

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI

22-23 ŞUBAT 2025
BURSA TABİP ODASI



BAŞKA BİR
SAĞLIK SİSTEMİ
BAŞKA BİR
HEKİMLİK ORTAMI
MÜMKÜN!



Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün

Başka Bir Hekimlik Ortamı Mümkün



Değerli Meslektaşlarım,

22-23 Şubat 2025 tarihlerinde gerçekleştirdiğimiz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalıştayı'nda, sağlık sistemlerinin temel taşı olması gereken birinci basamak hizmetlerini ele aldık.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, halk sağlığının güvencesi, koruyucu hekimliğin kalbidir. Merkez Konsey başkanımız Alpay Azap'ın dediği gibi "Birinci basamak her şeyin başıdır." Bursa Tabip Odası olarak yıllardır düzenlenmesi için çaba gösterdiğimiz bu çalıştayı, yönetimimiz döneminde gerçekleşmesi bizlere onur verdi.

Çalıştayı sonunda, raporların ana fikrine sadık kalınarak "Sonuç ve Öneri" kısmı eklendi. Ardından TTB içindeki her görüşün kıymetli olduğunun inancıyla çalıştay çıktıları "Çalıştay sohbet grubunda" katılımcılarla paylaşıldı ve geri bildirim almak adına online bir anket düzenlendi. Anketi tamamlayan 15 meslektaşımızın katkıları, raporun son bölümüne dahil edildi. Ayrıca, çalıştayda ele alınan konulara giriş niteliğinde hazırlanan bölümlerin kaynakçalarına da 45. sayfadan ulaşabilirsiniz.

Bu çalıştayı, birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda yapılması gereken çok daha kapsamlı tartışmaların başlangıcı olduğunun farkındayız. Önümüzdeki süreçte TTB çatısı altında bu konunun daha kapsamlı ve derinlemesine ele alınacağına inanıyoruz. Çalıştayımızda ya da raporumuzda eksik kalan ya da gözden kaçan noktalar için anlayışınızı rica ederiz.

Çalıştayı düzenleme sürecinde büyük emekleri olan Alpaslan Türkkân'a ve Merkez Konsey Üyemiz Sayın Güzide Elitez'e, ayrıca çalıştayı gerçekleştirmesini sağlayan başta Merkez Konsey Başkanımız Alpay Azap olmak üzere tüm Merkez Konsey üyelerine ve en önemlisi bizleri yalnız bırakmayan TTB gönüllülerine teşekkürlerimizi sunarız.

BTO Yönetim Kurulu Adına
Dr. Muhsin Güllü

ÇALIŞMA GRUPLARI

03

SONUÇ BİLDİRGESİ

06

ÖRGÜTLENME

07

FİNANSMAN

14

HİZMET SUNUMU

19

SAĞLIK EMEK GÜCÜ

24

ÇALIŞAN SAĞLIĞI

30

OLAĞANDIŞI DURUMLARDA BİRİNCİ BASAMAK

38

KAYNAKÇA

45

KATILIMCILARIN KATKISI

46

Çalışma Grupları



Örgütlenme Çalışma Grubu

MELTEM ÇİÇEKLIOĞLU

Erhan Kutsal
Özlem Sezen
Birtürk Özkavak
Zerrin Kurşun
Selma Mutlu
Derya Pekbayık
Doğan Barbaros
Ahmet Batu
Hakan Elatik
Utku Okcu



Finansman Çalışma Grubu

HAKAN TÜZÜN

Cafer Siyahhan
Tamer Uludağ
Zafer Çelik
Erdoğan Mazmanoğlu
Hakan Güneş
Muharrem Baytemur
Türküler Çelik
Zafer Kahyaoğlu
Sevtap Demirci
İsmet Sayman
Hakan Şen
Alpertan Açar
Rahmi Sever
Seval Akın



Hizmet Sunumu Çalışma Grubu

YEŞİM UNCU

Gizem Kocatürk
İsmail Çapçı
Tansu Arcan
Umut Arkan
Sevinç Özgen
Bülent Karalar
Behra Yılmaz
Erhun Türkmen
Zeynep Özevinçli
Gökhan Gencer
Alper Tunga Türkbayrak
Sibel Yyan

Çalışma Grupları



Sağlık Emek Gücü Çalışma Grubu **BÜLENT KILIÇ**

Bülent Kılıç
Dilek Hodul
Emrah Kırmılı
Mustafa Sülkü
Alper Büyükakkuş
Çiğdem Apaydın Kaya
Neşe Yılmaz
Abdullah Karadağ
Utku Okcu



Çalışan Sağlığı Çalışma Grubu **FİGEN ŞAHPAZ**

Buket Gülhan
Zühal Akgün
Kenan
Cibaroğulları
Ersan Taşçı
Hülya Çamlıbel
Nevruz Gürceğiz
Güven Erbaş
M. Celal Mestçioğlu
İrfan Alemdar
Kenan Ergus
Gökhan Gencer



Olağandışı Durumlar Çalışma Grubu **OSMAN KARABABA**

Seçkin Kara
Hisar Altunol
Süleyman Arı
Mübetcel İlhan
Naciye Demirel
Necati Dedeoğlu
Hatice Şeker Erdoğan

Sonuç BİLDİRGESİ



Sağlık hizmetlerinin, toplumun tüm bireyleri için eşit, erişilebilir, kapsamlı, sürekli, ücretsiz ve nitelikli olması temel bir insan hakkıdır.

