



CHP

BİRİNCİ BASAMAK VE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

30 EYLÜL 2024

CUMHURİYET HALK PARTİSİ
SAĞLIK BAKANLIĞI VE POLİTİKALARINDAN SORUMLU
GENEL BAŞKAN YARDIMCILIĞI

OP. DR. ZELİHA AKSAZ ŞAHBAZ
GENEL BAŞKAN YARDIMCISI



BİRİNCİ BASAMAK VE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

Çalıştay Programı

Tarih: 30 Eylül 2024

Yer: Çankaya Belediyesi Zübeyde Hanım Sosyal Tesis

Açılış: Op. Dr Zeliha AKSAZ ŞAHBAZ

Cumhuriyet Halk Partisi Genel Başkanı Sayın Özgür ÖZEL'in Konuşması

Mesleki Birlik Başkanları'nın Konuşmaları;

- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Sayın Prof. Dr. Alpay AZAP

-Türk Eczacıları Birliği Başkanı Sayın Arman ÜNEY

- Türk Veteriner Hekimleri Birliği Başkanı Sayın Prof Dr Murat Arslan

Sağlıklı Kentler Birliği Başkanı Sayın Op Dr Cemil TUGAY; Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetimler

Prof. Dr. Kayıhan PALA, "CHP Birinci Basamağa Nasıl Bakıyor?" Çerçeve Sunum

Grup Çalışmaları ve Raporların Hazırlanması

1. Birinci Basamağın Örgütlenmesi,
2. Birinci Basamakta Emek Gücü,
3. Birinci Basamağın Finansmanı,
4. Birinci Basamakta Hizmet Sunumu,
5. Birinci Basamak ile Diğer Basamaklar Arasında İletişim, Eşgüdüm ve Sevk Zinciri,
6. Aşı, Taramalar, Kişisel Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
7. Birinci Basama ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetimlerin Rolü,
8. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Toplum Ruh Sağlığı,
9. Ağız ve Diş Sağlığı.

Grup Raporlarının Sunumu, Tartışma ve Sonuç

ÇALIŞTAY KATILIMCILARI

- Türk Tabipleri Birliği (TTB)
- Türk Eczacıları Birliği (TEB)
- Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB)
- Türk Veteriner Hekimleri Birliği (TVHB)
- Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF)
- Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği
- TTB Merkez Konseyi
- TTB Aile Hekimliği Kolu
- TTB Pratisyen Hekimler Kolu
- TTB Okul Sağlığı Çalışma Grubu
- Ankara Tabip Odası
- Eskişehir Tabip Odası
- Balıkesir Diş Hekimleri Odası
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- Ankara Aile Hekimliği Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
- Türk Hemşireler Derneği (THD)
- Türk Ebeler Derneği
- ASM Grup Elemanları Derneği
- Türkiye Diyetisyenler Derneği
- Genç Diş Hekimliği Derneği
- Türkiye Fizyoterapistler Derneği
- Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği (SAHADER)
- Türkiye Psikiyatri Derneği
- Türk Psikologlar Derneği
- Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUDER)
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)
- Genel Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Çalışanları Sendikası (Genel Sağlık-İş)
- Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası (Dev Sağlık-İş)
- Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası
- Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Kamu Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası (Hekimsen)
- Demokratik Sağlık-Sen
- Hekim Birliği, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Çalışanları Sendikası (Hekim Birliği)
- TBMM Sağlık Alanında Lisans Eğitimi Olan CHP Milletvekilleri
- Sağlık Alanında Lisans Eğitimi Olan CHP İl Başkanları
- CHP İl Örgütleri Sağlık Komisyonu Temsilcileri
- İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı
- Ankara Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı
- Ankara Elmadağ Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- Ankara Keçiören Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- Ankara Şereflikoçhisar Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- Ankara Nallıhan Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- Ankara Yenimahalle Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- İzmir Karabağlar Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü
- Üniversitelerimizin Sağlık ve İktisat ABD Temsilcileri

ATÖLYE MASALARI KATILIMCILARI

1. Birinci Basamağın Örgütlenmesi Moderatör: Dr. Öğr. Üyesi Mestan Emek

- Prof. Dr. Mühip Kanko CHP Kocaeli Milletvekili
- Dr. Murat Gönül-AHEF
- Doç. Dr. Ayhan Dağ- Türk Diyetisyenler Derneği Başkanı
- Doç. Dr. Azize A. Özbaş-THD
- Hem. Serap IŞIKOĞLU-CHP Sincan İlçe Sağlık Temsilcisi
- Hem. Halime Bayraktar- Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği
- Doç. Dr. İsmail Arslan-Türk Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- Dr. İsmail Bulca- TTB Pratisyen Hekimleri Kolu

2. Birinci Basamakta Emek Gücü Moderatör: Dr. Sibel Uyan

- Dr. Asu Kaya- CHP Osmaniye Milletvekili
- Dr. Ali Karaoba-CHP Uşak Milletvekili
- Dr. Hacı Yusuf Eryazgan- AHEF
- Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu-AHEF
- Doç. Dr. Saliha Serap Çiftçili-TTB Aile Hekimliği Kolu
- Durdane Özdemir- Sincan İlçe Kadın Kolları Yönetim Kurulu Üyesi
- Hem. Abdurrahman Aktürk- Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
- Filiz Aksu-Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği
- Duygu Tok-ASM Grup Elemanları Derneği Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı
- Uzm. Bio. Üzeyir Söylemez- Sağlık çalışanları Hak ve Mücadele Derneği

3. Birinci Basamağın Finansmanı Moderatör Dr Aylin Yaman

- Prof. Dr. Uğur Emek- Başkent Üniversitesi-İ.İ.B.F/İktisat
- Prof. Dr. Tahsin Bakırtaş- Sakarya Üniversitesi İ.İ.B.F/İktisat
- Dr. Burak Korkmaz- AHEF
- Dr. Cengiz Aydoğdu- Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası Merkez Denetim Kurulu
- Prof. Dr. Yusuf Haydar Ertekin -Hekim
- Prof. Dr. Sergül Duygulu- THD- Eğitim Komisyonu Başkanı
- ATT. Faik Can Büyükkayaer-ASM Grup Elemanları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
- Dr. Utku Aksaray-Hekim
- Prof. Dr. Gülbiye Yaşar-Ankara Üniversitesi- Sağlık Yönetimi A.B.D

4. Birinci Basamakta Hizmet Sunumu Moderatör Dr. Emrah Kırımlı

- Dr. E. Ömer Keleş- ANKAHED
- Dr. Türkü Yağmur Nehir- AHEF Federasyon Başkanı
- Uzm. Dyt. Burcu Dikmen Tezcan-TDD Yönetim Kurulu Üyesi
- Dr. Neval Oğuz- HEKİMSEN
- Ecz. Meltem Türker-TEB
- Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu-THD
- Dr. Muharrem Baytemur- TTB Pratisyen Hekimler Kolu
- Ecz. Sevinç Yazgan- CHP Uşak İl Başkanı
- Prof. Dr. Arzu Demirgüç- Türkiye Fizyoterapistler Derneği

5. Birinci Basamak ile Diğer Basamaklar Arasında İletişim, Eşgüdüm ve Sevk Zinciri

Moderatör: Prof Dr. Mehmet Akman

- Dr. Gökhan Erdoğan-AHEF
- Op. Dr. Murat Çan- CHP Samsun Milletvekili
- Dr. Derya Mengüçük-TAHUD
- Koray Demirtaş- Hekimsen Ankara İl Temsilcisi
- Doç. Dr. Ziyafet Uğurlu- THD
- Prof. Dr. Tülin Düğer- Türkiye Fizyoterapistler Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
- Doç. Dr. Çağdaş Erkan Akyürek- Ankara Üniversitesi- Sağlık Yönetimi A. B.D

6. Aşı, Taramalar, Kişisel Koruyucu Sağlık Hizmetleri Moderatör: Dr. Alpay Azap

- Dr. İsmail Tosun-AHEF
- Dr. Songül Arık- TAHUD
- Ecz. Betül Topçu- TEB
- Prof. Dr. Yeter Kitiş-THD
- Hem. Gonca Koçak- Sağlık Çalışanları Hak ve Mücadele Derneği
- Hatice Şeker Erdoğan- Genel Sağlık-İş Sendikası Bursa Şube Başkanı
- Dr. Yusuf Kırmızıgül- Hekim Birliği Sendikası

7. Birinci Basama ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetimlerin Rolü

Moderatör: Prof. Dr. Pınar Okyay

- Dr. Hakan Yılmaztürk-İBB Sağlık ve Hıfzısıhha Müd.
- Vet. Hekim Gökhan Savaş Ünay-Amasya Yerel Yönetimlerden Sorumlu CHP İl Başkan Yardımcısı İl Sağlık Temsilcisi
- Dr. Mustafa Aydın-CHP Kadıköy Sağlık Komisyonu Üyesi Klinik Biyokimya Uzmanı
- Op Dr. Aylin Anıl Arslan- Chp Çankaya İlçe Üyesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
- Op Dr. Bülent Tandoğan- CHP Kadıköy Sağlık Komisyonu Üyesi
- Uzm. Fzt. Hasan Aslan- CHP Kadıköy Sağlık Komisyonu Üyesi
- M. Sıddık Akın-SES Eş Genel Başkanı
- Dr. Atila İlman-CHP Ankara İl Sağlık Kur. Bşk.
- Mustafa Ünsal-Ankara BB Sağlık İşleri Daire Bşk.
- Dr. Nihat Fahlıoğulları-Hatay Aile Hekimleri Derneği Bşk, AHEF Temsilcisi
- Dr. Cihan Düz-İstanbul Esenyurt, Hekim Birliği Sendika Temsilcisi
- Doç. Dr. Derya Çamur-Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
- Dr. Aşkın Kesal-Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik Ve Dayanışma Sendikası İkinci Başkanı
- Uzm. Dr. Ferhat Yıldız-Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)
- Dr. Nurcan Pirgan Çakır-Karabağlar Belediyesi Meclis Üyesi
- Dr. Ahmet Soner Emre-İzmir BB Sağlık İşleri Dairesi Başkanı
- Dr. Nuri Seha Yüksel-İzmir Tabip Odası Genel Sekreteri
- Doç. Dr. Gülten Koç-Türk Hemşireler Derneği

8. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Toplum Ruh Sağlığı, Moderatör: Prof. Dr. Ejder

Yıldırım

- Psk. Caner Özdemir- CHP İzmir Karabağlar Sağlık Temsilcisi
- Psk. Melike Çoşkun Solmaz- CHP Denizli İl Sağlık Temsilcisi
- Dr. Can Kirişçi- AHEF
- Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça Aykağıtçı- THD
- Prof. Dr. Songül Atasavun Uysal-Türkiye Fizyoterapistler Derneği
- Dr. Barış Gazi Karadeniz- Hekim Birliği Sendikası
- Psk. Esra Güven- Türk Psikologlar Derneği
- Psk. Nice Ergut- Türk Psikologlar Derneği
- Prof. Dr. Cihat Çelik- Türk Psikologlar Derneği
- Ecz. Elvan Işık Gezmiş- CHP Giresun Milletvekili

9. Ağız ve Diş Sağlığı Moderatör: Dt. Mustafa Fatih Özcan

- Dt. Deniz Direkçi Artun- CHP Ereğli İlçe Başkan Yard. Ve Sağlık Temsilcisi
- Dt. Tuncay Seven- CHP Samsun İl Sağlık Temsilcisi
- Dr. Merve Emlik-AHEF
- Prof. Dr. Ali Rıza Alpöz- Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
- Dt. Özgür Başaran-Balıkesir Diş Hekimleri Odası Başkanı
- Prof. Dr. Atilla Stephan Ataç- Türk Diş Hekimleri Birliği
- Prof. Dr. Nurhan Öztaş- Türk Diş Hekimleri Birliği
- Dt. Banu Yıldırım- Hekimsen Ankara Şube Başkanı
- Dt. Muhammed Baha Altıok- Genç Diş Hekimleri Derneği Başkanı
- Dt. Berat Güleğül- Genç Diş Hekimleri Derneği
- Dt. Bestenur Taşdemir- Genç Diş Hekimleri Derneği Yönetim Kurulu Başkan Yrd.

**BİRİNCİ BASAMAK VE
KORUYUCU SAĞLIK
HİZMETLERİ
ÇALIŞTAY SONUÇ RAPORU**

I. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada kritik bir rol oynamaktadır. Bu hizmetlerin, kamu hizmeti anlayışı çerçevesinde etkili bir şekilde örgütlenmesi, toplum sağlığına yönelik stratejilerin başarıyla uygulanabilmesi için vazgeçilmezdir. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel örgütlenme birimi olan Halk Sağlık Merkezleri (HSM) kendi içinde yatay entegrasyonu olan ve birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarıyla entegrasyonu sağlayan temel yapıdır.

