

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine bakış

Doç. Dr. Memet Taşkın Egici



1994 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra olup 1999 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinden aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2006-2012 yılları arasında Başhekim yardımcısı ve Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü olarak görev yaptı. 2012-2016 arasında Beyoğlu KHB Tıbbi Hizmet Başkanlığı görevinde bulundu. Türkiye’de ve farklı ülkelerde sağlık hizmetleri değerlendirme ve planlama çalışmalarına katıldı. Pakistan Hükümeti’nin davetiyle 2016-2017 tarihleri arasında “Consultancy Services for Supporting the Health Sector Reforms Process in Punjab” kapsamında danışman olarak görev yaptı. 2013-2017 arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH başasistan/öğretim üyesi; 2017 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniğinde öğretim üyesi, Klinik idari ve eğitim sorumlusu olarak görev yapmaktadır. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında Yüksek Lisansı ve JCI Akreditasyon Denetçi Sertifikası bulunmaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ve uygulamaları, sağlık yönetimi, kalite ve akreditasyon, bağışıklama, tütün bağımlılığı, göçmen ve seyahat sağlığı başta olmak üzere çeşitli alanlarda çalışmaları vardır. İki dönem TAHUD MYK üyeliği yapmış olup Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Çalışma Grubu üyesidir.

Sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir”. “Her insanın ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin erişebileceği en yüksek sağlık standardına sahip olması temel haklardan biridir. Hükümetlerin halklarının sağlığı konusunda bir sorumluluğu vardır ve bu sorumluluk ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin alınmasıyla yerine getirilebilir (1)”.

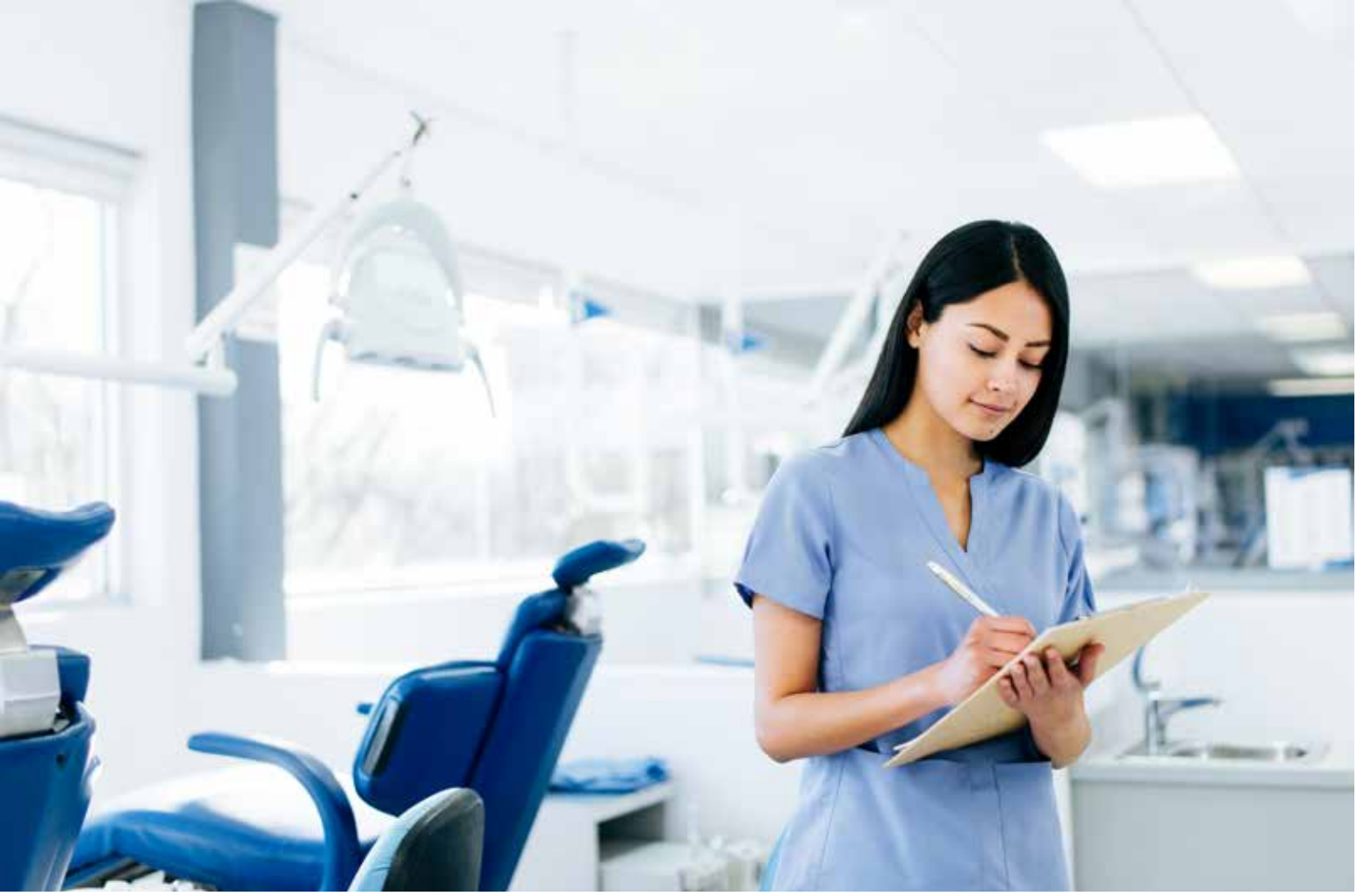
Alma-Ata Bildirgesinde (1978) birincil sağlık bakımının değerleri ve sağladığı süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyonun değeri resmen tanınmış, sağlık hizmetlerinin bağlamı ve öncelikleri önemli ölçüde değişmiştir. Tüm ülkeler, “birincil sağlık bakım hizmetlerinin” sağlık sistemlerini sürdürülebilir kılmak için şekillendirmede öncelikli bir araç olduğunu kabul etmiştir (2). Bu öncelik Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) ve Astana Bildirgesi (2018) tarafından yeniden teyit edilmiştir (2,3). Sağlığın bir insan hakkı olduğundan yola çıkarak adil bir toplum için gerekli bir koşul olarak sağlık ve toplum katı-

