

Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak

STEPPED HEALTH SERVICE DELIVERY AND PRIMARY HEALTH CARE

Okay Başak¹

Özet

Ülkemizde bugünlerde sağlık alanında gözlenen gelişmelerin sağlıklı değerlendirilebilmesi, sağlık sistemi ve onun basamaklandırılmış örgütlenişle ilgili bazı temel kavramların doğru anlaşılmasını gerektiriyor. XIX. yüzyıl sonu ve XX. yüzyıl başlarında tıp uygulamasındaki gelişmeler ışığında Dawson raporuyla başlayan sağlık sisteminin basamaklandırılması tartışmalarının, XX. yüzyılın ikinci yarısında tüm ülkelerin kendi sağlık sistemlerini birinci basamak temelinde yeniden örgütleme sürecine girmesiyle gerçekliğe dönüştüğünü görüyoruz. Ülkemizde de 'sosyalizasyon reformuyla' başlayan Birinci Basamağın güçlendirilmesi ve ülke sağlık sisteminin temelini oluşturması süreci günümüze kadar uzayan ve hala süren bir olgudur. Bu çalışmada konuyla ilgili uluslararası birikim ve Türkiye'deki tarihsel süreç irdelenmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlık hizmeti sunumu, birinci basamak, Türkiye.

Summary

The assessment of recent developments in the Turkish health care system requires an understanding of some basic concepts concerning the health care system and its stepped organisation. Following the trend of subspecialisation in medical practice towards the end of the nineteenth century and in the beginning of twentieth century, the Dawson Report laid out an organizational structure based on different levels of care. However, the idea that primary health care forms the central part of a country's health system was put into practice in the second half of twentieth century. In our country, that primary care is reinforced and put in the centre of the country's health system is an ongoing process. In this study the international experience on the issue and developmental process of primary care in Turkey are analyzed.

Key words: Health care delivery, primary care, Turkey.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sisteminin özellikle birinci basamağında önemli değişikliklerin yapıldığı bugünlerde sağlık hizmetinde basamaklandırma anlayışının gelişimi üzerinde durmak, yapılmak istenenleri daha iyi anlamamız açısından oldukça önemlidir. Dergimizin bu sayısında yayınlanan Çağlayaner ve Saatçi'nin ülkemiz birinci basamak (BB) sağlık kuruluşlarının adlandırılmasına ilişkin makaleleri konuyla ilgili olumlu ve verimli bir tartışmayı başlatabilir.¹ Ülkemizde birinci basamağın gelişimi ve adlandırma özelliklerini daha iyi anlayabilmek için uluslararası birikimden de kısaca söz etmek gerekir.

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı nitelikli hizmet sunmak ve eşitliği sağlamaktır. Ülkeler sağlık hizmetlerini örgütlerken bir yandan en son tıbbi bilgileri kullanarak toplumun sağlığını geliştirmeyi, öte yandan sağlık hizmetlerine ulaşmada ve en uygun sağlık durumunu sağlayacak şekilde toplum grupları arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemelidir.²

Basamaklandırma Gereksinimi

Starfield (1988), birinci basamağı, toplumun sağlık gereksinimleri, bireylere ve topluma yönelik hizmet sunumu

¹⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Prof. Dr.

ve teknoloji kullanımının dengelenmesi bakımından ele almaktadır. Yazar, tarihsel bağlamı içinde birinci basamağın tanımını yapmakta ve ayırt edici özelliklerini tartışmaktadır. Basamaklandırılmış sağlık hizmeti örgütlenmesinin gelişim sürecini bu kitabın ilk bölümünü temel alarak tanımlamaya çalışacağım.²