1. Halk Sağlık Merkezleri (HSM) ve Temel Yapısı

HSM'ler, 10-20 bin kişilik nüfusa hizmet sunmayı amaçlayan birimler olarak tanımlanmıştır. Tanımlanmış bir coğrafi alandaki tüm nüfusa hizmet sunacaktır. Bu merkezler, bireye yönelik tedavi edici ve koruyucu hizmetlerle birlikte topluma yönelik halk sağlığı hizmetlerini de entegre bir biçimde sunar. HSM'lerin temel özellikleri şunlardır:

- Hizmet Alanı: HSM'ler tanımlanmış coğrafi alanlardaki tüm nüfusa hizmet sunar.
- Entegrasyon ve Koordinasyon: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla koordinasyonunu sağlar.
- Payda İlkesi: Hizmetlerin etkin planlama, sunum ve değerlendirme süreçlerinde “paydasız hizmet, faydasız hizmettir” ilkesi benimsenmiştir.

Bugünkü sağlık hizmetleri, genellikle ilçe düzeyinde planlanmaktadır. Ancak nüfusu 250 bini aşan ilçelerde, mevcut sistemin sahaya etkili bir şekilde nüfuz edememesi erişilebilirlik ve kapsayıcılık sorunlarını beraberinde getirmektedir.

2. HSM'lerin Organizasyonu ve Toplum İhtiyaçlarına Yanıt Vermesi

HSM'lerin yapılandırılmasında temel ilke, tanımlanmış toplumun sağlık ihtiyaçlarına odaklanmaktır. Kırsal ve kentsel bölgeler arasında demografik, sosyal ve ekonomik farklılıklar bulunmaktadır. Buna ek olarak, nüfusun yaşlanması, düzenli ve düzensiz göç, turizm, mevsimlik işgücü hareketleri gibi dinamikler, birinci basamak sağlık hizmetlerini doğrudan etkilemektedir.

2.1 Toplum Tanıma ve Ev Ziyaretleri

HSM'ler, toplumu tanıma odaklı faaliyetler yürütecek, özellikle geçmişte yaygın olan ancak son yıllarda terk edilen ev ziyaretlerini tekrar devreye alacaktır. Ev ziyaretleri ile şu veriler toplanacaktır:

- Hane halkı yaş ve cinsiyet dağılımı,
- Konut ve çevre koşulları,
- Su temini,
- Risk gruplarının (gebelere, bebekler, yaşlılar) tespiti ve takibi.

Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin sadece kuruma başvuran bireylere değil, tüm topluma ulaşmasını sağlayacaktır. Özellikle sosyal hizmet ihtiyacının sağlık hizmetleri üzerinden karşılandığı mevcut durumda, toplumun ihtiyaçlarının doğru bir şekilde belirlenmesi kritik önem taşımaktadır.

2.2. Entegrasyon İlkesinin Uygulanması

Birinci basamak sağlık hizmetleri, günümüzde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve İlçe Sağlık Müdürlükleri arasında parçalı bir yapı sergilemekte ve toplumu yeterince tanımadan başvuru temelli hizmet sunmaktadırlar. Bu kurumlar arasındaki ilişki ve koordinasyon yeterince tanımlanmamış olup, hizmet sunumunda entegrasyon eksikliği yaşanmaktadır. HSM modeli, bu dağınıklığı gidermeyi ve multidisipliner ekip hizmeti yaklaşımını benimsemeyi hedeflemektedir.

HSM’de bugün aile hekimlerinin bireye sunduğu koruyucu ve tedavi edici hizmetleri yine aynı şekilde aile hekimlerince sunulmaya devam edilecektir.

Hali hazırda 3500 kişiye sunulan aile hekimliği hizmetlerinin 2000 kişiye düşürülmesi planlanmaktadır.

2.3 Multidisipliner Ekip Yapısı

HSM’lerde aile hekimlerinin sunduğu bireysel hizmetlere ek olarak aşağıdaki sağlık profesyonelleri görev alacaktır:

- Fizyoterapist,
- Sosyal Hizmet Uzmanı,
- Psikolog,
- Diyetisyen,
- Halk Sağlığı Hemşiresi,
- Geriatri Hemşiresi,
- Kronik Hastalıklar Hemşiresi,
- Ev Ziyaretçileri Ve Diğer Hemşirelik Meslek Grupları.

Bu yapı, hem bireysel sağlık hizmetlerini hem de topluma yönelik halk sağlığı, hizmetlerini kapsayacaktır.

Göçmen sağlığı, okul sağlığı, mevsimlik tarım işçileri gibi özel gruplara yönelik hizmetler, toplum ruh sağlığı, bulaşıcı hastalıklar-salgın önleme ve control hizmetleri, organize topluluk aşılama (hac aşılama vb.) gibi sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetler HSM’ler bünyesinde sunulacaktır.

2.4 Mobil Sağlık Hizmetleri ve Coğrafi Kapsama

Türkiye genelinde 922 ilçe bulunmaktadır ve bu ilçelerin yaklaşık yarısında bir veya iki HSM planlanmaktadır. HSM’ler bünyesinde oluşturulacak Mobil Sağlık Birimleri, özellikle dezavantajlı grupların bulunduğu bölgelerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin erişilebilirliğini artıracaktır.

- Her HSM’ye en az bir mobil sağlık aracı tahsis edilecek ve mobil eczane hizmetleri entegre edilecektir.
- Coğrafi özellikler, ulaşım imkânları, nüfus hareketleri ve dezavantajlı grupların varlığı gibi faktörler göz önüne alınarak mekânsal ve personel planlaması yapılacaktır.

2.5 Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri, mevcut durumda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından koordine edilmekte olup birinci basamağın hiçbir fonksiyonu yoktur. Evde bakım ihtiyacının değerlendirilmesi ve koordinasyonu Ancak HSM'ler bünyesinde oluşturulacak evde bakım birimlerince yapılacak, birinci basamak bu süreçte daha etkin bir şekilde entegre olacaktır. Evde bakım hastalarının mobil eczane hizmetlerine erişimi için ek çalışmalar yapılacaktır.

Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin sunduğu evde bakım hizmetleri tek noktadan koordine edilerek duplikasyonların önüne geçilecektir.

3. İlçe ve İl Düzeyinde Koordinasyon

HSM'ler İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak hizmet sunacaktır. İlçe sağlık Müdürlükleri HSM'lerin yönetim, denetim, koordinasyonu yanı sıra lojistik ihtiyaçların sağlanması ve birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan diğer sağlık kurum ve kuruluşlarla koordinasyondan sorumludur.

3.1 BBSH ile İSGM ve İSM Koordinasyonu:

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çevre sağlığıyla entegre edilmesi, sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. İlçe Sağlık Müdürlükleri'ne bağlı olarak hizmet veren İşyeri Sağlığı ve Güvenliği Merkezleri (İSGM) bu alandaki hizmetleri yürütmekle sorumludur. HSM'ler ile İSGM arasındaki koordinasyonun güçlendirilmelidir. İSM'ler ilçede çevre sağlığından sorumlu olacaktır.

3.2 Adli Tabiplik Hizmetleri

Adli tıp hizmetleri, sağlık sisteminin önemli bir bileşenidir. İlçe merkezlerinde adli tabiplik hizmetleri Adli Tıp Kurumu tarafından yürütülmekte olup, bu kurumun bulunmadığı ilçelerde, İlçe Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan ekipler aracılığıyla hizmet sunulması önerilmektedir. Ancak, bu organizasyon yapısının verimliliği ve sürdürülebilirliği tartışılmaya devam etmektedir.

3.3 Ölüm Muayenesi ve Defin Hizmetlerinin Koordinasyonu

Türkiye'de yıllık ölüm sayısı yaklaşık 500 bin civarında olup, bu ölümlerin yarısından fazlası hastanelerde gerçekleşmektedir. Evde gerçekleşen ölümlerin oranı giderek azalmaktadır. Bu durum kırsal bölgelerde uzun mesafelerde ölüm muayenesi yapmanın aile hekimleri ve ilçe sağlık müdürlüğü hekimleri iş gücü kaybına yol açtığını göstermektedir. Ek olarak hizmet sınırında çak sınırlı olan araç ve şöför sayısını da kısıtlamaktadır.

Bu bağlamda:

- Büyükşehir belediyelerinin taziye çadırı kurma ve cenaze hizmetlerini ücretsiz sunma uygulamaları, ölüm belgesi düzenlenmesi gibi görevleri de kapsayacak şekilde genişletilebilir.
- Büyükşehir Belediye Başkanları ile düzenlenecek toplantılar, defin ve ölüm muayenesi süreçlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir.

Bu konuda öncelikle Büyükşehir Belediye Başkanlıkları ile birlikte değerlendirme yapılarak koordinasyon sağlanmalıdır.

4. HSM'lerin Hizmet Sunum Kapasitelerinin Geliştirilmesi:

İl Sağlık Müdürlüğü düzeyinde bir dizi kurum ve kuruluşun HSM'leri desteklemesi gerekmektedir.

Gündüz Hastaneleri önerisinin sağlık sisteminde basamaklandırma sistemini artıracığı, bu nedenle de sistemde yer almasının uygun olmayacağına karar verilmiştir.

İkinci Basamak Sağlık Kurumları, HSM'den sevk edilen hastaların tanı tedavi işleminin gerçekleştirildiği, gerekirse üçüncü basamağa sevk edildiği yerlerdir. Bu arada, Aile Hekimleri basamaklı sağlık sisteminde kullanıcı dostu bir unsur olarak bakımın koordinasyonunda merkezi konumdadır. Kişinin hangi basamaktan hangi hizmeti alacağını Aile Hekimi koordine etmelidir. Basamaklı sistem birinci basamaklar ve diğer basamaklar şeklinde ayrılmalıdır. Metropol kentlerde kamu üçüncü basamak kurumların sayı ve kapasitesi ikinci basamak kurumlardan daha fazla olabilmektedir. İstanbul gibi megapollerde ikinci basamak kapasitesinin çoğu özel sağlık kuruluşlarına aittir. Katı bir hiyerarşik basamaklanma yerine Aile Hekimi bakımı koordine eden rolde olmalıdır.

4.1 Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri

HSM'lerde çalışan aile hekimlerine tanı desteği sağlayan halk sağlığı laboratuvarlarının kapsamı genişletilmelidir. Mevcut taşınabilir sistemle sunulan laboratuvar hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı, radyolojik görüntüleme hizmetleri HSM bünyesinde veya HSM gruplarına hizmet verecek şekilde planlanmalıdır.

4.2 Verem Savaş Dispanserleri

Verem hastalarının tanı, tedavi ve izlem süreçlerini yürüten Verem Savaş Dispanserleri korunmalı ve bu birimlerin HSM'lerle koordinasyonu güçlendirilmelidir. Özellikle veremli hastaların tanı tedavi takibi, temaslı araştırması, doğrudan gözetimli tedavi uygulamaları gibi iş ve işlemler il düzeyinde Verem savaş Dispanserlerinin HSM koordinasyonu ile yürütülmelidir.

4.3 Aile Planlaması, Kadın Sağlığı, üreme sağlığı hizmetleri

Halk Sağlığı Merkezlerinde ücretsiz uygulanmalı, materyaller ücretsiz sağlanmalıdır.

Toplumdaki kişilerin, hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyonunu Aile hekimi koordine etmelidir. Aile hekimi, 2. ya da 3. Basamak tedavi kurumlarına hastayı yönlendirebilir. Aile hekimi hastasının randevusunu alacaktır. Tıbbi bakımı ve rehabilitasyonu koordine eden kişi, görüntüleme ve laboratuvar hizmetine de ulaşarak Aile hekimi olacaktır.

5. Personel ve Örgütlenme Modelleri

HSM'lerde multidisipliner bir ekip yaklaşımı benimsenmelidir. Bu ekiplerde aile hekimlerinin yanı sıra fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler, halk sağlığı hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri yer almalıdır. Ancak, personel planlamasında şu hususlara dikkat edilmelidir:

- Yeni düzenlemeler yapılırken aile hekimlerinin mevcut nüfusları ve işyükü gözönünde bulundurulacaktır
- “Yardımcı sağlık personeli” terminolojisi yerine ekip çalışması vurgusu yapılacaktır.

5.1 Aile Hekimliği Kapasitesinin Artırılması

Aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması hedeflenmektedir. Ancak, bu düzenlemenin beraberinde getireceği personel ihtiyacı dikkatle planlanmalıdır. Türkiye genelinde 2023 yılı itibarıyla sayı 28054 Aile Hekimliği birimi olmakla birlikte, yaklaşık 50 bin Aile Hekimliği birimine ihtiyaç duyulması öngörülmektedir. Özellikle büyük kentlerde sağlık tesisi için arsa ve bina tahsis konusunda karşılaşılan güçlükler, öncelikli olarak ele alınmalıdır.

