



Birinci Basamak ve Bütünleşik Sağlık Hizmetleri

Primary Care and Integrated Health Services

  Osman Hayran

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ORCID ID: Osman Hayran: <https://orcid.org/0000-0002-9994-5033>

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Osman Hayran, e-posta / e-mail: ohayran@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 16-06-2024

Kabul Tarihi / Accepted: 23-06-2024

Yayın Tarihi / Online Published: 31-08-2024

Hayran O. Primary Care and Integrated Health Services. J Biotechnol and Strategic Health Res. 2024; 8(2):76-82

Öz

Hizmetlerin girdilerinin, sunumunun, yönetiminin ve organizasyonunun erişim, kalite, kullanıcı memnuniyeti ve verimliliğin artırılması amacıyla bir araya getirilmesi olarak tanımlanan bütünleşik sağlık hizmetlerinin amacı birbirinden kopuk ve bağımsız sunulan bazı sağlık hizmetlerine bağlı olarak ortaya çıkabilecek hasta güvenliği sorunları ile maliyet sorunlarını azaltmaktır. Bütünleştirme yatay ya da dikey şekilde olabilmektedir. Hangi tür sağlık hizmetlerinin, hangi hizmet basamağında, hangi sağlık kuruluşları ve profesyonelleri tarafından bütünleşik şekilde sunulması gerektiği konusunda tüm toplumlara uyarlanabilecek standart formüller bulunmamaktadır. Ülkelerin, aynı ülkedeki farklı bölgelerin coğrafi, sosyal ve ekonomik koşullarına bağlı olarak farklı bütünleştirme yöntemleri uygulanabilmektedir. Teknolojik ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak zaman içerisinde yeni hizmet türlerinin, yeni mesleklerin ortaya çıkması yeni örgütlenmeleri ve yeni iş birliklerini gerektirebildiğinden bütünleşik hizmet konusunu sabit bir uygulama olarak değil dinamik bir değişim süreci olarak görmek gerekir. Sağlık politikaları, yönetimi ve örgütlenmesi alanındaki karar vericilerin ve yetkili profesyonellerin bu konuda donanımlı olması önemlidir.

Anahtar Kelimeler Birinci basamak sağlık hizmeti, dikey bütünleşme, bütünleşik sağlık hizmeti, yatay bütünleşme

Abstract

The aim of integrated health services, which is defined as bringing together the inputs, delivery, management and organization of services with the aim of increasing access, quality, user satisfaction and efficiency, is to reduce patient safety problems and cost problems that may arise due to some health services that are disconnected and independent from each other. Integration can be horizontal or vertical. There are no standard formulas that can be adapted to all societies about which types of health services, at which service level, by which health institutions and professionals should be provided in an integrated manner. Different integration methods can be applied depending on the geographical, social and economic conditions of countries as well as different regions within the same country. Since the emergence of new types of services and new professions over time due to technological and scientific developments may require new organizations and new collaborations, the issue of integrated services should not be seen as a fixed practice but as a dynamic process of change. It is important that decision-makers and authorized professionals in the field of health policies, management and organization are equipped in this regard.

Keywords Primary care, vertical integration, integrated health care, horizontal integration

GİRİŞ

“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, “Temel Sağlık Hizmetleri” ve “Koruyucu Sağlık Hizmetleri” birbirinden farklı hizmet türlerini ifade ettikleri halde sıklıkla karıştırılan ve yanlışlıkla aynı amaçla kullanılan kavramlardır. Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi ile ilgilenenlerin bu kavramları karıştırmaması önemlidir. Kavramların anlam farklılıklarını değişmez ansiklopedik tanım farklılıkları olarak düşünmek yerine sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetimi faaliyetlerinde ortak dil kullanılmasının aracı olarak görmek gerektiğinden önce bu kavramları netleştirmek gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, hizmetlerle ilk temas noktasında, erişilebilirliği olan, sürekli, kapsamlı, koordine edilmiş ve insan-merkezli bir hizmet modelidir. Amacı tüm toplumsal grupların hizmetlere eşit erişiminin sağlanması, eşitsizliklerin azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin optimize edilmesidir.¹

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) daha bütüncül bir toplumsal yaklaşım olup, üç bileşeni bulunmaktadır:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve temel halk sağlığı işlevleri
- Çok sektörlü politika ve eylemler
- Güçlendirilmiş bireyler ve topluluklar

Koruyucu Sağlık Hizmetleri ise Kişiyeye Yönelik ya da Çevreye Yönelik olarak iki grupta toplanan, primordial, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruyucu hizmetleri ifade eden bir kavramdır.

