

# Sistem ve Uygulama Özellikleri Üzerinden Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hakkında Bir Tartışma

Zeliha Öcek

# Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Tanımlayan Temel Özellikler

## Sistem Özellikleri

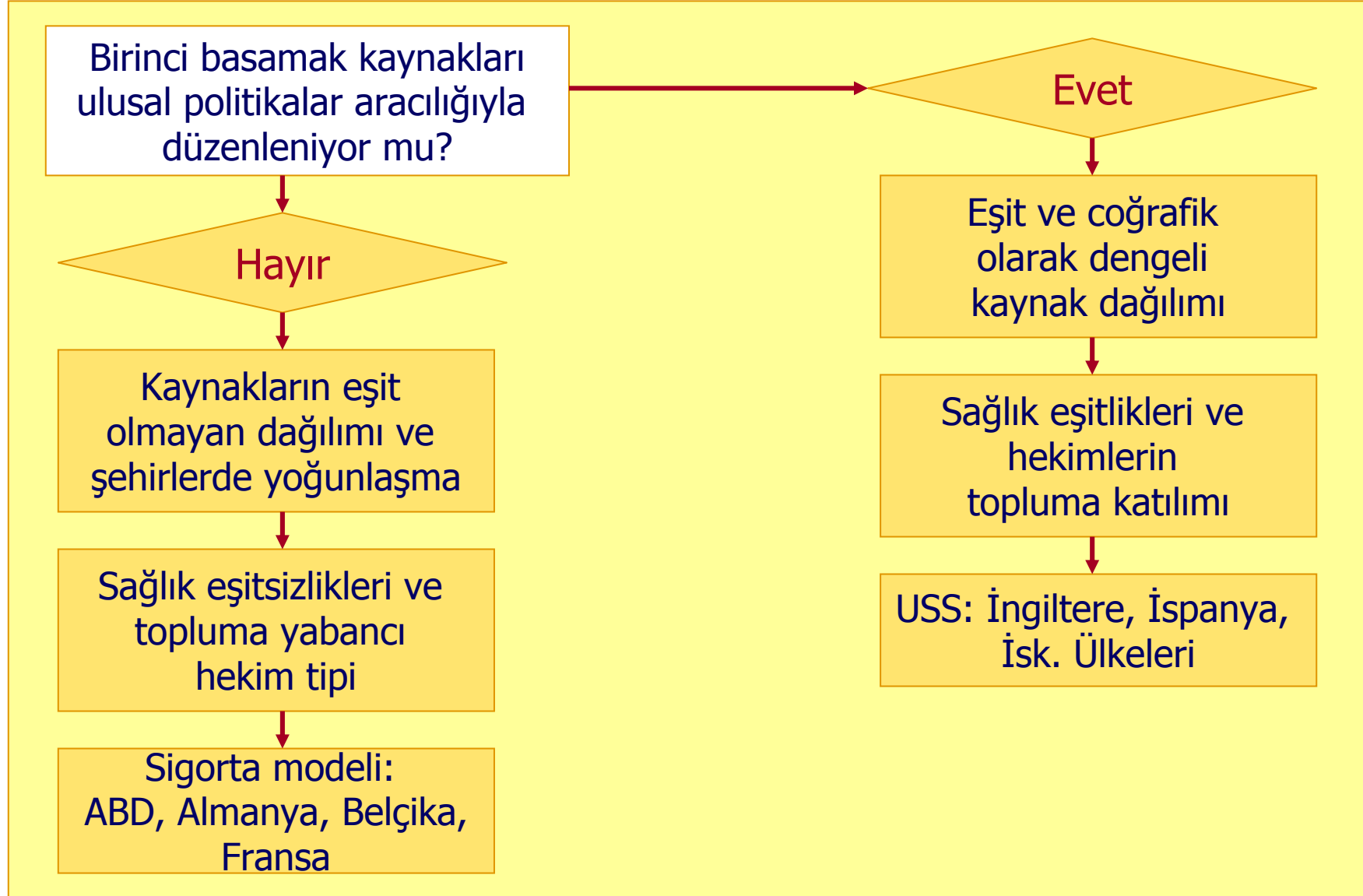
- Kaynak dağılımı
- Finansman
- Hizmet sunumu




## Uygulama Özellikleri

- Kapsayıcılık
- İlk başvuru
- Süreklilik
- Eşgüdüm

# Kaynak dağılımının düzenlenmesi






# Desantralizasyon ve yerel toplumlar kaynak dağılımında daha başarılı olabilir mi?

---

- Muş
- İzmir
- Konya
  
- Kaynaklarını kendileri toplayacaklar
- Hekimlerini kendileri istihdam edecekler
- Kurumları kendileri yapacak, dağıtacak ve yönetecekler
  
- SONUÇ ?



# Desantralizasyon ve yerel toplumlar kaynak dağılımında daha başarılı olabilir mi?

---

- HAYIR
- Eşitsizlikleri arttırabilir
- Kalıcılıkları sınırlıdır
- Merkezi öncelikler olmaksızın gerçekleşen yerel değişimler kalıcı ve yaygın olamaz



# Finansman

---

- Exploring the effects of the health care on mortality across OECD countries. Zeynep Or;
- Kamu finansmanı payının yüksek olması, daha düşük erken mortalite (70 yaştan önce), perinatal mortalite ve bebek ölüm hızı ile ilişkilidir. Kamu tarafından finanse edilen sistemler daha eşit bir hizmet sunumu sağlar.
- Starfield;
- Vergi etkin birinci basamak açısından en iyi finansman şeklidir.
- DSÖ, 17.05.1999;
- Sağlık sistemleri en iyi şekilde merkezi hükümet vergileri ve ön ödemelerle finanse edilir.