Bütüncül birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) için aşağıdaki ilkeler benimsenmelidir:

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri(BBSH), tamamen kamu tarafından finanse edilmeli ve tüm toplumu kapsamalıdır.**
- **BBSH, kişinin yaşadığı bölgeye, ekonomik durumuna, sosyal statüsüne bakılmaksızın herkes için erişilebilir olmalıdır.**
- **Sağlıkta özel sektör teşvikleri tamamen kaldırılmalı, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kamu bütçesi arttırılmalıdır.**
- **BBSH, hastalık tedavisine değil hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirmeye odaklanmalıdır.**

Sonuç BİLDİRGESİ



- BBSH, toplumun ihtiyaçları doğrultusunda, bilimsel veriler ışığında, sağlık çalışanları, meslek örgütleri ile birlikte planlanmalıdır.
- BBSH çalışanları, güvenceli, adil ve insana yaraşır çalışma koşullarına sahip olmalıdır.
- Niteliğe değil niceliğe önem veren performansa dayalı ödeme sistemi kaldırılmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık fakültelerinin tamamında müfredatta daha fazla yer almalı, pratik uygulamalar artmalıdır.
- BBSH'deki iş yükü azaltılmalı, istihdam artmalı ve BBSH'de çalışmak özendirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin parçalı yapısı ortadan kaldırılmalı, entegre bir yapıya geçilmelidir.
- BBSH'de toplum katılımı sağlanmalı. Halkın sağlık okur yazarlığını arttırmak amaçlanmalıdır.
- GSYİH içindeki sağlık harcamaları en az OECD ortalaması düzeyinde olmalı ve bu bütçenin büyük kısmı koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre birinci basamak bakım (first level of care), toplumun sağlık sistemine giriş noktasıdır ve bireylerin sağlık hizmetleriyle ilk temas ettiği noktadır. Hizmetlerin toplumla bulunduğu bu seviyede, temel sağlık sorunlarının tanınması, yönlendirilmesi ve yönetilmesi sağlanır. Birinci basamak bakım aşağıdaki kriterleri kapsamalıdır halinde birinci basamak sağlık hizmetleri (primary care) olarak tanımlanır.

- Erişilebilir
- Sürekli
- Kapsamlı
- Koordineli
- İnsan odaklı bakım

Temel sağlık hizmetleri (primary health care) ise toplumun tamamını kapsayan bir sağlık yaklaşımı olup, sağlık ve refah düzeyini en üst seviyeye çıkarmayı ve bu düzeyin adil dağılımını sağlamayı amaçlar. Bu hedefe üç temel bileşen aracılığıyla ulaşılmaktadır:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve temel halk sağlığı işlevleri, entegre sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur.
- Çok sektörlü politika ve eylemler, sağlığın yalnızca sağlık sektörüne bırakılmayarak farklı alanlarla iş birliği içerisinde ele alınmasını sağlar
- Güçlendirilmiş bireyler ve toplum, halkın sağlık konusunda bilinçli kararlar almasını ve süreçlere aktif katılımını teşvik eder.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin erişilebilir, kapsamlı, sürekli, koordineli ve toplum merkezli olmasını sağlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için aşağıdaki temel bileşenlere dikkat edilmelidir:

- Yönetim ve Politika Çerçevesi
- Hizmet Sunum Yapısının Orgaizasyonu
- Koordinasyon ve Entegrasyon
- Erişilebilirlik ve Süreklilik
- Toplum Katılımı ve Sürdürülebilirlik

1) Yönetim ve Politika Çerçevesi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (BBSH), etkili bir şekilde yürütülmesi için hizmetlerin planlanması, birinci basamağın hangi ilkeler doğrultusunda yönetileceği ve hizmetlerin nasıl verileceği net bir şekilde belirlenmelidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, etkili bir temel sağlık hizmeti sistemi oluşturmanın ön koşulu güçlü bir yönetim yapısı ve halkın ihtiyaçlarını merkeze alan politikaların geliştirilmesidir [1].

DSÖ, temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için çok katmanlı bir yönetim modelinin benimsenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Merkezi hükümet, sağlık sisteminin temel çerçevesini belirler ve stratejik politikalar oluşturur; yerel yönetimler ise bu politikaları yerel ihtiyaçlara uygun hale getirerek uygulamaya koyar. Yerel yönetimler, merkezi düzeyde belirlenen politikaların uygulanabilirliğini arttırmak için halk sağlığına dair veriler toplamalı, toplumun ihtiyaçlarını analiz etmeli ve sağlık hizmetlerini yerel düzeyde erişilebilir hale getirmelidir. Ayrıca, yerel yönetimlerin, toplum katılımını teşvik ederek halkın karar alma süreçlerine dahil olmasını sağlaması gerekmektedir [2].

Politika oluşturma sürecinde sağlığın sosyal belirleyicileri göz önünde bulundurularak, istihdam, barınma, eğitim ve çevresel düzenlemeleri kapsayan çok katmanlı bir yaklaşım benimsenmelidir [3]. Temel sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığı için politikalar yalnızca dönemsel değişimlere bağlı kalmamalı, uzun vadeli ve halkın yararını önceleyen bir bakış açısıyla şekillendirilmelidir [4]. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerini metalaştıran ve bireysel sorumluluk vurgusunu arttıran neoliberal sağlık politikaları yerine, kamusal ve kolektif çözümleri ön plana çıkaran bir sağlık anlayışını güçlendirecektir.

Sağlık sistemlerinin olağandışı durumlara ve krizlere karşı dayanıklı olması da etkili bir yönetim yapısına bağlıdır. Özellikle pandemi ve afet gibi durumlarda, merkezi ve yerel yönetimlerin eş güdüm içerisinde hareket etmesi, sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlayan bir kamu politikası oluşturulması zorunludur [5].

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin politik ve yönetsel çerçevesi, halk sağlığını önceliklendiren, eşitlikçi ve kamu yararını esas alan bir anlayışla şekillendirilmelidir. Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını arttıran, sosyal politikalarla bütünleşmiş, planlı ve kamu finansmanına dayalı bir örgütlenme modeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kapsayıcılığını arttıracaktır.