Örgütlenme modeli mümkün olduğu kadar basit ve sade olmalıdır. Model ne kadar karmaşık olursa işleyişle ilgili sorunlar o kadar fazla olacaktır.

5.2 Grup Pratiği ve Hekim Seçme Hakkı

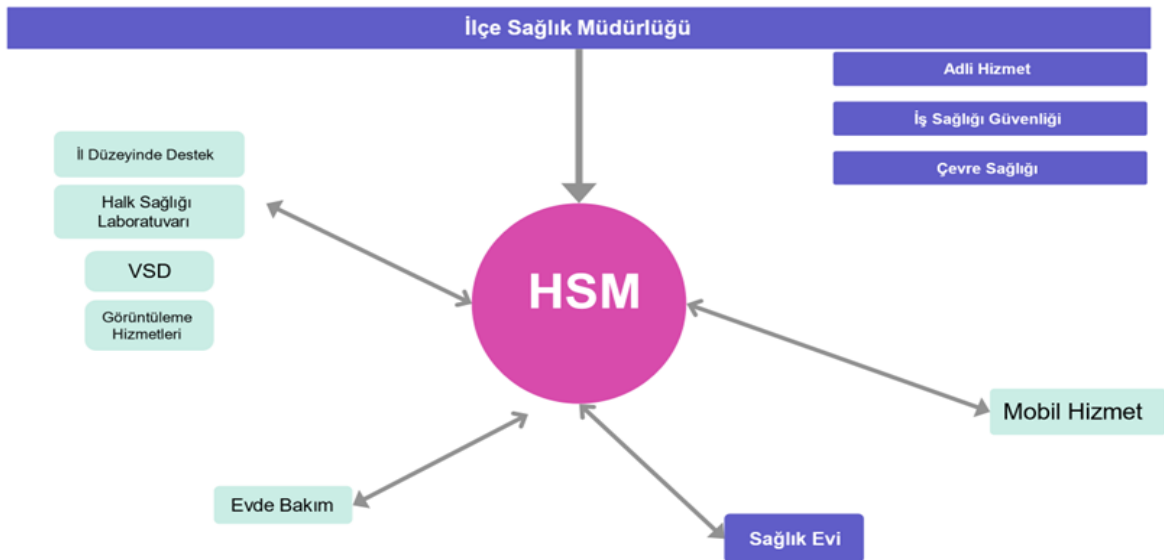
Bölgesel olarak örgütlenen HSM'ler içindeki Aile hekimleri HSM bölgesi bazlı olarak, bağlı olduğu nüfusa hizmet veren birimler olarak görevine devam etmelidir. Hastalara bağlı bulunduğu HSM içinden hekim seçme özgürlüğü tanınacaktır.

HSM'ler içinde aile hekimlerinin grup pratiği yapması teşvik edilmelidir. Örneğin, bir hekim pediatri, diğeri geriatri konusunda uzmanlaşabilir.

İngiltere ve Hollanda'da uygulanan grup pratiği modeli, bu yaklaşımın etkinliğini artırmak için örnek alınabilir. Grup pratiğini teşvik etmek amacıyla ek teşvik mekanizmaları devreye alınabilir.

6. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerlendirmesi ve Nihai Sağlık Çıktıları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde performans değerlendirme, öncelikle nihai sağlık çıktıları üzerinden yapılmalıdır. Bugünkü sistem, bireylerin sağlığı üzerinden ticari kazanç sağlamayı teşvik eden bir yapıya evrilmiştir. Performans ölçümlerinde sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla sunulması ve nihai sağlık çıktılarına dayalı performans kriterleri benimsenmelidir.



II. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE (BBSH) EMEK GÜCÜ:

Emek gücü, bireyin sosyal, psikolojik ve biyolojik tam iyilik halini hedefleyen, multidisipliner bir yaklaşım ile yapılandırılmalıdır. Günümüzde, BBSH'nin sunumu küresel ölçekte sürekli değişim ve gelişim göstermektedir. BBSH emek gücü; sağlık hizmetlerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, yeterli eğitim almış, bilgi ve iletişim becerilerine sahip, bilimsel gerçeklikleri bilgi çağının gerekleriyle birleştirebilen sağlık çalışanlarından oluşmalıdır.

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Emek Gücü

BBSH için gerekli iş kolları ve nitelikler, toplumun ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterebilir. Bu hizmetler, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmak üzere, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini de kapsamalıdır. Hizmetlerin kanıta dayalı, bilimsel temellerle şekillendirilmesi ve kapsamlı bir ekip tarafından sunulması önemlidir. Bu doğrultuda BBSH'nin sürekliliği, etkinliği ve erişilebilirliği temel şartlardır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, geniş bir ekip tarafından sunulmalıdır. Bu ekipte yer alması önerilen meslek grupları:

- Hekim (uzmanlık alanları bölgenin ve nüfusun özelliklerine göre değişebilir, örn. halk sağlığı uzmanı)
- Diş Hekimi
- Ebe
- Hemşire (Örn. Yaşlı Sağlığı Hemşiresi, Diyabet Hemşiresi)
- Eczacı Ve Eczane Çalışanları
- Psikolog
- Tıbbi Sekreter
- Laborant
- Diyetisyen
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Fizyoterapist
- Sağlık Memuru
- Çevre Sağlığı Teknikeri
- Sağlık İdarecisi

2.2. Görev Yeri Standartları

Birinci basamak sağlık hizmetleri, modern binalarda ve yeterli teknik donanımına sahip mekânlarda sunulmalıdır. Sağlık profesyonellerinin sosyal, kültürel ve ergonomik açıdan rahat hissedeceği çalışma ortamları sağlanmalıdır.

Sağlık merkezleri uluslararası standartlara uygun olarak kamu kaynakları ile inşa edilmeli ve donatılmalıdır. Ayrıca, tamir ve tadilat işlemleri emek kaybına yol açmadan kamu tarafından karşılanmalıdır.

2.3. İş Tanımları Standartları

BBSH kapsamında çalışanların görev tanımları, hizmet bölgesinin demografik özellikleri ve sağlık ihtiyaçları (örneğin doğurganlık hızı, çevresel riskler) dikkate alınarak düzenlenmelidir.

İş kollarının bilgi, beceri, yeterlilikleri ve sürekli mesleki eğitimlerinin planlanması; meslek örgütleriyle işbirliği yapılarak belirlenmelidir. Çalışanların mesleki yeterlilikleri için sürekli eğitim olanakları sağlanmalıdır.

2.4. Özlük Hakları ve İş Güvencesi Standartları

BBSH, bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmelidir. Bu doğrultuda sağlık emekçileri kamu çalışanı statüsünde istihdam edilmeli ve iş güvencesi sağlanmalıdır.

Haftalık çalışma süresi uluslararası standartlara uygun olarak 32 saatle sınırlandırılmalıdır. Fazla mesai, emeklilik haklarına yansıyan yıpranma payı olarak değerlendirilmelidir.

Çalışma koşulları yıpratıcı olduğundan; sağlık sektöründe fiili hizmet zammı alacak personel kapsamı genişletilmeli, halihazırda 60 gün olan eklenecek gün sayısı artırılmalıdır.

Analık, emzirme, hastalık ve ölüm gibi tüm yasal izin ve dinlenme hakları korunmalı, bu haklar hiçbir koşula bağlanmadan anayasal zeminde korunmalı ve güvence altına alınmalıdır.

2.5. Mali ve Ücret Düzenlemeleri

Sağlık çalışanlarının ücretleri, emekliliğe yansıyan, yoksulluk sınırının üzerinde bir seviyede belirlenmelidir. Bu ücretler; öğrenim durumu, meslek riski ve çalışma yılı gibi kriterlere göre düzenlenmelidir.

Teşvik ödemeleri veya seyyanen zamlar yerine, bütüncül ve sürdürülebilir bir ücret politikası uygulanmalıdır.

III. BİRİNCİ BASAMAĞIN FİNANSMANI VE MEVCUT DURUM:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığını koruma ve geliştirme açısından kritik bir role sahiptir. Ancak Türkiye’de 2024 yılı bütçesiyle ilgili mevcut veriler, bu alanın yeterince finanse edilmediğini göstermektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin yalnızca %28.1’inin birinci basamağa ayrılmış olması, kişi başına düşen ödenegin son derece sınırlı olduğu bir tabloyu ortaya koymaktadır. Bu durum, aşı maliyetleri ve diğer temel sağlık hizmetleri göz önünde bulundurulduğunda, sürdürülebilir ve etkin bir hizmet sunumunu engellemekte ve iyileştirme ihtiyacını kaçınılmaz kılmaktadır.

Ana Sorunlar ve Çözüm Önerileri:

1.Yetersiz Finansman:

- Sağlık Bakanlığı bütçesinden birinci basamağa ayrılan payın artırılması gerekmektedir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine kişi başına düşen payın (2024 yılı için 342 TL) çok düşük olduğu açıkça görölmektedir. Bu payın artırılması, halk sağlığını iyileştirmek açısından hayati önemdedir.

2.Personel ve Altyapı Eksiklikleri:

- Aile hekimleri, kendilerine yapılan cari ödemelerle kira, elektrik, su gibi temel masraflarını karşılamak zorundadır. Bu durum, ekonomik bir yük oluşturarak hekimlerin iş yükünü artırmaktadır.
- Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde (ASM) jeneratör ve defibrilatör gibi cihaz alımı, ciddi finansal zorluklara neden olmaktadır.
- Aile sağlığı merkezlerinde, özellikle yaşlanan nüfusa yönelik hizmet sunabilecek fizyoterapist, psikolog gibi uzman personelin kamu tarafından atanması zorunlu hale gelmelidir.

3.Performans ve Ücretlendirme Sistemi:

- Performans sistemi, hekimlerin motivasyonunu artıracak şekilde, hastaların sağlığına dayalı niteliksel ölçütlere göre yeniden düzenlenmeli, motivasyon oluşturacak kadar çok düşük oranda uygulanmalıdır.
- Hasta sayısına göre ödeme yerine, koruyucu sağlık hizmetlerini teşvik eden bir sistem kurulmalıdır.
- Aile hekimlerine kamu çalışanı olarak iş güvenceli, tek kalemde emekliliğe yansıyan maaş uygulanmalıdır.

4.ASM Çalışanlarının Statüsü:

- ASM çalışanları (grup elemanları), kadrolu ve iş güvenceli kamu personeli statüsüne geçirilmeli, emekliliğe yansıyan tek kalemde maaş almaları sağlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı’nın asli işveren olduğu göz önünde bulundurularak, çalışanların hak kaybı yaşanmaması sağlanmalıdır.

5.Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Özel Kaynaklar:

- Türkiye’de ilaç firmalarının ilaç satışlarından elde ettikleri kârın %0.5’inin koruyucu sağlık hizmetleri bütçesine aktarılması önerilmektedir.
- Aile hekimine düzenli kontrole giden ve sigara içmeyen vatandaşların GSS prim oranlarında indirimle gidilerek sağlıklı yaşam teşvik edilebilir.

6.Ücretsiz Hizmet Sunumu:

- Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri, tamamen ücretsiz olmalı ve bu hizmetler kamu tarafından sunulmalıdır.
- Hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında parasal ilişki olmaması, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve eşitlikçi bir hale getirilmesini sağlayacaktır.

IV. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET SUNUMU

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için temel bir rol oynamaktadır. Ancak Türkiye’de bu hizmetlerin sunumu, farklı kurum ve kuruluşların birbirinden bağımsız ve koordinasyonsuz çalışması nedeniyle verimlilikten uzak bir yapı sergilemektedir. Bu durum, hem sağlık kaynaklarının israfına hem de hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine yol açmaktadır

1. Mevcut Durum ve Sorunlar

Birinci basamak sağlık hizmetleri; aile sağlığı merkezleri (ASM), eczaneler, belediyeler, işyeri hekimleri, okul hekimleri, evde sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam merkezleri, göçmen sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri ve diğer sağlık birimleri tarafından yürütülmektedir. Ancak bu hizmetler arasında yatay entegrasyon eksikliği bulunmaktadır.

Bu entegrasyon eksikliği; kaynak israfı sağlık kaynaklarının verimsiz kullanımına, hasta güvenliği riski ile tedavi sürekliliğinin sağlanamaması ve koordinasyonsuz sağlık hizmetlerine neden olmaktadır.

Bu sorunların çözülmesi için;

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Entegrasyon sağlanmalıdır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel sunucusu ASM’ler olmalıdır.
- ASM dışındaki sağlık kuruluşları (eczaneler, belediyeler, işyeri hekimleri vb.) ASM’lerle koordineli ve entegre bir şekilde çalışmalıdır.
- Halihazırda birinci basamak hizmet sunan diğer kurumlar, Sağlık Bakanlığı’nın kontrolünde ASM’lerle iş birliği içinde olmalıdır.

