

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri GZFT analizi

Dr. Şeyma Handan Akyön



Şeyma Handan Akyön, 1994 yılında İngiltere/Cardiff'te doğdu. 2018 yılında Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2019-2023 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık eğitimi tamamlayarak Aile Hekimliği Uzmanı ünvanı aldı. 2023 yılından itibaren Bilecik Gölpaazarı İlçe Devlet Hastanesi 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde uzman doktor olarak görevine devam etmektedir. Ayrıca 2023 yılından beri EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Türkiye Etkinlikler Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. EYFDM bünyesindeki özel ilgi gruplarından biri olan 'Digital Health & Artificial Intelligence'in kurucusu ve liderlerinden biridir.

Sağlık, insan yaşamının en temel unsurlarından biridir ve sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin refahı ve toplumların gelişimi için olmazsa olmazdır. 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile uluslararası sağlık eşitliği gündemine taşınan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH), Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Herkes İçin Sağlık" hedefinin temel taşıdır. BBSH, bireylerin yaşamları boyunca ihtiyaç duydukları temel sağlık hizmetlerine eşit ve adil bir şekilde erişim sağlamayı hedefler. Bu kapsamda, toplumun sağlık ihtiyaçlarına odaklanan, koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran ve hastalıkları önlemeyi hedefleyen bir yaklaşım benimser. Güçlü bir BBSH altyapısının, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, maliyet etkinliği ve eşitlikliliği artırdığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır. DSÖ'ye göre, düşük ve orta gelirli ülkelerde birinci basamak (BB) sağlık müdahalelerinin yaygınlaştırılması, 2030 yılına kadar 60 milyon hayat kurtarabilir ve ortalama yaşam süresini 3.7 yıl artırabilir. Bu nedenle, sağlık sistemlerinde BBSH'ye yatırım yapmak hem bireylerin hem de toplumların refahı için büyük önem taşımaktadır.

Bu bölümde, dünyada BB sağlık kuruluşlarının mevcut durumunu ele alarak, BB sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatları ve tehditleri GZFT analiziyle değerlendirecektir. Amacımız, BBSH'nin gelecekteki gelişimine yön verecek önemli noktaları ortaya

koymak ve sağlık sistemlerinin bu hizmetlere daha etkin bir şekilde entegre edilmesi için yol gösterici bilgiler sunmaktır.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Aile Sağlığı Merkezleri, bireylerin temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlar. Birleşik Krallıkta Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), Genel Pratisyenler aracılığıyla kapsamlı BB sağlık hizmetleri sunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), 1920'lerde Kanada ve Birleşik Krallıkta yetersiz sağlık hizmeti alan nüfuslara yönelik olarak ortaya çıkmıştır. Zamanla; Afrika, Avustralya, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika gibi birçok yerde kapsamlı ve entegre hizmetler sunan sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak gelişmişlerdir. TSM'ler, bölgesel sağlık risklerini belirleyerek koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eder. Batı Avrupa'da, halk sağlığı hizmetleri ve aile hekimliği hizmetlerini bir arada sunan daha büyük ve bütünsel BB merkezlerin oluşturulması eğilimi vardır. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), bireyleri sağlığa yönelik risklerden korumak ve sağlıklı yaşamı teşvik etmek amacıyla kurulmuştur. 2016'dan itibaren Norveç'te aktifleştirilen SHM'lerde yaşam tarzı değişiklikleri müdahaleleri olumlu sonuçlar vermiştir. Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi evlerinde tedavi ve bakım hizmetleri almasını sağlamaktadır. Dünya genelinde önemli bir sağlık ve sosyal hizmet sunum

modeli haline gelmiştir. Danimarka'da bu hizmetler tek bir belediye sistemi altında entegre edilirken, Almanya ve Hollanda'da sağlık ve sosyal bakım tek bir finansman kaynağı üzerinden yönetilmektedir. Türkiye, Fransa, İtalya, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde göçmen sağlığı merkezleri (GSM), göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri sunar. Kanada'nın "Benim Sağlık Ekiplerim" ve Avustralya'nın "Sağlık Bakımı Evleri" ile "Birincil Sağlık Ağları", ekip tabanlı bakımı vurgulayarak hastaların koordineli hizmetler almasını sağlar. Bu modeller, tıbbi ve sosyal hizmetleri entegre ederek kronik hastalıkların yönetimini ve yetersiz hizmet alan popülasyonlara erişimi iyileştirmeyi amaçlar. Dünya genelinde çeşitli yeni Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri modelleri bulunmaktadır. Bu hizmetlerin entegre edilmesi, çeşitli ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli iyileşmelere yol açmıştır.

