

# Gelişmiş Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Erişilebilirliği

Dr. Gülşah Onur



1994 yılında Tokat'ta doğmuştur. Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesinden 2019'da mezun olmuştur. 2021 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında uzmanlık eğitimine başlamış ve hâlâ burada araştırma görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye Ödülleri ve Burslar Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

**D**ünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarına odaklanarak, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar uzanan bir yelpazede mümkün olan en yüksek seviyede sağlık ve refahın sağlanmasını ve bunların dengeli bir şekilde dağıtılmasını amaçlayan, tüm toplumu kapsayan, bireylerin günlük yaşamlarının mümkün olduğunca içinde yer alan sağlık hizmetleridir. Tüm yaşam boyunca, ulaşılabilecek en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanma, ayırım gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir.

Sürdürülebilir ve etkin bir sağlık sistemi oluşturulmasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin mevcut durumunun objektif bir şekilde değerlendirilmesi, sahip olduğu potansiyel ve sınırlılıkların belirlenmesi, toplumun her kesiminin erişebildiği, efektif işleyen bir birinci basamak sağlık sistemi için politikalar oluşturulması kritik bir öneme sahiptir. Bu yazıda gelişmiş ülkelerdeki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu, kapsamı ve erişilebilirliği incelenecek, bu hizmetlerin güçlü ve

zayıf yönleri analiz edilerek gelişime yönelik çözümler ve bunun önündeki engeller belirlenecektir. Bu makale, dünya genelinde gelişmiş ülkelerdeki mevcut Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sistemlerinden çıkarılacak derslerle; sağlık idarecileri, hükümetler ve politika yapımcılar başta olmak üzere tüm paydaşlara, sistemleri iyileştirmek için değerli iç görüler sunmayı amaçlamaktadır.

## Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunda Yeni Modeller

Koordineli, sürekli, bireysel ve kapsamlı bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumu için multidisipliner ekiplerden oluşan ve entegre bir sağlık organizasyonu modeli son yıllarda OECD (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü) ülkelerinde benimsenmeye başlamıştır. Bu modeller ile toplumun her kesiminin ihtiyacı olan tıbbi ve sosyal hizmetlere erişiminin sağlanması ve kaynakların etkin kullanımı amaçlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimleri ve hasta eğitimi, öz yönetim desteği, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık yönetimi, sevkler ve bakım koordinasyonu sunulan hizmetlerin bazılarıdır. Bu modeller ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Avustralya, Kanada,

Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çeşitli uygulama modelleri ve farklı hedef popülasyonları ile multidisipliner ekipler çalışırken; Kanada ve İspanya'da gelişmiş teknolojik bilgi sistemleriyle yapılan toplum risk analizi sonucunda bireysel ihtiyaçlara yönelik bir birinci basamak hizmeti verilmektedir. Yapılan çalışmalara göre bu yeni modellerle daha iyi sağlık çıktıları ve yaşam kalitesinde artışlar, hastaneye yatışlarda azalmalar, yüksek hasta ve hekim memnuniyeti, maliyet etkin sonuçlar görülmüştür.

## Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirliği

Sağlık hizmetlerine erişim düzeyi öncelikle temel bir dizi hizmetten yararlanabilen ve kaliteli sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinden memnun olan nüfusun oranı ile değerlendirilir. OECD üye ülkelerindeki en son resmî ulusal sağlık istatistiklerinden yararlanılarak oluşturulmuş olan 'Health at a Glance 2023' raporuna göre temel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı ABD'de yüzde 91.3 ile OECD ortalamasının altındadır. En çok düşük eğitim veya gelir düzeyine sahip çalışma çağındaki yetişkinler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorun yaşayan gruplardır. Aynı oran Belçika ve Litvanya'da sıra-



sıyla yüzde 98.6 ve yüzde 98.8, Avusturya, Fransa, Almanya ve Hollanda'da yüzde 99.9, Kanada, Avustralya, Danimarka, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Japonya, Güney Kore, Norveç, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsviçre ve İsveç'te ise yüzde 100'dür. Hollanda ve İsviçre gibi bazı ülkelerde bu başarı kamu teşvikleri ve yasal düzenlemelerle desteklenen zorunlu özel sağlık sigortası sistemine bağlanabilir.

