



Şehir hastaneleri ve birinci basamak

City hospitals and primary care

Ali Cerrahoğlu¹

¹ Tarsus Amerikan Koleji ve SEV Tarsus Okulları Doktoru, Aile Hekimliği Uzmanı, Mersin

Sayın editör,

Sağlık Bakanlığı'na ülkemizin 22 farklı kentinde 30 "Entegre Sağlık Kampüsü" yapılmaktadır. "Şehir hastaneleri" olarak bilinen bu kurumlar Kamu Özel Ortaklığı (PPP-Public Private Partnership) modeli ile hayata geçirilmektedir.¹ Bu model; dünyada özellikle 1990'dan sonra yaygınlaşan ve devletin temel görevlerinden biri olan sağlık alanında özel sektörle uzun süreli bir anlaşma yaparak finansman sağlaması esasına dayanmakta ve sağlık dışında da birçok alanda kullanılmaktadır.²

Sağlık Bakanlığı ile projeleri üstlenen kurumlar arasında yapılan anlaşma kapsamında inşaat süresi hariç 25 yıllık proje süresi boyunca yeni sağlık tesisinin ayrıntılı

tasarımından, inşaatından, donatılmasından, finansmanından ve bakımından üstlenici firma sorumlu iken, sağlık hizmetlerinin sunumu ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olacaktır.³

İngiltere, ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde son yıllarda kullanılmış olan bu modelin finansal açıdan artıları ve eksileri çokça tartışılmaktadır. Bu yazının amacı şehir hastanelerinin finans modelini ele almak değil, bu modelin ülkemizin sağlık sisteminde birinci basamak ile hastanelerin yapısı ve ilişkilerinde yol açabileceği sorunları değerlendirmektir.

Aile Hekimliği tıp disiplini kişilerin tüm sağlık sorunlarında öncelikle birinci basamağa başvurması ve aile hekimi gerek gördüğünde hastanelere sevk edilerek

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Ali Cerrahoğlu
ali@cerrahoglu.net

Geliş tarihi: 11.07.2016

Kabul tarihi: 29.08.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2016

Alıntı Kodu: Cerrahoğlu A. Şehir hastaneleri ve birinci basamak.

Jour Turk Fam Phy 2016; 07 (3): 81-84. Doi: 10.15511/tjtfp.16.00381



orada bulunan branş uzmanlarınca değerlendirilmesi/konsülte edilmesi esasına dayanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalıklara ek olarak; hastalık meydana gelmeden korunmak amacıyla, sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek de dahil olmak üzere birçok uygulamayı da içerisinde barındırır.

İyi yapılandırılmış bir aile hekimliği uygulamasında başvuruların yaklaşık %90'ı birinci basamakta, yani aile hekimince çözülebilecek sorunlar nedeniyle yapılmaktadır. Branş uzmanlığı gerektiren vakalarda ise hasta aile hekimince uygun bir kuruma sevk edilerek konsülte edilir ve sonucunda hastasını geri alarak tedavi sonrası takibini üstlenmeye devam eder.

Şehir hastaneleri yaratıldıkları finansal modelin doğası gereği kar hedefler. Başarı kriterleri arasında bu kurumlara başvuran hasta sayısının çok olması vardır. Hasta ve tıbbi işlem sayısının yüksek olması işletmenin başarısı anlamına gelir. Daha çok sayıda hastanın tercih etmesi ve işletmenin kar etmesi için bu hastanelerin hastalar için cazip olması, ışıltılı ve çekici olması gerekir. Hastane için verilen hizmetin karlılığı önemlidir.

Oysa birinci basamağın başarılı olduğu bir sağlık sisteminde hastanelere daha fazla değil daha az sayıda hastanın başvurması hedeflenmeli ve başarı sayılmalıdır. Şehir hastanelerinin yatırım maliyetlerinin karşılanıp kara geçmeleri için belli bir doluluk oranına ihtiyaç olacaktır. Hatta belli yüzdelerin sözleşmelerle tahhüt edilmesi gerektiği konuşulmaktadır. Bir yandan birinci basamağın “daha az sayıda hastanın hastanelere ihtiyaç duyması” hedefi, diğer yandan da dev sağlık kampüslerinin yatırım maliyetlerinin karşılanabilmesi için “daha fazla hastaya ihtiyaç duyulması” bir paradoks yaratmaktadır.