Tanımlardan anlaşılacağı gibi Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, bir ülkede veya bölgede insanların sağlık sorunları için ilk başvuru birimlerinde sunulan hizmetler anlamında kullanılır. Kişilerin ihtiyacı olan ya da talep ettikleri hizmetleri kapsamaması nedeniyle ağırlıklı olarak ayakta tanı-tedavi hizmetleri ile kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerin bir kısmından oluşan bir hizmet grubudur.

Temel Sağlık Hizmetleri ise, birinci basamak sağlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde, ancak, “temel halk sağlığı işlevleri” ile ifade edilen ve kamu sağlığı açısından sunulması gerekli olan, ne olması gerektiği DSÖ tarafından 1978 Alma-Ata Bildirgesinde tanımlanmış olan ve daha sonra aralıklı olarak güncellenen sağlık hizmetleri paketi anlamına gelir. Bu hizmet paketinde çevreye yönelik bazı koruyucu hizmetler ile hastalık izlemi ve yönetimi işlevleri de olabilmektedir.

Örneğin, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri ile ifade edilen hizmetler Aile Sağlığı Merkezleri, Muayenehaneler, Evde bakım Hizmeti Birimleri, Seyahat Sağlığı Merkezleri, Verem savaş dispanserleri gibi örgütler tarafından sunulan hizmetlerdir. Temel Sağlık Hizmetleri ise, Aile Sağlığı Merkezleri hizmetleri de dahil olmak üzere İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri sorumluluğunda yürütülen Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele, Kanseri Erken Tanı çalışmaları, Çevre Sağlığı hizmetleri, Besin-Su Güvenliğinin denetimi, Üreme Sağlığı Hizmetleri, Sağlık Eğitimi gibi faaliyetlerden oluşmaktadır. Sayılan bu hizmetlerin bazıları kişiyeye yönelik bazıları çevreye yönelik koruyucu hizmetlerdir ve kamusal nitelikte olanlar İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerince yürütülmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bu kavramlar konusunda kafa karışıklığı sadece bize özgü değildir. Konuyla ilgili uluslararası kaynaklar tarandığında ve farklı ülkelerdeki sağlık hizmetleri örgütlenme modelleri incelendiğinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için farklı yaklaşımların bulunduğu görülmektedir. Örneğin, ağırlıklı olarak Anglosakson ülkelerden oluşan bazı gelişmiş ülkelerde bu konuda başlıca üç yaklaşım bulunmaktadır. Hiyerarşik Normatif Model olarak bilinen birinci yaklaşıma göre bu kavram sağlık hizmetleri sunum sistemi içerisindeki bir basamak anlamındadır. İkinci yaklaşıma göre (Hiyerarşik Profesyonel Model) toplumun sıklıkla ihtiyacı olan hizmet ve faaliyetlerin bir araya getirilerek örgütlenmiş olmasıdır. Üçüncü yaklaşıma göre (Hiyerar-

şik Olmayan Profesyonel Model) ise hizmeti sunan meslek grupları ile tanımlanan ve genellikle pratisyen/aile hekimi, hemşire, fizyoterapist, ebe, sağlık memuru, toplum sağlığı gibi mesleklerin yer aldığı hizmet türüdür.²

Başka bir deyişle birinci basamak tanımı için,

- Sistem odaklı: Hizmet sunan sağlık sisteminin bir parçası,
- Hizmet odaklı: Temel sağlık hizmetlerinin bir kısmını da kapsayan bir paket,
- Meslek odaklı: Bazı sağlık mesleklerince sunulan hizmetler,

şeklinde farklı yaklaşımların olduğu görülmektedir.