2. Hizmetin Finansmanı

Birinci basamak sağlık hizmetleri kamu kaynakları ile finanse edilmeli ve tüm vatandaşlara ücretsiz sunulmalıdır.

ASM’lerde hizmet sunumunda görev alan tüm sağlık emekçileri kamu çalışanı olmalıdır.

ASM’lerin hizmet sunumunda kullanılan araç-gereç ve bakım masrafları kamu tarafından karşılanmalıdır.

Sağlık hizmetinin aksamaması için merkezin ve birimin kendine ait yerel bütçesi olmalıdır.

Sağlık Hizmet sunumunun ana eksenini oluşturan ASM ler birinci basamak hizmet sunumunun kapsamına uygun mekanlarda ve kamu binalarında gerçekleştirmelidir.

3. Çalışanların Statüsü ve İstihdamı

- ASM’lerde çalışan tüm sağlık profesyonelleri kamu çalışanı statüsünde olmalıdır.
- Birinci basamakta görev alacak tüm sağlık çalışanları, alanlarına özgü eğitim almış olmalıdır.

4. Mekân ve Hizmet Sunumu Planlaması

- ASM'ler, birinci basamak hizmet sunumunun kapsamına uygun mekanlarda, kamu binalarında faaliyet göstermelidir.
- ASM'ler, bölge ve nüfus tabanlı olarak planlanmalıdır:
- Her ASM, belirli bir coğrafi bölgede yaşayan nüfusa hizmet sunmalıdır ve bu bölgedeki nüfus ASM'lerde yer alan birimlere liste temelli olarak kaydedilmelidir.
- Bir birimin nüfus kapasitesi 2000 kişi ile sınırlandırılmalıdır.
- Hizmet alan kişilerin birim değişiklikleri de bölge tabanlı olmalı ve yeni kayıt olacağı birimin bilgisi sonrasında gerçekleşmelidir.

5. Hizmet Sunumunun Kapsamı

- Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi edici yaklaşımdan ziyade, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine odaklanmalıdır.
- Sunulan hizmetlerin kapsamı, bölgeye özgü sağlık ihtiyaçlarına göre genişletilmelidir.
Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu yapılan birimlerde yeterli ebe, hekim ve hemşire sayısının sağlanması yanında, hizmet sunulan merkezlerde psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, eczacı, laborant, güvenlik, tıbbi sekreter, temizlik çalışanı gibi hizmetin ihtiyacına göre farklı sağlık profesyonelleri görev almalıdır. Bölge ve birimin ihtiyaçlarına göre çalışan planlaması yapılmalıdır.
- Kronik hastalık takibinde eczaneler, tedavi uyumu ve ilaç kullanımı gibi konularda entegre olarak görev alabilir.
- ASM'lerde sunulan hizmetler, gerektiğinde yerinde (okul, iş yeri, ev vb.) hizmetlerle desteklenmelidir.
- Çalışan güvenliği, sahada hizmet sunumunda temel öncelik olmalıdır.

6. Teknik Destek

- Birinci basamak sağlık hizmet sunum kapasitesini artırmak için gerekli teknik altyapı sağlanmalıdır.

7. Katılımcı Planlama

- Hizmet planlaması yapılırken, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan çalışanların ve örgütlerinin görüşleri alınmalıdır.
- Hizmet planlamasında, hem sağlık çalışanlarının hem de hizmet alan vatandaşların katılımı sağlanmalıdır.

8. Sevk Zinciri

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırıldıktan sonra sevk zinciri planlanmalıdır.
- Basamaklar arası sevk planlanırken ara basamaklar ve kurumlar ile yapılmamalı, bölge nüfusunun ve birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin ihtiyaç ve planlaması ile diğer basamaklarla karşılıklı iletişim halinde kişinin birinci basamağa dönüşü planlanarak yapılmalıdır.

9. Değerlendirme ve Gelişim

- Sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi; cezalandırma değil, paylaşma, öğrenme ve geliştirme amacıyla yapılmalıdır. Değerlendirme süreçleri, bilimsel ilkeler doğrultusunda düzenli olarak gerçekleştirilmelidir.

V. BİRİNCİ BASAMAK İLE DİĞER BASAMAKLAR ARASINDA İLETİŞİM, EŞGÜDÜM VE SEVK ZİNCİRİ:

Sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak (dal uzmanlığı ve teknoloji gerektiren hizmetler) ve üçüncü basamak (ileri uzmanlıklar ve uzmanlaşmış hastaneler) şeklinde organize edilmiş bir yapıdır. Bu basamaklar arasındaki sevk zincirinin düzgün işlemesi, sağlık sistemlerinin etkinliği açısından kritik bir önem taşır. Birinci basamak, özellikle aile hekimliği uzmanları ve genel pratisyenler üzerinden ilk temas noktası olarak kabul edilirken, diğer basamaklar daha komplike tedaviler ve uzmanlık gerektiren hizmetler sunmaktadır. Sevk zincirinin düzgün bir şekilde işlemesi, hem hastaların doğru hizmete zamanında erişimini sağlar hem de kaynakların optimal kullanılmasını garanti eder.

Sağlık hizmetleri arasındaki entegrasyonu kolaylaştıracak etkenler arasında elektronik kayıtların entegrasyonu, hasta yoğunluğunun azaltılması, ekip çalışmasının güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarının itibarının artırılması ve sağlık hizmetlerinin nitelikli hale getirilmesi gibi konular öne çıkar.

1. Elektronik Kayıtların Entegrasyonu

Elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) entegrasyonu, birinci basamak ile diğer basamaklar arasında etkili iletişimin sağlanması için en kritik adımlardan biridir. Elektronik sağlık sistemleri, hastaların tıbbi geçmişi, test sonuçları, tedavi planları gibi önemli bilgilerinin saklandığı dijital ortamlardır.”. Bu sistemlerin entegrasyonu, sağlık çalışanları arasında hızlı bilgi alışverişi sağlayarak, hastaların bakım süreçlerinin izlenmesine yardımcı olur.

EST Entegrasyonu: Yararları ve Güçlükler

Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin entegrasyonu, pek çok fayda sunarken aynı zamanda bazı zorlukları da beraberinde getirir. Faydalar arasında hastaların tıbbi bilgilerinin her basamakta güncel tutulması, sağlık profesyonelleri arasında anlık bilgi paylaşımı ve hasta bakımının kişiselleştirilmesi yer alır. Ancak bu entegrasyonun önündeki en büyük engellerden biri, farklı sağlık sistemlerinin birbiriyle uyumlu çalışmasını sağlayacak altyapının eksikliği ve güvenlik endişeleridir. Bu nedenle, hükümetler ve sağlık kurumları, sistemlerin standardizasyonunu sağlamak ve veri güvenliğini artırmak için kapsamlı politikalar geliştirmelidir.

2. Hasta Sayısının Azaltılması

Hasta sayısının azaltılması, birinci basamakta sunulan hizmetlerin kalitesini artırabilir ve gereksiz sevklerin önüne geçebilir. Birinci basamak hekimleri, hastalara daha fazla zaman ayırarak, onların sağlık durumlarını daha detaylı bir şekilde değerlendirebilirler. Bu durum, sevk zincirinde gereksiz başvuruların azalmasıyla ikinci ve üçüncü basamaklara olan talebin kontrol altına alınmasına yardımcı olur.

3. Ekip Çalışması

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, entegre bakım modellerinin başarıya ulaşması için vazgeçilmez bir unsurdur. Multidisipliner ekipler, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar hastaların bakım süreçlerinde iş birliği yaparak, hizmetlerin sürekliliğini sağlar. Ekip çalışması, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır ve hasta memnuniyetini yükseltir.

Ekip Çalışmasının Güçlendirilmesi

Ekip çalışmasının güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli olmasına katkıda bulunur. Multidisipliner ekipler arasında bilgi paylaşımı ve iş birliği, hasta bakımında bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini sağlar. Bu, özellikle kronik hastalıkların yönetimi ve farklı disiplinlerle iş birliği gerektiren durumlarda büyük önem taşır. Sosyal hizmet ekiplerinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu hem hastaların sosyal ihtiyaçlarının karşılanması hem de sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla sunulması açısından kritik önem taşır.

4. Sağlık Çalışanlarının İtibarının Güçlendirilmesi

Birinci basamak sağlık çalışanlarının itibarı, sevk zincirinin etkin işleminde kritik bir rol oynar. Hastalar, aile hekimlerine ve birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına güven duyduğunda, gereksiz sevk taleplerinden kaçınabilirler. Ayrıca her rahatsızlıkta uzman hekimine ulaşmaktan çok; öncelikle aile hekimine başvurma ve onun yönlendirmesi ile gereğinde uzman hekime sevk sürecini toplumun içselleştirmesi için de, birinci basamak sağlık çalışanlarına toplumsal güven ve itibarın yüksek olması önemlidir. Bu durum, hem sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü azaltır hem de hastaların daha uygun tedavilere yönlendirilmesini sağlar.

5. SGK Kısıtlamalarının Azaltılması

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından getirilen kısıtlamalar, sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli zorluklara yol açabilir. Bu kısıtlamalar, özellikle sevk zincirinin işleyişini zorlaştırabilir ve hastaların doğru uzmanlık dallarına yönlendirilmesini engelleyebilir. Sağlık hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesi için bu kısıtlamaların gözden geçirilmesi ve sağlık çalışanlarının karar verme süreçlerini kısıtlamayan politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinde yer alan düşük prevalans hekimliğini hatırlamakta yarar vardır. Aile hekimleri hastalıkları hastane başvuru oranlarına göre değil toplumda görüldüğü sıklığı ile görürler. Dolayısıyla toplumda görülme sıklığı yüksek olan sağlık sorunlarında tanı ve tedavi seçeneklerine mümkün oldukça kısıtlama koymamak, etkin bir birinci basamak sağlık hizmet sunumunu destekleyecektir.

6. Nitelikli Sağlık Hizmeti Sunulması

Nitelikli sağlık hizmeti sunulması, sevk zincirinin etkin bir şekilde işleminin sağlamak için kritik bir faktördür. Sağlık çalışanlarının yeterli eğitim alması, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmesi, hasta bakımının kalitesini artırır, gereksiz sevklerin önüne geçer.

Nitelikli insan gücü anlamında hekim dışı birinci basamak sağlık personeli için ise, ülkemizde mezuniyet sonrası hiçbir spesifik eğitim programının olmaması zayıf yanlarımızdan birisidir. Pek çok gelişmiş ülkede, uzmanlaşmış hemşireler kronik hastalıklar veya toplum sağlığı anlamında ekipler halinde veya aile hekimiyle iş birliği içinde hizmet sunarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu katkı vermekte ve aynı zamanda entegre hizmet sunumunda verimliliği artırmaktadır.

7. Sevk Zinciri

Sevk zinciri, sağlık hizmetleri sisteminde, hastaların sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için birinci basamak (aile hekimliği) ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri (uzman hekimler, hastaneler vb.) arasındaki yönlendirme ve iletişim süreçlerini ifade eder. Bu zincir, hastaların doğru zamanda, doğru yerde ve uygun sağlık hizmetleri ile buluşmalarını sağlamaya yönelik olarak yapılandırılmıştır. Sevk zinciri, sağlık sisteminin etkinliğini artıran, hastaların tedavi süreçlerinin sürekliliğini sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için kritik öneme sahiptir. Bu zincirin etkili bir şekilde çalışması, sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve entegrasyonu açısından elzemdir. Böylece sağlık hizmetlerinin sürekli ve kesintisiz bir şekilde sunulması sağlanır. Bu sayede hastaların gereksiz yere uzman hekimlere başvurusu önlenir, bekleme süreleri kısalmış ve kaynaklar daha verimli kullanılır. Ayrıca, hastaların tedavi süreçlerinin takibi ve yönetimi daha kolay hale gelir.

Sevk zincirinin etkin işleminin engelleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Performans sistemleri, sağlık çalışanlarının zaman baskısı altında kalmasına ve hastalara yeterli süre ayıramamalarına neden olabilir. Ayrıca, hastaların uzman görme talepleri, sevk zincirinin tıkanmasına yol açabilir. Politik bedel, sağlık hizmetleri üzerindeki bürokratik engeller ve kısıtlamalar da sevk zincirinin düzgün işleminin zorlaştıran unsurlar arasında yer alır.

İhtiyaca göre vaka yöneticisi gibi sevk zincirinin düzgün işleminin ve hasta bakımının sürekliliği açısından sürecin düzgün işleminin sağlayan görevliler de tanımlanabilir. Vaka yöneticileri, hastaların sağlık hizmeti süreçlerini koordine eder, bakımın entegre ve sürekliliğini sağlar.