Kar amacı güden hastanelerde devletten veya özel sigortalardan geri ödemesi daha yüksek olan cerrahi ve yüksek teknoloji odaklı işlemler gibi hizmetlerin sunumu ön plana çıkartılacaktır ve finansal açıdan nispeten daha az karlı veya kar etmeyen hizmetler geri plana atı-

lacaktır.⁴ Sağlık kuruluşları sahiplerinin hedeflerine yönelik hizmet sunar ve sağlık politikalarını bu şekilde etkilerler. Birinci basamağın yaygın kullanımını önlemeyen bir ekip tarafından yönetilen bir hastane işletmeciliğinin birinci basamağın ve koruyucu hekimliğin gelişimine katkısının olması beklenmemelidir.⁵

Diğer yandan aile hekimliğinin, yani birinci basamağın da başarı kriterlerinin başında; tercih edilir olmak, başvuran hastaların sorunlarını hastaneye sevk etmeden çözebiliyor olabilmek yer alır. Hastaların birinci basamakta kalması ve hastaneye daha az gitmesi hem maliyet etkinlik açısından hem de sosyal memnuniyet açısından istenilen bir durumdur.

Bu iki yapının başarı kriterleri birbiriyle çelişmektedir. Eğer şehir hastanelerini cazip kılar ve hastaları oraya yönlendirirsek; yıllardır emek verilen ve hastaların sorunlarını daha fazla çözmek, hastanelere daha az ihtiyaç duymak hedefiyle kurgulanmaya çalışılan aile hekimliği uygulaması yani birinci basamak başarısız kılınmış olacaktır.

Aynı şekilde; aile hekimliği daha da geliştirilir ve donatılırsa da yüksek bütçeyle yapılan devasa şehir hastaneleri, sağlık kampüsleri verimsiz ve atıl kalacaktır. Devlet bu durumda kasasından hiç almadığı hizmetin karşılığında büyük bir kaynak ödenmek zorunda kalabilir.

Başarılı bir sağlık sisteminde hastaların çoğunun birinci basamakta ve kendi aile hekimliği birimlerinde tedavi olup sağlıklarını kazanmaları hedeflenir. Birinci basamağı atlayarak doğrudan hastanelere ve branş uzmanlarına başvuruların artışı tercih edilmez. Ancak yukarıda belirtilen finansman modeliyle kurgulanan entegre sağlık tesislerinde maliyet ve kar hedefi olduğu için çok sayıda hasta sayısına ulaşmak hedeflenecek ve teşvik edilecek, başvuran hasta sayısının azlığı başarısızlık ve zarar demek olacaktır. Bu nedenlerle sağlıkta başarı kriterleri açısından birinci basamak sağlık kurumları ile bu model ile sunulan sağlık hizmeti arasında



bir çelişki mevcuttur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaların aile hekimleriyle uzun süreli ve güvene dayanan ilişkisinin hizmet kalitesine katkısı çoktur. Hekim hastasını içinde yaşadığı çevresi ve aile ortamıyla birlikte tanır ve değerlendirir. Binlerce yataklı dev hastanelerde hasta hekim ilişkisi aile, çevre ve sosyal dinamikleri tanımanın verdiği avantajlardan uzak olacaktır. Hasta her defasında farklı bir hekimle karşılaşabilir ve her defasında yeni bir hasta-hekim ilişkisi kurulmaya çalışılabilir. Bu da daha fazla zaman kaybı, daha fazla tetkik ve görüntüleme demektir.

Sağlıkta kalite; sağlık hizmeti verilen binaya, yüksek teknolojiye, otelcilik hizmetine değil asıl olarak insan kaynağı faktörüne dayanır. Bu amaçla öncelikle; hekime, sağlık personeline, ülke gerçeklerine uygun kalite standartlarının sağlanmasına, verimliliğe ve maliyet etkinliğe yatırım yapılmalıdır.

İyi donanımlı ve maddi-manevi anlamda huzurlu olan hekimler ve sağlık personeli daha kaliteli hizmet üretir. Hekimin ve sağlık ekibinin eğitimine, kişisel ve mesleki donanımına yatırım yapılmalı ve geliştirilmelidir.

Bunun evrensel yolu Aile Hekimliği uzmanlığından geçer. Ülkemizde çok sayıda ve birikimli aile hekimliği ana bilim dalları mevcuttur. Bu kurumlar verimli bir şekilde kullanıp aile hekimliği standart müfredatına ve asistan karnesine uygun, uzman birinci basamak hekimleri yetiştirilebilir. Bu konuda geç kalınmaktadır. Son dönemde de ikinci basamak olarak adlandırabileceğimiz sağlık kuruluşlarının inşasına çok daha büyük önem verilmekte ve birinci basamak ihmal edilmektedir.