Kaliteli sağlık hizmetlerine erişimden memnun olan bireylerin oranı OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak yüzde 66.8'dir. Bu oranın altında kalan gelişmiş ülkeler Litvanya, İtalya, Kanada, Portekiz, Yeni Zelanda ve İspanya'dır. Belçika'da ve İsviçre'de bu oran en yüksektir (sırasıyla yüzde 90 ve yüzde 94). Bu iki ülkeyi yüzde 80 üzeri oranlarla Avusturya, Danimarka, Almanya ve Hollanda izler. Memnuniyet seviyelerinin son 10 yıldaki değişimine bakıldığında ise Kanada, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık'ta yaklaşık yüzde 20'lik bir düşüş göze çarpmaktadır.

### **Erişimin Önündeki Engeller**

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki başlıca engeller; sağlık hizmetlerinin

maliyeti ve yetersiz sağlık sigortası kapsamı, sağlık profesyonellerinin sayıca eksikliğinden kaynaklı uzun bekleme süreleri, kaynakların sınırlılığı, sağlık tesislerinin azlığı ve bunlara ulaşım problemleridir. OECD ülkeleri genelinde, sağlık hizmetleri maliyetlerinin yaklaşık yüzde 75.9'u, ayaktan bakım hizmetlerinin yüzde 79'u ve ilaç masraflarının da yüzde 56'sı devlet veya zorunlu sağlık sigortasınca karşılanmaktadır. Genel sağlık hizmetleri maliyetleri için Güney Kore ve Portekiz'de bu oran yüzde 60'lar civarındadır. Bu oranın en yüksek olduğu gelişmiş ülkeler ise Danimarka, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Japonya, Hollanda, Norveç ve İsveç'tir. İtalya, Portekiz ve Güney Kore ayaktan bakım hizmetleri masraflarının karşılanma oranlarının en düşük olduğu gelişmiş ülkelerdir. Fransa, İrlanda ve Almanya'da ilaç masraflarının yüzde 80'inden fazlası karşılanmaktadır.

Birçok ülkede zorunlu temel sağlık sigortasının yanı sıra gönüllü özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır. Belçika, Fransa ve Slovenya nüfusunun yüzde 90'ından fazlası temel sağlık sigortasının karşılamadığı masraflarını karşılayan tamamlayıcı sağlık sigortasına sahipken; Hollanda nüfusunun yüzde 80'inden fazlası ek hizmetleri de içe-

Koordineli, sürekli, bireysel ve kapsamlı bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunumu için multidisipliner ekiplerden oluşan ve entegre bir sağlık organizasyonu modeli son yıllarda OECD ülkelerinde benimsenmeye başlamıştır. Bu modeller ile toplumun her kesiminin ihtiyacı olan tıbbi ve sosyal hizmetlere erişiminin sağlanması ve kaynakların etkin kullanımı amaçlanmıştır.

ren destekleyici sağlık sigortasına sahiptir. İrlanda ve Avustralya'da ise mükerrer sigorta sistemi mevcuttur, bu sigortaya sahip olan vatandaşlar sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlayarak daha kapsamlı bir hizmet seçeneğine sahiptir.

OECD ülkeleri genelinde karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimleri içinde dış bakım ve tedavi hizmetleri, maliyetler nedeniyle büyük bir yer tutmaktadır. Özellikle Portekiz'de nüfusun yüzde 7'sinden fazlası karşılanmamış dış bakımı ihtiyaçları olduğunu bildirirken, bu oran Hollanda, Almanya ve Avusturya'da yüzde 0.5'ten azdır. Japonya, Almanya ve Fransa'da dental harcamaların yarısından fazlası kamu kuruluşları veya zorunlu sigorta tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin maliyetinin devlet veya zorunlu sağlık sigortası tarafından karşılanma oranlarının artırılması, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine adil erişimini sağlamada önemli bir rol oynayacaktır. Ancak, bu hedefin önündeki en büyük engellerden biri, sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin kısıtlı olmasıdır. Sağlık okuryazarlığını artırarak sağlık kuruluşlarına yapılan gereksiz başvurular, akılcı olmayan ilaç kullanımı ve lüzumsuz tetkik istemleri gibi gereksiz harcamaların önüne geçilebilir. Bu sayede kaynaklar daha etkin kullanılabilir ve maliyetler optimize edilebilir.