# Sosyal sağlık sigortası ve sağlık eşitlikleri

- Yüksek + Düşük Gelir ↔
  - Yüksek + Düşük Risk ↔
- Fon

Risk Paylaşımı
- **Sigortalanan kesim**
    - Düzenli ve belli bir geliri olanlar
  - **Sigortalananmayan kesim**
    - Gel.de olan ülke: Kırsal nüfus, işsizler, marjinaler
    - Gelişmiş ülke: En zenginler
  - **Prim**
    - Ücretin belli bir yüzdesi



# Sosyal sağlık sigortası ve sağlık eşitlikleri

---

- Moral risk
  - Sigortalılarda gereksiz hizmet kullanma davranışı
  - Sigortasızlar için daha az hizmet
- Yanlı seğim
  - Daha sağlıklı olanları sigortalama
- Yönetim
  - Maliyetli ve güç



# Vergi sistemi ve sağlık eşitlikleri



- **Gelir Vergisi**
  - Progressif: Vergi oranı, gelir ile artar, devazantajlılar muaf tutulur
  - Regressif: Vergi oranı gelir arttıkça azalır
- **Servet Vergisi**
  - Progressif: Zengin kesim verir
- **Tüketim Vergisi**
  - Regressif: Yoksul kesim verir



# Cepten ödeme

---

- Gerekçe: Maliyet azaltmak
- Amaç: Sağlık reformu adı altında devletin yükünü azaltmak
- Sonuç: Erişilebilirlikte azalma, eşitsizliklerde artma
- Hizmet kullanma oranı zaten düşük olan, hizmetlere erişimin önünde zaten çok sayıda engel bulunan ülkelerde çok tehlikeli



# Cepten ödeme

---

- Örnek:
  - Türkiye (döner sermaye)
  - Çin; Tbc insidansında artış
  - Kenya; CYBH insidansında artış
  - Gana; Çocuk ölümlerinde iki kat artış
  - Filipinler; Beslenme yetersizliği ve enf. hast.larında artış
- Muafiyet:
  - Yönetmelik maliyetlerde ve onur kırıcı durumlarda artış



# Cepten ödeme

---

- Yok / çok düşük
  - İngiltere, Danimarka, İspanya, Avustralya, Kanada, Almanya
- Düşük / tavan değer var
  - Finlandiya, İsveç
- Yüksek / tavan değer yok
  - ABD, Belçika, Fransa, Hollanda



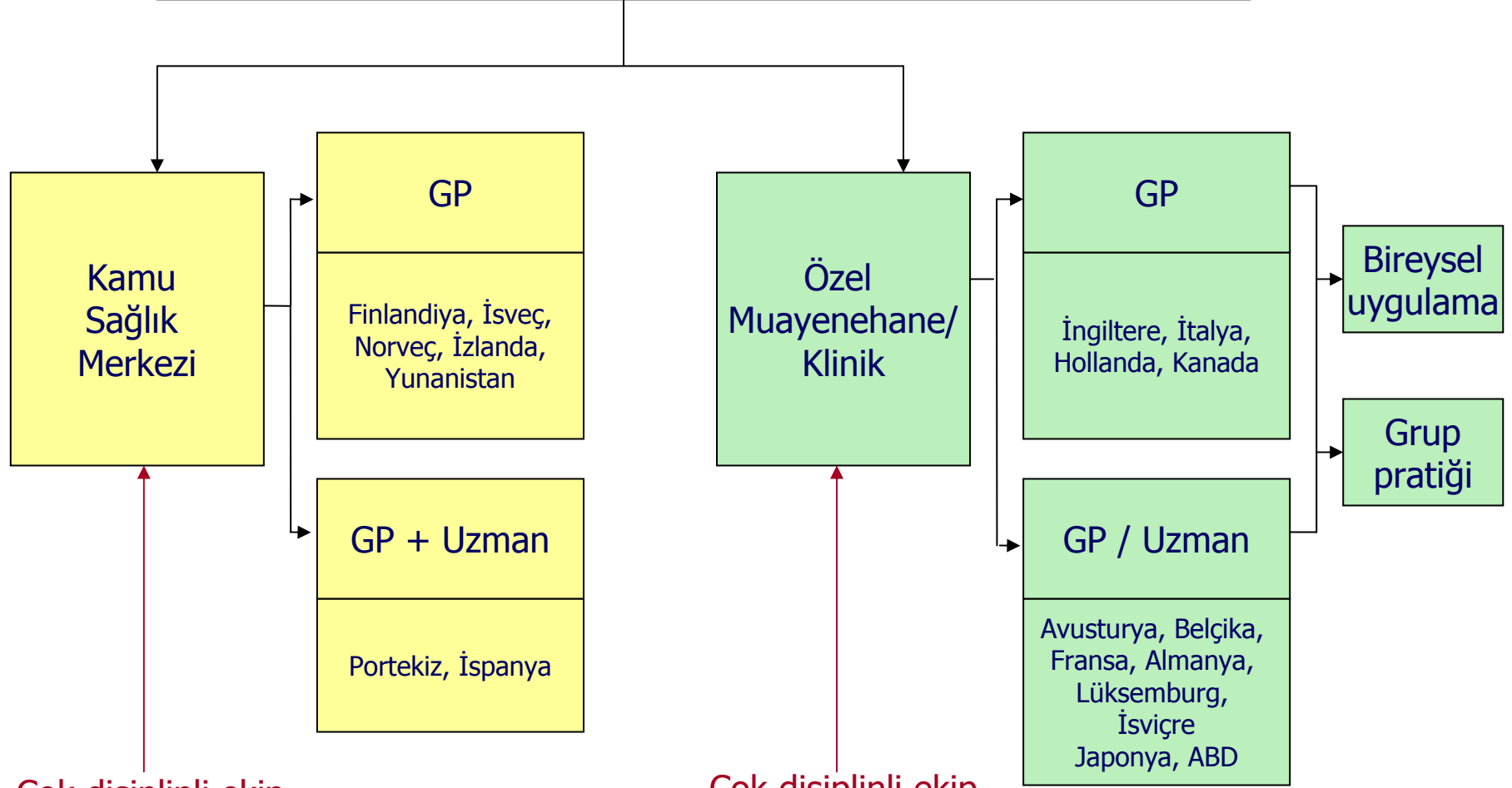
# Cepten ödeme

---

## Starfield;

- Artan maliyetleri cepten ödeme uygulamaları ile değil, gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarını tanımlayarak, bu uygulamaları azaltmaya yönelik stratejiler geliştirerek çözümlenmek daha doğru bir politikadır.

# Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Sunulduğu Yer



Çok disiplinli ekip çalışmasıyla karakterize

Çok disiplinli ekip çalışması tipik bir özellik değil



# Çok disiplinli ekip çalışması

---

- Hekim
- Ebe
- Hemşire
- Dişhekimisi
- Eczacı
- Fizyoterapist
- Psikolog
- Sosyal çalışan

## Çok disiplinli ekip çalışmasının birinci basamağa katkısı nedir?

- Farklı bilgi ve becerilerin entegrasyonu
- Kapsayıcı bakış açısı
- Etkin iletişim
- Ev ziyareti sayısında artış
- Hastane sevklerinde azalma
- Hekim iş yükünde azalma
- Hekim dışı pers. motivasyonu
- Farklı prof.lere özel katkılar



- Erişilebilirlik ↑
- Sorunların tanımlanması ↑
- Hizmet yelpazesi
- Hizmet kullanımı ↑
- Kesintisizlik ↑
- Ekip memnuniyeti ↑
- Hasta memnuniyeti ↑
- Maliyetler ↓





# Birlikte çalışma ekip çalışması anlamına gelmez....

---

## Ekip çalışması için koşullar

- Ortak amaç, hedef
- Tanımlanmış rol ve sorumluluk
- Eğitimde başlayan ekip çalışması
- Aynı istihdam tipi



# Birinci basamak ekibi

---

- Birinci basamakta eğitim almış
- Birinci basamağa uygun bilgi ve becerilere sahip

# Birinci basamak hekimi

## Gp/aile hekimi yüzdesi

- İngiltere
  - Kanada
  - Fransa
  - Avustralya
- } > % 50; İyi → Düşük hastane yatış oranı ve kanser mortalitesi
- Finlandiya
  - İspanya
  - Hollanda
  - Belçika
- } = % 30-49; Orta
- İsveç
  - Danimarka
  - Almanya
  - ABD
- } < % 30; Kötü → Gereksiz hizmet kullanımında artış

# Birinci basamak ekibinin ödeme yöntemi ve geliri

## Hekim Ödeme Yöntemleri

### Temel Yöntemler

Hizmet başı (Geriye dönük)

- Kalite ↑, maliyet ↑

Kişi başı (İleriye dönük)

- Kalite ↓, maliyet ↓

Maaş

- Motivasyon ↓

### Düzeltilme çabaları

- Maliyet azaltıcı önlemler

- Karma yöntemler
- Özel hizmete yönelik teşvik
- Farklı güvence tipleri için farklı ödeme
- Taban ödeme+bazı görevler için ek ödeme

