

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin tarihsel gelişimi

Dr. Mehmet Sait Değer



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra kamuda ve özel sektörde çeşitli pozisyon ve kademelerde hekim ve yönetici olarak görev yapmıştır. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Doktora Programını tamamlamış ve hâlen Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olup Şırnak İl Sağlık Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Dr. Zeynep Meva Altaş



2017 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur ve 2018-2022 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında ihtisasını yapmıştır. Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğünde halk sağlığı uzmanı olarak görevini sürdürmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, toplum sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini amaçlayan hizmetler bütünüdür. Sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi, rehabilitasyon ve diğer pek çok alanda sağlık hizmeti birinci basamakta sunulabilmektedir (1). Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından koruyucu, tanı koydurucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri şeklinde sunulmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve bağlı birimler ise bölgedeki toplumun sağlık risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi, bu sorunların ve risklerin çözülmesi, önlenmesi ve sağlık taramaları ile ilgili hizmetler sunmaktadır (2).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de mevcut sağlık sisteminin ana unsuru olarak uzun bir gelişim sürecine sahiptir. Osmanlı döneminde, ordu merkezli bir sağlık sistemi mevcut olup halka yönelik sağlık hizmetleri daha çok serbest hekimler aracılığıyla gerçekleştirilmekteydi. Toplumun sosyoekonomik düzeyi

düşük olan kesimi sağlık hizmetlerini daha çok külliyeye şeklinde oluşturulmuş vakıf hastaneleri ve büyük şehirlerdeki darüşşifalar aracılığıyla alabilmekteydi ve devletin bu alandaki rolü o dönemin diğer ülkelerinde olduğu gibi günümüze kıyasla oldukça sınırlıydı (3,4).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasının ardından, 3 Mayıs 1920 tarihinde kabul edilen 3 sayılı kanun ile kurulmuş olup, ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar’dır (5). 1923-1937 yılları arasında görev yapan Sağlık Bakanı Refik Saydam öncülüğünde ilçelerde hükümet tabiplikleri ve illerde sağlık müdürlükleri kurularak sağlık hizmetleri yeni bir yapılanma içerisine girmiştir. Bu şekilde tüm ülkede sağlık hizmetleri tek elden ve merkezi bütçe ile yönetilmiş ve bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilmesi gayreti sarf edilmiştir. Hükümet tabipliklerince koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, il sağlık müdürlüklerince yataklı tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmuştur. Çeşitli numune hastaneleri (Ankara, Erzurum, Sivas, Diyarbakır, İstanbul) açılmış ve bölgesel hizmet gelişimine katkı sunmaları ve örneklik teşkil etmeleri amaçlanmıştır.

O dönemlerde önemli sağlık sorunlarından olan frengi, çüzzam, verem, sıtma ve trahom gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadele programları hayata geçirilmiştir. Bunun yanında pek çok koruyucu sağlık hizmetinin geliştirilmesi adına adımlar atılmıştır. Aynı yıllarda sağlık alanında birçok yasal düzenleme oluşturulmuş ve ülke genelinde sağlık teşkilatlanmasıyla paralel biçimde nitelikli sağlık personellerinin yetiştirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca hekimlere mecburi hizmet uygulaması hayata geçirilerek toplumun sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmaya çalışılmıştır.

1928’de “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” ve 1930’da 1593 sayılı “Umumî Hıfzıssıhha Kanunu” ile “1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” Cumhuriyet döneminin sağlık politikaları ve uygulamalarının temelini oluşturmuştur (6). Hıfzıssıhha Enstitüsünün kuruluşu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın öncülüğünde gerçekleşmiştir. Enstitü bünyesinde yer alan laboratuvarlar ve üretim tesisleri ile özellikle enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede önemli roller üstlenilmiştir. Enstitü, kurulduğu ilk yıllardan