lılığının sosyal ve çevresel belirleyicilerini ele almayı içeren bir paradigma değişimi önerilmiş, ayrıca insanların yaşadığı yere yakın sağlık hizmeti almasını, toplum genelinde koordinasyonu ve sağlık sisteminin dayanak noktası olarak birincil bakım hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır (4).

“Herkes için sağlık” hedefi genel olarak tam başarıya ulaşamamış, ülkeler ve aynı ülke içerisindeki toplum kesimleri arasında eşitsizlikler süregelmiştir. Ancak birincil sağlık bakım stratejisinin de etkileri sonucunda, anne ve çocuk ölümlerinde küresel olarak önemli ölçüde azalma olmuştur. Öte yandan bulaşıcı olmayan hastalık yükü tahmini 41 milyon ölüm içinde yüzde 70’ini kapsamakta, artan yaşlanma dikkate alındığında kronik bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik ihtiyaç çığ gibi büyümektedir (4,5). Ekonomik büyüme; toplumların kutuplaşması, devam eden çatışmalar, artan eşitsizlikler, düşen doğurganlık oranları; nüfus hareketliliği, iklim değişikliği ve çevresel bozulmanın etkileri gibi sağlık sistemlerini etkileyen diğer yeni faktörler karmaşık ve koordineli çok sektörlü iş birliğini kaçınılmaz hâle getirmiştir (6).

2023’te toplanan WONCA (Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Konseyi) aile hekimliği tanımını revize ederek üç bileşene vurgu yapmaktadır: “Tek sağlık”, “Gezegen sağlığı” ve “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” (SKH). Tek sağlık, “insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını dengelemek ve iyileştirmek için bütünleşik, birleştirici bir yaklaşım gerekliliğini” tanımlamaktadır. Gezegen sağlığı, “insan sağlığı ve bu sağlığın bağlı olduğu kaliteli su, hava ve toprak gibi doğal gezegen sistemleri” olarak tanımlanır ve ayrıca gıda ve enerji sistemleri de etkilenir. SKH’ler ise “yoksulluğa ortadan kaldırmanın, ekonomik büyümeyi inşa eden ve eğitim, sağlık, sosyal koruma, iş fırsatları gibi bir dizi sosyal ihtiyacı ele alan, iklim değişikliği, toplumsal sağlık eşitsizlikleri ve çevre korumayla mücadele eden stratejilerle el ele gitmesi gerektiğini” kabul etmiştir (7).

Ülkelerin uygulama tecrübeleri; sağlık bakımının koordinasyonunu ve sürekliliğini kolaylaştıran, teknoloji odaklı klinik destek araçları ile desteklenen sevk sistemleriyle entegre, çok sektörlü iş birliğinin olduğu bütüncül birincil bakım hizmetleri ile sağlık hizmet sunumunun daha etkin ve verimli olduğunu ortaya koymaktadır (8).



Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği “kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlık” olarak tarif edilmektedir (7). Birincil bakım merkezleri, sağlık sorunlarının büyük çoğunluğu için ilk temas noktasıdır. Bu sayede cinsiyet, hastalık veya coğrafi konum ayrımı yapmayan temel, sürekli, kapsamlı ve koordineli bakım sağlanabilir. Günümüzde hekimler arasında uzman doktor oranı artmakta öte yandan klasik birinci basamak hekimliğinin yerini uzman hekime dayalı aile hekimliği almaktadır (9). Aile hekimleri, diğer hizmetlere sevk etmeden tüm başvuruların yaklaşık yüzde 80’ini yönetebilir (10).