2) Hizmet Sunum Yapısının Organizasyonu

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, hizmetlerin yalnızca teknik bir çerçevede sunulması yeterli olmayıp; aynı zamanda toplumun sağlık hakkını temel alan, kamu yararını önceleyen ve sağlıkta metalaşmaya karşı duran bir anlayış önceliklendirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birinci basamak sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici sağlık hizmetlerinden ibaret olmadığını, aynı zamanda toplumun sağlık hakkını güvence altına alan, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini önceleyen bir yapı olması gerektiğini vurgulamaktadır [1].

Hizmet sunumunun düzenlenmesi, sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir, sürekli ve entegre bir yapıya kavuşmasını amaçlamalıdır. Bunun için sağlık hizmetlerinin, hastanelere bağımlılığı azaltan, koruyucu sağlık anlayışını önceleyen ve toplum merkezli bir modelle şekillendirilmesi gerekmektedir [2]. Bu model, yalnızca bireylerin hastalık anında başvuracağı bir sistem olmaktan çıkarılmalı; kronik hastalıkların yönetimi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık okuryazarlığının artırılması gibi alanları kapsayacak şekilde genişletilmelidir [3].

Birinci basamak sağlık hizmetleri, özellikle dezavantajlı grupların hizmetlere erişimini güvence altına alacak şekilde organize edilmelidir. Özellikle kırsal ve yoksul bölgelerde yaşayan topluluklar için birinci basamak hizmetlerinin kamusal ve yaygın bir sistem içinde örgütlenmesi zorunludur. Mobil sağlık hizmetleri, bölgeye özgü sağlık merkezleri ve yerinde koruyucu sağlık politikaları bu kapsamda değerlendirilmelidir [2]. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet modeli, sağlık hizmetlerine erişimi artırarak, sağlık hizmetlerinin adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlayarak sağlık eşitsizliklerini azaltmada kilit bir rol oynar [4, 5]. DSÖ, temel sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılmasının sağlık eşitsizliklerini derinleştirdiğini ve özellikle düşük gelirli grupların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırdığını belirtmektedir [1].

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmet sunum yapısının organizasyonu, yalnızca teknik bir mesele değil, aynı zamanda toplumsal sağlık eşitsizliklerini gidermeye yönelik bir politik tercihtir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine karşı, kamusal ve toplumsal dayanışmayı esas alan bir sağlık sisteminin inşa edilmesi, halk sağlığının korunması açısından zorunludur. Bu nedenle, hizmet sunumunun organizasyonu, sağlığın meta haline getirilmesini reddeden, halkın sağlık hakkını temel alan bir anlayışla şekillendirilmelidir.

3) Koordinasyon ve Entegrasyon

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yalnızca bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktası değil, aynı zamanda sağlık sisteminin diğer bileşenleriyle sürekli bir ilişki içinde olması gereken bütüncül bir yapıdır. Sağlık hizmetlerinde koordinasyon eksikliği, hastaların gereksiz yönlendirilmesine, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere ve maliyetlerin artmasına yol açmaktadır [2]. Sağlık sisteminin parçalı ve birbirinden kopuk yapılar halinde çalışması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kısıtlarken, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarını da zorlaştırmaktadır.

Koordinasyonun sağlanması, sağlık hizmetlerinin kesintisiz, eşitlikçi ve kamusal bir çerçevede yürütülmesini gerektirir. Sağlık hizmetlerinde koordinasyonun sağlanması, yalnızca hasta yönlendirmesiyle sınırlı tutulmamalı; koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte planlanmalı, sağlık hizmetlerinin parçalı yapısı ortadan kaldırılmalı ve sağlık bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır [2, 4, 6].

Sağlık hizmetlerinde entegrasyonun sağlanabilmesi için, piyasacı sağlık sisteminin yerini toplumcu ve halkçı bir sağlık anlayışına bırakması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, yalnızca bireylerin sağlık hakkını gasp etmekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık sisteminin farkı bileşenleri arasındaki eşgüdümü de ortadan kaldırmaktadır [4]. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hastanelerle, uzmanlık klinikleriyle, sosyal hizmetlerle bütünleşik bir şekilde çalışabilmesi için kamu güvencesi altında yürütülmesi zorunludur.

Sonuç olarak, koordinasyon ve entegrasyon, yalnızca sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olması ya da hasta yönlendirmesi değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapsayan bir anlayışla yeniden yapılandırılmasını gerektirir. Sağlık, yalnızca bir tedavi süreci olarak ele alınamaz; sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sorunları yaşamasını önleyecek bir şekilde örgütlenmeli, sağlık hakkı bir ayrıcalık değil, temel bir kamusal hak olarak güvence altına alınmalıdır

4) Erişilebilirlik ve Süreklilik

Erişilebilirlik ve süreklilik kavramları sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kritik öneme sahip olmakla birlikte, bu terimlerin sağlık hakkını önceleyen ve piyasacı sağlık sistemine karşı duran bir perspektiften ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi, ekonomik ve sosyal faktörler belirleyicidir. Kırsal bölgelerde yaşayanlar, düşük gelirli gruplar ve kırılgan nüfuslar için birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin merkezileşmesi, özel sektörün sağlık alanında giderek daha fazla yer kaplaması ve sosyal devlet mekanizmalarının zayıflatılması, halkın sağlık hakkını fiilen kullanmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle dezavantajlı bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi arttırmak için toplum sağlığı merkezleri, mobil sağlık birimleri ve yerinde bakım hizmetleri gibi modeller güçlendirilmelidir [2].