itibaren aşı ve serum üretimine başlamıştır. Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesinde Türkiye’de farklı dönemlerde BCG, tifüs, kuduz, çiçek ve boğmaca gibi çeşitli aşuların yanı sıra kan ürünleri ve ilaç üretimi gerçekleştirilmiştir ancak bu üretimler 1998 yılına kadar farklı süreçler ve dönemlerde sona ermiştir. Ayrıca çeşitli bilimsel araştırmalar ve yayınlar yapılarak uzun yıllar ülkemizde sağlık alanında önemli katkılar sağlanmıştır (7). 1998’den sonra aşı üretimi konusunda devre dışı kalan Hıfzıssıhha Enstitüsü 2011 yılında kapatılarak laboratuvar ve diğer araştırma faaliyetleri aynı yerleşkede kurulan Halk Sağlığı Kurumu’nun çatısı altında devam etmiştir. 2017 yılında 694 sayılı KHK ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çatısı altına alınan bu yapının yerini günümüzde güncel teknolojilerle faaliyet gösterecek olan Hıfzıssıhha-Türkiye Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Araştırma ve Üretim Merkezi alacaktır (8).

1940’lı yıllarda sıtma, tifüs ve çiçek gibi salgınlara yol açan önemli bulaşıcı hastalıklarla ilgili programlar geliştirilerek devam etmiştir. Bunun yanında 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz öncülüğünde “Birinci 10 Yıllık Sağlık Planı” hayata geçirilmiştir. Bu plan doğrultusunda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleştirilmiş ve ülke geneline yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Böylece her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi oluşturularak hekim, ebe ve sağlık memuru istihdamı ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte verilmeye çalışılmıştır. Günümüz aile hekimliği modelinin primitif bir formu olan plan süreç içerisinde tam olarak

uygulamaya devam edememiş olmakla birlikte etkileri 1980’lere kadar devam etmiştir. Sonraki dönemlerde söz konusu sağlık merkezlerinin bir kısmı hastaneler ve bir kısmı da sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. 1950’li yıllarda anne ve çocuk ölümlerinin fazla olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün de yardımlarıyla Anne-Çocuk Sağlığı Merkezleri açılmış, doğumevleri ile çocuk hastanelerinin sayıları artırılmıştır.

Türkiye’de Nusret Fişek önderliğinde hazırlanarak Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde (TBMM) 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, dönemin en önemli sağlık reformlarından biridir. Bu kanun, bireyin doğumu itibarı ile elde ettiği sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım hakkının devlet eliyle sağlanması ve güvence altına alınması gerektiğini savunmuş ve sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasını ve özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eşit fırsata sahip olması için sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını amaçlamıştır. Kanun ile beraber temel bir hak olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyal adalet ilkelerine uygun olarak uygulanması ve sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu hedef ile de sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, kademeli ve entegre sunulması amacıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, il ve ilçe hastaneleri, sağlık müdürlükleri, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları gibi teşkilatlar kurulmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeni organizasyonel yapısı ile 2.000-2.500 nüfusa bir sağlık evi hizmet vere-

1928’de “Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” ve 1930’da 1593 sayılı “Umumî Hıfzıssıhha Kanunu” ile “1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” Cumhuriyet döneminin sağlık politikaları ve uygulamalarının temelini oluşturmuştur. Hıfzıssıhha Enstitüsünün kuruluşu dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’ın öncülüğünde gerçekleşmiştir.

cek şekilde planlanmış ve sağlık evinde çalışan ebe öncelikle sağlık eğitimi, bulaşıkçılık, üreme sağlığı (aile planlaması, gebe takibi ve sağlıklı doğum) gibi sağlık hizmetleriyle birlikte bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı gibi konularda temelde koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamıştır (9,10). Sağlık ocakları da bölgesel ve nüfusa göre bir yapılanmayla topluma başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ayaktan teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunacak şekilde yapılandırılmıştır. Sağlık ocaklarında ve hastanelerde tesisin niteliğine ve büyüklüğüne