Yakın gelecekte bu on binlerce yataklı hastanelerin koridorları, herhangi bir hastalığında kapı kapı, uzmandan uzmana dolaşıp yine de hiçbir hekimin tümüyle sorumluluğunu üstlenmediği hastalarla dolup taşabilir. Hastalar onları takip edip her türlü sağlık sorunlarında ilk önce başvurmaları gereken aile hekimlerinin yön-

lendirmeleri yerine kendi kararları veya çevrelerinin yönlendirmeleriyle farklı branş uzmanlarını üst üste ziyaret ederek hastalıklarına şifa arayabilirler.

Hastaneler elbette gereklidir. Belli sayıda aile hekimliği birimine hizmet veren, optimum sayıda yatağa sahip, hastaların direkt olarak değil de aile hekiminden sevk edilerek başvuracağı ve başarı kriteri kardan çok şifa olan hastanelere ihtiyaç vardır.

Bir yandan büyük konsantrasyon ve maddi yatırımla dev hastane binaları yapılırken, diğer yandan birinci basamak kurumları derme çatma kiralık kurumlarda kaderine terk edilmemelidir. Birinci basamak kurumlarını da hastaların yaşadıkları bölgelere yakın ve yeterli fiziksel ve tıbbi donanıma sahip olacak şekilde kurmak ve hastaların başvurusu için cazip hale getirmek gerekir. Aile hekimlerine başvurunun kolay ve cazip olması durumunda hastanelere başvurular azalıp kaynaklar daha etkin kullanılacaktır.

Kalite sistemlerinde karar verilirken kararlardan etkilenecek kişilerin de geri bildirimlerinin alınması gerekir. Ülkemizin dört bir yanına binlerce yataklı çok büyük hastaneler kurulurken birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve sağlık personelinin deneyimlerinden faydalanıp, etkin şekilde geri bildirimlerinin alınması gerekir.

Sonuç ve öneriler

- Halen ülkemizde içerisinde alışveriş ve otelcilik birimleri de dahil olmak üzere çok büyük sağlık kampüsleri inşa edilirken, birinci basamak sağlık hizmeti çok yetersiz fiziksel şartlarda sürdürülmeye çalışılmaktadır.

- Kaliteli sağlık hizmetinde yatırım önceliği kar odaklı devasa sağlık kampüsleri yerine insan kaynağına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılmalıdır. Birinci basamak sağlık kurumları geliştirilmeli ve cazip kılınmalıdır.

- Hastalar öncelikle hastanelere değil birinci basa-



mağa (aile hekimlerine) yönlendirilmelidir. Aile hekimleri gerekli durumlarda hastaları en uygun branş hekimi veya hastaneye sevkedeceklerdir (başvuruların %90'ında sevk gerekmeyecektir).

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve Devlet Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Fakültelerdeki akademik yapıda yer alan Aile Hekimliği Uzmanlığı camiası çok uzun yıllara dayanan deneyime ve bilimsel bilgi birikimine sahiptir. Ülkemize özgü en iyi sağlık siste-

minin nasıl kurgulanabileceği konusunda değerli fikirleri vardır; bunlar dikkate alınmalıdır.

- Maliyet ve kar odaklı kurumların önceliği sağlıktan daha çok kurumun karlılığını gözetmek olacaktır. Sağlık bir kazanç alanı olmamalıdır.

- Sağlık çalışanlarının ve kurumlarının başarı kriterleri karlılıktan önce sağlığı korumak ve hastaları iyileştirmek olmalıdır.

Teşekkür

Yazının hazırlanmasında verdiği katkılar nedeniyle Prof. Dr. Pemra Ünalın'a teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017.
2. Acartürk E. Keskin S. Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012; (17)3: 25-51.
3. Sağlık Bakanlığı. "Stratejik Plan: 2010-2014". Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.
4. Horwitz, Jill R. "Making profits and providing care: Comparing non-profit, for-profit, and government hospitals." Health affairs 2005; 24(3): 790-801.
5. Sheaff R. Plural provision of primary medical care in England, 2002-2012. J Health Serv Res Policy 2013;18(2 Suppl):20-8. doi: 10.1177/1355819613489544.

Alıntı Kodu: Cerrahoğul A. Şehir hastaneleri ve birinci basamak. Jour Turk Fam Phy 2016; 07 (3): 81-84. Doi: 10.15511/tjfp.16.00381