmetlerine ödenen ücretlerin fazla olduğu ve vatandaşların yaklaşık yarısının ödemekte zorlandığı, katılımcıların %25'inin son bir yılda yaptırmak zorunda oldukları sağlık kontrollerini yüksek maliyet nedeniyle yaptıramadığı bulunmuştur. Bu nedenle sağlık hizmet maliyetlerinin düşürülmesinin gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca alınan sağlık hizmetinden halkın sadece yüzde 7'sinin memnun olduğu, maliyetlerin yüksekliğine rağmen kalitenin düşük olduğu ve tıbbi hataların da oldukça sık olduğu bulunmuştur. Amerikan Tıp Kolejleri Birliği (AAMC) 2033 yılına doğru sağlık sistemine arzun artacağını, hekim ve hemşire sıkıntısı yaşanacağını bildirmişlerdir. Uzun vadede sağlık sisteminde daha fazla sorun yaşanacağı ve tekrar reforma gidilmesinin ülke genelinde istendiği belirtilmektedir.

**Kanada:** 13 eyalet ve üç bölgeden oluşan Kanada'nın sağlık sistemi kendi içinde de farklı uygulamaları barındırmaktadır. Ancak genel olarak tüm nüfusun 2/3'ünün özel sağlık sigortası vardır. Birinci basamak sağlık tesislerinden hastanelere sevk zorunluluğu yoktur. Bireyler isterlerse direkt 2. veya



1. BASAMAK...?

*Handwritten signature*  
24.09.2024



3. basamak hastanelere müracaat edebilir. Ancak sevk edilmeden hastanelere başvurulduğunda, hekime hasta başına daha az ücret ödendiği için 2. ve 3. basamak hekimleri sevk olmadan gelen hastaları muayene etme konusunda daha temkinli davranmaktadır. Çok geniş bir alana sahip oldukları için özellikle kırsal ve ulaşımın zor olduğu yerlerde hekim bulmak oldukça zordur. Buralarda doktor bulundurma zorunluluğu olan bir sağlık politikası da ne yazık ki mevcut değildir. Bu durumu aşmak için kırsal ve uzak bölgelerde çalışacak doktorlara çok daha fazla ücret ödeyerek daha cazip hâle getirilmeye çalışılmaktadır. Tıp fakültelerinden mezun olan doktor sayılarına rağmen doktor açığı olan ülkede hizmet veren doktorların yüzde 27'si Kanada dışındaki okullardan mezun hekimlerden oluşmaktadır.

Birinci basamak hekimleri için Kanada'da en çok tercih edilen ödeme şekli hizmet başı ödeme yöntemidir. Mesai dışında 24 saat hizmet veren ücretsiz hemşire danışmanlığı sistemi de mevcuttur. Bu sistem aile hekimleri ve pratisyen hekimler tarafından koordine edilmektedir. Çoğu eyalette Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde sadece fizik muayene hizmeti verilirken Ontario gibi pilot uygulamanın olduğu eyaletlerde psikolojik destek girişimleri de başlatılmıştır. Benzer şekilde kronik hastalıklar ve evde bakım alanında da

eyaletler arasında farklı uygulamalar söz konusudur. Ayrıca, Ontario'da Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aborijin Sağlık Erişim Merkezleri ile toplum temelli ve çok disiplinli birinci basamak bakım modelleri kullanılmaktadır.

**İngiltere:** Sağlık modeli olarak, Beveridge temelli modeli tercih etmiştir. Bu modelde tüm toplumu kapsayan ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarını devletin karşıladığı sağlık hizmetidir. Acil durumlar hariç danışmanlık hizmetleri ile fiziksel ve psikolojik muayene ve tedavilerin düzenlendiği ilk temas noktaları birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde en çok genel pratisyenler (GP) çalışmaktadır ve kapı tutucu (gatekeeper) özellikleri mevcuttur. Türkiye'deki gibi tek başlarına veya grup olarak hemşire, ebe, sekreter ve muhasebeci gibi hizmet verebilmektedirler. Sağlık hizmeti olarak muayene, danışmanlık, tedavi, evde bakım, doğum öncesi ve sonrası bakım gibi her konuda hizmet verilmektedir. Ancak ulusal sağlık sigortasından faydalanmak için sevk zinciri bulunmaktadır. Bu oturmuş sağlık sisteminde vatandaş aile hekimi ile yıllık antlaşma yapar ve hizmetini alır. Hastanın hekim seçme hakkı olduğu gibi hekimin de hasta seçme hakkı vardır. Her bir hekimin ortalama nüfusu 3.500 civarındadır. Aile hekimleri "health commissioning" antlaşması ile 2. ve 3. basamak hekimleri ile protokol

imzalar ve gerekli durumda hastalarını sevk eder. Hastanelerde muayenesi olan hastaya yapılan tetkik ve tedaviler, aile hekimine rapor olarak iletilir. Aile hekimi sevk etmeden 2 veya 3. basamak hastaneye müracaat ettiklerinde sağlık sistemi para ödemez, kendi ceplerinden ödemek zorunda kalırlar.