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini düzenleyen yasal çerçeve, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen temel mevzuat üzerinden şekillenmiştir. Bu kapsamda, 1982 Anayasası'nın 56. Maddesine göre tüm bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvenceye alınmıştır. Bu hususta aynı maddeye göre devlet tüm bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması ile yükümlüdür.

göre yeterli sayıda hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru istihdamı gerçekleştirilmiştir. Bu yapılanma ile ülke genelinde sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunumu ve vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini mümkün olduğunca yerinde almaları sağlanmaya çalışılmıştır. Fakat insan gücü eksikliği, yatırım programlarının aksaması ve sonrasında söz konusu politikalara gerekli önemin verilmemesi gibi faktörler nedeniyle sağlığın sosyalleştirilmesi düşüncesi ve uygulaması uzun soluklu olamamıştır. Süreç içerisinde bu politika tüm ülkede yaygınlaştırılmış olmasına rağmen hedeflenen hizmetler tam anlamıyla hayata geçirilememiştir.

1980'li yıllara dek sağlık hizmetlerinin ve altyapısının iyileştirilmesi çalışmaları ön planda olmuştur. 1982

Anayasası'nın 56. Maddesinde, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvence altına alınmıştır. Anayasadaki bu madde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin temel mevzuatsal dayanaklarından biri olarak görülmektedir. Bu dönemde genel sağlık sigortası oluşturulmaya çalışılmış fakat tam anlamıyla hayata geçirilememiştir. Mevzuat açısından yeni yapılan düzenlemeler bireylerini sağlık hizmetlerine adalet ilkesi gereğince ulaşabilmesine atf yapıp zemin oluşturmaya çalışırken fiili uygulamalar sağlık hizmetlerinin belirlenen plan ve programlar çerçevesinde ilerlemesine fırsat vermemiştir. Bu durum ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin toplumun tamamını kapsayacak düzeyde sunulmasına ve toplumun sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesine olanak sağlayamamıştır.

1990'lı yıllarda sağlıkta reform çalışmaları konu edinilmiştir. Bu dönemde temelde tek çatı altında toplanmış Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği modeli ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve koruyucu sağlık hizmetlerini öncelleyen bir yaklaşımla planlayıcı ve denetleyici rol oynayan Sağlık Bakanlığı rolü ile ilgili planlamalar ve düşünceler ne yazık ki hayata geçirilememiştir. Bu durum özellikle sosyoekonomik olarak zor durumda olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını sekteye uğratmıştır.

Dünyada ve Türkiye'de yaşanan ekonomik, sosyokültürel ve teknolojik dönüşümler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sistemlerinin yapısında değişiklikler yapılmasını zorunlu hâle getirmiştir. Bunun yanında ülkemizde 1950'li yıllardan itibaren tam uygulanamayan sağlık politikaları, nüfus artışı, sosyodemografik özelliklerin değişimi, kronik hastalıkların artması, sınırlı ve parçalı sağlık sigortası, tedavi edici sağlık hizmetleri merkezli hizmet anlayışı, sağlık hizmetlerinin sunumunda hakkaniyetin olmaması, maliyetlerin artması, kötü sağlık göstergeleri ve vatandaşların beklentilerinin artması yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine zemin hazırlamıştır (4,9). 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında yeni bir dönem başlamıştır. Dönüşüm programı ile aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiş ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin etkinliği artırılmıştır. SDP'nin temel amacı, tüm

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, etkili ve verimli sunulması, ihtiyaç duyulan sağlık finansmanının sağlanması ve vatandaşlara nitelikli sağlık hizmeti sunulmasıdır. Aile hekimliği sistemi ile bireylerin sürekli ve bütüncül bir sağlık hizmeti almasını sağlanmış ve bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır (11). Böylelikle vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini zamanında kolaylıkla almaları ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası ile tüm vatandaşlara sağlık açısından kamu güvencesi sağlanmıştır. 2010 yılında tüm Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçilerek bölge bazlı hizmet anlayışından nüfus bazlı sağlık hizmeti uygulamasına geçilmiştir. Nitekim aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra doğumda beklenen yaşam süresi, bağışıklama oranları, bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı gibi sağlık göstergelerinde olumlu çok güzel gelişmeler kaydedilmiş ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine önemli katkılar sunulmuştur.