XIX. yüzyılda bireylerin sağlık gereksinimlerini toplum içinde, kişinin evinde tıbbi bakım sunan ayrılaşmamış, özelleşmemiş genel uygulayıcı hekimler karşılardı. Yüzyılın sonuna doğru tıbbi bilgi birikiminin artması ve teknolojik gelişmeyle uygulayıcı hekimler uzmanlaşma eğilimi göstermeye başladılar. Artan bilgiyle başa çıkmak ve onu yönetebilmek sorunu başgöstermişti; uzmanlaşma XX. yüzyıla da damgasını vurdu. Hekimlerin ilgi alanları ve tıbbi yeterlikleri bedenın parçaları, sistemler ve organlar temelinde gittikçe daraldı. Uzmanlaşan ve özelleşen hekimler, bütün olarak toplumun sağlığından çok özgül hastalıklar ya da hastalık tiplerine odaklandılar. Bu gelişmeler tıp disiplininin bilimsel temellerinin oluşmasını sağladı.

Sağlık hizmeti sunumu belli merkezlerde toplanmaya başladı. Tıbbi bakım almak için bu sağlık merkezlerine ve hastanelere gitmek gerekiyordu. Bilgi artışı, teknoloji kullanımını, uzmanlaşma ve sağlık hizmetlerinin belli merkezlerde toplanması birbirini etkiledi ve süreci daha da hızlandırdı.

Uzmanlaşmış bakım daha çok kaynak kullanır; sık rastlanan, yaşamı tehdit etmeyen sorunların önlenmesini değil, pahalı teknoloji kullanımıyla hasta insanların iyileştirilmesini hedefler. Hastalık tedavisi temelindeki uzmanlaşma, tek tek hastalıklarda oldukça etkili olsa da, toplumun sağlık düzeyini yükseltecek temel sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersiz kalır. Çünkü hastalık ve rahatsızlıkların önlenmesi, işlevselliğin geliştirilmesi, tanımlanmış hastalık kalıplarının sınırlarını aşar ve hastalık uzmanının ulaşabileceğinden daha geniş bir bakışı gerektirir. Bireylerin zaman içinde yaşayacakları çok çeşitli sağlık sorunlarını giderecek tıbbi bakım ancak genel tıp yaklaşımı ile bütünleştirilebilir.

Uzmanlaşmış sağlık hizmetlerini temel alan bir sağlık sistemi, eşitlik hedefini de tehlikeye sokar: Toplumların sağlık için ayırdıkları kaynaklar sınırlıdır. Oysa uzmanlaşmış bakım daha pahalıdır ve yeterli ödeme gücü olmayanlar için ulaşılması kolay değildir. Hastalıkların iyileştirilmesini hedefleyen teknolojiye dayalı tıbbi hizmetler, ancak toplumun temel sağlık gereksinimlerinin aksatılması pahasına sürdürülebilir.

Sonuç olarak toplumun ve bireylerin sağlık gereksinimleri yalnızca özel alanlarda uzmanlaşmış hekimler tarafından karşılanamaz. Sağlık sistemleri, kaliteli ve eşitliği sağlayıcı hizmet sunumunu sağlayacak şekilde örgütlenmelidir.

Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış örgütlenişinden ilk kez Dawson'ın Britanya Sağlık Bakanlığı için hazırladığı 1920 tarihli belgede söz edilir: (Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services); (Sağlık ve İlgili Hizmetlerin Gelecekteki Sunumu Üzerine Geçici Rapor). Rapor, sağlık hizmetlerini üç temel düzeyde ele almakta ve bu üç düzeyin işlevleri ile aralarındaki ilişkileri incelemektedir. Sağlık sisteminin merkezinde birinci basamak sağlık merkezleri bulunmakta, bunları genel uzman bakımı sağlayan ikinci basamak desteklemekte, sistemin en üst basamağında da seyrek görülen, karmaşık rahatsızlıkların ele alındığı eğitim hastaneleri yer almaktadır.^{2,3}