Bu yaklaşımlara uygun hizmetlerin neler olacağı birbirinden kesin çizgilerle ayrılmadığı gibi durağan da değildir ve zaman içerisindeki gelişmelere bağlı olarak değişim gösterebilmektedir.

Sonuç olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı ve örgütlenme biçimi için standart bir formül bulunmamaktadır. Her ülkenin hatta bir ülkenin farklı bölgelerinin kendine özgü coğrafi, kültürel, sosyal ve ekonomik koşulları bu anlamda belirleyici olmaktadır.

Birinci basamak hizmetlerin taşınması gereken özelliklerin ilk sırasında erişim kolaylığı gelmektedir. Sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturan bu hizmetlere erişim için coğrafi, ekonomik ve kültürel anlamdaki her türlü engel kaldırılmış ve erişim her birey için kolaylaştırılmış olmalıdır.

Coğrafi açıdan erişim sorunu olmamalı, hizmetler ihtiyacı olan bireylerin yaşadığı yerin yakınına kadar getirilmiş olmalıdır. Ekonomik açıdan sağlık güvencesi olan-olmayan, zengin-yoksul her birey ihtiyacı duyduğu hizmetleri alamamalıdır. Kültürel açıdan ise farklı dil, din, ırk, etnik grup gibi özellikler hizmete erişimi engellememelidir.

Erişim kolaylığı her türlü engeli olan bireyler, dezavantaj-

lı gruplar için de düzenlenmiş olmalıdır. Erişim kolaylığı için söylenebilecek son ve en önemli özellik ise alınacak hizmetlerin zamanında ve bekleme süresi en az olacak şekilde düzenlenmiş olmaları gereğidir.

Birinci basamak hizmetlerinin kapsamı hizmet alacak toplumun koşullarına göre belirlenmelidir. Bazı toplumlarda ana-çocuk sağlığı, üreme sağlığı, bulaşıcı hastalıklardan korunma hizmetleri ön planda iken başka toplumlarda madde bağımlılığı ile mücadele, kronik hastalık yönetimi, palyatif bakım hizmetleri gibi hizmetlerin ön planda olması gerekebilir.

Bu hizmetleri sunacak sağlık insan gücünün kimlerden ve ne miktarda olacağı da doğal olarak hizmet türleri ve hizmet sunulacak toplumun koşulları ile yakından ilişkilidir. Örneğin, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin pratisyen hekimler, ebe ve hemşireler, kadın-doğum uzmanları ve pediatri uzmanları tarafından sunulması söz konusu olabileceği gibi, koşullar gerektirdiğinde geleneksel ebeler (ara-ebeleri) ve toplum sağlığı çalışanları tarafından sunulması da mümkün olabilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sayılan bu özellikleri dikkate alındığında ayakta hastalık tanı-tedavisi hizmetleri başta olmak üzere günlük yaşamda ihtiyaç duyulan enjeksiyon-pansuman, aşı-bağışıklama, üreme sağlığı, gebe-çocuk izlemi, bulaşıcı hastalık izlem ve filyasyonu, kronik hastalık izlem ve yönetimi, gibi farklı hizmet türlerinin disiplinler arası bir anlayış ve bütünleşik bir ekip hizmeti şeklinde sunulması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bu noktada sağlık hizmetlerinde bütünleşme yani entegrasyon konusunu biraz açmak gerekir.

Bütünleşik Sağlık Hizmetleri

Bütünleşik sağlık hizmetleri kavramı aslında yeni olmayan ancak sağlık sistemlerindeki reform arayışları nedeniyle belirli aralıklarla ön plana çıkan önemli bir kavramdır. Farklı sağlık sistemlerine ilişkin uluslararası kaynaklarda

“bütünleşik sağlık hizmeti” anlamında kullanılan bazı kavramlar şu şekilde sıralanmaktadır: integrated health, coordinated care, comprehensive care, seamless care, interprofessional care, transmural care, managed care, shared care, disease management.