Sağlık hizmetlerinde esas olan, sağlık sorununa yol açabilecek faktörlerin henüz oluşmadan engellenmesi veya ortadan kaldırılması, hastalandıktan sonra uygun tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yerli yerinde yapılması, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınılmasıdır. Aile hekimleri, sağlığı koruma müdahallerinin hemen her aşamasında rol oynamaktadır (Şekil 1) (11).

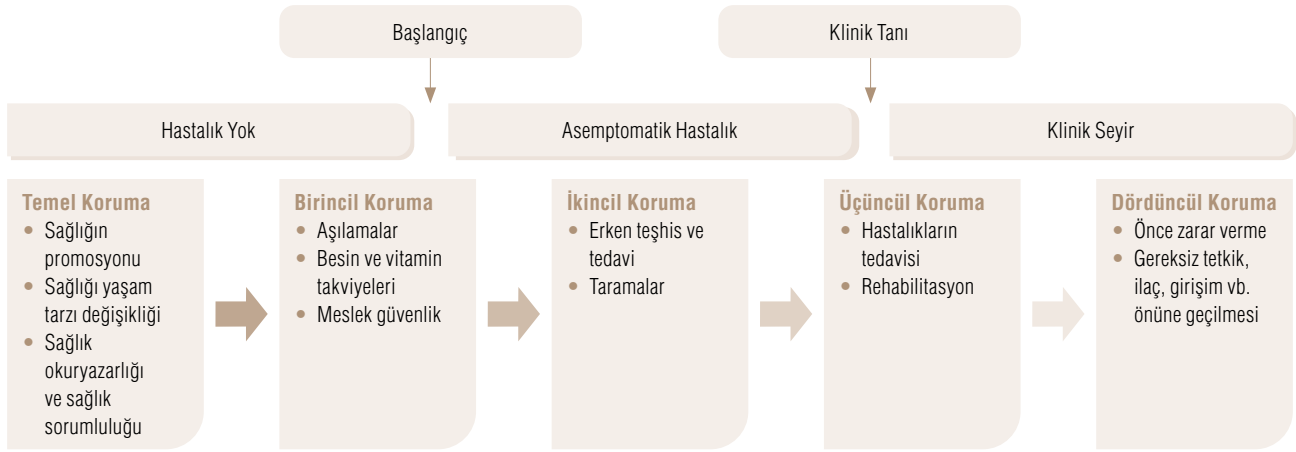
Ulusal ve yerel dinamikler sebebiyle sağlık sistemlerinde tek bir “doğru modeli” belirlemek “mümkün değildir”.

Ancak “sisteme entegre edilmiş” birincil sağlık bakımının “multidisipliner bir ekiple” hizmet bileşeninin merkezinde yer alması, “ilk temas erişimi”, “süreklilik”, “kapsamlılık” ve “koordinasyon özelliği” genel kabul gören yaklaşımlardır.

Genel olarak bir Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBŞH) yaklaşımının ilkeleleriyle uyumlu modeller tasarlamak için farklı şekillerde tanımlanabilir. Sağlık sistemlerinde geçiş aşamaları uzun vadeli, karmaşık, kademeli adımlar, periyodik değerlendirmeler ve iyileştirmeler gerektiren yinelemeli süreçlerden oluşmaktadır ve programların başarısı için üst düzey politik destek, güçlü liderlik yanında halkın sahiplenmesi gerekliliği bulunmaktadır (12).

Ülkemizde cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren başlayan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmaları son yıllarda hız kazanmıştır. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin, aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi” 2002’de başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nin en önemli bileşenlerinden biri olarak öne çıkmış ve 2005 yılında pilot olarak başlayan “Sözleşmeli Aile Hekimliği Uygulaması” 2010 yılında tüm Türkiye’de yaygınlaştırılmıştır (12-14).

Sağlık hizmetlerinde esas olan, sağlık sorununa yol açabilecek faktörlerin henüz oluşmadan engellenmesi veya ortadan kaldırılması, hastalandıktan sonra uygun tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin yerli yerinde yapılması, gereksiz tıbbi müdahaleden kaçınılmasıdır. Aile hekimleri, sağlığı koruma müdahallerinin hemen her aşamasında rol oynamaktadır.



Şekil 1. Sağlığı Koruma Seviyeleri (10 No'lu kaynaktan revize edilerek yeniden düzenlenmiştir.)

Sağlık Bakanlığı "sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu" BBSH olarak tanımlamaktadır.

Uygulamada, bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) de Aile Hekimi (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanı (ASÇ) tarafından, topluma yönelik sağlıkla ilgili risk ve sorunları ile ilgili uygulamaların ise Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından verilmesi planlanmıştır.