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, yalnızca sağlık kuruluşunun varoluşuyla sağlanamaz. Hizmetin, halkın yaşamları boyunca her aşamada erişilebilir olması, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin kesintisiz sunulmasını gerektirir [6]. Özelleştirilmiş sağlık hizmetlerinde süreklilikten bahsetmek mümkün değildir, çünkü halkın sağlık hizmetlerinden yararlanması bireysel ödeme gücüne bağlı hale gelmektedir [4].

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde süreklilik, halkın sağlık hizmetlerine sürekli, kesintisiz ve eşit bir biçimde erişebilmesini sağlamakla ilgilidir. Özelleştirilmiş sağlık sistemlerinde süreklilikten söz edilemez, çünkü hizmetin devamlılığı bireylerin ödeme gücüne bağlıdır [4].

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik ve sürekliliğin sağlanması, yalnızca bir teknik planlama meselesi değil, toplumsal sağlık hakkının korunmasına yönelik bir politik tercihtir. Sağlık hizmetleri, herkesin eşit şekilde yararlanabileceği, kesintisiz ve kamusal bir hizmet olarak örgütlenmelidir

5) Toplum Katılımı ve Sürdürülebilirlik

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde toplum katılımı ve hesap verebilirlik, yalnızca hizmetlerin etkinliği açısından değil, aynı zamanda sağlık sisteminin demokratikleşmesi ve halkın sağlık politikalarına doğrudan müdahil olabilmesi açısından çok önemlidir. Sağlık politikaları, toplumdaki bağımsız, yukarıdan aşağıya belirlenen teknik düzenlemelerle değil; halkın, sağlık emekçilerinin ve ilgili tüm toplumsal kesimlerin katılımıyla şekillenmelidir [1].

Toplumun sağlık politikalarının oluşturulması sürecine katılımı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkın ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığını belirleyen temel faktörlerden biridir. birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı, topluma ne kadar yakın olduğu ve halkın hizmetlerin geliştirilmesine ne kadar aktif olarak katıldığı ile doğrudan ilişkilidir [4].

Hesap verebilirlik, toplumun yalnızca sağlık hizmetlerini kullanan bir kitle olarak değil, sağlık sisteminin doğrudan denetleyicisi ve yönlendiricisi olarak konumlandırılması anlamına gelmektedir. Sağlık sistemlerinde hesap verebilirlik, yalnızca kamu yönetiminin denetlenmesiyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin niteliği, sağlık harcamalarının kullanımı ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına kadar geniş bir çerçevede ele alınmalıdır [2].

Katılımcı bir sağlık sistemi aynı zamanda sağlık emekçilerinin de sürecin bir parçası olmasını gerektirir. Sağlık çalışanları, halk sağlığını doğrudan etkileyen uygulamalar ve politikalar konusunda söz hakkına sahip olmalı, güvencesiz ve yoğun iş yükü altında ezilmeden, toplumla iç içe bir sağlık hizmeti sunabilmelidir [6].

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık sisteminin bir parçası değil, aynı zamanda halkın sağlık hakkını doğrudan savunduğu bir alan olmalıdır. Toplum katılımının güçlendirilmesi, yalnızca hizmetlerin etkinliğini artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlığı piyasa dinamiklerinden bağımsız, kamusal bir hak olarak güvence altına alır.

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Planlama ve Bölgesel Dağılım

Bölge nüfusu, aşağıdaki unsurlar dikkate alınarak liste edilmeli aynı bölge içinde hekim seçme hakkı vatandaşa bırakılmalıdır;

- Nüfus Tabanlı Hizmet: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sosyodemografik, sosyoekonomik ve kültürel özellikler dikkate alınarak kayıtlı bir liste üzerinden sunulmalıdır.
- Bölge Tabanlı Planlama: Coğrafi dağılım, ulaşılabilirlik ve hizmetlerin entegrasyonu dikkate alınarak birinci basamak sağlık hizmetleri bölge bazlı organize edilmelidir.

Bölge Nüfuslarının belirlenmesi aşağıdaki unsurlar dikkate alınarak liste edilmelidir;

- a) Sosyodemografik özellikler
 - Nüfus yaş grupları
 - Mesleki yoğunluk
 - Nüfus hareketliliği
 - Tarımsal ya da sanayii tipi iş imkanları
 - Sosyoekonomik ve kültürel durum
- b) Coğrafi yapısı
 - İklim şartları
 - Ulaşım imkanları
 - Merkezler ile mesafeleri
- c) Daimi olmayan nüfuslar
 - Mevsimsel işçiler
 - Yayla ve yazlıkçılar
 - Misafirler
 - Yabancı uyruklu geçici ya da daimi nüfus

1.1 Katkılar

Bölge tabanlı sağlık merkezleri, yeterli sayıda, ulaşılabilir, merkezi ve fiziki şartları uygun, yeterli donanım, ekipman ve sağlık çalışanına sahip olmalıdır. Yapılacak sağlık taramaları bu sağlık merkezlerinde yapılmalı, alınan materyal entegre merkeze gönderilmelidir. Diğer merkezlerle entegrasyon sağlanmalı, sağlık kayıtları üzerinden bu entegrasyon desteklenmelidir.

Bölge tabanlı birinci basamak sağlık hizmetleri, aşağıdaki alanlarda başarıyı arttıracaktır;

- Aşılama-İzleme-Takip-Tarama hizmetleri,
- Bölgede daha yaygın görülen kalıtsal olan olmayan hastalıkların tespiti ve takibi
- Doğal afet ve salgın durumlarında daha çabuk sağlık hizmeti verme reaksiyonu

1.2 Katkılar

2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yönetim

Merkezi Yönetim ile İlişki

- Altyapı hizmetleri kamu tarafından sağlanmalı ve takip edilmeli, bina bakım ve onarımları merkezi bütçeden karşılanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kamusal binalarda ve kamu personeli tarafından sunulmalıdır.