Uluslararası Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması: GZFT Analizi

Güçlü Yönler

Elektronik Sağlık Kayıtları (EHR) ve Dijital Sağlık Teknolojilerinin Entegrasyonu: Dijital teknolojiler (e-sağlık), sağlık sonuçlarını ve faaliyetlerini desteklemek, verimliliği ve bakım kalitesini artırmak için önemlidir. 2013-2018 yılları arasında Avrupa'da yapılan bir araştır-



ma, 27 ülkenin tamamında e-sağlık kullanımının arttığını göstermiştir. Danimarka, Estonya, Finlandiya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık en yüksek uygulama düzeylerine sahipken, Yunanistan, Lüksemburg ve Slovakya'da benimseme oranı düşük kalmıştır. EHR sistemleri, özellikle Avustralya, Kanada, İsrail ve ABD'de iyi yapılandırılmış ve kronik hastalığı olan hastalar için önleyici ve sürekli bakım hizmetlerini izlemeye yardımcı olabilir. EHR, karmaşık sağlık ihtiyaçları olan bireyler için bakımın iyileştirilmesine katkıda bulunur, hastane yatış sürelerini azaltarak maliyetleri düşürür ve sağlık sonuçlarını iyileştirir. Elektronik reçete (e-reçete) sistemleri, yazılan reçetelerin elektronik olarak bir eczaneden alınmasını sağlar, ilaç kullanımını izler ve doğruluğu artırır. İngiltere'de "kağıtsız" sağlık hizmetine geçiş hızlanırken, Türkiye'deki e-nabız uygulaması sağlık okuryazarlığını artırarak bireylerin sağlık hizmetlerine katılımını teşvik etmektedir. E-sağlık, hasta yönetimi, hastalık takibi ve erişilebilirlik konularında önemli avantajlar sunarak BB sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır.

Kapsamlı Bakım ve Hizmet Sunumu: Hollanda'da hastaların yüzde 96'sı BB'de tedavi edilmekte ve sağlık

hizmetleri zorunlu sosyal veya sigorta karışımı ile finanse edilmektedir. Dijital sağlık kayıtları yaygın olarak kullanılırken, aile hekimliği geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır. Belçika'da BB sağlık hizmetleri aile hekimleri ve genel pratisyenler tarafından sunulmakta olup, hastaların doğrudan uzman doktorlara erişimini sınırlayan bir kapı bekçiliği modeli uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri zorunlu sağlık sigortası tarafından finanse edilir ve hastalar küçük bir katkı payı öder. Finlandiya'nın sağlık sistemi, vergilendirme yoluyla finanse edilmesi ve kamu tarafından sağlanması bakımından diğer İskandinav ülkelere benzerdir. Kore'de ise eşitliği artırmak ve maliyetleri kontrol altında tutmak amacıyla yapılan reformlar, sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasını sağlamıştır. Bu reformlar, hem sağlık çalışanlarının daha etkili çalışmasını sağlamakta hem de hastaların kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini artırmaktadır, bu da sağlık sistemlerinin genel performansını ve hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Toplum Yönelimli Olma: BBSH, sadece temel sağlık hizmetlerinden ibaret değildir; toplumun sağlığa yönelik bütüncül bir yaklaşımını ifade eder. Bu yaklaşım, çok sektörlü iş birliği, toplumun