Özellikle karmaşık sağlık sorunları olan hastaların yönetiminde vaka yöneticileri, hastaların doğru uzmanlara yönlendirilmesine yardımcı olur ve sevk zincirinin etkinliğini artırır. Hemşire gibi hekim dışı personelin bu görevde yer alması veya bu amaçla tıbbi sekreter kontenjanı kullanılması düşünülebilir.

8.İş Barışı ve Ekonomik Dengenin Korunması

Sağlık hizmetlerinin verimli sunulması, iş barışı ve ekonomik dengelerin korunması ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının memnuniyeti, hizmet kalitesini artıran en önemli etkenlerden biridir. Ekonomik dengenin korunması, sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu artırırken, hizmet sunumunun da sürekliliğini sağlar. İş barışı aynı zamanda, ekip çalışmasının verimli bir şekilde işlemesine katkı sağlar ve sevk zincirinin düzgün işlemesine olanak tanır. Bu bağlamda hastanede çalışan uzman hekimlerinin ortalama aldığı ücretin altında bir ödemenin birinci basamak hekimlerine yapılmaması ve diğer birinci basamak sağlık çalışanlarının alacakları ödemelerin bu prensip uyarınca belirlenmesi önerilir.

9. Sağlık Hizmetinin Ölçülebilirliği

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülebilirliği, sevk zincirinin etkinliğini artıran önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde performans ölçümünün yapılması, hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik iyileştirme süreçlerine rehberlik eder. Ayrıca, board sınavları gibi niteliksel ölçümler, sağlık çalışanlarının mesleki gelişimlerini takip etmelerine ve hasta bakımında en iyi uygulamaları benimsemelerine olanak tanır.

10. İlgili Dahil Uzman Hekimden Aile Hekimine Geri Bildirim

Sevk zincirinin etkin işlemesi, birinci basamak ile diğer basamaklar arasında sağlıklı bir geri bildirim mekanizmasının kurulmasıyla mümkündür. Uzman hekimlerden aile hekimlerine yapılan geri bildirimler, hastaların bakım süreçlerinin izlenmesine ve tedavi süreçlerinin optimize edilmesine katkıda bulunur.

11. Halk Sağlığı ve Aile Hekimliğinin Entegrasyonu

Aile hekimliği ve halk sağlığı disiplinleri, bireylerin ve toplulukların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için birlikte çalışan iki önemli disiplindir. Aile hekimliği, birey odaklı, sürekli, kapsamlı ve koordine edilmiş sağlık hizmetleri sunmayı amaçlarken; halk sağlığı daha geniş bir perspektifle toplum sağlığını korumayı ve iyileştirmeyi hedefler. Bu iki disiplin, sağlık hizmetlerinin entegre bir yapıda sunulması ve basamaklar arası eşgüdümün sağlanması açısından kritik bir role sahiptir.

Aile hekimliği, sağlık sisteminin temel taşlarından biridir ve hastaların ilk temas noktası olarak sağlık hizmetlerine erişimini sağlar. Aile hekimleri, hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirir, kronik hastalıkların yönetimini üstlenir ve gerektiğinde diğer uzmanlık dallarına sevk eder. Bu süreçte, birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamaklara geçişin koordinasyonu, hasta bakımının sürekliliğini sağlamak açısından son derece önemlidir. Aile hekimleri, hastalarını bir bütün olarak ele alarak, hem bireysel sağlık sorunlarına çözüm bulmakta hem de toplumsal sağlık sorunlarına dikkat çekmektedir.

Halk sağlığı ise bireylerin sağlığını etkileyen sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlere odaklanır. Halk sağlığı uygulamaları; bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, aşılama programları ve toplumun sağlık düzeyinin artırılmasına yönelik stratejiler içerir. Halk sağlığı uzmanları, basamaklar arası eşgüdüm sağlandığında, toplum sağlığını tehdit eden durumları daha etkin bir şekilde izleyebilir ve müdahale edebilirler. Birinci basamakta sağlanan eşgüdüm, özellikle dezavantajlı grupların daha iyi sağlık hizmeti almasına yardımcı olur ve sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin kaldırılmasına katkı sağlar.

Aile Hekimliği ve Halk Sağlığı İşbirliğinin Güçlendirilmesi

Aile hekimliği ve halk sağlığı disiplinlerinin iş birliği, bireylerin ve toplulukların sağlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin daha etkili olmasını sağlar. Özellikle kronik hastalıkların

yönetimi, aşılamlar, bulaşıcı hastalıkların izlenmesi ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesi gibi konularda, bu iki disiplin arasındaki koordinasyon büyük önem taşır.

Sonuç;

Birinci basamak ile diğer basamaklar arasında etkili bir iletişim, eşgüdüm ve sevk zinciri entegrasyonu, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kritik bir rol oynar. Elektronik kayıtların entegrasyonu, hasta sayısının azaltılması, ekip çalışmasının güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının itibarı gibi etmenler, sevk zincirinin düzgün işlemlerini sağlayan temel unsurlardır. Ancak, bu süreçlerin önündeki engellerin aşılması için sağlık sistemlerinin yapısal ve politik reformlara ihtiyaç duyduğu açıktır. Bu bağlamda, ulusal ve uluslararası deneyimlerden yararlanarak, sağlık hizmetlerinde entegrasyonun artırılması ve sevk zincirinin daha verimli hale getirilmesi mümkündür.

VI. BAĞIŞIKLAMA VE KİŞİSEL KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ:

1. Bağışıklama

1.1. Aşı Reddi

Yanlış bilgi yayılması, aşı tereddüdüne yol açmakta ve aile hekimlerine yönelik tepkilere neden olmaktadır.

Aşı reddi, sağlık sistemi için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Aşı reddi sonucunda aşılınmayan ya da eksik aşılanan ciddi bir popülasyon ortaya çıkmaktadır. Bu da riskli gruplar için yaşamsal tehdit oluşturmaktadır.

Aşı reddi durumunda sorumluluk, yalnızca Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanlarına bırakılmakta, bu da iş yükü ve yaptırım riski yaratmaktadır. Aileler ve hastalar aşı reddi tutanağını imzalamamakta ve ASM'ler ödenek kesilmemesi için bu kişilerle uğraşmak zorunda kalmaktadır.

Bağışıklama hizmetlerine güven nasıl artırılır sorusuna yanıt vermekle başlamak yapılamayanları ortaya koymak açısından daha yararlı olabilir.

Aşı reddinde Sağlık Bakanlığının sorumluluğu toplumun ya da Aile Hekimlerinin üzerine yıkmasının mazereti olmamalıdır. Aşı dışında topuk kanı alınması, diş çürüklerine florür örtücü uygulamalar gibi halk sağlığına yönelik hizmetlerde de önemli redler bulunmaktadır.

Bakanlık aktif mücadele stratejisi geliştirmeli, yanlış bilgilerin önüne geçmek için doğru bilgi üretilmeli ve yayılmalı, yanlış bilgi yayanlara yaptırımlar uygulanmalıdır.

Aşı ve tüm bu redler için Sağlık Bakanlığı inisiyatif almalı ve toplumu ikna etme noktasında gerçekleştirilecek argüman ve uygulamalarla sorumluluğunu yerine getirmelidir.

Halk Sağlığı Merkezleri (veya Merkez Sağlık Ocağı) oluşturulmalı, aşı reddi ile ilgili ekipler kurulmalı, bireyleri bilgilendirme, ikna etme ve gerektiğinde profesyonel destek sağlama görevi bu ekiplerce yürütülmelidir.

Toplumsal yaptırımlar uygulanmalı, aşı yaptırmayan bireyler için okul ve kreşe kabul edilmeme, cepten ödeme, katılım paylarında artış gibi teşvik edici önlemler alınmalıdır.

1.2. Çocukluk Çağı Aşılarının Zorunlu Olmaması

Aile onayı gerekliliği, çocukluk çağı aşılarının yaptırılmasını zorlaştırmaktadır. Aileler pek çok farklı nedenle yaptırmayı reddediyorlar. Zorunlu aşı uygulaması için yasal düzenleme yapılmamıştır.

Çocukluk çağı aşıları, toplum sağlığı için hayati olduğundan anayasal düzenlemeler yapılmalı ve aşılar zorunlu hale getirilmelidir.

Anayasa Mahkemesi zorunlu aşı uygulamasını kaldırırken Sağlık Bakanlığı'na 2015'te bununla ilgili yasal düzenleme yapmasını tavsiye etmesine karşın bu konuda yasal düzenleme yapılmamıştır.

Farklı partiler ve TTB'nin hazırladığı yasa tasarısı mecliste beklemektedir. Bu yasa tasarıları zorunlu aşı uygulamasını getirecek şekilde gündeme alınmalıdır.

1.3. Aşı Teminindeki Sorunlar

Aşı temininde ciddi sıkıntı vardır. Tetanoz ve Hepatit aşılarında tedarik sorunları yaşanmakta, bazı aşılar prospektüs bilgisi dışında endikasyonla uygulanmaktadır (KKK 12 yaş üstü yapılamaz gibi).

Aşı temini sürekli olarak sağlanmalı. İhaleler daha dikkatli yapılmalı. Aşı ile ilgili tereddüt oluşmasına izin vermeyecek şekilde organizasyon yapılmalıdır.

Aşı tedarik süreçleri düzenlenmeli ve tedarik zinciri güçlendirilmelidir.

İhale süreçleri daha dikkatli yönetilerek aşı eksikliği önlenmeli, aşı ile tereddüt oluşmasına izin verilmemelidir.

1.4. Aşı Takip Sistemleri (ATS)

ATS cihazlarının sık bozulması manuel takip gerektirmekte, yeni cihazların temini 6 ayı bulmaktadır.

Serbest eczaneler iki yıldır ısı takip sistemi kurmakla yükümlüler. Ancak bakanlığın kendi birimlerini takip ettiği aşı takip sistemine dahil edilmeleri tüm takiplerin tek elden yapılabilmesi için gereklidir.

“Ya hep ya Hiç” kuralı dikkate alınarak ATS sistemleri güçlendirilmeli, cihaz arızaları 48 saat içinde giderilmelidir, sistem yedekli çalışmalıdır.

1.5. Aşı Bilgi Sistemleri (AHBS)

Farklı yazılım firmaları tarafından geliştirilen AHBS sistemlerinde aşı bilgileri senkronize edilememekte, bazen hastanede yapılan aşılar kaydedilmemektedir. Özel sağlık kuruluşlarında yapılan aşılar sistemde görünmemektedir.

AHBS sistemleri devlet kontrolünde senkronize bir yapıya kavuşturulmalı, kamunun kontrolünde olmalı ve bilgi güvenliği sağlanmalıdır.

Özellikle özel sağlık kurumlarında yapılan aşıların sisteme entegrasyonu sağlanmalıdır.

2.7. Geri Ödemede Olmayan Aşılar

HPV ve pnömokok (polisakkarit 23 valan) aşılarının geri ödeme kapsamında olmaması, bu aşılara erişimi zorlaştırmaktadır.

HPV, rotavirüs ve yeni pnömokok aşıları gibi aşılar geri ödeme kapsamına alınmalı ve genişletilmiş bağışıklama programına (GBP) eklenmelidir.

2.8. Aşı Üretiminde Dışa Bağımlılık

Türkiye, stratejik bir ürün olan aşı üretiminde dışa bağımlıdır.

Uluslararası standartlarda aşı üretimi için araştırma ve geliştirme faaliyetleri desteklenmelidir.

Yerli üretim kapasitesi artırılarak dışa bağımlılık azaltılmalıdır.

2. Tarama Hizmetleri

2.1. Sağlık Taramalarına Katılım Eksikliği

Halen kronik hastalıklar (DM, obezite), mamografi, barsak kanseri, HPV ve topuk kanı taramaları yapılmaktadır.

Kronik hastalıklar ve kanser taramalarına vatandaşlar ilgi göstermemekte, bu da geç teşhise yol açmakta, sadece ASM çalışanlarına yaptırım uygulanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı artırılmalı, tarama yaptırmayanlara sorumluluk verilmelidir.

Katılımı teşvik için cepten ödeme ve katılım payında artış gibi düzenlemeler yapılabilir.

3.2. Malzeme ve Altyapı Eksiklikleri

HPV, mamografi GGK tayini gibi tarama testleri için malzeme ve cihaz eksiklikleri yaşanmaktadır.

Taramalar, Halk Sağlığı Merkezleri'nde uzman ve gerekli cihazlarla yapılmalıdır.

3.3. Tarama Sonrası Takip

Pozitif vakalar sevk sonrası randevu alamamakta ve tedavi süreci aksayabilmektedir.

Sevk zinciri güçlendirilerek pozitif vakaların takip ve tedavi süreçleri hızlandırılmalıdır.