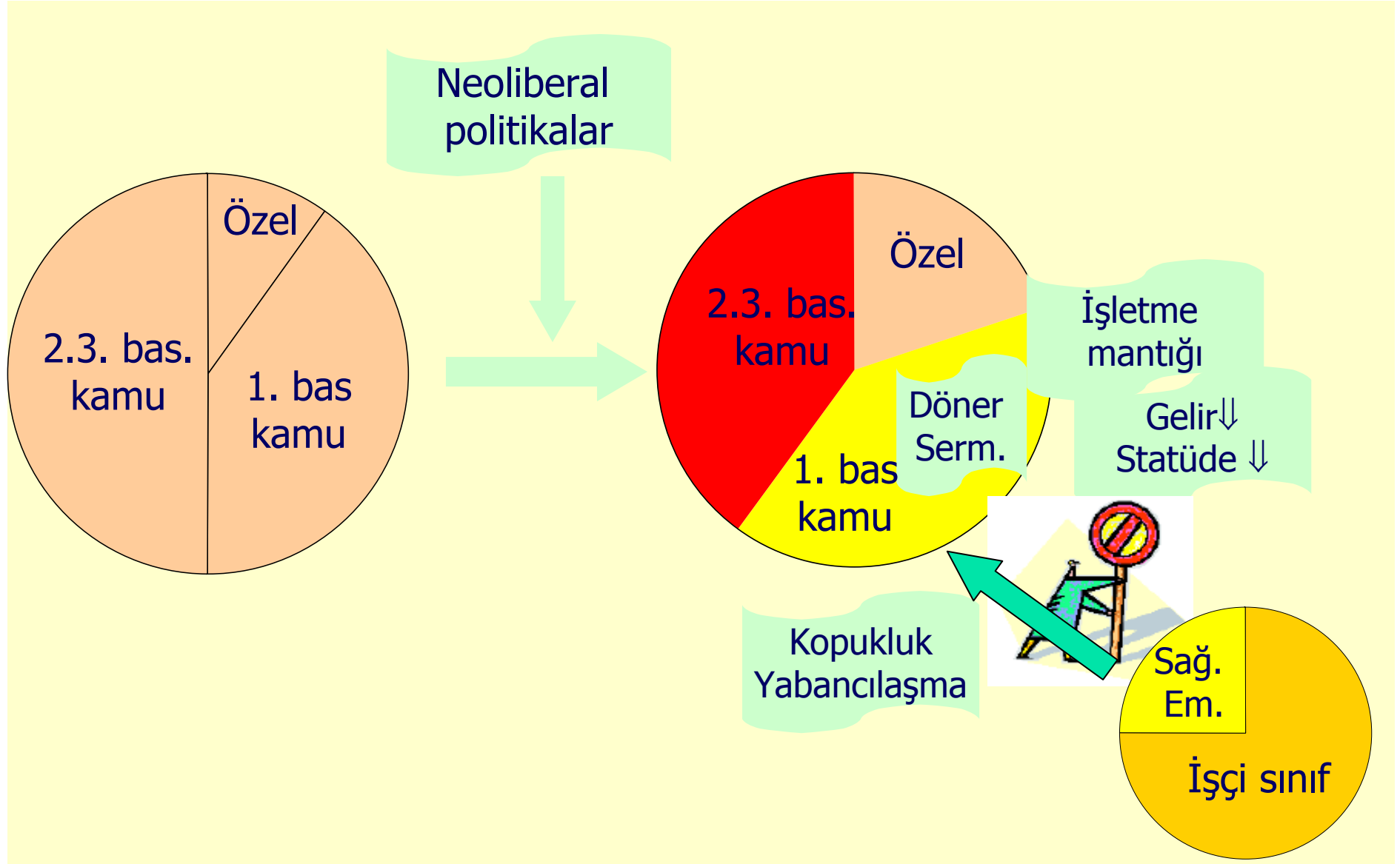


## Birinci basamak ekibinin ödeme yöntemi ve geliri tartışmasına nereden başlayalım?

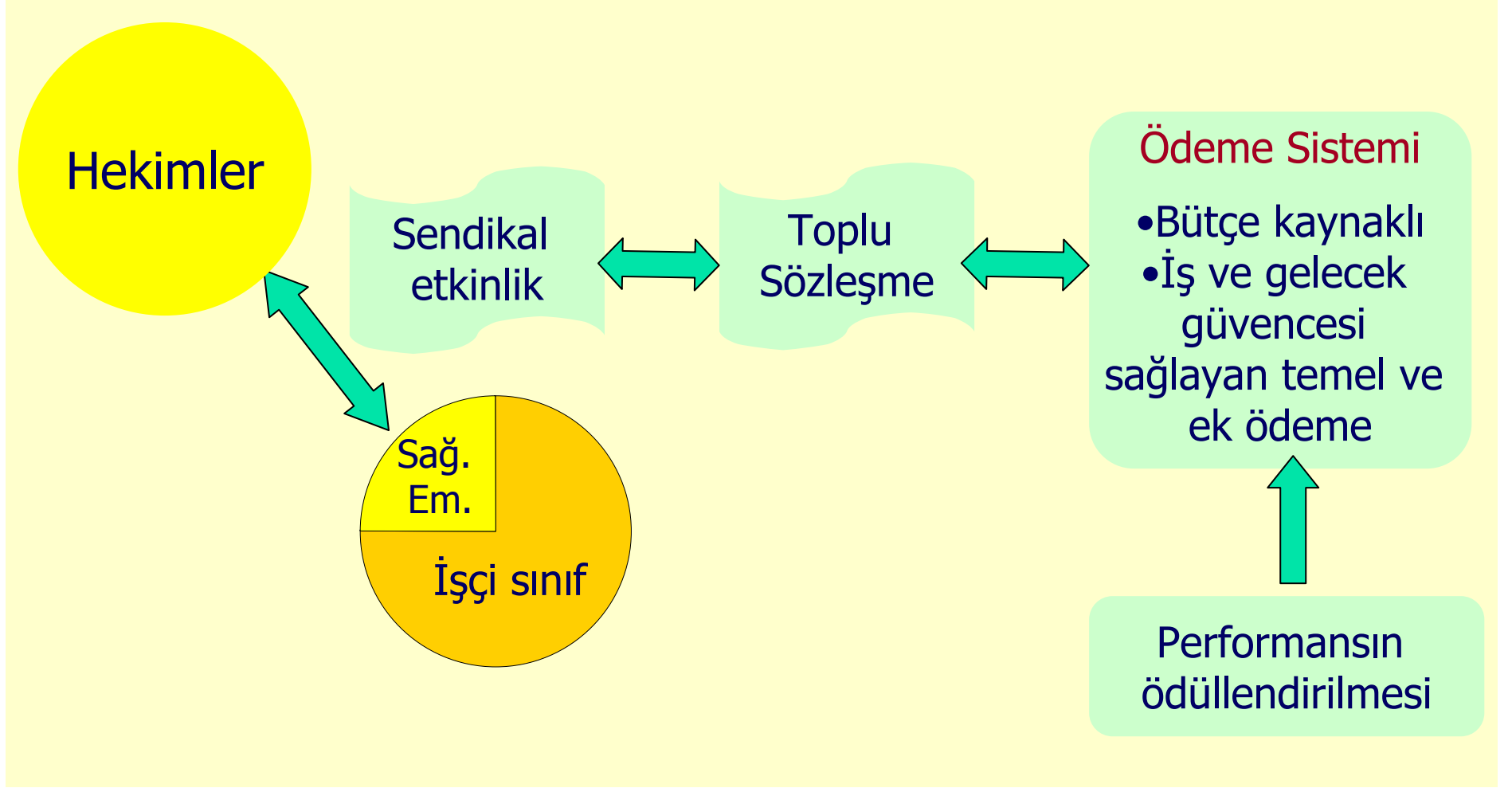
---

1. Ödeme sistemindeki kararlara hekimler ve diğer sağlık emekçileri ne kadar katılabiliyor?
2. Bu katılım hangi dinamiklerden etkileniyor?

# Küreselleşme ve neoliberal politikaların hekimlerin geliri ve mücadelesi üzerindeki etkileri



# Hekimlerin ve diğer sağlık emekçilerinin ödeme sistemine katılımı nasıl olabilir?





# Birinci basamak hekimi

---

- **Gelir**
- Birinci basamak hekimi : Uzman hekim geliri =  
0.9 : 1
- İsveç, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İspanya





# Birinci basamak hekimi

---

- İşyükü / Zaman Kullanımı / Çalışma Düzeni

En önemli belirleyiciler

- Talep
- Ödeme sistemi
- Kapıtutucu rolü

## Avrupa ülkelerinde gp'lerin işyükü ve zaman kullanımı

Ülke	Gp başına nüfus	Görüşme sayısı (gün)	Tel. Görüşmesi	Ev ziyareti (haftada)
<b>Hizmet b.ö.</b>				
Belçika	588	17	8	44
Fransa	943	16	7	27
Almanya	2110	50	11	34
Norveç1	1360	21	12	5
İsviçre	2030	31	7	8
<b>Kişi b/karışık ö.</b>				
Danimarka	1609	24	16	6
İtalya	930	26	10	17
Hollanda	2310	32	12	21
BK	1892	34	6	19
<b>Maaş</b>				
Finlandiya	1582	19	6	3
Yunanistan	-	21	7	8
Norveç2	1360	15	9	8
Portekiz	1476	20	3	2
İspanya	1970	39	4	9
İsveç	2870	16	7	2
Türkiye	-	40	5	9