Mevzuat ve Düzenlemeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Düzenleyen Yasal Çerçeve

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini düzenleyen yasal çerçeve, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen temel mevzuat üzerinden şekillenmiştir. Bu kapsamda, 1982 Anayasası'nın 56. Maddesine göre tüm bireylerin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı güvenceye alınmıştır. Bu hususta aynı maddeye göre devlet tüm bireylerin beden ve ruh sağlığı içinde yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması ile yükümlüdür.

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin düzenlenmesi, Türkiye'de 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile başlamıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu tüm toplumun sağlığını ilgilendiren konulara değinmiştir. Kanunda sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı, sağlık personelinin görev ve sorumlulukları, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri, çocuk sağlığı, kadın sağlığı gibi birinci basamak hizmetleri açısından önemli düzenlemeler yer almaktadır.

- Sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" 1928 yılında çıkarılmış ve bazı revizyonlarla hâlen yürürlükte olup günümüz uygulamalarına ışık tutmaktadır. Bunun yanında ilgili yönetmelik ve yönergelerle sağlık meslek mensuplarının çalışma usul ve esasları hakkında bir çerçeve oluşturmakta ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine dayanak oluşturmaktadır (10).

- 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerinin tüm bireyler tarafından erişilebilir olmasını, özellikle kırsal kesimde de sağlık hizmetlerinin kapsamlı sunulmasını hedeflemiştir. Bu amaçla bölge tabanlı entegre (koruyucu ve ayaktan teşhis-tedavi) sağlık hizmetlerinin sürekli sunumuyla vatandaşların hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırması açısından önem arz etmektedir. Fakat sağlık personeli eksikliği ve politikaların yeterince önemsenmemesi, planlamaların zamanında hayata geçirilmesini zorlaştırmış ve ne yazık ki istenen etkisi görülememiştir. Hâlbuki dönemin şartları göz önünde bulundurulduğunda ilerici bir politika olan sağlığın sosyalleştirilmesi politikası o dönem için ülkemizin ihtiyaçlarına cevap verecek ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine katkı sunabilecek bir muhtevaya sahipti (4).

- 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, 2004 yılında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkartılmıştır. Bu sayede, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir.

- 2010 yılında da Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Böylece aile hekimliği sistemi uygulamaya konmuştur.

- 2011 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Bu kurumlar Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin koordinasyonunun ve denetiminin sağlanması amacıyla gütmemektedir. Türkiye Kamu Has-

taneleri Kurumu ile kurumun taşra teşkilatı olarak İl Kamu Hastaneleri Birlikleri 2012-2017 yılları arasında faaliyet göstermiş ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde mühim roller üstlenmiştir. (12). Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun günümüzdeki adı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüdür.

- Günümüzde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumu, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen yönetmelikler ve genelgelerle de düzenlenmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, aile hekimlerinin görev ve sorumluluklarını, hizmet sunumuna ilişkin esasları ve aile sağlığı merkezlerinin işleyişini düzenleyen temel mevzuattan biridir.
- 2015 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin çerçevesi ve usulü belirlenmiştir. Bu yönetmelik; bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, tüberküloz kontrolü ve takibi, zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü, erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları, kronik hastalıkların kontrolü ve mücadele, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri, ruh sağlığı programlarına dair hizmetler, adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler, olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları ve hizmet içi eğitimler gibi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin çerçevesini oluşturan temel mevzuattır (13).