Basamaklandırma, hizmetin bölgeselleştirilmesinin temelini oluşturan, değişik düzeylerdeki tıbbi bakım gereksinimlerine yanıt verecek örgütlenme olarak önerilmiştir.² Dawson raporunda savunulan nüfusa dayalı yaklaşım ile birinci ve ikinci basamak bakım kavramları uzun yıllar ilgi görmedi. Bu görüşlerin canlanması ve yaşama geçirilmesi, ancak tıpta uzmanlaşmanın ve sağlık hizmetlerindeki parçalanmanın getirdiği sıkıntılar ve kamu destekli sağlık bakımı anlayışının gelişmesi ile 20. yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşti.³ Böylece, "birinci basamak" kavramı giderek benimsendi, sağlık hizmeti sunumundaki temel önemi 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmen vurgulandı.⁴ Rosser, 1996'da birinci basamağın dört temel özelliğini tanımladı: Ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik.⁵

Karmaşık sağlık bakımının farklı düzeyleri, en iyi ifadesini sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasında bulur: İdeal sağlık sistemi kendi kendine bakımı, birinci basamağı (genel tıp yaklaşımı), ikinci basamağı (konsültan uzman yaklaşımı) ve üçüncü basamağı (ayrılaşmış sistem ve organ uzmanlarının, yan dal uzmanlarının sunduğu bakımı) kapsar. Sağlık bakımının basamaklandırılmasının iki önemli amacı vardır: Birinci amaç, sağlık bakımını, sunulan sorunlar için uygun eğitim almış kişiler tarafından karşılanmasıdır. İkincisi ise, özgül eğitimli kişilerin özel becerilerinin, daha az özgül bir hizmette kullanılmasını önlemektir.⁶ Basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinin sunumu kendi

kendine bakımdan üçüncü basamak uzman bakımına kadar bütünlük gösterir ve kaynakların akılcı kullanımını sağlar.

Birinci Basamak Sağlık Bakımı

Sağlık sisteminin birinci basamağı için, birbirinden küçük farklarla ayrılan birçok tanımlama yapılmıştır. Bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturma, süreklilik, kapsamlılık, eşgüdüm sağlama, birinci basamağın hemen tüm tanımlarda belirtilen temel özelliklerdir.⁷ 1978 Alma Ata Bildirgesi, bireysel ve toplumsal açıdan bu dört özelliği taşıyan bir sağlık sistemini tanımlar.^{2,4}

‘Birinci Basamak Sağlık Bakımı’ kavramı, “tanımlanmış bir topluluğun kişisel sağlık gereksinimlerinin çoğunu karşılayan, hastalarıyla zamansal olarak sürekli bir ortaklık ilişkisi geliştiren ve aile ve toplum ortamında tıbbi bakım, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet sağlayan sağlık çalışanlarının (klinisyenler) sunduğu bütünlümlü, ulaşılabilir ve kapsamlı bir sağlık hizmeti” şeklinde tanımlanabilir.⁵

BB, bir sağlık sisteminin;

1. Tüm yeni gereksinimler ve problemler için sisteme girişi sağlayan,

2. Zaman içinde hastalığa değil kişiye odaklanmış bakım sunan,

3. Çok seyrek görülen durumlar dışında tüm rahatsızlık ve sağlık sorunları için bakım sağlayan ve

4. Başka ortamlarda başka sağlık çalışanları tarafından sağlanan bakımı bütünleyen ve koordine eden düzeyidir.²

Görüldüğü gibi BB’ a özgü bir dizi işlev söz konusudur. Ancak BB koruma, tanı ve sağaltım, tarama, sağlık eğitimi ve danışmanlık, kalite ve maliyet konusunda sorumluluk üstlenme, küçük cerrahi girişimler gibi bazı sağlık hizmetleriyle, klinik görev ve etkinliklerle eşdeğer bir kavram değildir. Gerçekte bu tip klinik etkinlikler diğer basamakların da özelliklerindedir. BB, sağlık hizmeti sunan disiplinlerin ve hekimlerin özellikleriyle de özdeşleştirilmemelidir.