3.4 Özel Sağlık Kurumlarında (Dışarıda) Yaptırılan Tetkiklerin Sistemde Görünmemesi

Pek çok ilde dışarıda mamografi veya HPV yapılan hastaların bilgileri sisteme entegre değildir.

Özel sağlık kurumlarında(dışarıda) yaptırılan tetkik ve aşıların sisteme entegrasyonu sağlanmalıdır.

4. Kişisel Koruyucu Sağlık Hizmetleri

4.1. Eğitim ve Farkındalık Çalışmaları

Kurulacak Halk Sağlığı Merkezlerinde eğitimler için bir alan ayrılmalı ve sağlık okur yazarlığı eğitimleri sağlık profesyonelleri tarafından düzenli olarak tekrarlanmalıdır.

Hazırlanacak görsel materyaller (video, podcast kısa filmler) çeşitli platformlardan duyurulmalı, TRT sağlık kanalı açılması değerlendirilmelidir.

Görsel ve işitsel materyaller kullanılarak halk bilinçlendirilmelidir.

4.2. Özel Koruyucu Hizmetler

Halk Sağlığı merkezlerinde aşı ve taramalar dışında aşığıdaki hizmetler verilebilir.

Hedef gruplar Halk Sağlığı Merkezlerine davet edilerek buralarda yüz yüze eğitim verilmelidir.

Ergonomi eğitimi, egzersiz, kronik hastalıkların takibi, kognitif fonksiyonların korunması için sosyal ortamlar sağlanması gereklidir..

Sağlıklı yaşlanma: Ergonomi eğitimi, egzersiz, kronik hastalıkların takibi, kognitif fonksiyonların korunması için sosyal ortamların sağlanmasıdır.

Hareketsiz yaşamı gidermek için egzersiz ve beslenme eğitimi verilmelidir.

Tütün ve madde bağımlılığı ile mücadele için eğitim ve psikolojik destek verilmelidir.

Diyabet yönetimi için beslenme, ayak bakımı, insülin kullanımı, kan şekeri takibi eğitimi verilmelidir.

Çocuk gelişimi için ailelere destek verilmelidir.

Ruh sağlığı için psikolojik destek verilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı için düzenli bakım eğitimi verilmelidir.

Hava kirliliği ile ilgili risk farkındalığı yaratılmalıdır.

Akılcı ilaç kullanımı ve ilaç kullanılırken dikkat edilecek hususlar anlatılmalıdır.

VII. BİRİNCİ BASAMAK VE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ:

1.Tespitler:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin asıl sahibi Sağlık Bakanlığıdır. Ancak bu hizmetin yerine getirilmesinde sorun vardır. Sağlık Hakkı temel insan haklarından olmasına rağmen sağlanamamaktadır.
2. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri açısından her koruma düzeyinde görevleri bulunmaktadır. Bu görevleri tanımlanmalı ve bir politika olarak yapılandırılmalıdır.
3. CHP kendine ait bir ideolojik yaklaşımı ortaya koymalıdır. Bu, elbette sosyal demokrat belediyeçilik ve kamucu yaklaşıma dayanmalıdır.
4. Kentin sağlık bileşenleri, çevre sağlığı ile ilgili bileşenler, sağlığın sosyal bileşenleri, sağlığı etkileyecek konularda iyileşmeler, eşitsizlikler, yoksulluklar konusunda koruyucu sağlık öne çıkmalıdır
5. Belediyeler kentin bir sağlıksızlık ortamı olmasının önüne geçtiği gibi, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmayan/sunulamayan hizmet boşluklarını kapatmalı; hizmeti ve hizmet çeşitliliğini geliştirmelidir.
6. Yerel yönetimler birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yeri tartışılırken, CHP iktidarında merkezi teşkilatlanma ile birlikte ele alınması uygun olacaktır.

2. Yapısal iyileştirmeler:

- 2.1.Her belediyede Daire Başkanlığı ya da Şube Md. Düzeyinde sağlık işleri yapılandırılmalıdır.
- 2.2.Yerelde sağlık hizmeti verenler ve hizmeti kullananlar ile bir Sağlık Meclisi oluşturulabilir. Böylece sorunların tespiti ve çözümüne tüm paydaşlar katılabilir.
- 2.3.CHP yerelde bir sağlık hizmet bir modeli benimsediğinde tüm belediyelerin bu projeleri belediyelerin ölçeklerine göre hayata geçirme konusunda model oluşturmalıdır.
- 2.4.Planlama bir Stratejik Plan ve bunu izleyen Eylem Planları ile yapılandırılmalıdır. Burada STKlarla işbirliği konuları ve kaynakların nasıl dağıtılması ile ilgili bir bölüm de yer almalıdır.
- 2.5.Hem planlama hem de süreç içinde Bilim Kurulları ile birlikte çalışılması uygun olacaktır.

3. Mevzuat

- 3.1.Mevzuat dağınıklığı giderilmelidir.
- 3.2.Başka bir mevzuata ya da değişiklik gereksinimi olup olmadığı tartışılmalıdır.

4. En temel belediyeçilik hizmetinin yerine getirilmesi

- 4.1.Topluma yönelik çevre sağlığı hizmetleri en temel hizmetlerdir. Genelde birincil koruma içinde yer alırlar. Sağlıklı çevrede yaşama hakkının sağlanması için temeli oluştururlar. Ör: Bunların başında sağlıklı ve güvenli içme suyunun sağlanması gelmektedir.
- 4.2.Koruma açısından özellikle bina içi su yapılarının güvenli hale getirilmesi, su depolarının güvenli hale getirilmesinde daha çok sorumluluk alınabilir.
- 4.3.Kirliliklerin kaynağında yok edilmesi önceliklendirilmelidir.

5. Birinci basamak hizmet açıklarını kapatmak ve öncü olmak

- 5.1.Ankara SMA taraması sonrası Sağlık Bakanlığı (SB) hizmet sunumuna eklenmesinin sağlanması örneğinde olduğu gibi açıkta kalan hizmeti vermede öncülük etme ve bunun SB programına entegrasyonu sağlamak
- 5.2.Evde sağlık ekibi hastalarını ziyaret etmek /pandemik hastalıklarda
- 5.3.Hasta nakil hizmeti çok önemli. 1. Basamak sağlık hizmetini içermektedir.
- 5.4.Gezici sağlık hizmetleri, kanser tarama vb belediyelerce yapılabilir.
- 5.5.Çalışanlarının sağlık sorunlarına sahip çıkmak / Çalışan sağlığı
- 5.6.Bakım verenlerin desteklenmesi

6. Koruma çalışmaları olarak sağlıklı olmayı desteklemek

- 6.1.Kadın, çocuk ve bebeklere yönelik destek paketleri ile sağlıklı olmayı desteklemek
- 6.2.Geriatrik grup çalışmaları
- 6.3.Madde bağımlılığı danışmanlıkları
- 6.4.Çocuklar için oyun alanları
- 6.5.Kadınların sosyal hayata katılması
- 6.6.Güvenli sokaklar
- 6.7.Afetlerde yerel yönetimlerin hazırlıklı olması
- 6.8.Beslenmeye yönelik laboratuvarlarını geliştirmek ve akredite etmek/pazarlarda
- 6.9.Belediyelerin obezite, fiziksel aktivite, ev kazası-düşme, ölümlerin çoğu KVH risk faktörlerine yönelik çalışmaları
- 6.10.Sağlık okuryazarlığının artırılması
- 6.11.Evlilik öncesi danışmanlık

7. Birinci basamak hizmetin dolaylı olarak desteklenmesi:

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları, ASM'lerin desteklenmesi

7.1.Peyzaj, otopark, bahçe vb.

7.2.İlaçlama

7.3.Güvenlik

7.4. ASMler için kentsel alanların tanımlanması ve inşasının yapılması

7.5. Şehir planlamasında nüfusa göre ASM tanımlanması ve deprem başta olmak üzere dayanıklı binalar olmalı, bunları AH'lerine kiralanmalı

7.6. Afet ve acil durumlarda lojistik destek

7.7.Kampanyalarda destek. Ör: oral polio aşılarında belediye araç desteği

7.8.Toplumun sorunlarını tanılamak için en önemli yapı belediyelerdir. Bu nedenle sağlık gereksinimlerine yönelik izlemeler yapılmalıdır.

7.9.Toplumun en yakınındaki yapılar olarak aile içi şiddet gibi konularda özellikle rol almalıdır.

7.10.Triyaj konusunda yardımcı olabilecek sağlık kioksları oluşturulabilir.

8. Diğer konular:

8.1 İhtiyaç sahipliği ve defin ruhsatı gibi kavramların tartışılması gereklidir.

8.2 Evde bakım hizmeti çok önemlidir. Sağlık boyutunun eklenmesi için çalışılmalıdır. Sosyal hizmetlerle bütünleşik bir sağlık hizmeti verilmelidir.

3. Çalışanların bilimsel etkinliklere katılım ve etkinlik düzenlemesinin özendirilmesi/desteklenmesi gereklidir.

VIII. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞI:

1.Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri önleyici sağlık müdahaleleri içinde her aşamasında sonuç alınan, toplumsal ve kamusal alanda etkisi açısından son derece önemli birinci basamak sağlık hizmetlerinden biridir.

Şiddeti önleme, ruhsal travmanın engellenmesi, hastalık sonrası ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi, güncel krizlerde danışmanlık ile sorun engelleme, işyeri ve aile danışmanlığı, çocukların güvenli ortamda gelişimlerini tamamlamalarına yönelik çabalar, kadınların ve çocuklara özgü programlar, ebeveynlik danışmanlığı ya da bağımlılıkla mücadele gibi birçok alanda etkili olmaktadır.

2. Türkiye’de Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmeti Veren Mevcut Kurumsal Yapılanma

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
Sağlıklı Hayat Merkezleri
Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Psikolojik destek ekipleri
Gençlik Merkezleri
Bağımlılık Merkezleri
ŞÖNİM, Bakım merkezleri, ÇİM
Sosyal Hizmet Merkezi
Psikolojik Danışma Merkezleri (Yerel Yönetimler)
Kurumların içinde verilen birinci basamak hizmetler
Hastane
Cezaevi
Okul ve İşyerleri

3.1 Önerilen Koruyucu Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yapılanması:

Birinci basamak Ruh Sağlığı Hizmeti koruyucu, önleyici, geliştirici nitelikte olmalıdır.

Birinci Basamak Ruh Sağlığı Sistemi birinci basamak sağlık hizmetine ve gerekli hallerde ruhsal tedavi kurumlarına bağlı entegre bir sistem olarak şekillendirilmelidir.

Tüm toplum kesimlerini içerecek şekilde olmalı, ancak örgütlenmesi özel gruplara özgü özelleşmiş birimleri içermelidir.

Coğrafi açıdan belirli bir bölgede: Her bir coğrafi olarak tanımlı bölge için yapılanmalıdır.

Belirli bir nüfus tanımı (100 bin vb.) olmalıdır.

Konumu açısından kolay ulaşılabilir olmalıdır.

Hizmet, insanların yaşadığı yerde verilmeli, ücretsiz olmalıdır.

3.2 Merkezlerin İsmi:

Merkezlere isim birinci basamak sağlık merkezleri isimleri ile uyumlu isim verilmelidir.

3.3 Örgütlenme Şekli:

Koruyucu toplum ruh sağlığı merkezleri, hastane gibi tedavi kurumlarına entegre olan ve koruyucu ruh sağlığı hizmeti de veren, ağırlıklı ruhsal hastalığı olan bireylerde iyilik halinin sürdürülmesini sağlayan Toplum Ruh Sağlığı merkezleri ile birlikte çalışmalıdır.

Birinci basamak sağlık merkezlerine bağlı ve kurumlardaki ve yerel yönetimlerdeki sosyal destek sistemlerine entegre bir şekilde yapılanmalıdır.

3.4. Birinci Basamak Ruh Sağlığı Merkezlerinin İşleyişi:

Sağlık Bakanlığına bağlı, yerel yönetimlerin de hizmet sunduğu ve diğer kurumlar ile iş birliği oluşturabilecek yapılanması olmalıdır.

Multi disiplinler ekip içermeli, alt birimleri olmalı ve özel gruplara yönelik aşağıdaki ekipler içermelidir.