OECD ülkelerinde her 1.000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı sırasıyla 3.7 ve 9.2'dir. Birleşik Krallık, Belçika, Kanada, Fransa, Finlandiya, Slovenya, ABD, Japonya ve Güney Kore'de hekim sayısı bu değerın altındayken Norveç, Avusturya ve Portekiz'de hekim sayısı 5'in üzerindedir. İtalya, Kore, Litvanya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık'ta 1.000 kişiye 9'dan az hemşire düşerken, Finlandiya, İsviçre ve Norveç'te ise hemşire sayısı 18'den fazladır. Slovenya ve Finlandiya'da nüfusun yüzde 4'ünden fazlası uzun bekleme sürelerini sağlık hizmetine erişimde engel olarak belirtmiştir. OECD ülkelerinde hastaların yüzde 82'si doktorların hasta görüşmelerinde onlara yeterince zaman ayırdığını söylemektedir. Japonya başta olmak üzere Birleşik Krallık ve İsveç'te ise bu oran düşüktür. Hastaların kendi sağlık durumları ve tıbbi tedavileriyle ilgili karar verme sürecine



dâhil edilmesi, Avusturya, Hollanda ve Avustralya'da en yüksek düzeydeyken; Birleşik Krallık, Fransa ve İsveç'te en düşük düzeydedir.

Aile hekimi ve hemşire sayısının nüfusa oranla yeterli düzeyde olması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla, sağlık profesyonellerinin eğitim aldıkları fakültelerin sayısının artırılması ve bu fakültelerde verilen eğitimin kalitesinin yükseltilmesi önem arz etmektedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde farklı disiplinlerden oluşan bir ekibin iş birliği içinde çalışması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artırmanın yanında iş yükünü dengeleyecektir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çeşitli teşvik ve motivasyon programları ile desteklenmesi, mesleki tükenmişlik riskini azaltmada etkili olacaktır. Bu hedeflere ulaşmak için uzun vadeli ve kapsamlı sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir. Fakat bunların önünde finansal, yönetsel ve organizasyonel engeller bulunmaktadır. Ayrı-

ca dünya nüfusu giderek yaşlanmakta ve kronik hastalık prevalansında bir artış görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların artacağı öngörülmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişimde bir başka bariyer de sağlık kuruluşlarına uzak mesafeler ve coğrafi engellerdir. Gelişmiş ülkelerden Avustralya, Kanada ve Slovenya'da, nüfusun en az yüzde 20'si fiziki ulaşım imkânları yetersiz olduğu için ihtiyaç duyduklarında birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuramamaktadır. Avustralya, Kanada ve ABD'de, kırsal kesimde yaşayan popülasyonun Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimi daha düşüktür. Gezici Birinci Basamak Sağlık Hizmeti klinikleri, kırsal alanda yaşayan veya yetersiz sağlık hizmeti alan dezavantajlı popülasyona erişim sağlayan, gerekli donanım ve sağlık profesyoneliyle koruyucu sağlık, ruh sağlığı veya diş sağlığı hizmetleri dâhil Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunan mobil kliniklerdir. Fransa, ABD, Almanya ve Portekiz'de bazı kırsal alanlarda mobil



sağlık klinikleri faaliyet göstermektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi ulaşım nedenli kısıtlı olan popülasyon için mobil klinikler artırılabilir.

### Dijital Sağlık Teknolojilerinin Kullanımı

Son yıllarda hızla gelişen tele-tıp ve dijital sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde kolaylaştırmıştır. OECD ülkelerindeki tüm doktor görüşmelerinin yüzde 19'unu tele-tıp hizmetler oluşturmuştur. İspanya, Portekiz ve Danimarka'da bu oranlar yüzde 30'un üzerindedir. 2021 yılı verilerine göre, hasta başına yılda 1.4 tele-tıp görüşmesi yapılmaktadır. Kanada, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Norveç ve İsveç'te kırsal kesimlerde yaşayan popülasyonun sağlık sistemine erişimini artırmak amacıyla tele-tıp uygulamaları kullanılmaktadır.