güçlendirilmesi ve tüm sağlık hizmeti düzeylerini kapsayan entegre sistemleri içerir. BBSH, sağlık hizmetlerini ulaşılmayan kesimlere götürmenin en uygun maliyetli, adil ve erişilebilir yoludur. Başarılı BBSH modelleri, toplum sağlığı çalışanlarının katılımını ve yerel halkın sürece dahil olmasını teşvik eder. Kronik hastalık yönetimine odaklanması ve hasta/toplum katılımının güçlendirilmesi önemlidir. Örneğin kişi odaklı güçlü aile hekimliği hizmeti sunan Belçika ve ABD gibi ülkeler yerel nüfusun daha fazla katılımıyla daha disiplinler arası ve toplum odaklı bir BB sağlık ekibine olan ihtiyacı ve sektörler arası eylemin sağlık için faydalarını keşfetmiştir. Ayrıca Brezilya ve Kosta Rika'nın aile sağlığı ekipleri, sağlık çalışanlarıyla birlikte çok disiplinli ekiplerin sağlık sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğunu göstermiştir. ABD'de TSM'ler, özellikle tıbbi açıdan savunmasız olan şehir içi ve kırsal bölgelerdeki nüfuslara yönelik olarak kapsamlı, koordine edilmiş ve entegre sağlık hizmetleri sunmaktadır. Çin'de BBSH ana sağlayıcısı olan ve sağlığa erişimi artırmayı ve eşitliği teşvik etmeyi amaçlayan politikalarla desteklenen TSM'ler, Çin'in 2020 Sağlıklı Çin Planı kapsamında, tüm vatandaşlara güvenli, etkili, uygun ve erişilebilir temel sağlık hizmetleri sunmayı hedeflemektedir.

OECD verilerine göre, pandemi kanser tarama programlarını olumsuz etkileyerek tarama oranlarını düşürmüştür ve bekleme sürelerini daha da kötüleştirmiştir. Sağlık sistemlerinin sağlık krizlerine karşı dirençli olabilmesi için güçlü bir birinci ve toplum sağlığı bakımının gerekli olduğu anlaşılmıştır.

Zayıf Yönler

Kaynak Yetersizlikleri: Dünyada BB sağlık kuruluşlarının karşılaştığı zorluklar arasında sağlık çalışanlarının azalması ve iş yükünün artması önemli bir yer tutmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkelerinde genel tıbbi pratisyenlerin oranı 2000 ile 2017 yılları arasında birçok ülkede yüzde 20'nin üzerinde azalmıştır. Bu durum, BB sağlık hizmeti sağlayıcılarının artan klinik ve idari iş yüküyle başa çıkmakta zorlanmalarına neden olmaktadır. Örneğin Avustralya, Birleşik Krallık, Danimarka, İsrail, Estonya ve İrlanda'da genel tıp pratisyenlerinin payı bu dönemde önemli ölçüde azalmıştır. Bu durum, BB sağlık ekipleri üzerinde hem klinik hem de idari iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde, Kanada'da aile hekimleri haftada ortalama çalışma süresi Kanadalıların ortalama haftalık çalışma süresinden 14 saat daha fazladır. İngiltere'de NHS, genel pratisyenlerin zamanının yüzde 11'inin evrak işleriyle geçtiğini tahmin etmektedir. İngiltere'de, BBSH geniş kapsamlı olmasına rağmen, finansman sorunları ve sağlık personeli eksiklikleri zaman zaman ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, bazı bölgelerde hizmetlerin yeterin-

ce erişilebilir olmaması gibi sorunlar da yaşanabilmektedir. Benzer şekilde, ABD'nin de BB sağlık hekimlerinin çalışma gününün yarısından fazlasını EHR ile etkileşimde geçirdikleri bulunmuştur. Tayland'da yeterli doktor bulunmaması ve hastaların genellikle doğrudan hastanelere başvurması nedeniyle BB'de kalite sorunları yaşanmaktadır.

Sağlık Eşitsizlikleri: Erişilebilirlik, bir hastanın bir klinisyenle herhangi bir sorun için etkileşim başlatmasının ne kadar kolay olduğunu ifade eder. Aynı zamanda coğrafi, idari engeller, finansman, kültür ve dil gibi bariyerleri ortadan kaldırmayı da içerir. Sağlıkta eşitsizlikler, BBSH'ye erişimde belirgin bir sorun oluşturmaktadır. OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimdeki mali engeller, birçok birey için hala önemli bir sorun teşkil etmektedir. Örneğin düşük gelirli bir bireyin uzman bir hekime erişim olasılığı, yüksek gelirli bir bireye göre yüzde 12 daha düşüktür. Bu durum, sağlık sistemindeki eşitsizlikleri artıran bir faktör olarak öne çıkmaktadır. 2016 itibarıyla 32 OECD ülkesinin 12'sinde BB sağlık hizmetlerine erişimde kullanıcı ücretleri veya mali paylaşım düzenlemeleri bulunmaktadır. Finlandiya, İzlanda, Japonya, Letonya,