Ülkemizde hâlihazırda 540 TSM, 8.162 ASM bünyesinde 28.062 Aile Hekimliği Birimi (AHB) bulunmaktadır. Hâlihazırda AHB başına düşen nüfus 3.064 olup Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planında kademeli olarak azaltılması hedeflenmektedir.

Bu yazıda, koruyucu sağlık hizmetleri bütünü içerisinde ülkemizdeki aile hekimliği uygulaması ele alınarak yapılan çalışmalar ve geliştirilmesi gerekenler ana hatlarıyla gözden geçirilmeye çalışılacaktır.

Hizmete Erişim

Genel Sağlık Sigortası'na geçilmesi, tüm kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi ve ücretsiz aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla BBSH erişim büyük ölçüde kolaylaşmış, dezavantajlı gruplar dâhil olmak üzere nüfusun neredeyse tamamının (yüzde 99,2) ücretsiz bir şekilde BBSH erişimi mümkün hâle gelmiştir (15). TSM, KE-

TEM ve SHM'ler eliyle kronik hastalıklar ve kanser taramaları, topluma yönelik farkındalık çalışmaları gibi koruyucu sağlık hizmetlere yönelik çok sayıda program başlatılmıştır. Salgınlar, acil ve afet sağlığı çalışmaları ve yataklı tedavi hizmetleri kapsamında önemli iyileştirmeler sağlanmıştır.

İlk Temas Erişimi

Aile hekimliği uygulamasıyla kişilerin BBSH'de hekimlere erişimi kolaylaşmıştır. Ancak sağlık harcamalarında israfı önlemek ve ikinci-üçüncü basamakta gereksiz yığılmaların önüne geçilmesi için aile hekimlerinin "kapı tutucu" ve sağlık sisteminin koordinatörü rolleri gerçekleştirilememiştir (16). Birkaç ilde denenen "zorunlu sevk zinciri uygulaması" ile ilgili pilot uygulama, AH başına düşen nüfusun yüksekliği ve ASM'lerin altyapıları nedeniyle oluşan yığılma sonucunda önceden verilen hizmetlerin kalitesinde gerilemeye yol açması sebebiyle geri çekilmiş ve kişilerin doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurabilmesi imkânı devam etmiştir (17).

İngiltere'de kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı yüzde 10 dolayındadır. İsveç'te aile hekimine başvurmadan hastanelere gitmek mümkündür ancak ilave katkı payı ödenmesi gerekmektedir. Danimarka'da ise yerel belediyelerle birlikte aile hekimleri hastanın hastaneye gitmesinden eve dönüşüne kadar koordine edilmektedir. Hollanda'da ise telefonla danışmanlık

hizmetleri mesai dışı da dâhil önemli yer tutmaktadır. Hemşireler hastayı değerlendirmekte gerekirse aile hekimine yönlendirmektedir (18).

Sevk zinciri kavramı ele alınırken yeni vakaların ileri sağlık hizmet ihtiyacı sebebiyle üst sağlık basamaklarına sevk "lineer sevk zinciri" olarak tanımlanırken, çoklu sağlık sorunları ve kronik hastalıkları olan hastaların sistemin farklı seviyelerindeki koordinasyonunu aile hekiminin başlatması ve sürdürmesi "spiral sevk zinciri" olarak tanımlanmıştır (19). Ülkemizdeki sosyal dinamikler ve iş yükü dikkate alındığında AH başına düşen nüfus azaltılmadan lineer sevk zincirinin uygulanması pek mümkün gözükmemekte, başlangıçta "spiral sevk zinciri" uygulanarak kronik hastalık izlemleri, kanser taramaları gibi hasta gruplarının sevk ve koordinasyonu sağlanabilir (18). Bu tür pilot uygulamalar ilgili kliniklerin koordinasyonunda hastaneye organik bağı bulunan Eğitim ASM'lerde başlatılabilir.

Süreklilik ve Kapsamlılık

Aile hekimliği uygulamasıyla fiziki ve mali açıdan erişim, kapsamlılık ve süreklilik önemli ölçüde sağlanmıştır. AHB'nin kurulmasıyla önemli ölçüde coğrafik olarak dengeli bir dağılım oluşmuştur. Katkı payı dışında laboratuvar ve ilaçlar dâhil olmak üzere koruyucu sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz sunulmaya başlanmıştır. Ancak koruyucu sağlık hizmet sunumunun etkin bir şekilde verilmesi için düzeltilmesi gereken noktalar bulunmaktadır: ASM'lerin fiziki ve teknik yeterliliğinin artırılması, hizmet sunanların uzmanlaşması ya da sürekli tıp eğitimleri yoluyla yetkinlerinin

artırılması, ekibin genişletilmesi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında laboratuvar ve tedavi kapsamındaki kıstlılıkların kaldırılması gibi.