Kavramın ön plana çıkmasının başlıca nedeni bazı sağlık hizmetlerinin birbirinden kopuk ve bağımsız sunulmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek hasta güvenliği sorunları ile maliyet sorunlarını azaltmaktır.

Örneğin, ülkemizde ilk kez 1961 yılında sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi sürecinde ortaya çıkan bu yaklaşım ile o güne kadar tüm ülkede ayrı sağlık örgütlenmeleri şeklinde yürütülen Verem Savaşı, Sıtma Eradikasyonu, Ana-Çocuk Sağlığı, Frengi-Lepra ve Trahom Savaşı, Hükmüt Tabiplikleri gibi sağlık kuruluşları birleştirilerek Sağlık Ocağı Tabiplikleri ve İl Sağlık Sosyal Yardım Müdürlükleri bünyesinde entegrasyon sağlanmıştır. Bu şekilde her hizmet grubu için ayrı personel, fiziki alt yapı, araç-gereç kullanmak yerine tüm kaynakların bir arada kullanılması yoluna gidilerek hem maliyet anlamında hem de hizmetlerin birbirini tamamlayacak şekilde verilmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu uygulama o dönemde başka ülkelerde de (Örneğin İngiltere, Sovyetler Birliği, Çin Halk Cumhuriyeti gibi) ortaya çıkan ilerici ve yenilikçi bir anlayıştır. Ne var ki her değişime doğal olarak karşı çıkan statüko yanlı kesimler tarafından hoş karşılanmayan bu yaklaşıma ülkemizde ideolojik yakıştırmalar getirilerek hükümetlerin kalıcı bir politikası haline gelmesi engellenmiştir. Daha sonra DSÖ'nün 1978 Alma-Ata Bildirgesi ile gündeme gelen “Temel Sağlık Hizmetleri”, sonraki yıllarda Astana Bildirgesi ile gündeme gelen “Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı” kavramları aslında ülkemizdeki sosyalleştirme uygulamalarının güncellenmiş birer şeklinden başka bir şey değildir. Nitekim geçen süre içerisinde hiçbir iktidar tarafından tam olarak uygulanamayan ama bir kenara da bırakılmayan Sosyalleştirme uygulamalarına benzer birinci basamak

örgütlenmeleri önce 80'li yılların sonunda Dünya bankası destekli “Sağlık Reformları”, daha sonra 2000'li yılların başında “Sağlıkta Dönüşüm” adı altında tekrar gündeme gelmiş ve sevk zincirinin olmaması gibi önemli bazı eksiklikleri dışında başarı ile uygulanmıştır.

Bütünleşik sağlık hizmetleri konusu bir yandan küreselleşme ve ticarileşme eğilimlerine bağlı olarak sağlık harcamalarındaki aşırı artış bir yandan da hizmet kalitesi, hasta güvenliği konularında daha yüksek sesli itirazların duyulur hale gelmesi nedeniyle belirli dönemlerde gündeme gelmeye devam etmektedir.

Başka bir deyişle bütünleşik şekilde sunulan bazı sağlık hizmetleri zaman içerisinde gelişen teknolojiler, uzmanlaşmalar gibi uygulama farklılıklarına bağlı olarak dallanıp budaklanarak birbirinden kopuk hale gelmekte, bu durum hem kalite hem de verimlilik sorunlarına neden olmakta, daha sonra yeni entegrasyon arayışları gündeme gelmektedir. Bu bir döngü olup sağlık hizmetlerindeki yeni bilgi, uygulama, uzmanlaşma ve maliyet artışı eğilimleri sürdükçe dönmeye devam edecektir. Tıpkı sağlık reformlarının da bir sonunun olmaması gibi.

Bütünleşik sağlık hizmetlerini “Hizmetlerin girdilerinin, sunumunun, yönetiminin ve organizasyonunun erişim, kalite, kullanıcı memnuniyeti ve verimliliğin artırılması amacıyla bir araya getirilmesi” şeklinde tanımlamak uygundur.^{3,4}

Bu anlamda bütünleşmeyi (entegrasyonu) başlıca iki farklı yaklaşımla gerçekleştirmek mümkündür: Yatay ve dikey bütünleşme.