Tablo 1. Seçili Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin GZFT Analizi

Ülke	Güçlü Yönler	Zayıf Yönler	Fırsatlar	Tehditler
Hollanda	Kapsamlı bakım, dijital sağlık kayıtları kullanımı	Coğrafi kısıtlamalar	Tele-sağlık uygulamaları, Performansa dayalı ödeme	Sağlık hizmetlerine talep artışı
Belçika	Kapsamlı bakım, toplum yönelimli olması	Yüksek maliyetler	Dijital sağlık çözümleri	Yaşlanan nüfus
Finlandiya	EHR kullanımı, kamu finansmanı, koruyucu hekimlik	Personel eksiklikleri	Dijital sağlık teknolojileri	Sağlık eşitsizlikleri
Türkiye	Sağlıklı Hayat Merkezleri, geniş hizmet yelpazesi, EHR kullanımı	Finansman ve kaynak yetersizlikleri	Dijital sağlık uygulamaları	Ekonomik zorluklar ve doğal afetler
İngiltere	Güçlü aile hekimliği sistemi, NHS kapsamı	Finansman kısıtlamaları, personel eksiklikleri	Dijital sağlık çözümleri	Brexit sonrası belirsizlikler
Kanada	Gelişmiş EHR kullanımı, kapsamlı sağlık hizmetleri	Uzun bekleme süreleri, personel eksiklikleri	Tele-sağlık gelişimi, e-Sağlık çözümleri	Sağlık maliyetlerinin artması
Almanya	Güçlü sosyal sağlık sigortası sistemi	Bölgesel erişim farklılıkları	Mobil sağlık klinikleri	Yaşlanan nüfus, artan sağlık harcamaları
Avustralya	Kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetleri, EHR kullanımı	Kaynak yetersizlikleri	Tele-sağlık gelişimi	Coğrafi izolasyon, yaşlanan nüfus
İsveç	Gelişmiş sağlık teknolojileri, yüksek sağlık standartları	Eşitsizlikler, bazı kırsal alanlarda sağlık erişimi	Dijital sağlık çözümleri, tele-sağlık	Ekonomik baskılar, sağlık maliyetlerinin artması
Amerika Birleşik Devletleri	Güçlü birinci basamak sağlık altyapısı, gelişmiş EHR kullanımı	Yüksek sağlık hizmeti maliyetleri, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler	Tele-sağlık ve e-sağlık çözümleri yaygınlaşması	Yüksek sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamındaki belirsizlikler



Norveç, Portekiz, Slovenya ve İsveç'te hastalar, BB hizmetleri için kullanıcı ücretleri ödemektedir. Almanya, Fransa ve ABD gibi bazı ülkeler, COVID-19'a yanıt olarak hastalığın tanı testlerini kapsayacak şekilde özel önlemler almıştır. Sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için, hemşire uygulayıcılar, toplum eczacıları ve toplum sağlığı çalışanlarının rolünü artırmak, dijital danışmanlıkları yaygınlaştırmak ve mobil sağlık hizmetleri sunmak gibi stratejiler önerilmektedir. Bu çabalar, sosyal ve ekonomik engelleri ele alarak hastaların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Koruyucu Sağlıkta Yetersizlikler: Koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik çalışmaların eksikliği birçok ülkede BB sağlık sistemlerini olumsuz etkilemektedir. OECD ülkelerinde, diyabet, astım, KOAH, kalp yetmezliği ve hipertansiyon gibi önlenebilir hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış süresinin yüzde 5,8'ini oluşturur ve 2016'da 21.1 milyar ABD doları maliyet yaratmıştır. OECD ve AB ülkelerinde kronik hastalığı olanların dörtte biri, son 12 ay içinde