Yetki ve Karar Alma Süreçleri

- Birinci basamak sağlık hizmetleri verilen yerlerde mutlaka birinci amir burada görev yapan bir hekim olmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bölgelerde “Bölge Sağlık Merkezi” kurulmalıdır
- Bölge Sağlık Merkezleri, tanımlanmış bir bölgede Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Toplum Sağlığı Müdürlüğü, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Birimi ve Göçmen Sağlığı Merkezi ile entegre hizmet vermelidir.
- İlçe Sağlık Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Bakanlığı arasında yetki paylaşımı daha açık tanımlanmalı ve idari rollerin tanımlamaları yapılmalıdır.

İzleme ve Değerlendirme

- İlçe sağlık müdürlüklerinde meslek örgütleri, sendikalar ve ilgili derneklerin yer aldığı bağımsız bir üst kurul oluşturulmalı ve denetimler bu üst kurul tarafından yapılmalıdır.
- Yapılacak değerlendirmeler performansa dayalı değil, rehberlik hizmeti ve hizmet içi eğitimlerle planlanmalı, cezalandırma söz konusu olmamalıdır.

1.3 Katkılar

3. Toplum Katılımı ve Demokratikleşme

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yönetiminde halkın ve sağlık çalışanlarının katılımı artırılmalıdır:

- Bölge Sağlık Konseyleri oluşturulmalıdır. Bu konseylerde muhtarlar, öğretmenler, kent konseyi üyeleri ve farklı alanlardan temsilciler yer almalıdır.
- Sağlık çalışanlarının yönetime katılımı sağlanmalıdır.
- Yerel yönetimlerin toplum sağlığına yönelik sorumlulukları artırılmalıdır.

1.4 Katkılar

4. Entegre ve Kapsayıcı Sağlık Modeli

Birinci basamak sağlık hizmetleri, esas olarak toplum sağlığını koruma üzerine inşa edilmelidir. Bunun için; bölge temelinde kişiye ve topluma yönelik halk sağlığı hizmetleri birbiriyle entegre olmalıdır.

Bölge Sağlığı Merkezlerinde;

- Tanı ve taramalara yönelik hizmetler
- Çevre sağlığı hizmetleri
- Halk sağlığı laboratuvarları hizmetleri
- Üreme sağlığı hizmetleri
- Göçmen sağlığı hizmetleri
- Kırılgan gruplara yönelik hizmetler (Aile danışmanlığı, Çocuk gelişimi; Psikolojik sorunlar)
- Sağlıklı yaşam hizmetleri (Beslenme, Fizyoterapi, Psikolog)
- Sosyal hizmetler
- Sigara bırakma hizmetleri sunulmalı
- Bu hizmetleri verecek ilgili yeterli personel kamu tarafından karşılanmalıdır.

1.5 Katkılar

- Hizmetler, Aile Sağlığı Merkezi hekimleri ve meslek uzmanları ile işbirliği içinde sunulmalıdır.
- Bölgede yürütülecek hizmetler ve sağlık hedeflerine ilişkin karar alma süreçleri, bölgesel düzeyde aile hekimlerinin katılımıyla yürütülmelidir.
- Aile hekimlerinin nüfusu 1500-2000 arasında olmak koşuluyla sevk sistemi getirilmeli, sevk kararı hekimin olmalıdır. Sevk edilen hastanın sonuçlarına birinci basamak hekimi ulaşmalıdır.
- Sevk sistemi konusunda halkın sağlık okur yazarlığı artırılmalıdır.
- Mobil hizmetler bölge sağlık merkezinin koordinasyonunda aile hekimleri ve diğer ilgili sağlık personeli (sosyal hizmet uzmanı, ebe vb.) katılımıyla yapılmalıdır.
- Evde sağlık hizmetleri hastaneler ve belediyelerle koordineli yürütülmelidir.

1.6 Katkılar

5. Dijitalleşme ve Sağlık Bilişim Sistemleri

- E-Nabız sistemi birinci basamak hekimlerine açık olmalıdır.
- Sağlık kayıtları tek bir sistem üzerinden ortaklaştırılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı bilişim altyapısı güçlendirilmeli ve hekimlerin ihtiyaçlarına göre hekimlerin görüşü alınarak revize edilmelidir.
- Kurumların internet erişimi kuvvetlendirilmelidir.
- Gerekli yasal alt yapı oluşturulmadan birinci basamakta tele-sağlık uygulamaları başlatılmamalıdır.

1.7 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, eşit, ulaşılabilir, güvenilir, parasız, nitelikli hale getirilmelidir.
2. Sosyodemografik, coğrafi ve kültürel özelliklerin dikkate alınarak nüfus tabanlı bir bölgesel planlama yapılması gerekmektedir.
3. Her bölgede koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler bütüncül bir şekilde yürütülmelidir.
4. Tam donanımlı sağlık merkezleri ağı oluşturulmalıdır.
5. Mevsimsel işçiler, yazlıkçılar, göçmenler gibi hareketli nüfuslar planlama yapılırken dikkate alınmalı, gerekli görülen bölgelere gezici sağlık hizmeti sunulmalıdır.
6. Aile Hekimliği Birimi nüfusları 1500-2000 olmak koşuluyla sevk sistemi getirilmelidir.
7. Birinci basamakta görev alan hekimler, kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerini planlama ve yönetme konusunda daha fazla söz sahibi olmalı, sağlık çalışanlarının aktif katılımının sağlandığı hekim liderliğindeki yönetim modeli güçlendirilmelidir.
8. Toplum katılımı artırılarak, Bölge Sağlık Konseyleri kurulmalı ve aktif hale getirilmelidir. Yerel yönetimler, sağlık hizmetleri sunumunda daha aktif rol almalıdır. Meslek örgütleri yönetim süreçlerine dahil edilmelidir.
9. Denetim mekanizmaları bağımsız olmalıdır. Değerlendirme sistemleri, ceza odaklı değil, rehberlik ve eğitim odağı üzerine kurulmalıdır.
10. Teknolojik alt yapı güçlendirilmeli, tüm sağlık birimleri, hastaların bilgilerine tek bir sistem üzerinden ulaşabilmelidir.