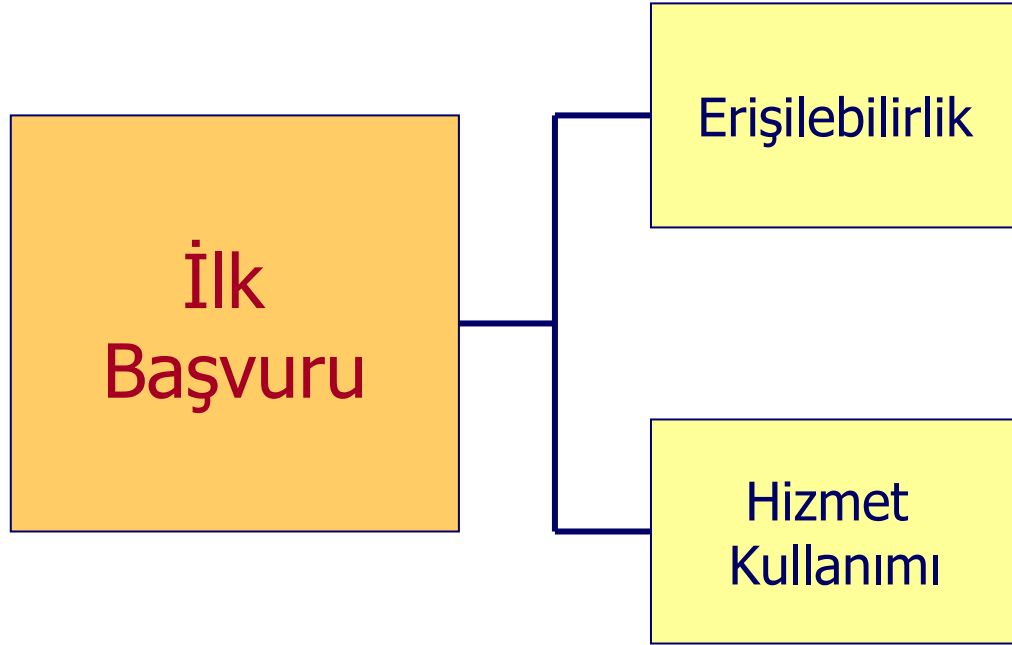


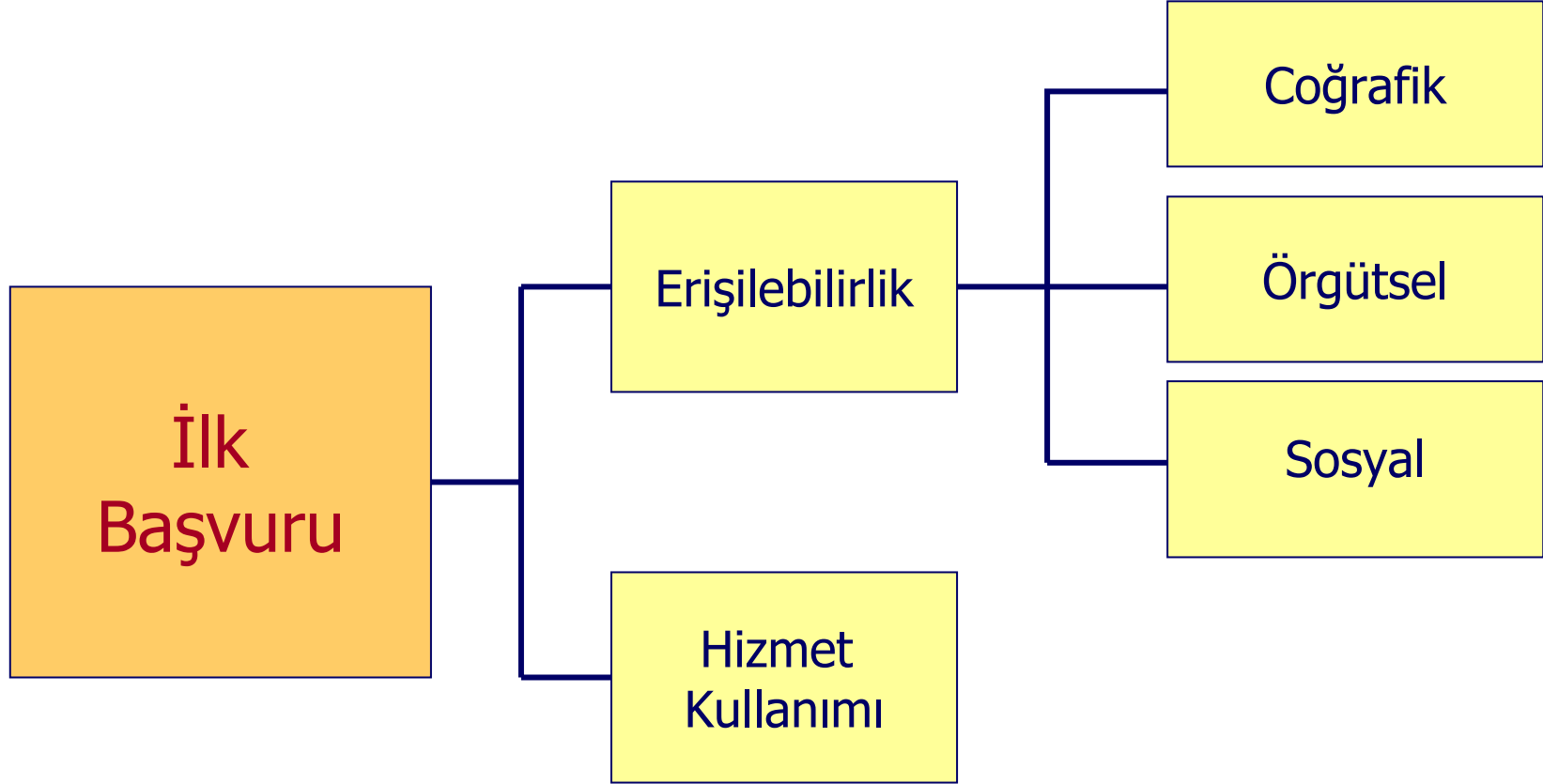
# Birinci basamak hekimi

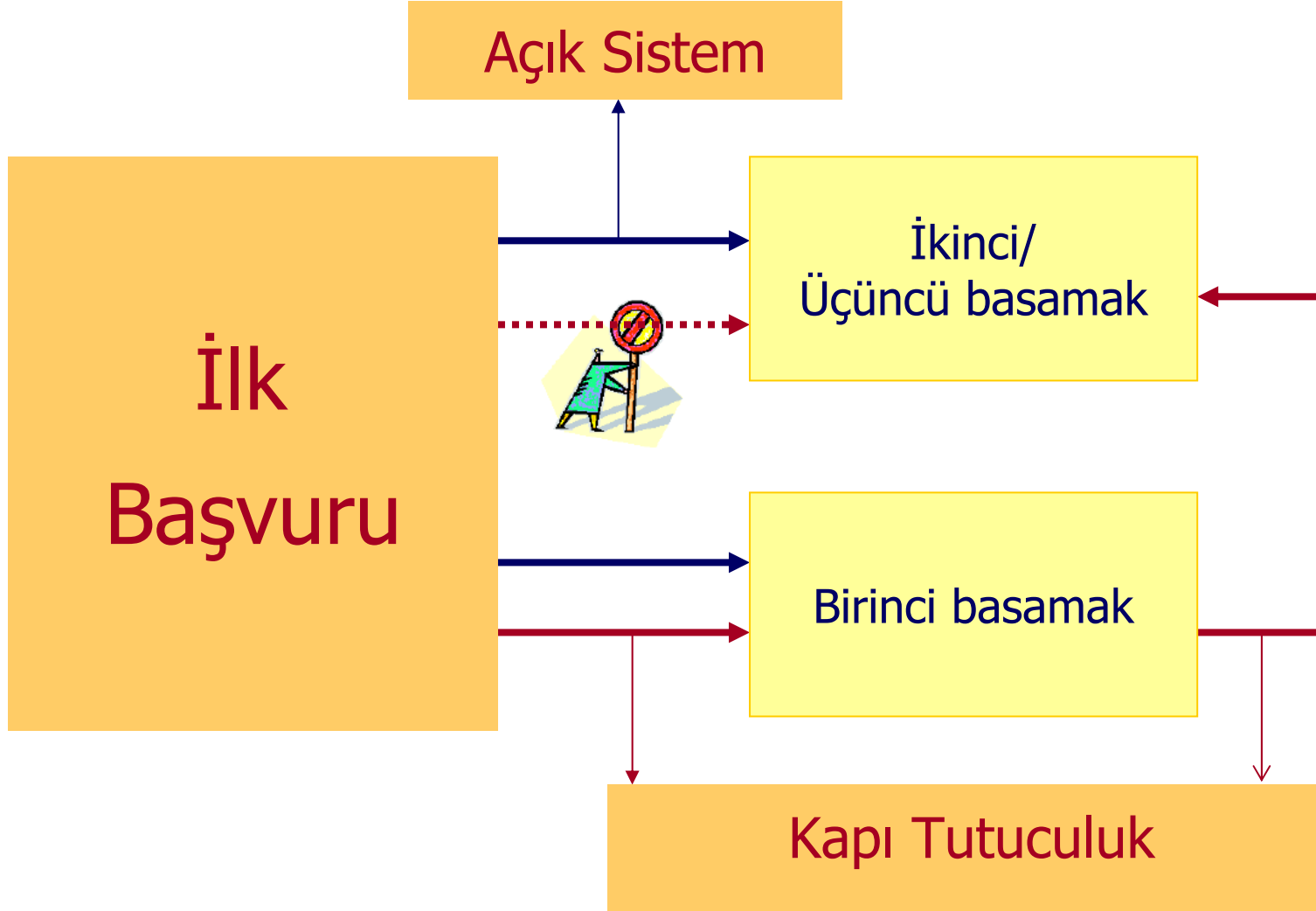
---

- Aşırı iş yükü sorununun altında yatan temel neden hastaların tüketici davranışdır. Bu da özellikle doktor yoğunluğunun ve rekabetin yüksek olduğu ülkelerde hekimlerin işlerini çok güçleştirmektedir. Pazar etkilerinin güçlü rol oynadığı hizmet başı ödeme sistemlerinde gp'lerin aşırı iş yükü üzerinde durulan bir konu değildir ve rekabete dayalı ekonominin doğal bir sonucu olarak görülür.

Boerma









# Açık sistemler

---

- İlk başvuruda gp ve uzman hizmetlerinin erişilebilirliği eşit
- Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması
  - Ayaktan bakım
  - Yataklı bakım

# Kapıtutuculuk: Hekim

- Toplumda sık görülen sağlık sorunlarını ve hastalıkların çeşitli tablolarını tanımalı
- Hastalarıyla uzun erimli ilişki kurabilmeli
- Hastalarını çevreleriyle birlikte değerlendirebilmeli



Birinci basamakta  
ve birinci  
basamağa uygun  
eğitim almış olmalı



# Kapıtutuculuk: Hasta listeleri



# Kapıtutuculuk: Hasta listeleri

Kapıtutuculuk	Hasta listeleri	
	Var	Yok
Var	BK, Danimarka, İtalya, Portekiz, İspanya, Hollanda, İrlanda, Finlandiya (kamu)	İzlanda, Norveç
Yok	-	Finlandiya (özel), Yunanistan, İsveç*, Belçika, Fransa, Almanya, İsviçre, Türkiye, Çek Cum., Macaristan

\*Bir uzmana doğrudan başvuru serbest, ama sevk tercih edilir.