önerilen koruyucu testleri yaptırmamıştır. Avustralya, Birleşik Krallık, Danimarka, İsrail, Estonya ve İrlanda'da genel tıp pratisyenlerinin oranı 2000-2017 arasında yüzde 20'den fazla azalmış, bu da önleyici bakıma ayrılan zamanın azalmasına neden olmuştur. Ayrıca, Norveç, ABD ve İsveç'te hastaların yüzde 45'ten fazlası, Almanya'da yüzde 29 civarında bakım koordinasyon sorunları yaşamaktadır. Kanser taramaları, kanseri erken aşamada tespit ederek tedavi başarısını artırır ve maliyetleri düşürür. Meme kanseri, OECD ülkelerinde kadınlar arasında en yüksek görülme oranına sahip kanserdir ve mamografi taraması erken teşhis için oldukça önemlidir. 2021'de en yüksek mamografi tarama oranları Danimarka, Finlandiya, Portekiz ve İsveç'te (%80 veya daha fazla) görülmüş, en düşük oranlar ise Meksika, Türkiye, Slovak Cumhuriyeti ve Macaristan'da (%30'un altında) kaydedilmiştir.

Fırsatlar

Tele-Sağlık Uygulamaları ve Mobil Klinikler: Dijital sağlık, temel sağlık hizmetlerinin kapsamını artırarak sağlık

sonuçlarını iyileştirir. DSÖ'nün Küresel Dijital Sağlık Stratejisi, bu amaçla dijital sağlık girişimlerine rehberlik eder. Tele-tıp, özellikle uzak bölgelerde yaşayan halkın sağlık sistemine erişimini artırır. Pandemi döneminde tele-tıp alanında gelişmelerin hızlanması ile telekonsültasyonlar artmış ve 2021 yılında tüm doktor konsültasyonlarının yüzde 19'unu oluşturmuştur. Kanada'da tele-tıp, uzak bölgelerdeki hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak eşitsizlikleri azaltır. Hollanda'da tele-tıp yaygın kullanılsa da kullanım düzeyi farklılık gösterir. Kanada ve ABD'de pratisyen hekimler, özellikle çevrim içi konsültasyonlar için e-sağlığı benimsemektedir. Brezilya'nın Minas Gerais eyaletinde tele-tıp, küçük ve uzak şehirlerde temel sağlık hizmetlerini destekler. Çin'in kırsal kesimlerinde "internet hastaneleri" yüksek kaliteli bakım sunar. OECD ülkelerinde, düşük gelirli ve azınlık grupları genellikle daha kötü sağlık durumuna sahiptir. Mobil sağlık klinikleri, özellikle şehir içi ve kırsal alanlarda engelleri aşarak savunmasız kesimlere hizmet sunar. ABD, Meksika, Almanya ve Portekiz'de kırsal bölgelerde mobil klinikler uygulanmakta, yeterli BB sağlık hizmeti sağlamak ve sağlık çalışanı yetersizliğini hafifletmek için kullanılmaktadır. Uluslararası deneyimler, mobil sağlık kliniklerinin savunmasız popülasyonların güvenini kazanabileceğini ve tarama hizmetlerine erişimi artırarak sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir.

Sağlıkta Yapay Zekâ Kullanımı: Yapay zekâ (YZ), aile hekimliğinde hasta triyajı yaparak, konsültasyonları hızlandırarak ve kronik hastalık yönetimini iyileştirerek doktorların hasta etkileşimlerine ve tıbbin sanatıyla ilgilenmelerine odaklanmalarını sağlayabilir. YZ, tıpkı stetoskop gibi tıbbi uygulamaları dönüştürebilecek potansiyele sahiptir ve doğru kullanıldığında daha verimli, doğru ve özelleştirilmiş bakım sunar. YZ, sağlık hizmetlerinde teşhis ve tedavi süreçlerini iyileştirme potansiyeline sahiptir. ABD, Çin, Singapur, Birleşik Krallık ve Kanada gibi ülkeler, YZ gelişimi ve uygulamalarında öne çıkan ülkeler arasında yer almaktadır. BBSH'de kullanılmak üzere geliştirilen yapay zekâ destekli araçlar son senelerde yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak, YZ'nin entegrasyonu sırasında önyargı, veri gizliliği ve sorumlu gelişim gibi zorluklar da ele alınmalıdır.