AH ve ASÇ'nin zorunlu sebeplerle fazlaca yer değiştirmesi, görevlendirmeler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sonucu başka uzmanlık dalı eğitimine başlama, belli zamanlarda çıkarılan "zorunlu nöbetler", Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) rotasyonları sebebiyle ASM'den uzaklaşma, EASM'lerde asistanların sık değişimi vb. hizmet sunumuyla ilişkili faktörler yanında aile hekimine başvurma zorunluluğunun olmaması ve üç ayda bir AH değiştirebilme imkânı gibi hizmet alanlarla ilgili faktörler sürekliliği olumsuz etkileyebilmektedir.

Finansal Koruma ve Mali Erişebilirlik

Sosyal Güvenlik kapsamının genişletilmesi ve aile hekimliği uygulamasıyla fiziki ve mali açıdan erişim ve kapsamılık önemli ölçüde sağlanmış, dezavantajlı gruplar da dâhil olmak koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ölçüde finansal koruma ve mali erişilebilirlik oluşmuştur (20). Ancak özellikli durumlar ve ileri seviye sağlık hizmetlerinde erişimin aynı düzeyde olduğunu söylemek zordur.

Koordinasyon

TSM-ASM ilişkileri daha ziyade TSM'nin denetim ve eğitim ağırlıklı olarak aktivite gösterdiği bir tarzda devam etmektedir. Aile hekimlerinin, TSM ve ikinci-üçüncü basamak kurumlarla koordinasyonu istenen düzeyde değildir. Hastanelerin yenidoğan ve kanser taramalarına yönelik birim oluşturmaları, randevu için yeşil liste uygulaması, TSM'lerdeki SHM'ler olumludur ancak tüm paydaşların kapsayıcılığını sağlayamamaktadır. E-nabız uygulaması ile sağlık çalışanları ve hizmet alanların kişisel sağlık bilgilerini, laboratuvar ve görüntüleme verilerini görebilmesi önemli bir adım olmuştur (21). Bu altyapı elektronik geri bildirim ve telekonsultasyon gibi uygulamalarla birimler arası koordinasyona katkı sunabilir.

Uzmanlaşma ve Yetkinliklerin Artırılması

Avrupa Birliği (AB) en az üç yıllık uzmanlaşmış birinci basamak uzmanlarınca hizmetin sunulmasını talep etmek-

tedir (22). Ülkemizdeki Aile Hekimliği Uzmanı sayısı son yıllarda artmakla beraber hâlâ yeterli sayıda değildir.

ASM'de çalışan sözleşmeli aile hekimlerine yönelik olarak başlatılan yarı zamanlı SAHU modelinin de uzman sayısındaki artış açısından katkısı sınırlı kalmıştır. Öte yandan rotasyon kapsamında AB direktifinde gerekli görülen birinci basamak eğitimcileriyle birlikte klinik eğitimlerinin bulunmaması, akademi bulunmayan bölgeler arasında eğitime ulaşmada eşitsizlikler, vekalet ve ödemelerle ilgili sorunlar, rotasyon için ayrıldıkları dönemlerde ASM'den sürekliliğin ve iş barışının bozulması gibi tartışmaları beraberinde getirmiştir.

AH'nin saha eğitimini kapsayacak şekilde standart bir uzmanlık eğitimi sonrasında hizmet vermeleri için aile hekimliği eğitim kliniklerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin yanında tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimleri için oldukça yararlı olan Eğitim ASM'lerin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Uygulamanın amacına uygun olarak SAHU eğitimi yoluyla uzman olan hekimlerin kadrolarının birinci basamak kurumlarına tahsisi edilmesi, Devlet Hizmeti Yükümlülüğünde (DHY), Aile Hekimliği uzmanlarının birinci basamak kurumlarına atanması gerekmektedir. Uzmanlık sınavını kazanmış olsalar bile mezuniyet sonrası tüm hekimlerin asistanlığa başlamadan önce belli bir süre birinci basamakta görev yapmalarının hastaya bütüncül yaklaşım ve sağlık sisteminin işleyişini tanımak açısından yararlı olacaktır.

Akut ve kronik hastalıklarını üstesinden gelinebilmesi için ekiplerin yetkinliklerinin artırılması gerekmektedir. Süreklilik gerektiren yetkinlik eğitimlerinin, hastaneler, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) başta olmak üzere uzmanlık dernekleri ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ile iş birliği içinde geniş kapsamlı olarak planlanması, başka ülkelerde örnekleri görülen şekilde basit düzeyde ultrasonografi (US) dâhil laboratuvar ve görüntüleme imkânlarının artırılması BBSH'nin geliştirilmesine katkı sunacaktır. Aile sağlığı çalışanlarına yönelik rutin sertifika programları olumludur ancak aile hekimliği uygulamasında olması gereken yetkinlikler bütüncül bir eğitim olarak lisans eğitimi esnasın-

da verilmeli, ASÇ olarak sertifikalandırılmalı ve eğitimler güncellenmelidir.