Bir hizmetler bütünü ya da mesleksi bir disiplin olmak çok, bir uygulama ortamı olan BB, sağlık bakımı sunumundaki kendine özgü yaklaşımıyla ayırt edilir. BB genellikle uygulama birimi, sağlık merkezi, okul ya da ev gibi toplum ortamlarında daha sık görülen ancak iyi tanımlanmamış sorunlarla uğraşır. Uygun bir hizmet merkezine doğrudan başvuran hastaların ilişkisi birçok farklı sorun için uzun bir zaman diliminde devam eder. Bu yaklaşım diğer basamakların işlevini belirler ve onlara temel oluşturur.

BB kavramı, temel sağlık hizmetlerinin hedeflerine ulaşmaya çalışan geleneksel temel tıbbi bakımı kapsar. Temel sağlık hizmetlerinin bireylerin olduğu kadar toplumun gereksinimlerini karşılamaya yönelmesi bu yaklaşımı geliştirir.

Starfield, BB kavramını anlamının üç yolundan söz eder ve Vuori’nin önerdiği dördüncü özelliği benimsemez.² Starfield’e göre BB bir bakım sunma düzeyi, sağlık hizmetlerini düzenleme stratejisi ve sağlık hizmeti sunma felsefesi olarak görülebilir. Dolayısıyla BB tanımı bu yaklaşımların birbiriyle ilişkisini içermelidir. Vuori’nin önerdiği dördüncü özellik olan BB’ in belli bazı hizmetler grubunu oluşturmaya uygun görünmemektedir, çünkü BB’ a özgü hizmet ve etkinlikler çok azdır.

BB hastane hekimliğine göre hem sermaye hem de emek bakımından daha az yoğun ve örgütlenmesi daha az hiyerarşiktir. Yapısı gereği toplumun değişen gereksinimlerine daha kolay uyum sağlayabilir ve yanıt verebilir. Hastane uzmanlarının sunduğu hizmet için hastalar, sorunlarını araştırmaya ve bazı tanısal girişimleri yapmaya başlamış olan başka bir hekim tarafından gönderilir. Tanı sürecinin, kesin patofizyolojik tanıyla son bulması beklenir. Yapılan girişimler de esas olarak bu patofizyolojik sürece yöneliktir. BB’ ta ise, tersine, genellikle hekim tarafından tanıyan, daha az ayrılmış ve belirsiz yakınmaları olan hastanın kendisi başvurur. Başlıca görev hastanın probleminin irdelenmesi ve uygun bir tanıya ve yönetim planına yol açacak bilginin ortaya çıkarılmasıdır.²

BB ortamında uygulama yapan disiplinler, yukarıda tanımlamaya çalıştığımız yaklaşımı ne ölçüde gerçekleştirdikleriyle değerlendirilir: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik bu açıdan, BB felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan tıp disiplini.

Sonuç olarak BB, karmaşık hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan ve bütünleştiren, örgütlenmiş bir sağlık bakımı işlevidir. Aile Hekimi/Genel Pratisyen bu işlevin en önemli uygulayıcısı ve ekibin lideridir.

Birinci Basamak Temelinde Örgütlenen Sağlık Sistemi

BB temeli güçlü sağlık sistemleri ile daha iyi sağlık sonuçları elde edilir ve sağlık harcamaları düşer.⁷ Starfield, bir sağlık sisteminin BB’ a verdiği önemi belirleyen beş sistem ve altı uygulama özelliği tanımlamaktadır.²

Sistem Özellikleri

1. Sağlık olanaklarının ve sağlık çalışanlarının gereksinimi göre ve coğrafi olarak eşit bir şekilde dağılıma derecesi
2. BB'ta hangi hekimlerin çalıştığı
3. BB hekimlerinin kazançları
4. BB'ta çalışan hekim sayısı
5. Sağlık güvencesi sistemlerinin BB'ta sunulan hizmetleri ne ölçüde kapsadığı

Uygulama Özellikleri

1. Halkın ilk başvuru yerinin BB hekimlerinin olma derecesi
2. Bireylerle BB hekimleri arasındaki ilişkinin gücü
3. BB uygulamasının hizmet kapsama alanının genişliği
4. BB'la diğer ortamlarda sunulan sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun derecesi
5. BB'in aile yönelimli olması
6. BB'in toplum yönelimli olması

Birinci Basamağın örgütlenmesi ve sağlık sistemi içindeki yeri bu özelliklerle değerlendirilmelidir.