# Kapıtutuculukta farklı uygulamalar

---

- Danimarka: Kapıtutuculuk var, ama halkın %3'ü uzmana doğrudan erişim için ödeme yapıyor
- İsveç: Sevk zorunlu değil, ama uygulanıyor
- Hollanda: Özel sigortalılar için sevk yok
- İspanya: Bazı uzmanlara doğrudan ulaşmak serbest, bu uzmanlar da hastaları daha ileri uzmanlık hizmetlerine sevk edebilir

# Kapıtutuculuk ve açık sistem

Sağlık hizmeti özelliği	Kapıtutuculuk	Açık Sistem
Hizmet yelpazesi	Geniş	Dar
Bakımı kim koordine ediyor?	Gp	Hasta
Uygun uzmanlık hizmetine erişim süresi nasıl?	Erken ? Geç ?	Geç ? Erken ?
Uzmanlık hizmetlerinin kullanımını ne düzeyde?	Gereği kadar ? Yetersiz ?	Aşırı Gereği kadar ?
Gp'nin ilk başvuru konumu?	Gelişmiş	Zayıf
Ekip çalışması nasıl?	Gelişmiş	Zayıf
Gp iş yükü nasıl?	Gereği kadar	Fazla

## Farklı sistemlerde gp'lerin ilk başvuru açısından konumu

Açık sistem ülkeleri	İlk başvuru skoru	Kapıtutuculuk uygulanan ülkeler	İlk başvuru skoru
Fransa	3.08	Hollanda	3.67
Finlandiya	3.00	BK	3.51
İsviçre	2.88	Danimarka	3.49
Almanya	2.82	Norveç	3.28
Macaristan	2.75	Portekiz	3.22
Yunanistan	2.47	İspanya	3.20
Çek Cum.	2.28	İtalya	3.08
Türkiye	2.02	İsrail	3.06

Olası skorlar; 1= en düşük; 4= en yüksek

# Kapıtutuculuk ve açık sistem

Sağlık hizmetinin çıktıları	Kapıtutuculuk	Açık Sistem
Sağlık hizmetlerinin maliyeti ne düzeyde?	Düşük	Yüksek
Sağlık eşitlikleri üzerindeki etkisi nasıl?	Attırır ? Azaltır ?	Azaltır ? Arttırır ?
Hasta memnuniyeti ne düzeyde?	Yüksek ? Düşük ?	Düşük ? Yüksek ?
Birinci basamak hekiminin statüsü ne düzeyde?	Yüksek	Düşük



# Kapıtutuculukla ilgili kaygılar

---

- Gerçek amaç akılcı örgütlenme mi maliyet azaltma mı?
- Ödeme sistemi hastaların tedavisini etkiler mi?
- Acil hizmetlerde sorun yaşanır mı?
- Kronik hastalar açısından uygulanabilir mi?
- Birinci ve ikinci basamak arasındaki uyum ve eşgüdümü tehlikeye sokar mı?

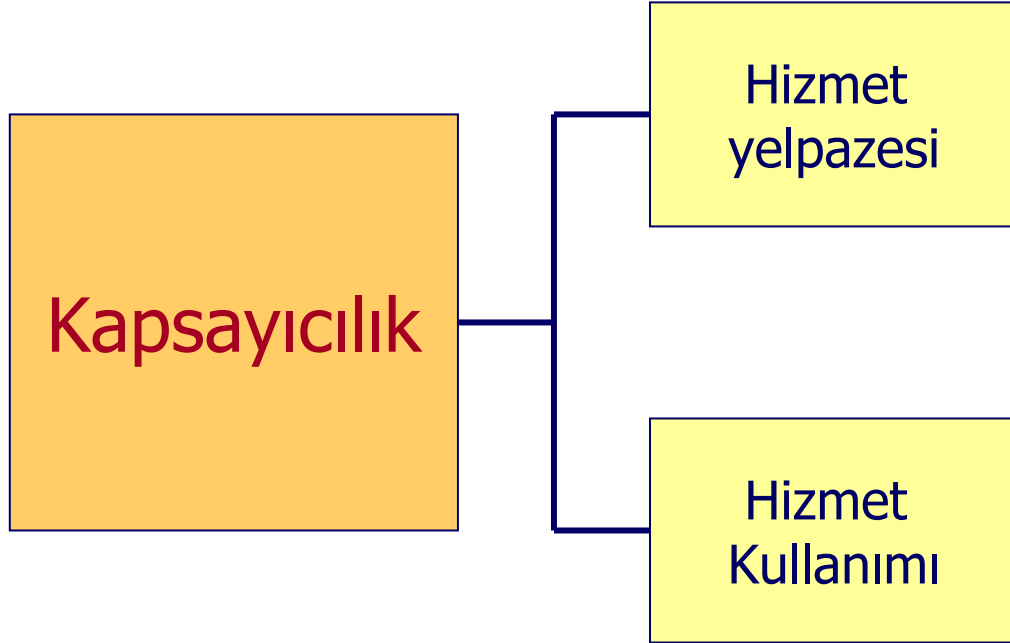


# Kapıtutuculukta arayışlar

---

- Sosyal sigorta lkeleri: Esnek ve gönüllülüğe dayalı uygulama arayışları
  - Belli bir dönem için (genellikle 3 ay) sadece bir doktora gitme hakkı ve birden fazla doktor için sigorta kurumunun izni şartı
  - Acil durumlar dışında hastanede kalmak için sevk zorunluluğu
  - Almanya: Gp'lerin hizmet yelpazelerini genişletme, eğitimlerini geliştirme





# Birinci basamağın kapsayıcılığı nasıl belirlenir?

## Eşitlikçi yaklaşım

- Kapsamı ulusal politikalar belirler. Kapsamda yer almamasına karar verilen hizmetleri sunan kaynaklar sınırlanır. Hizmet tüm toplum için erişilebilir değildir.

## Eşitlikçi olmayan yaklaşım

- Kapsam üzerindeki üzerindeki tek sınırlama, hizmet sunanların ve hastaların talepleridir. Pazar kendi talebini yaratır.