- Gruplara Yönelik Eğitimler Veren Birimler
- Kadın Ruh Sağlığı Birimi
- Yaşlı Ruhsal Destek Birimleri
- Çocuk Ve Ebeveyn Destek Birimleri
- Sağlıklı Bedensel Yaşam,
- İş Yeri Destek Birimi,
- Afet Ve Sonrası Psikososyal Destek Birimleri,
- Bağımlılık Merkezleri
- Örnek Destek Faaliyetleri
- İş Yeri Sorunları
- Gelişimsel Sorunlar
- Ebeveynlik Sorunları
- Bağımlılık
- Dezavantajlı Grupların Desteklenmesi
- Risk Faktörü Nedeniyle Yönlendirilen Tıbbi Tanılı Ya Da Sosyal Sorun Yaşamış Gruplar
- İlişki, Gelişimsel Ve Yaşam Dönemi Sorunları
- Sosyal Kriz Sonrası Sosyoekonomik Ve Psikososyal Destek
- Birinci, İkinci Ve Üçüncü Koruma
- Afetlere Hazırlık
- Kadın Ruh Sağlığını Destekleme
- Sağlıktaki Uygun Olmayan Tedavilere Yönelik Bilgilendirici Eğitimler

3.5 Merkezde Görev Yapacak Personel Ve Meslek Grupları

Merkezde görev yapacak mesleki personel yetkileri kapsamında görev yaparlar, görevleri içinde danışmanlık, psikososyal müdahaleler ve gerektiğinde tıbbi müdahaleler bulunurlar.

Koordinatör olarak hizmet sunan ve standart kadrolu personele danışmanlık hizmeti veren meslekler aşağıdaki gibi yapılanmalıdır.

- Uzman psikiyatri Hemşiresi
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Uzman psikolog

Standart Kadrolu Personel:

- Psikolog
- Sosyal hizmet uzmanı
- Pratisyen hekim
- Çocuk gelişim uzmanı
- Hemşire (psikiyatri/halk sağlığı)
- Destek personeli
- İhtiyaca göre destek sunacak meslekler
- Ergoterapist,
- Konuşma terapisti
- Diyetisyen
- Fizyoterapist
- Rehberlik ve psikolojik danışmanlık mezunu

4. Uygulamada Yerel Yönetimlerin Yeri

Hizmetin paylaşılmış modelde sunumunda belediyeler önemli yer tutmaktadır.

Yerel yönetimler yaratıcı güçleri, kaynakları ve topluma ulaşma kapasiteleri ile mutlaka sistem içerisinde yer almalıdır.

Belediyeler kendi içlerindeki kurumların entegrasyonunu sağlamalıdır.

Örneğin; sosyal hizmetler ve sağlık işleri birimleri entegre olmalıdır.

Bu açıdan öncelikli olarak sosyal destek ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tek çatı altında yapıldığı ve birinci basamak ruh sağlığı sistemleri ile işbirliği içinde çalışan kurumsal yapılar oluşturmalıdır.

5. Meslek dernekleri

Bu sistemde danışmanlık ve denetleme işlemlerinde görev almalı, merkezlerin geliştirilmesine yönelik raporlamalar yapacak şekilde yetkilendirilmelidir.

6. Kurumların denetlenmesi

Hem bağlı bulunduğu kamu kurumunca hem de bağımsız kuruluşlarca denetlenmelidir.

7. Mevcut Birinci Basamak Hizmeti Veren Kurumlara Yönelik Kısa Vadeli Öneriler:

7.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin kapasitesi genişletilmelidir.

Hizmet vereceği kesimler için tıbbi endikasyonların genişletilmesi sağlanmalı,

Koruyucu ruh sağlığı görevi artırılmalıdır.

İstihdam hekim dışı personel ile genişletilmelidir.

7.2 Sağlıklı Hayat Merkezleri:

Pilot uygulama olarak kurulan bu yerlerin kurumsallaşması yaygınlaşması sağlanmalı, mevzuatı düzenlenmeli ve hizmetin çerçevesi tanımlanmalıdır.

7.3 Bağımlılık merkezleri

Önleyici hizmetleri artırılmalı ve uyuşturucu ile mücadele ekipleri ile iş birliği içinde yürütmeli, ailelere yönelik destek programları genişletilmelidir.

Kamu kurumlarına bağlı hizmet vermelidir.

Tüm sistem temelde Sağlık Bakanlığına bağlı olmalıdır.

8. Mevzuata Yönelik Öneriler

Ruh sağlığı hizmeti sunan meslek mensuplarının mesleki sınırları ve görev ve yetkilerine ilişkin yasal mevzuat genişletilmelidir.

Ruh sağlığı merkezleri yasal çerçeveye kavuşturulmalıdır.

Ruh sağlığı yasası çıkarılmalıdır.

IX. KORUYUCU VE BİRİNCİ BASAMAKTA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ:

1.Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Önemi

Dünya Sağlık Örgütüne göre ağız ve diş hastalıkları önlenebilir hastalık gruplarına girmektedir.

Öncelikle 0 -14 yaş grubuna yapılacak koruyucu tedavilerle ağız diş hastalıkları ortaya çıkmadan önlenebilecek veya basit tedavilerle ağız, diş sağlığı korunacaktır. Bu hizmetlerin yapılmasıyla ileri yönelik tedavi ve protez ihtiyaçları azalacak, bunun sonucu ciddi kaynak tasarrufu da yapılacaktır.

Koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin önemi diş hekimliğine ayrılan sağlık bütçe kalemlerinde en fazla yer alan tedavi edici hizmetleri de azaltacaktır.

2.Ülkemizde Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Hizmeti

Türkiyede Sağlık Bakanlığı tarafından pilot Aile Diş Hekimliği çalışması Eskişehir, Kırıkkale, Bolu illerinde başlatılmıştır. Florlama ve süt dişlerine dolgu uygulaması yapılmaktadır. Eskişehir’de katılım hedef kitlenin %11’i düzeyinde kaldığı bilgisi alınmıştır. Bunun nedenleri tartışılmalıdır. Duyuruların yetersiz olması, Aile Sağlığı Merkezlerinden ayrı bir yerde hizmet verilmesi katılımın düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Bu hizmet aile hekimliği hizmeti olmadığından koruyucu diş hekimliği adı altında yapılması daha uygun olacaktır.

3. Çocuk Odaklı Yaklaşım ve Aile Eğitimi

Kurulacak olan aile diş sağlığı merkezlerinde bir yetişkin ve bir çocuk üniti kurularak, bu birimlerde çocuklar koruyucu ağız hizmeti yanında basit tedavi edici hizmeti de alabilecektir.

Sadece çocuklara değil aileye özellikle hamile annelere beslenmeden, ağız diş bakımına kadar eğitim verilmesi gerekmektedir.

6 ayda bir çocukların diş hekimine gitme zorunluluğu olmalı, çocuklar koruyucu eğitim almadan okula başlamamalıdır.

Çocukların düzenli kontrol ve oral hijyen eğitimleri yapılmalıdır. Bu durum çocuklar için adli kayıt tutulmasını da sağlayacaktır.

4. Yerel Yönetimlerin Payı

Yerel yönetimlerden destek alarak beslenme ve oral hijyen eğitimi tüm halkımıza ulaştırılmalıdır.

5. Yetişkin Nüfusa Yönelik Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetler

Nüfusun yaşlı kesimine yönelik koruyucu ve önleyici hizmetler verilmelidir.

Yetersiz beslenme, kötü ağız sağlığı davranışları, oral bölge hastalıkları ve uyumsuz protezler yaşlılıkta ağız ve diş sağlığını etkilemekte, birçok faktör yaşlıların diş hekimliği hizmetinden yararlanmasını engellemektedir.

Bu nedenle diş hekimince yapılan rutin ziyaret ve kontroller çok önemlidir. Bu ziyaretlerde potansiyel sorunlar erken teşhis edilip tedavileri yapılabilir.

Aile Sağlığı Merkezleri içine açılacak Aile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde yapılacak olan rutin kontrollerde potansiyel sorunlar erken teşhis edilip basit tedavilerin yapılması sağlanacaktır.

Ayrıca bu merkezlerde kötü ağız alışkanlıklarının önlenmesi konusunda da (Tütün ve Alkol) çalışmalar yapılmalı, oral hijyen eğiti verilmelidir.

Hastalara protez bakımı ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastaların e-Nabız üstünden veya SMS yoluyla bu merkezlere rutin kontrol için çağırılması hususu değerlendirilmelidir.

Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Çalıştayı

(Ayrıntılı Sonuç Özeti)

GENEL ÇERÇEVE

30 Eylül 2024'te gerçekleştirilen çalıştayda, sağlık sisteminin en temel ayağı olan birinci basamak hizmetleri ve koruyucu sağlık politikaları, dokuz ana başlık altında tartışıldı. Çalıştay, CHP'nin kamucu, eşitlikçi ve koruyucu sağlık, toplum sağlığını önceleyen yaklaşımını kurumsallaştırma hedefiyle şekillendi.

I. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN ÖRGÜTLENME YAKLAŞIMI

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temel taşı olarak hem bireylerin temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında hem de toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kilit bir rol oynamaktadır. Ancak Türkiye'de uzun süredir yürürlükte olan parçalı yapı, bu rolün etkin biçimde yerine getirilmesini engellemekte; hem hizmet sunumunda bütünsellikten uzaklaşılan hem de sağlık emek gücünün verimli kullanılmadığı bir tablo ortaya çıkarmaktadır.

Bu çerçevede düzenlenen çalıştayda, birinci basamak hizmetlerinin kamu hizmeti anlayışıyla ve toplumun gerçek ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılması gerektiği temel bir ilke olarak ortaya konmuştur. Bu yeniden yapılanmanın merkezinde ise, Halk Sağlığı Merkezleri (HSM) modeli yer almaktadır.

Halk Sağlığı Merkezleri: Yeni Örgütlenmenin Omurgası

HSM'ler, 10 ila 20 bin kişilik tanımlı nüfuslara coğrafi bazda hizmet sunacak şekilde planlanmış birimlerdir. Bu merkezler, bireye yönelik tedavi ve koruyucu hizmetlerle birlikte topluma dönük halk sağlığı uygulamalarını entegre biçimde sunmayı hedeflemektedir. HSM'ler, yalnızca başvuruya dayalı sağlık hizmeti sunan yapılar olmayacak; aynı zamanda toplumla bütünleşen, ev ziyaretleri yapan, risk gruplarını tespit eden ve çevre koşullarını değerlendiren bir örgütlenme anlayışına dayanacaktır.

Parçalı Yapıdan Bütünleşik Hizmete

HSM modeliyle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki dağınıklık ortadan kaldırılacak ve farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin birlikte, eşgüdüm içinde çalıştığı bir yapı kurulacaktır.

Verem Savaş Dispanserleri ile entegrasyon sağlanacak, aile planlaması ve kadın sağlığı hizmetleri merkez bünyesinde ücretsiz ve kamu destekli olarak verilecektir.

Multidisipliner Ekip ve Hizmet Zenginliği

HSM'lerde multidisipliner bir ekip yapısı ile hizmet üretiləcəktir. Böylelikle hem bireysel hem toplumsal düzeyde sağlık hizmetleri daha kapsayıcı hale gelecek; özellikle göçmenler, yaşlılar, çocuklar ve mevsimlik tarım işçileri gibi özel gruplar için özel sağlık programları yürütülebilecektir.

Ulaşılabilirlik ve Hareketlilik

Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerindeki eşitsizlikleri gidermek amacıyla, her HSM'ye en az bir adet mobil sağlık aracı ve mobil eczane tahsis edilmesi planlanmaktadır. Bu birimler, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin erişimini artıracaktır. Aynı zamanda evde bakım hizmetleri de HSM bünyesine alınacak, bu alandaki koordinasyon güçlendirilecektir.

İl ve İlçe Düzeyinde Koordinasyon

HSM'ler doğrudan İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı çalışacak, bu müdürlükler ise hem HSM'lerin lojistik ve yönetim süreçlerinden hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla kurulan koordinasyondan sorumlu olacaktır. Ayrıca, çevre sağlığı ile iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri arasında da entegrasyon kurulması hedeflenmektedir. Adli tıp hizmetleri ve defin işlemleri gibi konular da yerel yönetimlerle iş birliği içinde daha etkin biçimde yürütülecektir.

Sağlık Hizmetinde Basamaklar ve Koordinasyon

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile birinci basamak arasında net bir ayrım yapılmakta; ancak bu ayrım hiyerarşik değil, işlevsel bir koordinasyon ilkesi üzerinden tanımlanmaktadır. Bireyin sağlık hizmetlerine nereden ve nasıl erişeceğine karar verilecek, gerektiğinde hasta ikinci ya da üçüncü basamağa sevk edilecek, sürecin tamamı aile hekiminin koordinasyonunda sürdürülecektir.

Tanı ve Destek Hizmetleri

HSM'lerde sunulan hizmetlerin gücünü artırmak adına laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri bu merkezlerin kullanımına sunulacaktır.