OECD ülkeleri genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarının yüzde 93'ünden fazlası elektronik tıbbi kayıt sistemi (EMR) kullanmaktadır. Danimarka, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Norveç, Portekiz, Slovenya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta tüm birinci basamak kuruluşlarda EMR kullanılırken; İsviçre ve Japonya'da bu oran yüzde 40'lardadır. Finlandiya'da kullanılan model, Kanıtla Dayalı Elektronik Karar Destek Sistemi (EBMeDS) ile hastaların tıbbi

kayıtlarını güncel kılavuz ve rehberlerle eşleştirerek aile hekimlerine, kişiselleştirilmiş bakım planı hazırlamada rehberlik sağlamaktadır. Sistem ayrıca otomatik hatırlatıcılar ve uyarılar da üretmektedir. Özellikle kronik hastalıkları olan hastalar için koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, ilaç etkileşimleri ve yan etkilerinin önüne geçilmesi açısından hasta güvenliğine ve sunulan bakımın genel kalitesine olumlu bir etki yapmaktadır. İspanya'da kullanılan EMR; hasta portalı, elektronik reçete sistemi ve tele-izlem hizmeti ile entegre edilmiştir.

E-hasta portalları gibi mobil sağlık uygulamaları hastaların kendi sağlık durumlarıyla ilgili bilgi ve farkındalık seviyelerini yükselterek klinik kararla alma sürecine katılmalarını artıran ve daha iyi sağlık çıktıları ile sonuçlanan uygulamalardır. Bu dijital sağlık uygulamaları, Kanada'da miHealth, Danimarka'da Tele-Rehabilitation Service, Finlandiya'da Oulu Self Care Service ve ABD'de HealthConnect gibi platformlarla kullanılmaktadır.

Yapay zekâ destekli cihazların sağlık alanında kullanımının artırılmasıyla sağlık profesyonellerinin üzerindeki iş yükü azaltılabilir. Tele-sağlık uygulamalarının kullanımının artırılması ve etkili kullanımı ile sağlık hizmetlerine fiziki ve coğrafi nedenlerle erişim problemi yaşayan hastalara sağlık

hizmetleri sunulabilir. Ayrıca bu uygulamalarla triyaj yapılarak gereksiz birinci basamak başvurularının önüne geçilebilir. EMR sistemlerinin geliştirilmesiyle gereksiz tetkik istemlerinin, ilaç etkileşimlerinin önüne geçilebilir, bu sistemlere klinik kılavuzların entegre edilmesiyle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri daha doğru, etkin ve süreklilik içinde sunulabilir. Sağlık teknolojilerinin kullanımının önündeki en önemli handikaplar bu teknolojiler için altyapı sağlanması, maliyetler, veri gizliliği ve güvenlik problemleridir. Teknolojiye erişimde ve bu uygulamaların kullanımında sorun yaşayan vatandaşlar ve sağlık personeli için finansal destek ve eğitim programları gereklidir.

### Sonuç

Gelişmiş ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri genellikle yüksek standartlarda sunulmakla birlikte, çeşitli zayıf yönler ve tehditler de bulunmaktadır. Sağlık personelinin eksikliği, uzun bekleme süreleri, sağlık sigortası kaynaklı erişimde adaletsizlikler, finansal sorunlar, coğrafi engeller gibi zorluklar, bu hizmetlerin etkinliğini ve erişilebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu zorlukların üstesinden gelmek için, eğitim ve sağlık politikalarının güçlendirilmesi, sağlık harcamalarına yeterli bütçe ayrılması ve sağlık teknolojilerinin kullanımının artırılması gibi fırsatlar değerlendirilerek Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği artırılacaktır.

### Kaynaklar

Healthy People 2030. Access to health services [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/access-health-services> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

OECD, Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

OECD, Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020.

OECD, Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024 (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

World Health Organization. Improving service access and quality [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://www.who.int/activities/improving-service-access-and-quality> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

World Health Organization. Primary health care [Internet]. 2023 Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 31.07.2024).