Ulusal ve Uluslararası Politikalar

Türkiye'nin ulusal sağlık politikaları, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen stratejik planlar çerçevesinde şekillenmektedir. Sağlık Bakanlığının 2019-2023 Stratejik Planı, kişilerin ve genel toplumun sağlık hakkını ve sağlığını en üst düzeyde korumayı, sağlık ile ilgili sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler sunmayı hedeflemektedir. Bu sayede sağlık hizmetlerine tüm bireylerin yüksek kalite ve kolaylıkla erişebilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzının

benimsenmesi amaçlanmıştır. Bu planlama, ülkemizdeki temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılıp yaygınlaştırılması ve hasta memnuniyetinin sağlanması adına beş yıllık sürede sağlık hizmetlerini şekillendirecek planlara yer vermiştir (14).

Türkiye, DSÖ'nün önerdiği Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri standartlarını benimseyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, Türkiye, Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda, 2030 yılına kadar sağlıkta eşitlik ve evrensel sağlık kapsamını sağlamayı taahhüt etmiştir. Ülkemizde, 17 adet Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile de örtüşen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunulmaktadır. Bu amaçlar yoksulluk, açlık, eğitimsizlik ile mücadele, eşitsizliklerin azaltılması, sağlıklı ve kaliteli yaşam gibi amaçlar olup, ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde hedeflenen herkes için erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri yaklaşımı ile örtüşmektedir.

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülen pek çok politika ve program mevcuttur. Neonatal Tarama Programı, Kanser Tarama Programı, Yenidoğan ve Okul Çağı İşitme Tarama Programları, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Programları, Ulusal Aşılama Programları, Kronik Hastalıklar ile Mücadele Programları bu uygulamalardandır. Yürütülen tüm bu programların birçoğu DSÖ'nün küresel tehdit olarak tanımladığı ve önceliklendirdiği sağlık sorunları ile mücadeleyle ilgili olup, uluslararası standartların ve rehberlerin önerileri doğrultusunda ülkemizdeki hedef nüfusa uygulanmaktadır.

Uluslararası sağlık politikaları, küresel sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedefleri ile dünya genelindeki sağlık ve sağlık ilişkili sorunlara yönelik çeşitli stratejileri, projeleri ve iş birliklerini içermektedir. DSÖ, uluslararası sağlık politikalarının temelini oluşturan rehberleri düzenlemektedir. Örneğin, 1978'de yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi, temel sağlık hizmetlerinin evrensel bir hak olarak tanınması konusunda önemli bir dönüm noktasıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü, olası pandemiler ile mücadele gibi çeşitli küresel tehditler ile baş edilmesi adına DSÖ



DSÖ, 2024 yılında güncellenen DSÖ ve diğer BM rehberlerinin sağlık ve çevre konusundaki kılavuzunun yer aldığı bir derleme yayınlamıştır. Derlemenin güncellenmiş versiyonu, çevre, iklim değişikliği ve sağlıkla ilgili tüm ana başlıkları kapsamaktadır. Bu rehber, hükümetler, sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar da dahil olmak üzere karar vericilere, çevresel sağlıkla ilgili geniş bir yelpazede karşılaşılan zorluklara yönelik kapsamlı, kanıta dayalı stratejiler sunmaktadır.

ülkeler arası koordinasyonu sağlanmasında ve kanıta dayalı rehberlerin oluşturulmasında görev almaktadır.

Dünya Sağlık Asamblesi, DSÖ'nün yasama ve politika belirleyici organıdır. Asamble, DSÖ'ye üye 194 ülkenin temsilcilerinden oluşmaktadır. Üye ülkeler her yıl düzenlenen bu konferansa üç temsilci ile katılabilmektedir, ancak her üye ülkenin yalnızca bir oy hakkı bulunmaktadır. Üye ülkelerin yanı sıra uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri de oturumlara gözlemci olarak katılabilmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından alınan kararların uygulanmasını sağlayan ise DSÖ Yürütme Kurulu'dur. DSÖ'nün Bölge Ofisleri, Dünya Sağlık Asamblesi ve Yürütme Kurulunun kararlarını kendi bölgelerinde uygulanmasından sorumludur. DSÖ'nün ülke ofislerinin ana görevi ise ulusal düzeyde programlar geliştirmek ve yönetmektir. Bu kapsamda, DSÖ politikaları ve programlarının uygulanmasını sağlamak amacıyla, ülkenin ulusal sağlık otoritesi (Sağlık Bakanlığı) ile iş birliği içinde çalışırlar (15).