Multidisipliner Ekipler

AHB'lerde hekim ve bir ASÇ'den oluşan ekip, başka ülkelerde olduğu gibi sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist hatta klinik eczacı gibi üyelerle genişletilmelidir (23). AH'nin doğrudan yetkinlikleriyle ilgili alanlarda verimli çalışmaları için hemşirelerin görev ve sorumluluklarının yeniden belirlenmelidir (9). Söz gelimi Slovenya örneğinde olduğu gibi kronik hastalık takiplerinde eğitilmiş hemşirelerin daha fazla rol olması söz konusu olabilir (10).

Toplum sağlığı hizmetlerinin Halk Sağlığı Uzmanlarının öncülüğünde bir ekiple koordine bir şekilde sunulması önem taşımaktadır. "Sağlıklı Hayat Merkezleri" (SHM) sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. SHM'ler, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedir (24). Ancak sayı ve dağılımları, ASM'lerle koordinasyonu ve işlevsellikleri henüz yeterli olmaktan uzaktır.

Aile Hekimliği Çalışanların Ücretlendirmesi ve Motivasyon

"Per capita" (kayıtlı kişi başına ödeme) modeline ilave olarak belli gruplara (yenidoğan, çocuk, yaşlı, mahkum) farklı katsayıyla ödeme yapılmakta, başta aşı olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerindeki bazı kalemlerde performansa göre negatif kesinti yapılırken kronik hastalık izlemleri ile ilgili işlemlerden pozitif bir performans verilmekte olduğu belirtilmiştir. Ayrıca laboratuvar tetkikleri için ayrı bir ödeme; donanım ve ilave personel çalıştırma durumlarına göre farklılaşan cari ödeme yapılmaktadır.

Uygulamada belli poliklinik muayenesi sayısına ulaşan birimlere teşvik verilmesi yerine bazı hizmetler için "hizmet başı ödeme uygulaması" düşünülebilir. Söz gelimi basit suturasyon ve pansumanlar, kısa süreli müşahadeler ve nebulizasyon vb. işlemler altyapının ve ekibin güçlendirilmesi ve nüfus azaltılmasıyla birlikte uygulanabilir. "Sürücü olur", "akli meleke" ve "yivsiz av tüfeği ruhsatı" gibi sağlık raporları, anayasal olarak

BBSH'nin başarısı çok sektörlü yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Kurumlarda sağlık kuruluşları dâhil aile hekimliği uygulamasının ve genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerin farkındalığı yetersizdir. Temel sağlık koruyuculuğu kapsamında sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırılmasına yönelik olarak üniversiteler, Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel yönetimler, STK ve medyanın daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir.

Ücretsiz verilmesi öngörülen koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olmayan bir tür bilirkişi raporu mahiyetinde idari raporlar olarak değerlendirilebilir ve aile hekimleri dâhil ücretli verilmelidir.

Başlangıçta özellikle pratisyen hekimler için statü ve sosyal haklardaki iyileşme sonucu olumlu bir çalışma motivasyonunun olduğu söylenebilir. Ancak özellikle kamu binası olmayan ASM binalarında "hizmet verilmesindeki zorluklar, ekipten kaynaklanmayan nüfus azlığı, sağlıkta şiddet, hizmet alanların tıbbi gereklilik içermeyen talepleri, şikayetlerin süzülmeden sağlık çalışanlarına yansıtılması ve aile hekimlerinin yetkinliklerini kullanmasına engelleyen kısıtlamalar motivasyonu olumsuz etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı yanında yerel yönetimler ASM'ler ve 112 istasyonları başta BBSH veren sağlık kuruluşlarının fiziki koşullarını iyileştirmelidir.

Multisektörel Yaklaşımlar

BBSH'nin başarısı çok sektörlü yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Kurumlarda sağlık kuruluşları dâhil aile hekimliği uygulamasının ve genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerin farkındalığı yetersizdir. Temel sağlık koruyuculuğu kapsamında sağlıklı yaşam alışkanlığı kazandırılmasına yönelik olarak üniversiteler,



Millî Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel yönetimler, STK ve medyanın daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir.

Zaman zaman konuşulan ancak uygulamaya geçemeyen "aile danışmanlığı" uygulamasının Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından gündeme getirildiği görülmektedir (25). Öneri olarak üç ya da dört AH birimini (yaklaşık 10.000 nüfus) kapsayacak ve "Aile Sosyal Destek Birimi" olarak tanımlanacak fonksiyonel bir destek biriminin oluşturulması, evde sağlık hizmetleri başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerin etkinliğini artıracaktır.