Yatay bütünleşme, sağlık sisteminin aynı basamağında hizmet sunan farklı meslekler ya da örgütler arasında iş birliği ve bütünleşme sağlanması demektir. Örneğin, birinci basamakta sunulan ayakta tanı-tedavi hizmetlerinin bağımlık, üreme sağlığı, kronik hastalık yönetimi, sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetler ile birlikte sunulması gibi.

Dikey bütünleşme ise farklı hizmet basamaklarında sunulan hizmetler ve/ya örgütler arasında iş birliği ve bütünleşme sağlanması anlamına gelir. Örneğin, birinci basamakta sunulan evde bakım hizmetleri, ayakta tanı-tedavi hizmetleri ile ikinci basamakta sunulan yatırılarak tedavi hizmetlerinin, üçüncü basamakta sunulan akademik sağlık hizmetlerinin birbiri ile eşgüdüm halinde, geri bildirimlerle destekleyecek şekilde sunulması gibi.³

Bütünleşmenin dinamiklerini ve yararlarını anlamak doğru politikalar belirlemek açısından önemlidir. Sağlık hizmetlerinin parçalı hale gelmesinin nedenleri arasında mesleki uygulamaların bağımsızlığı anlamına gelen otonomi yani özerklik konusu ilk sırada yer almaktadır. Uzmanlaşma, teknoloji ve yeni bilgilere bağlı olarak ortaya çıkan yeni tür sağlık hizmeti uygulamaları sağlık sisteminde yeni profesyonelleri ortaya çıkarmakta ve yeni mesleklerin özerk yapısına uygun olarak yeni güç alanları oluşturmaktadır. Bu alanın sahiplerinin artışı bir yandan uygulamaların daha da çeşitlenmesine diğer yandan yeni uygulamalar için yeni harcamalara ve doğal olarak bazı kesimler için fazladan yeni kazançlara yol açmaktadır. Yeni olan bu tür gelişmelerin süreç içerisinde neden olacağı hasta güvenliği ve maliyet sorunları yeterince dikkat çekici boyuta geldiğinde denetleyici ve düzenleyici mekanizmalara ihtiyaç duyulmakta ve bütünleşme devreye girmektedir. Bütünleşme, düzenlenmesi gereken hizmetlerin niteliğine bağlı olarak yatay veya dikey olabilmektedir. Bütünleşmenin başarısı sağlık mesleklerinin özerk yapıları dikkate alınarak güç alanları çatıştırılmadan uygun bir iş birliği ve koordinasyonla bir araya getirilmesine bağlıdır. Aksi halde iş hayatının doğal akışı içerisinde oluşmuş olan bütünleşik bir örgütsel yapının bile bir süre sonra parçalı hale gelmesi mümkündür.

Örneğin, ABD’de 2012 yılında dikey bütünleşme adına başlayan bir eğilim sonucu binlerce hekim muayenehanesi hastanelerle dikey bütünleşik hale gelmiş, iş birliğinin ötesinde hastaneler bunları satın almıştır. Bu yolla hem hizmet kalitesini artırma hem de maliyetleri düşürme

hedeflenmiş olmakla birlikte bir süre sonra bazı gruplarda aşırı büyüme oluşarak tekelleşme başlamış, tekelleşme keyfilik ve denetimsizliği arttırarak beklenenin tam aksine hizmetlerin maliyetlerinde artışlar, kalitesinde düşüşler ortaya çıkmıştır.^{5,6} Bu durum sadece özel sektör için değil iyi planlanmadan bütünleşmeye giden kamu kurum ve kuruluşları için de söz konusu olabilmektedir.

Nasıl Bir Örgütlenme Olmalı?