**Almanya:** Almanya sağlık sistemi, dünyada ötür olarak kabul edilebilecek şekilde düzenlenmiş ve uygulanmaktadır. Almanya'da sağlık hizmetleri, ülkemizde olduğu gibi devlet, özel sektör ve sosyal yardım şeklinde sağlanmaktadır. Her bir eyalette farklı uygulamalar ve finanse modelleri tercih edilmektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri de oldukça gelişmiştir. 2022 verilerine göre ülke genelinde sağlık sektöründe 5.7 milyon kişi çalışmakta olup 100 bin kişi başına 453 aile hekimi ve 1.206 pratisyen hemşire düşmektedir. Kent merkezinde aile hekimleri hastalarına genellikle 1.5 km uzaklıktadır. Kırsal bölgelerde hekim sıkıntısı hâlâ devam etmekte olup 68 yaşını geçen hekimlerin kırsalda çalışmasına izin veren bir yapılanma sistemleri vardır. Tanı ve tedavi hizmetlerinin büyük kısmı birinci basamakta verilmekte ve aile hekimi gerek gördüğünde bir üst kuruluşa sevk edebilmektedir. İngiltere de olduğu gibi sevk zinciri söz konusu olup aile hekimi gerekli gördüğü durumda sevk ederken konsültasyon notu yazar ve hastasını sevk eder. Ayrıca 2020

yılından beri ülkede elektronik sağlık kartı uygulaması kullanılmaktadır. İkinci veya üçüncü basamakta tedavisi düzenlenen hastanın yapılan tetkik ve tedavisi hakkında aile hekimine resmî bilgilendirme yapılır. Birinci basamak hekimlerine hastane hekimleri gibi hizmet başına ödeme yapılmaktadır ve hekimin belirli bir bütçesi vardır. Ay sonunda bu bütçeyi aşmaması istenir. Ancak ülke nüfusuna hizmet edecek kadar hekimleri olmadığından Kanada gibi diğer ülkelerden gelen hekimlerle sağlık hizmetleri yürütülmektedir.

**Japonya:** Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Japonya tüm ülkeler içerisinde toplum sağlığı hizmetleri, eşitlik ve sağlık adaleti açısından birinci sırada yer almaktadır. Tüm vatandaşların faydalanabileceği evrensel sağlık sigortaları mevcut olup 1960'lı yıllardan beri kullanılmaktadır. Ülke genelinde iki ana sağlık sigortası türü mevcuttur. Birisi çalışanların kullandığı hem kendilerini hem de bakmakla yükümlü olduklarını kapsayan sağlık sigortası türüdür. Bir diğeri ise ulusal sağlık sigortası olarak bilinen işsizlere ve serbest meslek sahiplerine uygulanan türdür. Japonya'da da sağlık sistemi birinci basamak sağlık sistemi ile başlar ve tüm vatandaşları kapsayacak şekilde organize edilmiştir. Burada hizmet veren hekimlerce tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür. Sevk zinciri söz konusu değildir. Ama üçüncü basamak sağlık kuruluşuna birinci veya ikinci basamak sağlık kuruluşundan sevk ile gelmedikleri zaman ek bir ücret ödemek zorundalar. Normalde sağlık harcamalarının bir kısmını devlet bir kısmını vatandaş öder. Tüm ülke genelinde uygulanan sağlık prosedürleri için sağlık hizmet sunucularına geri ödemeyi içeren tek tip ulusal ücret çizelgesi mevcuttur. Katılım payları bireyin yaşına göre yüzde 10-30 arasında değişen oranlarda alınmaktadır. Ancak düşük gelirli bireylerden katkı payı alınmamaktadır. Ancak uzun süreli evde bakım veya tıbbi bakım almak zorunda olunan bir durum söz konusu olduğunda 2000'li yıllarda ülke genelinde kullanılmaya başlanan uzun vadeli bakım sigortası uygulanmaktadır. Yani sigorta şirketleri gruplara göre standardize edilmiş programlar uygularlar yani kişiler istedikleri sigortayı seçemezler. Ancak bu hekimler aile hekimi veya genel pratisyenler değildir. Tabipler Birliği denilen ekip tarafından görevlendirilen diğer uzmanlık