DSÖ'nün 10 küresel sağlık tehdidi başta olmak üzere küresel sağlık sorunları ile mücadelede önerdiği birçok uygulama ve politika mevcuttur. Hava kirliliği ve iklim değişikliği, bulaşıcı olmayan

hastalıklar, sağlıklı ve kaliteli yaşam koşullarından mahrum kalmak, yetersiz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, aşı karşıtlığı gibi sağlık sorunları ile ilgili mücadelede küresel hedefler oluşturulmuş ve bu hedeflere yönelik yürütülecek politika ve uygulamalar belirlenmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli risk faktörü olan fiziksel inaktiviteyi azaltmaya yönelik DSÖ ACTIVE politika çerçevesini oluşturmuştur (16). Bu çerçeve kapsamında 4 politika eylem alanı belirlenmiştir: Aktif insanlar, aktif toplumlar, aktif sistemler. Aktif toplumlar için eylem planının temel hedefi davranış değişikliğine yönelik iletişim kampanyaları uygulamak ve sosyal normları değiştirmek için iş gücü kapasitesini geliştirmek şeklinde belirlenmiştir. Aktif çevreler politika eylem alanı için ise kentsel ve ulaşım planlama politikalarının entegrasyonu ile yürüyüş, bisiklet ve diğer fiziksel aktiviteler için güvenli, iyi bakımlı altyapı, tesisler ve halka açık alanların teşvik edilmesi ve bu alanlara adil erişim sağlanması hedeflenmektedir. Aktif sistemler için ulusal ve yerel düzeydeki politikaların, tavsiyelerin ve eylem planlarının güçlendirilmesi ve çok sektörlü koordinasyon mekanizmalarının oluşturulması hedeflenmektedir. Daha aktif insanlar için ise tüm yaş grubundaki insanların düzenli fiziksel aktiviteye katılmalarının

sağlanmasını bunun için bireylerin fiziksel aktivite programlarına erişimlerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Aşı tereddütü de günümüzde küresel sağlığı tehdit ettiğinden, bu konuda saha müdahalelerine ihtiyaç duyulmaktadır. DSÖ Genel Direktörü tarafından 1999'da aşılama oranlarını arttırmak, aşılama hizmetlerini değerlendirmek adına Bağışıklama Konusunda Stratejik Uzmanlar Danışma Grubu (SAGE), kurulmuştur. SAGE bünyesinde Aşı Tereddütleri Çalışma Grubu da yer almaktadır. SAGE'nin ülkelerin aşılama politika ve stratejileri için temel önerilerinden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- Ülkelerin bağışıklama programları, aşı kabulünü desteklemek amacıyla, kendi koşul ve kaynaklarına uygun olan yöntemleri programlarına dâhil etmelidir.
- Ülkeler, iyi program uygulamalarının bir parçası olarak, aşı tereddüdünü ölçme ve ele alma planını bağışıklama programlarına entegre etmeli ve ülkeler arası karşılaştırmaları kolaylaştırmak amacıyla, potansiyel aşı tereddüdü anket soruları derlemesini kullanmalı ve onaylamalıdır.
- Sağlık çalışanlarının eğitimine ve bu çalışanların hastalar ve ebeveynlerde aşı tereddüdünü ele alabilecek yetkinliğe sahip olmalarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları arasındaki aşı tereddüdü davranışları da ele alınmalıdır (17).