Kurum ve kuruluşların işleyişi ve performansı arasındaki bağlantıyı analiz amacı ile sıklıkla başvuru Durumsal Teorisine (Olumsal olarak da bilinir) göre örgütlenme ve yönetim konularında her duruma uyan tek bir “en iyi” yaklaşım yoktur. Zaten en iyi de iyinin düşmanıdır. En iyi yaklaşım, içinde bulunulan duruma ve koşullara göre değişmektedir. Bir kurumun performansı onun yapısal özelliklerinin ya da iş süreçlerinin sonucu olmaktan çok işleyişi ile büyüklüğü, geçmişi, çevresel koşulları gibi bir dizi durumsal özellikler arasındaki uyum sonucu gerçekleşmektedir.^{7,8} Bu nedenle, örneğin en iyi birinci basamak örgütlenmesinin nasıl olması, kimlerden oluşması ve ne anlamda bütünleşik olması gerektiği gibi konular, hizmetlerden beklenen çıktılar ile eldeki imkân ve koşullar arasındaki uyuma bağlıdır.

Yapılan bir model incelemesine göre birinci basamak sağlık örgütlenmeleri genellikle hekim ya da hemşire merkezlidir ve hemşire merkezli örgütlenmelerin giderek artmakta olduğu dikkati çekmektedir.⁹ Bazı ülkelerde lisans mezunu olup da pratisyen hemşire eğitimi almış hemşirelere sık görülen bazı hastalıklar konusunda tek başına tanı koyma, tedavi verme ve reçete yazma yetkisi verildiği görülmektedir. Örneğin, ABD’de yasal düzenlemelerle 26 eyalette bu tür bir yetkilendirme sağlanmıştır. Avusturya’da¹⁰, Kanada’da¹¹ benzer uygulamalar bulunmaktadır. İrlanda¹² ve İngiltere’de ise bu doğrultuda düzenleme yapılması tartışmalarının hız kazandığı görülmektedir.

ABD’de pratisyen hemşireler dışında hekim yardımcıları (PA), kiropraktik doktorlar, Çin’de geleneksel Çin tıbbi he-

kimleri, Rusya ve eski Sovyet ülkelerinde Feldsherler, Hindistan'da Ayushlar (AYUSH: Ayurvedic, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy), Afrika'nın pek çok ülkesinde toplum sağlıkçıları birini basamakta tanı-tedavi hizmeti sunan meslek örnekleridir. Ülkemizde Refik Saydam dönemindeki uygulamalara ek olarak ebelerin rahim içi araç, MR uygulamaları da bu anlamda önemli örneklerdir.¹³⁻¹⁵

Bu örneklerin tam tersine birinci basamak sağlık hizmetleri için özel bir örgütlenme modeli bulunmayan, birinci ve ikinci basamak ayrımının belirsiz olduğu ülkeler de vardır. Bunun tipik örneği olan Japonya'da birinci basamak sağlık hizmetleri hem hastanelerde hem de toplum içerisinde sunulan hizmetlerdir. Japonya "süper-yaşlı" demografik yapısı ile dünyada doğumda beklenen yaşam süresi en uzun olan ve evrensel sağlık kapsayıcılığını 1960'lı yıllardan başlayarak tam anlamıyla gerçekleştirmiş bir ülkedir.¹⁶ Ne var ki Japon sağlık sistemi COVID-19 pandemisi sırasında yetersiz kalmıştır. Yetersizliğin başlıca sorumlusunun son derece özgürce örgütlenmiş bir sağlık sistemi ile bağımsız biçimde finanse edilen özel hastaneler olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık güvence sistemindeki seçme özgürlüğünün de bireylerin kapsayıcı hizmet almalarını, alınan hizmetlerin sürekliliğini engelleyici etkiler yaptığı anlaşılmıştır. Oysa yaşlı nüfusun hastane ağırlıklı tıbbi hizmetler yerine toplum odaklı bakım hizmetlerine ihtiyacı nedeniyle aile hekimliği mantığına dayalı ve çok disiplinli bir bakım ağı kurulması yolunda tartışmalar başlamıştır.^{16,17}