Ülkemizde Birinci Basamağın Gelişimi

XIX. yüzyıl başlarına kadar ülkemizde sağlık hizmetlerinin yaygın olmadığı görülmektedir. Hekimlere ve tıbbi hizmete genellikle Osmanlı'nın merkezinde hanedan ve üst yönetim çevreleri ulaşabiliyordu. Düzenli ordunun sağlık gereksinimleri de yine bu dönemde düşünülmüş ve buna yönelik hekim eğitimi ve istihdamı planlanmaya başlamıştı. Bunun dışında toplumun çoğunluğu sağlık sorunlarına kendi olanaklarıyla çare bulmaya çalışıyordu.⁸

Yüzyılın ikinci yarısında sağlık hizmetlerinin halka da ulaştırılmasına ilişkin girişimlerin başladığını görüyoruz: Önce belediyelerin sağlık hizmeti sunmasıyla ilgili düzenlemeler ve ardından 1871'de uygulamaya konulan Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi (İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye) Tüzüğü bu yolda atılan ilk adımlardır.^{1,8} Sıhhiye müfettişliği ve memleket tabiplikleri ile, daha sonra bunların yerine kurulan sağlık müdürlüğü ve hükümet tabipliklerini Cumhuriyetin kuruluşuna kadar süren süreçte sağlık hizmetlerini tüm topluma yaymaya yönelik genel çabalar olarak değerlendirmek gerekir. Yoksa bu dönemde Osmanlı topraklarında sunulan sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmış örgütlenmesi söz konusu değildir.

Seyyar tabiplik, dispanser, muayene ve tedavi evleri gibi sağlık birimlerinin oluşturulmasıyla bu eğilim Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde de sürdü.^{1,8} Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş olması ve hizmetin topluma yaygınlaştırılmaya çalışılması bu örgütlenişin BB özellikleri taşımasını getirmez. Burada tüm hizmetler genel olarak ele alınmaktadır. İlk bölümde tanımladığımız sağlık hizmeti örgütlenme anlayışı ve bunun içinde yer alan BB kavramı henüz oturmamıştır ya da ancak silik izlerini taşımaktadır.

Dawson raporunda savunulan nüfusa dayalı yaklaşım ülkemizde ilk olarak 1945 yılından sonra gündeme gelmiştir. 1946 yılında Dr. Behçet Uz'un Bakanlığı döneminde halkın tümüne sağlık hizmeti sunmak amacıyla özellikle kırsal bölgelerde sağlık merkezlerinin kurulmasını öngören sağlık örgütlenmesi planı basamaklandırma anlayışını belirginleştirmektedir. Beklenen başarıyı gösteremeyen bu girişim 1960 sonrası tasarlanan ve uygulamaya konan 'sosyalizasyon' anlayışının öncüsü olarak görülebilir. Bu dönem ülkemizin aile hekimliği kavramıyla da tanıştığı ilk yıllardır.⁸

Çağlayaner ve Saatçi'nin aşağıdaki saptaması, devletin sağlık hizmeti sunma sorumluluğunu üstlenmesi sürecini ve bu sürecin arka planını oluşturan toplumsal yapıyı çok iyi tanımlamaktadır.¹

"Türkiye'de 1950'lere kadar kırsal yaşantının belirleyici özelliği kendine yeterlilik idi. Makinesiz tarımdan elde edilen ürün pazara girmez, ancak işletmeciler ailenin tüketimini karşılardı. Kendi gereksinimini karşılayan aile, üretimden arta kalanla bazı temel maddeleri değiştirir, pazarla başta üç beyaz; 'şeker, bez ve tuz' için ilişki kurardı.