Sağlık Okuryazarlığından Sağlık Sorumluluğuna

Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlıklarını geliştirme, sürdürme veya iyileştirme, sağlık çalışanlarının desteğiyle veya desteği olmaksızın hastalık ve engellilikle başa çıkma yeteneği ve becerisi geliştirmek çok önemlidir, sağlık hizmetlerinin hem etkinliği hem etkililiği üzerinde önemli etkiler yapar. Sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişiklikleri de dâhil olmak üzere toplumun "güçlendirilmesi", bakım ve tedavi seçenekleri hakkında seçimler yapma ve sağlık kaynaklarının nasıl, nerede ve

hangi amaçlarla kullanılacağı konusunda karar alma süreçlerine "katılımının" sağlanması için sağlık okuryazarlığı yanında "sağlık sorumluluğu" kavramının daha fazla ön plana çıkarılması hizmetlerin verimli kullanılmasına ve kişilerin sağlık bakımlarının da olumlu etkilenmesine yol açacaktır.

Mevcut uygulamada aile hekimlerinin yılda bir kez kişilere ulaşması istenmekte, aşı ve izlemlerde performans uygulanmaktadır. Ancak önemli oranda kayıtlı kişinin aile hekimine başvurmadığı bilinmektedir. Sağlık hizmeti alacak tüm bireylerin "sağlık hizmetlerine erişmek için yılda en az bir kez aile hekimine başvurması" zorunlu tutulabilir. Başlangıçta başvuru artışına yol açabilir ancak kronik hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri başta olmak üzere önemli bir toplum kesiminin BBSH daha etkin kullanımına, sağlık bilgilerinin güncellenmesine ve sağlık istatistiklerinin doğru verilerden oluşmasına katkı sağlar.

Gündemde olan ve yenidoğan tarama programı aleyhine verilen bir yerel mahkeme kararı toplumun "sağlık okuryazarlığı" ve "sağlık sorumluluğu" konusunda yasal ve toplum bilgilendirmesi kapsamında ivedi önlem alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (26).

Sonuç

Aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi ile genel olarak hizmet alanların finansal olarak korunduğu, temel sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı, kapsamlı ve sürekli bir BBSH sunumu mümkün hâle gelmiştir. Sosyoekonomik etkenlerin de katkısıyla temel sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler sağlanmış; bebek, gebe izlemeleri, yenidoğan taramalarında önemli oranda hedefe ulaşılmış ve mobil sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (23). Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında çocukluk çağı aşılama ve bağışıklama oranları yüzde 95'in üzerine çıkmıştır. Ancak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkin aşılama oranları oldukça düşüktür (27). Erişkin aşılama oranlarının GBP kapsamında sistemli bir şekilde uygulanması, risk gruplarına yeni aşılama sağlanması (HPV, Menenjit, Zona Zoster, RSV), hastanelerde erişkin aşı poliklinikleri oluşturulması ve taramalara (Yenidoğanlarda Galaktozidaz ve Pulse Oksimetri ile Oksijen saturasyonu ölçümü, 65 yaş üzerinde Aort anevrizması için Ultrason taraması vb.) eklenmesi koruyucu sağlık hizmetlere katkı sunacaktır (27).

Ülkemizdeki tütün kullanımı, obezite ve diyabet oranındaki yükseklik alarm vermektedir (9). Türkiye'nin kolon, meme ve servikal kanserler için toplum tabanlı önleme ve tarama programlarına; kronik hastalık izlemelerine, fiziksel, beslenme ve metabolik risk faktörleri ile ilişkili koruyucu hizmetlere daha fazla ağırlık vermesi gerekmektedir.

Birincil sağlık bakımındaki fiziki ve teknolojik imkânları iyileştirmek OECD ülkelerine göre düşük olan 10.000 kişiye düşen hekim, ebe ve hemşire sayısını artırmak, personelin yetkinliklerini geliştirmek daha etkin bir hizmet sunumuna imkân sağlayacaktır (9,28). Aile hekimlerinin etkin bir kapı tutucu rol üstlenebilmesi için kayıtlı nüfusları azaltılmalı, uzmanlaşmaya önem verilmeli ve aile hekimliği farklı disiplinleri bir araya getiren entegre sağlık modelleriyle desteklenmelidir. Tele-sağlık ve yapay zekâ sistemleri de kullanılarak sağlık sistemi unsurları arasında koordinasyon ve entegrasyonun sağlanması, toplumsal sağlık bilincinin, hizmet alanların sağlık sorumluluğunun belirginleştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerin multisek-

törel olarak desteklenmesi gerekmektedir (23). Sağlık Bakanlığının bilgi işlem altyapısı ve geline dijital seviye bunu kolaylaştıracak durumdadır (21).