Biofilik Tasarım: Aile Sağlığı Merkezlerinin tasarımında biofilik yaklaşımlar benimsenebilir. Biofilik tasarım, doğal unsurları iç mekanlara entegre ederek hastaların ve personelin refahını artırmayı amaçlar. Doğal ışık, bitkiler ve su özellikleri gibi unsurların kullanımı, hastaların iyileşme sürelerini kısaltabilir, stres seviyelerini azaltabilir ve genel olarak iyileşme deneyimlerini iyileştirebilir. Araştırmalar, doğayla bağlantının hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Biofilik tasarımın benimsendiği sağlık merkezlerine örnek olarak Singapur'daki Khoo Teck Puat Hastanesi, İngiltere'deki Nuffield Sağlık Merkezi ve ABD'deki Cleveland Kliniği ile New York-Presbyterian Hastanesi verilebilir.

Tehditler

Ekonomik Zorluklar: Ekonomik koşullar, BB sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği açısından kritik bir öneme sahiptir. OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, artan ekonomik zorluklar ve yüksek sağlık maliyetleri nedeniyle tehdit altındadır. Birçok ülke, BB sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasını ve bakım sürekliliğini teşvik etmek için daha fazla ekonomik teşvikler gerekmektedir. İsrail, Meksika ve Birleşik Krallık gibi 11 OECD ülkesi, bakım koordinasyonunu, önleme faaliyetlerini ve kronik hastalıkların aktif yönetimini teşvik etmek amacıyla 2018 yılında belirli ek ödemeler uygulamıştır. Ayrıca, Şili ve Hollanda gibi 15 ülke, BB sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ödeme yöntemlerini kullanmaktadır. Bu politikalar ve uygulamalar, sağlık harcamalarının artan yükü karşısında sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak için kritik öneme sahiptir.

Yaşlanan Nüfus: Yaşlanan nüfus ve artan sağlık talepleri, BB sağlık hizmetlerinin önemini artırmaktadır. OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2017'de yüzde 17 iken 2050'de yüzde 28'e çıkması beklenmektedir. Bu nüfusun yüzde 40'a kadarı çoklu morbidite ile yaşamakta olup, yüzde 25'i üç veya daha fazla kronik hastalıktan mustariftir. Avrupa Birliği ülkelerinde yetişkin nüfusun yüzde 20'si kronik ağrı, yüzde 17'si ise anksiyete veya depresyon gibi ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. Karmaşık sağlık ihtiyaçlarına sahip küçük bir grup, sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.



En yüksek maliyetli hastaların yüzde 10'u, sağlık harcamalarının yüzde 68'ini, yüzde 5'i yüzde 55'ini ve yüzde 1'i yüzde 24'ünü oluşturmaktadır. Sağlık ihtiyaçlarının artmasına karşın, kaynakların büyümesi sınırlıdır. Birçok ülke, sağlık harcamalarının hükümet bütçelerindeki payını artırmıştır. Ancak gelecekte artan taleplerle başa çıkmanın zor olabileceği öngörülmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun artması, evde bakım hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Bu hizmetler, hastaların evde sağlık bakımına erişimini sağlayarak hastane yatışlarını ve sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltır. Palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi de, terminal dönem hastalarının ve ağır kronik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

Küresel Sağlık Tehditleri: COVID-19 pandemisi, birçok ülkede BB sağlık hizmetlerinde önemli zorluklara yol açmıştır. OECD verilerine göre, pandemi kanser tarama programlarını olumsuz etkileyerek tarama oranlarını düşürmüş ve bekleme sürelerini daha da kötüleştirmiştir. Sağlık sistemlerinin sağlık krizlerine karşı dirençli olabilmesi için güçlü bir birinci ve toplum sağlığı bakımının gerekli olduğu anlaşılmıştır. Pandemi sırasında, birçok ülkede aile hekimliği sistemlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Örneğin Azerbaycan kırsal bölgelerde daha güçlü bir hizmet modeli geliştirmiş, Çekya çok disiplinli ekiplerle zihinsel sağlık hizmetlerini ev-

lere yakın sunmaya başlamış, Fransa çok disiplinli ekiplerle belediye sosyal hizmetleri arasındaki koordinasyonu güçlendirmiştir. Gürcistan, kapsamlı bir birincil sağlık reform sürecini hızlandırmış, İngiltere ise elektronik sağlık kayıtlarına erişimi ve telekonsültasyonları artırarak ilerleme sağlamıştır. Bu küresel örnekler, aile hekimliği sistemlerinin kriz durumlarında esneklik ve yenilikçi çözümler üretebildiğini göstermektedir.