## DSÖ “Herkes İçin Kapsamlı Hizmet” ilkesinden neden vazgeçti?

---

- ✓ Pahalı buldu
- ✓ Sadece sık görülen sağlık sorunlarına yönelmenin daha maliyet etkin olduğuna karar verdi
- ✓ Yüksek risk gruplarına yönelik müdahalelerin istatistikleri daha iyi bir şekilde geliştirdiğini gördü



# Seçici Temel Sağlık Hizmeti

---

- ✓ Destekleyiciler: UNICEF, DSÖ, DB
- ✓ Strateji: Kaynakları özel önceliklere ayırma, kampanyalar
- ✓ Örnek program: Çocuk Sağkalım Devrimi



# Çocuk Sağkalım Devrimi

---

- Amaç: Çocuk ölümlerini azaltma
- Kapsam: ORT, emzirme, bağışıklama
- Destekleyiciler: UNICEF, DSÖ, DB
- Sonuç:

## 1980-1990

- Ölümler ↓
- Yetersiz beslenme ve hastalıklar ↑

## 1990'dan sonra

- Ölümler ↑
- Bağışıklama ↓, hastalıklar ↑
- ORT tuzlarının ticarileşmesi



# Kapsayıcılıkta temel ilkeler

---

- Ulusal politikalar aracılığı ile belirlenmeli
- Tüm toplum için eşit olmalı
- Toplumda sık görülen tüm hastalıklar kapsama dahil olmalı
- Tedavi edici ve koruyucu hizmetleri entegre edilmeli
- Sadece teknik özellikteki ve dar kapsamlı stratejilerin reddedilmeli



# Hizmet yelpazesi

---

- Çocuk, kadın, yaşlı ve erişkinlere yönelik hizmetler
- Gebe izlemi, ruh sağlığı hizmetleri, küçük cerrahi uygulamaları, koruyucu hizmetler

## İyi

- İngiltere, Danimarka, Finlandiya, Avustralya, Hollanda
- Kanada; kırsalda doğumların %50'si, sezaryenlerin %20'si

## Orta

- İspanya, İsveç

## Kötü

- ABD, Almanya, Belçika, Fransa
- Koruyucu hizmetler birinci basamaktan ayrı



# Hizmet yelpazesi

---

- Avrupa'da koruma ve sağlık eğitimi birinci basamak hekimlerinin daha az önem verdiği hizmet tipidir. Gp'ler ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere ve hastaların bireysel taleplerine yanıt vermeye yönelmiştir.

Boerma



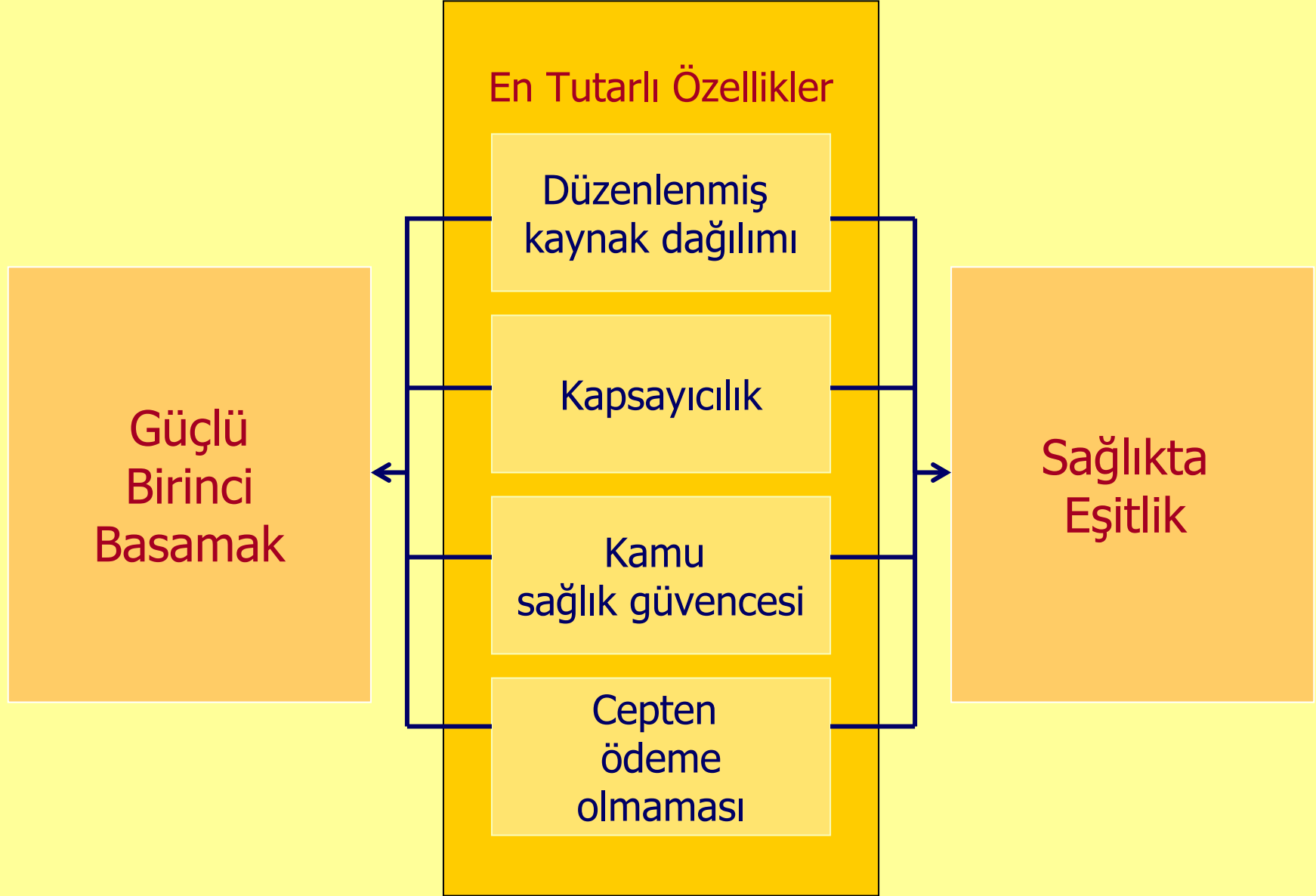
# Süreklilik



# Eşgüdüm



Güçlü bir birinci basamağı yansıtan uygulama özelliklerine ancak uygun sağlık politikalarının varlığında ulaşılabilir



# Birinci basamak hizmetleri nasıl olsun?