Aile kendi üretimiyle yetinirdi. Eğitim, aile ya da biraz daha geniş bir birlik içinde sağlanırdı. Sağlık hizmeti için devlete başvurmak söz konusu değildi; bu ihtiyaç, yine aile işletmesi içinde, 'kocakarı ilaçları' ile karşılanırdı. Aile işletmesi için gerekli tüm hizmetler arkaik yöntemlerle, fakat mutlaka sağlanırdı. Aile işletmesinin çevreyle, bu arada devletle ilişki kurmasına gerek yoktu. 1946'daki sağlık merkezleri, 1961'deki sağlık ocağı ve sağlık evleri işte bu kırsal Türkiye'ye odaklanmıştı."

Devlet özellikle Osmanlı'nın son dönemlerinde toplumun seçkin üst tabakasıyla sınırlı olan sağlık hizmeti sunumunu önce yaygınlaştırmaya başlamış, daha sonra koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi kapsamında doğrudan sorumluluk üstlenmiş ve sonunda koruyucu ve iyileştirici tüm sağlık bakımının sunulması işlevini kendi sorumluluğu ve denetimine almıştır.

1961’de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile gündeme gelen ve 1980’lere doğru tamamlanan örgütlenme modeli, Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunun bir sistem durumuna gelmesini sağlamıştır. “Sosyalleşme hareketi basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunma anlayışını benimsemiş ve BB’ı örgütleyerek ülkenin sağlık sisteminin merkezine koymaya çalışmıştır. Aslında BB’ın güçlendirilmesi ve ülke sağlık sisteminin temelini oluşturması süreci günümüze kadar uzayan ve hala süren bir olgudur.

1960’ların başındaki ‘sosyalleşme reformu’ sağlık hizmeti sunumunda eşitlik, sürekli, bütüncül bakım, sevk zinciri kurulması ve takım hizmeti kavramının yanı sıra sağlık biriminin sorumlu olduğu nüfusun tanımlanması, toplum sağlığı sorunlarının saptanarak önceliklerin belirlenmesi ve toplum katılımı gibi dünyada 1980’lere doğru şekillenmeye başlayan topluma yönelik BB sağlık hizmeti kavramının temel ilkelerini içermesi bakımından tarihsel bir öneme sahiptir.⁹

Kaynaklar

1. **Çağlayaner H, Saatçi E.** Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarının adlandırılması. *Türk Aile Hek Derg* 2007; 11: 129-134.
2. **Starfield B.** Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York – Oxford, Oxford University Press, 1998; 3-17.
3. **McWhinney IR.** Primary care: Core values in a changing world. *BMJ* 1998; 316: 1807-9.
4. World Health Organisation. Alma Ata 1978: primary health care. Geneva: World Health Organisation, 1978.
5. **Rosser WW.** Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42(2): 139-44.
6. **Olesen F, Fleming D.** Patient registration and controlled access to secondary care. Prerequisites for integrated care. *Eur J Gen Pract* 1998; 4(2): 81-3.
7. **Starfield B.** Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
8. **Tekin N.** Yarım yüzyıllık bir hekim deneyiminin ışığı altında ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının kökenleri ve gelişimi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık tezi. Danışman: Doç. Dr. Okay Başak, Aydın, 2005.
9. **Başak O, Saatçi E.** The developments of general practice/family medicine in Turkey. *Eur J Gen Pract* 1998; 4: 126-9.

Geliş tarihi: 01.04.2007

Kabul tarihi: 11.05.2007

İletişim adresi:

Prof. Dr. Okay Başak
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tel: (0533) 337 55 79
e-mail: obasak@superonline.com