Savaşlar ve Doğal Afetler: Büyük afetler, özellikle savaş ve depremler, BB sağlık merkezlerinin dayanıklılığını artırmayı zorunlu kılmaktadır. Bu merkezlerin dayanıklılığı, acil durumlarda toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kritik öneme sahiptir. Yakın zamanda Ukrayna ve Gazze'deki çatışmalar, Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen deprem, sağlık altyapısının ciddi zarar görmesine ve BB sağlık merkezlerinin işlevlerini yerine getirememesine neden olmuştur. Bu durumlar, halk sağlığı hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ve sağlık çalışanlarının güvenliğini korumak adına sağlık tesislerinin fiziksel olarak güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda, BB sağlık tesislerinin bomba korumalı camlar, sığınaklar ve basınca dayanıklı kapılar gibi önlemlerle donatılması ve acil durum planlarının oluşturulması gerekmektedir. Bu hazırlıklar, afet durumlarında sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak ve toplumun sağlığını korumak için hayati öneme sahiptir.

Sonuç

Sonuç olarak, BBSH toplum sağlığının korunmasında kritik bir rol oynamaktadır. Hollanda, Belçika ve Türkiye gibi ülkelerdeki modeller, kapsayıcı bakım ve dijital sağlık teknolojileri entegrasyonunda önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Ancak ekonomik zorluklar, sağlık personeli eksiklikleri ve eşitsizlikler gibi zayıf yönler mevcuttur. Yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık yükü, bu hizmetlerin önemini artırmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezleri, bireylere ve toplumlara hizmet sunmak için dinamik ve adaptasyon yeteneği olan yapılar olarak şekillenmektedir. Sağlık sistemi dönüşümünde BBSH, toplum merkezli, engelleri azaltan, koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendiren ve dijital teknolojileri entegre eden bir yaklaşım benimsemelidir. Bu şekilde, herkes için daha adil ve erişilebilir bir sağlık sistemi hedeflenebilir.