dallarını tercih etmeyen hekimler tarafından verilmektedir. Yani aile hekimliği uzmanlığı diye bir branş söz konusu değildir. Ancak aile hekimliği sistemini kurmak için çalışmalar da yapılmaktadır. Özellikle coğrafi olarak ulaşımın zor olduğu yerdeki vatandaşlarına 24 saat hizmet veren yapı üzerinde çalışmaları devam etmektedir. Bu sistemi oturtmaya çalıştıkları bölgelerde aile hekimlerinin hastanelere sevk etmesi beklenmektedir. Ülkenin kırsal kesimlerinde hekim bulmakta zorlanılmaktadır. Bu nedenle tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı artırılmış ve Chiki-Waku denilen sistem başlatılmıştır. Bu sistemde burs alan öğrencilere mezun olduktan sonra belirli bir süre kırsalda çalışma zorunluluğu getirilmiştir.

**Sonuç:** Birinci basamak, vatandaşların sağlık sistemleri ile ilk temas noktasıdır. Bu nedenle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini tam anlamıyla oturtmuş olan ülkelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verdiği, eşitlikçi bir hizmet sunduğu görülmektedir. Dünyanın yaşlanması, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve yeni sağlık personeli istihdamının azalması nedeniyle ilerleyen yıllarda sağlık sisteminde çok daha fazla sorunlar yaşanacağı, hizmet kalitesinin azalacağı öngörülmektedir. Bu nedenle ülke ekonomisine pozitif katkı sağlayacak ve sağlık harcamalarını azaltacak olan aile hekimliği uygulamalarının tüm ülkelerin sağlık sistemlerine entegre etmesi ve sevk zincirinin olduğu sağlık politikalarının kullanılması yerinde olacaktır.

## Kaynaklar

- Akdağ, R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. 2008, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akman, E., Tanrı, M. Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Usasud Dergisi*, 2020; 6(2): 303-316.
- Akman, M. Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2014; 18: 70-78.
- Ayhan, E. Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Japonya Sağlık Sistemi. 1. Baskı, Ankara, 2006; 1485-1518.
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(6): i-273.
- Boyle, S. United Kingdom (England) Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13: 1-486.
- Canada Health. Health Care System. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html> (Erişim Tarihi: 21.08.2024).

Global Health. Global Health Organization. [https://globalhealth.org/?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA\\_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw\\_wcB](https://globalhealth.org/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw_wcB) (Erişim Tarihi: 16.08.2024).

Global Health. Global Health Organization. [https://globalhealth.org/?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA\\_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw\\_wcB](https://globalhealth.org/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwz7C2BhDKARIsAA_SZKasga7ixzkPEQ-JoKpCyVhhCJmWummlmEit-9jFRDDgcPtbS3EgX-FuoaApLgEALw_wcB) (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

Gülser, A. Almanya'da Sağlık Sistemi. 1. Baskı, İstanbul, 2018; 95-104.

KFF. Americans' Challenges with Health Care Costs. <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/americans-challenges-with-health-care-costs/> (Erişim Tarihi: 16.10.2024).

Kınlmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 2017; 3(6): 78-104.

Marburger Verbund. TV Ärzt TdL. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2018-08/17-08-29-tv-aerzte-i-d-f-6aenderungstv.pdf> (Erişim Tarihi: 08.09.2024).

Medifind. Problems in the US Healthcare System. <https://www.medifind.com/news/post/problems-us-healthcare-system> (Erişim Tarihi: 16.10.2024).

Newell, F. Framework for patient and public participation in primary care commissioning. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/03/framwrk-public-partcptn-prim-care.pdf> (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

NHS England. Framework for Patient and Public Participation in Primary Care Commissioning. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2016/03/framwrk-public-partcptn-prim-care.pdf> (Erişim Tarihi: 26.08.2024).

Sargutan, E. Birleşik Krallık Sistemi. *Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, 2006.

World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Gregory P. Marchildon, Sara Allin&Sherry Merkur. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22 (3), World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336311>. (Erişim Tarihi: 16.10.2024).