Ülkemizin tamamında yaklaşık 15 yıldır devam eden Aile Hekimliği Uygulamasının politik karar vericiler, hizmeti sunan ve hizmet alanlar tarafından genel kabul gördüğü söylenebilir. Günün şartları, nüfustaki yaşlanma ve teknolojik gelişmelere göre güncellendiği takdirde etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin en önemli bileşeni olmaya devam edecektir.

Kaynaklar

- 1) Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 09.08.2024).
- 2) Declaration of Alma-Ata. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Erişim Tarihi: 20.08.2024).
- 3) Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
- 4) Rasanathan, K., Evans, T.G. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(11):801.
- 5) World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization; 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.
- 6) Global health watch 3: an alternative world health report. London New York: Zed Books; 2011. 372 s. (Global health watch; 3).
- 7) Windak, A., Rochfort, A., Jacquet, J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. *Eur J Gen Pract*. 30(1):2306936.
- 8) Khatri, Resham B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A. & Assefa, Y. People-centred primary health care: a scoping review. *BMC primary care*. 11 Eylül 2023 24(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37946115/> (Erişim Tarihi: 04.08.2024).
- 9) Aydın, S. OECD 2023 Verileri Penceresinden Türkiye'nin Sağlık Durumu. *SD Platform*. 2024. <https://sdplatform.com/oecd-2023-verileri-penceresinden-turkiyenin-saglik-durumu-2/> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).
- 10) Pavlič, D.R., Švab, I., Pribaković, R.B. Slovenia. İçinde: *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459017/> (Erişim Tarihi: 11.08.2024).
- 11) Çadircı, D. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi. İçinde: Demirağ, S., editör. *Hipokrat Aile Hekimliği*. Ankara: Hipokra Yayınevi; 2024.
- 12) Akdağ, R. Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges. *Health Systems & Reform*. 02 Ocak 2015; <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23288604.2014.956017> (Erişim Tarihi: 03.09.2024).

13) T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. /TR,11415/saglikta-donusum-programi.html (Erişim Tarihi: 20.08.2024).

14) Aile Hekimliği Kanunu, R.Gazete: Tarih : 9/12/2004 Sayı :25665. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>.

15) OECD Data Explorer Healthcare coverage. Erişim adresi: [OECD Health Statistics 2023 https://www.oecd.org/health/health-data.htm](https://www.oecd.org/health/health-data.htm) (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

16) Korukluoğlu S. Sevk zinciri: Mevcut durumda çözüm mümkün mü? *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. (48):10-1.

17) Milli Gazete. Aile hekimliği sevk zinciri yumuşatıldı. <https://www.milligazete.com.tr/haber/837003/aile-hekimligi-sevk-zinciri-yumusatildi> (Erişim Tarihi: 23.08.2024).

18) Bektemur G, Arıca S, Gençer MZ. How Should Referral Chain be Implemented in Family Medicine in Turkey? *Ankara Medical Journal*. 28 Eylül 2018. <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17098/amj.461442> (Erişim Tarihi: 22.08.2024).

19) Meseneer, J.D. Aile Hekimliği ve Birinci Basamak - Toplumsal Değişimin Yol Ayrımında. İstanbul: TAHEV; 2018. s.267.

20) Organization WH. Successful health system reforms: the case of Turkey. Geneva: World Health Organization. 2012.

21) Birinci, Ş. Sağlıkın Nabzını Tutacak Yeni Bir Uygulama: e-Nabız. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Aralık 2015;86-9.

22) Definition 3rd ed 2011 with revised wonca tree. pdf. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (Erişim Tarihi: 13.06.2018).

23) Bağcı, H., Egici, M.T., Öztaş, D., Gençer, M.Z., Nizamoğlu Mercan, G. The Effect of Family Medicine Implementation on Primary Health Care Services: Northeast Anatolia Region Evaluation. *Haydarpaşa Numune Med J [Internet]*. 2020; Erişim adresi: <https://hntipdergisi.com/jvi.aspx?un=HNHJ-98215&volume=> (Erişim Tarihi: 23.01.2021).

24) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM). Erişim adresi: <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> (25.08.2024).

25) Denizli Haber - Denizli 24 Haber - son dakika Denizli haberleri. Her aileye aile danışmanı geliyor. Erişim adresi: <https://www.denizli24haber.com/haber/her-aileye-aile-danismani-geliyor-61401> (Erişim Tarihi: 09.08.2024).

26) Sağlık Bakanlığının Kars aile mahkemesinin "topuk kanı" kararına ilişkin açıklama [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligindan-kars-aile-mahkemesinin-topuk-kanikararina-iliskin-aciklama/3310664> (Erişim Tarihi: 25.08.2024).

27) Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2028, 2020, 2022 Sağlık Bilgi Sistemleri GM, Ankara. Erişim adresi: /TR,11588/istatistik-yilliklari.html (Erişim Tarihi: 20.12.2020).

28) Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., vd. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013;382(9886):65-99.