Örgütlenmenin Sadelik Prensibi

Çalıştayda, önerilen modelin karmaşılaştırılmadan sade bir yapıda kurulması gerektiği sıkça vurgulanmıştır. Karmaşık örgütlenme yapıları hem işleyişi zorlaştırmakta hem de hizmet sunumunu sekteye uğratmaktadır. Dolayısıyla HSM modeli yalın ama kapsayıcı bir çerçeve içinde kurgulanmalıdır.

Grup Pratiği ve Hekim Seçme Hakkı

Aynı HSM içinde çalışan aile hekimlerinin grup pratiği yapması teşvik edilecektir. Örneğin, bir hekim pediatri alanında, diğeri yaşlı sağlığı konusunda uzmanlaşabilecektir. Bu yaklaşım, hasta memnuniyetini artıracak ve hekimin uzmanlaştığı alanda daha derinlemesine hizmet vermesini mümkün kılacaktır. Ayrıca, hastalara HSM içindeki hekimler arasında seçim yapma hakkı tanınacaktır.

Bu yeni örgütlenme modeli; halk sağlığını merkeze alan, sağlık emek gücünün nitelikli katılımını esas alan, kamu kaynaklarıyla finanse edilen ve bütünlüklü bir yapıyı hedefleyen kamucu bir sağlık sisteminin temelini atmayı amaçlamaktadır.

II. SAĞLIK EMEK GÜCÜ

BBSH emek gücü; sağlık hizmetlerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, yeterli eğitim almış, bilgi ve iletişim becerilerine sahip, bilimsel gerçeklikleri bilgi çağının gerekleriyle birleştirebilen sağlık çalışanlarından oluşmalıdır. Multidisipliner ekip yapısı ile aile hekimlerinin yanı sıra diş hekimleri, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, halk sağlığı hemşiresi, geriatri ve kronik hastalık hemşireleri gibi çok sayıda uzman sağlık çalışanı birlikte görev yapacaktır.

Kamusal hizmet olarak kurgulanan sistemde, sağlık çalışanları kamu çalışanı statüsünde olacaktır. Bütüncül bir ücret politikası ile yoksulluk sınırı üzerinde emekliliğe yansıyan tek kalem maaşla güvenceli çalışacak. Performans sistemi çok sınırlı bir şekilde nüfusun sağlık çıktıları üzerinden özendirici bir faktör olarak kullanılacaktır.

HSM'ler uluslararası standartlarda kamu tarafından inşa edilerek donatılacak, araç gereç ve bakım masrafları kamu tarafından karşılanacaktır.

Çalışma süresinin 32 saatle sınırlandırılması, fiili hizmet zammının genişletilmesi ve özlük haklarının anayasal zeminde korunarak kamu güvencesine alınması önerildi.

III: BİRİNCİ BASAMAĞIN FİNANSMANI VE MEVCUT DURUM

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri toplum sağlığını koruma ve geliştirmede kritik bir öneme sahip iken 2024 bütçesinin %28.1'inin birinci basamağa ayrılmış olması son derece kısıtlı bir tabloyu ortaya koymaktadır. Bu payın artırılması kritik önemdedir.

Sağlık Hizmetin aksamaması için merkezin ve birimin kendine ait yerel bütçesi olmalıdır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri için ilaç firmalarının karının %0.5'inin aktarılması önerilmektedir. Bu arada aile hekimine düzenli giden ve sigara içmeyen vatandaşların GSS primlerinde indirim yapılarak sağlıklı yaşam teşvik edilebilir.

Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilerek tamamen ücretsiz sunulması ve hasta ile sağlık hizmet sağlayıcısı arasında parasal ilişkinin olmaması sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve eşitlikçi hale getirecektir.

IV. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, parçalı bir şekilde yürütülmektedir ve bu hizmetler arasında entegrasyon eksikliği bulunmaktadır. Bu durum hizmet sunumu hem de veri bütünlüğü açısından büyük boşluklar oluşturmaktadır.

Bu sorunların çözümü için, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Entegrasyon sağlanmalıdır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumunda temel sunucusu Halk Sağlığı Merkezleri olacaktır. Eczaneler, belediyeler, işyeri hekimleri ve diğer hizmet kurumları HSM'lerle koordineli, entegre bir şekilde çalışacaktır.

HSM'ler, birinci basamak hizmet sunumunun kapsamına uygun mekanlarda, kamu binalarında, bölge ve nüfus tabanlı faaliyet göstermeli, bir birimin nüfus kapasitesi 2000 kişi ile sınırlandırılmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi edici yaklaşımdan ziyade, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine odaklanmalı, bölgeye özgü ihtiyaçlara göre genişletilmelidir.

Hizmet planlaması çalışanlar ve katılımcı bir şekilde yapılmalı, gerekli teknik destek sağlanmalıdır.

Sevk zinciri diğer basamaklarla iletişim halinde yapılmalıdır. Sunulan hizmetler bilimsel hedefler doğrultusunda paylaşma, öğrenme ve geliştirme amacıyla yapılmalıdır.

V. BİRİNCİ BASAMAK İLE DİĞER BASAMAKLAR ARASINDA İLETİŞİM, EŞGÜDÜM VE SEVK ZİNCİRİ

Sağlık hizmetleri, birinci basamak, ikinci basamak (dal uzmanlığı ve teknoloji gerektiren hizmetler) ve üçüncü basamak (ileri uzmanlıklar ve uzmanlaşmış hastaneler) şeklinde organize edilmiş bir yapıdır. Birinci Basamak ile diğer basamaklar arasında etkili bir iletişim, eşgüdüm ve yönlendirmeyi içeren sevk zincirinin düzgün işlemesi, sağlık sistemlerinin etkinliği açısından kritik önemdedir. Sağlık hizmetlerinde kaynakların verimli kullanılması, sistemin sağlıklı işleyisi ve nitelikli bir sağlık hizmetinin sunulması etkin bir sevk zinciri ile mümkündür.

Sağlık Hizmetleri arasındaki entegrasyonu kolaylaştıracak etkenler arasında en önemlisi elektronik kayıtların entegrasyonudur. Bunun için sağlık sistemlerinin birbiriyle uyumlu çalışmasını ve veri güvenliğini sağlayacak altyapı oluşturulmalıdır.

Birinci basamakta hasta yükünün azaltılması, çalışan hekim ve sağlık çalışanlarının itibarının artırılması, SGK kısıtlamalarının kaldırılması, çalışanların mesleki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi, uzmanlaşmış hemşirelerin Aile Hekimleri ile işbirliği halinde hizmet sunması, sağlık hizmetinin her basamağında multidisipliner ekip çalışması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülebilirliği sağlık hizmetlerinin nitelikli hale gelmesini sağlayarak, aradaki entegrasyonu kolaylaştıracak etmenlerdir.

İş barışı ve ekonomik dengenin korunması, Uzman hekimlerin geri bildirim mekanizması, Aile Hekimlerinin koordinasyonunda sağlık süreçlerinin takip edilmesi, Aile Hekimliği ve Halk Sağlığı işbirliğinin güçlendirilmesi ile sevk zincirinin işleyişi güçlendirilmelidir.

VI. BAĞIŞIKLAMA VE KİŞİSEL KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Bağışıklama

Aşı reddi ve tereddüdü, topuk kanı aldirmama sağlık sistem için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Yanlış bilgilendirme sonucunda aşısız bir popülasyon ortaya çıkmakta ve riskli gruplar için yaşamsal tehdit oluşturmaktadır. Sağlık bakanlığı inisiyatif almalı toplumu ikna sürecinde etkin rol oynamalıdır.

Çocukluk aşıları zorunlu olmalı, aşı temini sürekli olarak sağlanmalı, Aşı Takip Sistemleri güçlendirilmeli, Aşı Bilgi Sistemleri devlet kontrolünde senkronize bir yapıya kavuşturulmalı, geri ödemedede olmayan HPV, Pnömonok, Rota Virüs gibi aşılar geri ödeme kapsamına alınmalı, aşı üretiminde yerel üretimi desteklenmeli ve kapasitesi artırılarak dışa bağımlılık azaltılmalıdır.

Tarama,

Sağlık taramalarına katılımıda yaşanan eksiklere karşı sağlık okuryazarlığı artırılmalı, Mamografi, GGK ve HPV taramalarında cihaz eksikleri giderilmeli, uzman kadrolar tarafından yapılmalıdır. Kişisel koruyucu hizmetlerde, hedef gruplar belirlenerek yüz yüze sağlıklı yaşlanma, DM, HT, egzersiz, beslenme, sigara gibi madde bağımlılığına karşı eğitimler verilmelidir. Sağlık okuryazarlığını artırmak için görsel materyaller hazırlanmalı ve çeşitli platformlardan duyurulmalıdır.

VII. YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ

Yerel Yönetimlerde kentin sağlığı, çevre sağlığı, sağlığın sosyal bileşenleri, sağlığı etkileyecek konularda iyileşmeler, eşitsizlikler, yoksulluklar konusunda koruyucu sağlık hizmetleri öne çıkmalıdır. Sağlıklı kent planlaması, Birinci basamak sağlık kurumlarının şehir planında ulaşılabilir konumda palanlanması, içme suyu güvenliği, çevre sağlığı, vektör kontrolü, afet hazırlıkları ve lojistik destek, fiziksel aktivite için altyapının hazırlanması, ve sağlık okuryazarlığı yerel düzeyde önceliklendirilmelidir.

Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmayan/sunulamayan hizmet boşluklarını (tarama, evde bakım, hasta nakil vb.) kapatmalı, entegre bir şekilde çalışılmalıdır. Madde bağımlılığı danışmanlıkları, evlilik danışmanlıkları, geriatrik bakım merkezleri gibi hizmetler entegre bir şekilde verilmelidir.

Yerelde kurulacak“ Sağlık Meclisleri” ile planlama, Sağlık Meslek Odaları, STK, sendikalar ve bilim kurullarıyla birlikte yapılmalıdır.

VIII. TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri

Şiddeti önleme, ruhsal travmanın engellenmesi, hastalık sonrası ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi, güncel krizlerde danışmanlık ile sorun engelleme, işyeri ve aile danışmanlığı, çocukların güvenli ortamda gelişimlerini tamamlamalarına yönelik çabalar, kadınların ve çocuklara özgü programlar, ebeveynlik danışmanlığı ya da bağımlılıkla mücadele gibi birçok alanda etkili olmaktadır.

Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmetleri koruyucu, önleyici ve geliştirici olmalıdır. Birinci Basamak Sağlık hizmetine entegre, gerektiğinde ruhsal tedavi kurumlarına entegre, bir sistem olarak şekillendirilmelidir.

Koruyucu Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, birinci basamak sağlık merkezlerine bağlı, coğrafi tabanlı ve belirli bir nüfus tanımı (yüz bin nüfus) altında tüm toplum kesimlerini içerecek şekilde örgütlenmelidir. Multi disiplinler ekip yapısında, alt birimleri olan ve özel gruplara yönelik ekipler içermelidir. Sağlık Bakanlığına bağlı olmasının yanında, yerel yönetimlerin de hizmet sunduğu ve diğer kurumlar ile işbirliği oluşturabilecek yapılanmada olmalıdır.

Ruh Sağlığı yasası çıkartılmalı, bu hizmeti veren meslek gruplarının mesleki sınırları, görev yetkileri net olarak tanımlanmalı, ruh sağlığı merkezleri yasal bir çerçeveye kavuşturulmalıdır.

IX. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı ve Birinci basamak hizmetleri, diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile entegre bir şekilde verilmelidir. HSM’lerde yer alacak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde yer alacak bir çocuk ve bir yetişkin üniti ile koruyucu sağlık hizmetleri yanında, çocuklara ve ailelere koruyucu sağlık eğitimi verilmelidir.

0-14 yaş arasında verilecek koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmeti ve basit tedavilerle ağız ve diş sağlığı korunacak, bütçedeki tedavi ve protez maliyetleri de çok azaltılacaktır.

Nüfusun yaşlı kesimine ve yetişkinlere yönelik koruyucu ve önleyici hizmetler ile birlikte protez bakımı, oral hijyen eğitimi ve kötü ağız alışkanlıklarının önlenmesi eğitimleri verilmelidir.

Beslenme ve oral hijyen eğitimi, yerel yönetimlerin desteği ile tüm halkımıza ulaştırılmalıdır.

GENEL DEĞERLENDİRME

Çalıştay, neoliberal politikaların sağlık sistemini ticarileştirdiğini ve birinci basamağı zayıflattığını vurguladı. Alternatif olarak kamucu, toplum merkezli, eşitlikçi ve ücretsiz bir birinci basamak sistemi önerildi. Halk Sağlığı Merkezleri modeli; finansman, örgütlenme, emek gücü ve hizmet sunumunda köklü bir dönüşüm öneriyor.

Bundan sonraki adımda, bu sonuçların eylem planına dönüştürülerek hem CHP programına hem de sağlık politikalarının kurumsal çerçevesine entegrasyonu hedefleniyor.