1.8 Katkılar

Sağlık, piyasaya bırakılmayacak temel bir insan hakkıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), bu hakkın en doğrudan karşılandığı yerdir. BBSH'ye ayrılan kaynakların artırılması, kamusal finansmanın güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, erişilebilir, kapsamlı ve insan odaklı olması gerekmektedir. Ancak günümüz sağlık politikaları, sağlık hizmetlerini metalaştıran bir yapıya bürünmüş ve kamu kaynaklarının özel sektöre yönlendirilmesiyle halkın sağlık hizmetlerine erişimi zorlaşmıştır [2,7].

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı, maliyet etkinlik ekseninde değil, halkın sağlık hakkını güvence altına alacak bir perspektifle ele alınmalıdır[4]. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ve Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü'nün (OECD) raporları, BBSH'ye yapılan kamu yatırımlarının sağlık eşitsizliklerini azalttığını ve sağlık harcamalarını uzun vadede düşürdüğünü göstermektedir [3]

1. Kamusal Finansman ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemlerinin finansmanı, ülkeden ülkeye farklılık gösterse de kamusal sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması zorunludur [2]. Ancak mevcut politikalar, kamu hastanelerine ve BBSH'ye ayrılan bütçeyi kısarak, özel sağlık sektörüne teşvik sağlama eğilimindedir [7].

Kamucu bir sağlık finansman modelinde;

- Sağlık hizmetleri genel vergilerle finanse edilmeli, toplumun tüm kesimlerine eşit erişim sağlanmalıdır [1].
- Özel hastanelere ve büyük ölçekli sağlık yatırımlarına yönlendirilen kamu kaynakları, birinci basamak sağlık hizmetlerine aktarılmalıdır [4].

- Cepten ödemeler ve özel sağlık sigortasına dayalı sistemler yerine, kamu kaynaklarıyla finanse edilen, ücretsiz ve herkes için erişilebilir bir sistem oluşturulmalıdır [8].

Kamu sağlık harcamalarının artırılması ve özel sektör teşviklerinin sınırlandırılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini artırmaktadır [7]. Kamusal finansman eksikliği, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini piyasa mekanizmalarına bağımlı hale getirmekte ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

2. Performans Temelli Finansmanın Yarattığı Tehlikeler

BBSH'nin kamu güvencesi altına alınması gereken temel bir hizmet olmasına rağmen, performans temelli ödeme modelleri sağlık sistemlerinde yaygınlaştırılmıştır. Ancak bu modeller;

- Sağlık çalışanlarının iş güvencesini zayıflatmakta, [4]
- Hastalar üzerinde piyasa mantığıyla işlem yapılmasına yol açmakta, [7]
- Hizmetlerin kalitesini değil, yalnızca niceliğini artırmaktadır [4]

Bu model, sağlık emekçilerinin hasta odaklı sağlık hizmeti vermek yerine, sayısal hedeflere odaklanmasını teşvik etmekte ve sağlık hakkının piyasa mekanizmalarına teslim edilmesine neden olmaktadır. DSÖ, performansa dayalı finansman mekanizmalarının yerine, sağlık çalışanlarının güvenceli maaşlarla ve emekliliğe yansıyan ücretlerle desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır [2].

3. Sağlık Çalışanlarının Güvencesi ve Adil Ücretlendirme

Sağlık emekçileri, piyasa mantığıyla çalıştırılan iş gücü olarak değil, toplum sağlığını koruyan ve kamu hizmeti sunan meslek grupları olarak değerlendirilmelidir. Ancak, mevcut finansman politikaları sağlık çalışanlarını güvencesiz çalışma koşullarına zorlamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve nitelikli sağlık çalışanlarının kamu sektöründen özel sektöre geçmesine neden olmaktadır [4]

Sağlık çalışanlarının güvenceli istihdamı ve adil ücretlendirilmesi için;

- Kamu sektöründe çalışan sağlık emekçilerine güvenceli iş olanakları sağlanmalı, sözleşmeli ve geçici istihdam uygulamaları kaldırılmalıdır [5].
- Sağlık çalışanlarının maaşları, emekliliğe yansiyacak şekilde düzenlenmeli ve teşviklerle desteklenmelidir [2].
- Sağlık emekçileri, performans dayalı baskılar yerine, hasta odaklı hizmet sunmaya teşvik edilmelidir [4].

4. Kamusal Sağlık Finansmanının Güçlendirilmesi İçin Politika Önerileri

Sağlık hizmetlerinin piyasaya terk edilmesi, sağlık hakkının gasp edilmesi anlamına gelir. Bu nedenle, BBSH'nin finansmanında öncelikli hedef kamu finansmanının güçlendirilmesi olmalıdır. Aşağıdaki adımların atılması zorunludur:

- Sağlık hizmetlerine ayrılan genel bütçe payının artırılması: Avrupa ülkeleri arasında kamu finansmanının artırıldığı sağlık sistemlerinde toplam sağlık harcamaları düşerken, özel sektöre yönelen sistemlerde maliyetler yükselmektedir [7].

- Özel sektör teşviklerinin kaldırılması ve kamu sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi: Kamu hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlar, eşit ve nitelikli sağlık hizmetleri için elzemdir [4].
- Sağlık çalışanlarının güvenceli istihdamı ve adil ücretlendirilmesi: Sağlık emekçileri piyasa mantığıyla çalıştırılmak yerine, toplum sağlığını önceleyen kamu güvencesi altında istihdam edilmelidir [2]

5. Sonuç

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı, özel sektörün beklentilerine göre değil, halk sağlığını önceleyen kamusal bir anlayışla ele alınmalıdır. Kamu sağlık harcamalarının artırılması, sağlık hakkının garanti altına alınmasının temel yoludur.