Sağlık hizmetlerinin sunum biçimi ve örgütlenmesi konusunda küresel düzeyde güncel olan bir konu da e-Sağlık ve dijital sağlık konularıdır. COVID-19 pandemisi sırasında koşulların da zorlamasıyla yaygınlaşan tele-tıp uygulamaları sağlık hizmetlerinde dijitalleşmeyi hızlandırmıştır. DSÖ'ye göre dijital sağlık, sağlık sistemlerinin daha verimli ve sürdürülebilir olmasına yardımcı olarak kaliteli, uygun fiyatlı ve hakkaniyetli hizmet sunmalarını sağlayabilir. Bu uygulamalar özellikle orta ve düşük gelir düzeyindeki

ülkeler için önem taşımaktadır. E-Sağlık ve dijital sağlık uygulamaları günümüzde sağlık alanında en hızlı büyüyen alanlardan biri olarak kabul edilmektedir.¹⁸

Sonuç olarak farklı basamaklarda yer alması gereken sağlık hizmetlerinin neler olacağı, hangi hizmetlerin kimler tarafından sunulacağı, bütünleşmenin nasıl yapılacağı konularında tek bir formül bulunmayıp çözümler her toplumun kendi olanakları ve koşullarına bağlı olarak belirlenmek zorundadır.

Çıkar Çatışması

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Beyan edilecek mali destek yoktur.

Kaynaklar

1. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care> (erişim:15.05.2024)
2. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. *Prosperite/Issues in health economics* n° 141- April 2009.
3. Gröne O, Garcia-Barbero M. Trends in Integrated Care-Reflections on Conceptual Issues. World Health Organization, Copenhagen, 2002, EUR/02/5037864.
4. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002; 2.
5. Baker LC, Bundorf MK, Kessler DP. Vertical integration: hospital ownership of physician practices is associated with higher prices and spending. *Health Aff (Millwood)* 2014; 33: 756-63.
6. Khullar D, Casalino LM, Bond AM. Vertical Integration and the Transformation of American Medicine. *N Engl J Med* 2024; 390:965-967. DOI:10.1056/NEJMp2313406. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2313406>
7. Donaldson L. The normal science of structural contingency theory. İçinde: Clegg SR, Hardy C, Nord WR, eds. *Handbook of Organization Studies*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996:57–76.
8. Contandriopoulos D, Perroux M, Duhoux A. Formalisation and subordination: a contingency theory approach to optimising primary care teams. *BMJ Open* 2018;8: e025007. doi:10.1136/bmjopen-2018-025007.
9. Contandriopoulos D, Perroux M, Cockenpot A, et al. Analytical typology of multiprofessional primary care models. *BMC Fam Pract* 2018; 19:44.
10. <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx>(erişim:15.05.2024)
11. https://web.archive.org/web/20200925090805/https://www.nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/scope-of-practice-for-nurse-practitioners.pdf?sfvrsn=ab5ce4b9_14 (erişim:15.04.2024)
12. <https://www.independent.ie/regionals/sligo/news/changing-role-of-nursing-profession/39549757.html>(erişim:15.05.2024)
13. Shrivastava SR, Shrivastava P. Integrating AYUSH in healthcare delivery system of India. *Cukurova Medical Journal*, 2019;44(4):1527-8, doi:10.17826/cumj.536761.
14. Wan G, Wei X, Yin, H. et al. The trend in primary health care preference in China: a cohort study of 12,508 residents from 2012 to 2018. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21:768. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06790-w>
15. Jiang MZ, Fu Q, Xiong JY, Li XL, Jia EP, Peng YY, et al. Preferences heterogeneity of health care utilization of community residents in China: a stated preference discrete choice experiment. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):430. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05134-4>.
16. Kato D, Ryu H, Matsumoto T, Abe K, Kaneko M, Ko M, Irving G, Ramsay R, Kondo M. Building primary care in Japan: Literature review. *J Gen Fam Med.* 2019;20(5):170-179. doi: 10.1002/jgf2.252.
17. Katori T. Japan's healthcare delivery system: From its historical evolution to the challenges of a super-aged society. *Glob Health Med.* 2024 Feb 29;6(1):6-12. doi: 10.35772/ghm.2023.01121.
18. OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.