Çevresel risk faktörleri önlenemez ölüm sebeplerindedir. DSÖ, 2024 yılında güncellenen DSÖ ve diğer BM rehberlerinin sağlık ve çevre konusundaki kılavuzunun yer aldığı bir derleme yayınlamıştır. Derlemenin güncellenmiş versiyonu, çevre, iklim değişikliği ve sağlıkla ilgili tüm ana başlıkları kapsamaktadır. Bu rehber, hükümetler, sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar da dâhil olmak üzere karar vericilere, çevresel sağlıkla ilgili geniş bir yelpazede karşılaşılan zorluklara yönelik kapsamlı, kanıta dayalı stratejiler sunmaktadır. Belirtilen müdahaleler; hava kirliliği, su ve sanitasyon, kimyasallar, iklim değişikliği ve iş sağlığı gibi kritik alanları kapsıyor. Önerilen eylemler, çevresel sağlığı, daha geniş kapsamlı halk sağ-

lığı ve sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle ilişkilendiren entegre yaklaşımları teşvik etmektedir. Bu rehberde hava kirliticilerinin havada olması gereken maksimum seviyeleri, doğa, çevre ve iklimin korunmasına yönelik sağlık önerileri yer almaktadır. Ayrıca, temiz hava soluma, güvenli suya erişim ve hijyenik tuvalet kullanımı, el yıkama alışkanlığı ve kimyasalların güvenli kullanımını hakkında tavsiyeler vermektedir. Radondan korunma, iş yerinde sağlık risklerine karşı önlemler alma ve yaralanmalardan kaçınma gibi konularda da önerilerde bulunmaktadır (18).

Özetleyecek olursak, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, tarihsel süreçte devamlı gelişim göstermiştir. Günümüzde de birinci basamakta sunulan hizmetler yenilikler ve uluslararası standartlar doğrultusunda şekillenmeye devam etmektedir. Gelecek dönemlerde de öncelikli sağlık sorunları dikkate alınarak kronik hastalık yönetimi gibi alanlarda yapılacak yenilikler, teknolojik gelişmeler ve bilişim çağının artıları doğrultusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri daha erişilebilir hâle getirebilecektir.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html> (Erişim Tarihi: 29.07.2024).
- 2) World Health Organization. (2023). Primary health care. <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 29.07.2024).
- 3) Gün, M. F. (2021). Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetlerinde vakıfların rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 574-584.
- 4) Değer, M. S., & İşsever, H. (2021). Bingöl'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan hizmet kalitesini etkileyen faktörler (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- 5) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Tarihçe. <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 1.10.2024).
- 6) Çakmak, F. (2023). Cumhuriyet Türkiye'sinin sağlık politikası ve uygulamaları (1923-1973). *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 324-353.
- 7) Akdeniz, M., & Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve aşıların tarihçesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(2), 11-28.
- 8) Aydın, S. (2024). Bir yanılısamanın hikayesi: Hıfzıssıhha merkezini kim kapattı? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <https://sdplatform.com/bir-yanilsamanin-hikayesi-hifzissihha-merkezini-kim-kapatti-2/> (Erişim Tarihi: 6.10.2024).
- 9) Özding, A. (2020). Sağlıkta adalet- Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı'nın etik analizi. İstanbul: BETİM-Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi.
- 10) Fişek, N. (1983). *Halk sağlığına giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlıkta dönüşüm programı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 16.08.2024).
- 12) Gök, S. (2023). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve İl Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasının arka planındaki nedenler. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(1), 17-34.
- 13) Türkiye Cumhuriyeti. (2024). 20507 sayılı Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20507&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 17.08.2024).
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). 2019-2023 stratejik planı (Güncellenmiş versiyonu). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-planiguncellenmis-versiyonupdf.pdf> (Erişim Tarihi: 16.08.2024).
- 15) Kırılmaz, H. (2021). Uluslararası sağlık politikaları ve Dünya Sağlık Örgütü. In H. Kırılmaz (Ed.), *Uluslararası kamu politikaları - Kavram, teori, aktörler, uygulamalar*, (p. 532). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- 16) World Health Organization. (2018). ACTIVE: A technical package for increasing physical activity. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 17) SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2024). http://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/ (Erişim Tarihi: 6.10.2024).
- 18) World Health Organization. (2023). *Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment, Version with International Classification of Health Intervention (ICHI) codes*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.