Bundan sonraki süreçte;

- Kamu sağlık harcamalarının artırılması,
- Özel sektör teşviklerinin kaldırılması,
- Sağlık emekçilerinin güvenceli istihdamının sağlanması gibi reformlar hayata geçirilmelidir.

Sağlık politikalarının temel eksenini, bireylerin ödeme gücüne dayalı bir model yerine, kamu finansmanına dayalı, ücretsiz ve herkes için erişilebilir bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlamalıdır.

1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı için Kaynaklar

Türkiye’de sağlığın finansmanı genel olarak genel bütçe (vergiler), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve cepten yapılan sağlık harcamaları ile sağlanmaktadır. Ancak, mevcut finansman sistemi birçok aksaklık içermektedir:

- Sağlık sigortası, çalışanlardan özel bir sağlık vergisi alınması anlamına gelmektedir.
- Sigorta primleri, devlet tarafından karşılanması öngörülen kişiler ve primlerini ödeyemeyen kişiler için çıkarılan geçici düzenlemeler, sağlık sigortası uygulamasının aksaklıklarını göstermektedir.
- Sağlık harcamaları bütünüyle vergilere dayalı olarak genel bütçeden karşılanmalıdır.
- Toplanan vergilerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki oranı artırılmalı daha çok kamu kaynağı yaratılmalı, kamu bütçesi verimli kullanılmalıdır.

- Vergi sistemi, çok kazananlardan çok az kazananlardan az almaya dayalı (artan oranlı) adil bir sistem olarak düzenlenmelidir.
- Dolaylı vergilerin toplam vergiler içindeki oranı azaltılmalıdır.
- Sağlık için daha çok kaynak ayrılmalı, Sağlık Bakanlığı'na bütçeden ayrılan pay arttırılmalı. Sağlık harcamalarının GSYİH'e oranı OECD ortalaması olan %9 olarak hedeflenmelidir.
- Özel sağlık kuruluşu yapımına yönelik kamu teşvikleri sonlandırılmalıdır.
- SGK üzerinden özel hastanelerden hizmet alımı sonlandırılmalıdır.
- Tüm kamu hizmetleri, (sağlık, eğitim vb.) kamu tarafından yürütülmeli, buna yönelik kamu finansman kaynakları oluşturulmalıdır.

2.1 Katkılar

2. Temel Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır ve sağlıklı toplumlar inşa etmenin en önemli basamağıdır. Bu kapsamda, temel sağlık hizmetlerinin finansmanı güçlendirilmelidir.

- Temel sağlık hizmetleri kapsamında minimal bakım başlığında yer alan sağlıklı beslenme, temel su sağlanması/sanitasyon vb gibi hizmetlerin kamu tarafından tam olarak sağlanabilmesi için kamu harcamaları artırılmalıdır.
- Özellikle çocukların sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için gerekli düzenlemelere yönelik kaynaklar oluşturulmalıdır. BBSH özellikle riskli gruplar için ilk başvuru yerleri oldukları için finansmanın geliştirilmesi sağlık eşitliğine katkı sağlayacaktır.
- Yerel yönetimlerin mevcut mevzuatlarda tanımlı olan sağlıkla ilgili sorumluluklarını tam olarak yerlerine getirebilmeleri için bütçe olanakları geliştirilmelidir.
- Temel sağlık hizmetleri kapsamındaki aile planlaması hizmetleri, bağışıklama hizmetlerinin sunumunda kesintilere yol açan malzeme eksikliklerini gidermek üzere gereken finansal kaynaklar ayrılarak gereken satın alma işlemleri kesintisiz olarak sürdürülmelidir.

2.2 Katkılar

3. Birinci Basamak Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetlerin Finansmanı

Mevcut sağlık harcamalarının büyük bir kısmı ikinci ve üçüncü basamak hastanelere yönlendirilmektedir. Oysa, koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırım, uzun vadede sağlık harcamalarını azaltır.

- Sağlık bakanlığı bütçesi içinde birinci basamak sağlık hizmetleri için daha çok kaynak ayrılmalıdır.
- BBSH harcanan miktarın oranı ile ilgili uluslararası standartlara uygun sonuçlar kamuoyuna net olarak açıklanmalıdır.
- Şehir hastanelerine ayrılan finansal kaynaklar birinci basamak sağlık hizmetlerine aktarılmalıdır.
- DSÖ tarafından da, özellikle pandemi deneyimlerine dayalı olarak, sağlık sisteminde koruyucu hizmetlerin finansmanına daha çok kaynak aktarılması önerilmektedir.
- Bina güvenliğinden depreme dayanıklılık testine kadar aile sağlığı merkezlerinin her türlü giderleri aile hekimlerince karşılanmaktadır. Mevcut cari harcama ödenekleri ile tüm ASM giderlerinin finanse edilmesinin olanaksız olması, sistemin işlemez hale geldiğini kanıtlamaktadır.
- Hekimler mesailerinin önemli bir kısmını işletmecilik işlemlerini yürütmek üzere harcamak zorunda kalmaktadır.
- Aile hekimleri grevlerine katılımın yüksekliği de hekimlerin çok büyük bir kısmı tarafından mevcut sistemin finansal olarak da sürdürülemez hale geldiği düşüncesinde olduklarının bir göstergesidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri kamu tarafından sağlanan binalarda, kamu tarafından sağlanan donanım ve malzemelerle, kamu tarafından istihdam edilen çalışanlarla sağlanmalıdır.
- Eşdeğer ilaç farkı uygulaması, 2/3 basamaklar için katılım payı vb cepten sağlık hizmeti miktarını artırıcı uygulamalar kaldırılmalıdır.
- İşçi sağlığı hizmetlerini de içerecek biçimde tüm Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kamusal kaynaklarla finanse edilmelidir.