Kaynaklar

- Akman, M. "Strength of Primary Care in Turkey." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014; 18(2): 70-79.
- Akyon, S.H. "Telesağlık ve Uzaktan Hasta Bakım: Pandemiyle Başa Çıkmak için Teknolojik Yaklaşımlar." *Aile Hekimliğinde Pandemi Yönetimi*. Ankara: Hipokrat Yayınevi, 2024;1: 75-80.
- Allen, Luke, N., Pettigrew, L. M., Exley, J., Nugent, R., Balabanova, D., Villar-Urbe, M., Baatiema, L. et al. "The Role of Primary Health Care, Primary Care and Hospitals in Advancing Universal Health Coverage." *BMJ Global Health*. 2023; 8(12): e014442.
- Avery, D.M. "Factors Associated with Choosing Family Medicine as a Career Specialty: What Can We Use." *Am J Clin Med*. 2009; 6(4): 54-58.
- Bitton, A., Hannah, L.R., Veillard, J.H., Kress, D.H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F. et al. "Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of General Internal Medicine*. 2017; 32(5): 566-571.
- Çöme, O., & Mevsim, V. "E-Health Solutions in Primary Health Care." *The Journal of Turkish Family Physician*. 2023; 14 (1): 30-41.
- Evans, G. W. "The Built Environment and Mental Health." *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2003; 80(4): 536-555.
- Geneva: World Health Organization. "Global Strategy on Digital Health 2020-2025," 2021 <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsd4hd2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M.A. "Factors Determining the Success and Failure of EHealth Interventions: Systematic Review of the Literature." *Journal of Medical Internet Research*. 2018; 20(5): e10235.
- Health Systems in Transition. *United Kingdom: Health System Review 2022*; 42(1). ISBN: 1817-6119.
- Hobbs, F.D.R., Bankhead, C., Mukhtar, T., Stevens, S., Perera-Salazar, R., Holt, T., & Salisbury, C. "Clinical Workload in UK Primary Care: A Retrospective Analysis of 100 Million Consultations in England, 2007–14." *The Lancet*. 2016; 387(10035): 2323–2330.
- Kringos, D.S., van Riet Paap, J., & Boerma, W.G.W. "The Netherlands." In *Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. PMID: 29064645.
- Lin, S., Sattler, A., & Smith, M. "Retooling Primary Care in the COVID-19 Era." *Mayo Clinic Proceedings*. 2020; 95(9): 1831–1834.
- Litsios, S. "On the Origin of Primary Health Care." In *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. NCBI Bookshelf. 2015. PMID: 26378335.
- Macinko, J., Starfield, B. & Shi, L. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998." *Health Services Research*. 2003; 38(3): 831–85.
- Maeseneer, J. D., Moosa, S., Pongsupap, Y. & Kaufman, A. "Primary Health Care in a Changing World." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 2008; 58(556): 806–809, i–ii.
- Moore, T.H.M., Kesten, J.M., López-López, J.A., Ijaz, S., McAleenan, A., Richards, A., Gray, S., Savovič, J., & Audrey, S. "The Effects of Changes to the Built Environment on the Mental Health and Well-Being of Adults: Systematic Review." *Health & Place*. 2018; 53: 237–57.
- Nagel, D.A., Keeping-Burke, L., & Shamputa, I. C. "Concept Analysis and Proposed of Community Health Center." *Journal of Primary Care & Community Health*. 2021, PMID: 34541950.
- OECD Indicators. "Health at a Glance 2023." OECD, November 7, 2023. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD Legal Instruments. "Recommendation of the Council on Artificial Intelligence," 2024. <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0449>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD. "Making Reform Happen. Lessons from OECD Countries." OECD, May 26, 2010. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- OECD. "Realising the Potential of Primary Health Care." OECD, May 30, 2020. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Peeters, J. M., Krijgsman, J.W., Brabers, A.E., De Jong, J.D., & Friele, R.D. "Use and Uptake of EHealth in General Practice: A Cross-Sectional Survey and Focus Group Study Among Health Care Users and General Practitioners." *JMIR Medical Informatics*. 2016; 4(2): e11.
- Samdal, G.B., & Meland, E. "Ten Years' of Healthy Life Centers – Research and Directions for Future Work." *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022; 50(7): 1034–1038.
- Sevild, C.H., Niemiec, C.P., Bru, L.E., Dyrstad, S.M. & Lunde Husebø, A.M. "Initiation and Maintenance of Lifestyle Changes among Participants in a Healthy Life Centre: A Qualitative Study." *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1006.
- Shi, L., Starfield, B., Xu, J., Poltzer, R., & Regan, J. "Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization Key Points." *Southern Medical Journal*. 2003; 96(8): 787-795.
- Sixty-second World Health Assembly. "Primary Health Care, Including Health Care Strengthening." *Resolution, 2009*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Soriano, M; Milena, R.M.F., Santos, J.P.A., Cardoso, C.S., Ribeiro, A.L., & Alkmim, M.A. "The Experience of a Sustainable Large Scale Brazilian Telehealth Network." *Telemedicine and E-Health*. 2016; 22(11): 899–908.
- Summerton, N., & Cansdale, M. "Artificial Intelligence and Diagnosis in General Practice." *British Journal of General Practice*. 2019; 69(684): 324–325.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. E-KUTUPHANE, 2012. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/453>. (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Wang, H.H.X., Wang, J.J., Wong, S.Y.S., Wong, M.C.S., Mercer, S.W. & Griffiths, S.M. "The Development of Urban Community Health Centres for Strengthening Primary Care in China: A Systematic Literature Review." *British Medical Bulletin*. 2015; 116(1): 139–154.
- Winters, M., Rechel, B., De Jong, L., & Pavlova, M. "A Systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe." *BMC Health Services Research*. 2018; 18(1): 1–10.
- World Health Organisation (WHO). "Home Care in Europe: The Solid Facts," 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/328766> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). "Primary Health Care," 2023. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*, 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organisation (WHO). *Primary Health Care: Making Our Commitments Happen: Realizing the Potential of Primary Health Care*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5173-44936-63926> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- World Health Organization. *Strengthening Health-System Emergency Preparedness*, 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-health-system-emergency-preparedness> (Erişim Tarihi: 01.08.24).
- Xie, X., Zhou, W., Lin, L., Fan, S., Lin, F., Wang, L., Guo, T. et al. "Internet Hospitals in China: Cross-Sectional Survey." *Journal of Medical Internet Research*. 2017; 19(7): e239.