2.3 Katkılar

4. Sağlık Emek Gücünün Ücretlendirilmesi

- Aile hekimlerinin toplam ücretlerinin yaklaşık üçte ikisi performansa dayalı ücretlerden oluşur hale gelmiştir.
- Performansa dayalı ücretlendirme sağlık hizmeti kalitesini düşürmekte, sağlıkta şiddeti körüklemekte, başvuru sayısını artırmakta, iş barışını bozmakta, çalışanların tükenmişliğine neden olmaktadır.
- Tüm birinci basamak çalışanları kadrolu olarak, emekliliğe yansıyan maaşa dayalı, tek kalemden oluşan ücretle çalışmalıdır. Sendikalarca açıklanan yoksulluk sınırının iki katı taban ücret olarak düşünülebilir.
- İlk tercih tüm ücretlendirmenin maaşa dayalı olmasıdır. Gereksinimlere göre maaşın en çok % 20'si olacak biçimde özendirme ücreti olabilir. Özendirme bilimsel olarak saptanmış ölçütlere dayalı olarak kurgulanabilir.

2.4 Katkılar

5. Birinci Basamağa Ücrete Dayalı İşlemler Getirilmesi

- Mevzuat değişiklikleri ile raporlama, geleneksel /alternatif tıp uygulamaları vb işlemler için birinci basamakta ücretlendirme yapılması öngörülmektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hiç birisinde ücretlendirme olmamalıdır.

2.5 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri kamu tarafından sağlanan binalarda, kamu tarafından sağlanan donanım ve malzemelerle, kamu tarafından istihdam edilen çalışanlarla sağlanmalıdır.
2. Sağlık harcamaları, tamamen genel bütçe üzerinden karşılanmalı, dolaylı vergilerin payı azaltılarak artan oranlı bir vergi sistemine geçilmeli, sağlık için yeterli kamu kaynağı yaratılmalıdır.
3. Sigorta primini ödeyemeyen gruplar için geçici düzenlemeler yerine kalıcı çözümler geliştirilmeli, tüm vatandaşları kapsayan parasız bir sağlık hizmet modeli oluşturulmalıdır.
4. Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki sağlık harcamalarının payı en az OECD ortalaması (%9) seviyesine yükseltilmelidir.
5. Özel sağlık kuruluşlarına yönelik kamu teşvikleri derhal sonlandırılmalı, kamu kaynakları SGK üzerinden özel hastanelere aktarılmamalıdır.
6. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ayrılan bütçe arttırılmalı, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılmalı, özellikle şehir hastaneleri için ayrılan kaynaklar birinci basamağa yönlendirilmelidir.
7. Sağlık çalışanlarının maaşları tek olmalı ve emekliliğe yansımalıdır. Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin ücretlendirmesi, performansa dayalı olmamalı, taban ücret yoksulluk sınırının en az iki katı olmalıdır.
8. Eşdeğer ilaç farkı, katılım payı gibi cepten sağlık harcamalarını arttıran uygulamalar bir an önce sonlandırılmalıdır.
9. Yerel yönetimlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için bütçe olanakları geliştirilmeli, yerel yönetimlere ayrılan pay içerisinde "temel sağlık harcamaları" zorunluluğu getirilmeli, özellikle dezavantajlı gruplar için yerel sağlık hizmetlerine bütçe sağlanmalıdır.
10. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ayrılan harcama oranları ve kaynak dağılımına ilişkin veriler gerçek zamanlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmalı, harcamalar şeffaf bir şekilde yürütülmelidir.

2.6 Katkılar

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili sunumu, sağlık sistemlerinin temel taşıını oluşturur ve toplumların sağlık düzeylerini belirleyen en önemli etkenlerden biridir. Hizmet sunumu, sadece teknik bir organizasyon meselesi değil, aynı zamanda toplumsal sağlık hakkının nasıl hayata geçirileceğini belirleyen politik bir tercihtir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, erişilebilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, koordinasyon ve toplum merkezilik ilkeleri çerçevesinde şekillendirilmelidir [2].

1. Bütüncül ve Kapsayıcı Hizmet Anlayışı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireysel tedaviye odaklanmamalı, halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen bütüncül bir yaklaşımı esas almalıdır. Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, halkın sağlık sorunlarını tüm boyutlarıyla değerlendiren ve çözüm üreten kapsamlı bir model üzerine inşa edilmelidir [1]. BBSH'nin temel bileşenleri şu şekildedir:

- a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- c) Rehabilitasyon ve Destek Hizmetleri
- d) Sağlığı Geliştirme Hizmetleri

Bütüncül bir yaklaşımla verilen BBSH, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında daha etkilidir [4]. Sağlık hizmetlerinde kapsayıcılığı arttırmak için aşağıdaki adımların atılması gereklidir

- 1) Kırsal ve Yoksul Bölgelerde Mobil Sağlık Hizmetleri [4]
- 2) Ücretsiz ve Kamusal Finansmana Dayalı Hizmet Sunumu [1]
- 3) Dil ve Kültürel Uyumlu Hizmetler [6]

2. Hizmetlerin Koordinasyonu ve Entegrasyonu

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin diğer bileşenleriyle entegre bir yapıya sahip olmalıdır. Koordinasyonun sağlanması, aşağıdaki unsurları içermelidir:

- Hastaneler ve Uzmanlık Klinikleriyle Entegrasyon: Sevk zinciri içinde birinci basamağın koordinasyon rolünün güçlendirilmesi [2]
- Sosyal Hizmetlerle Ortak Çalışma: BBSH'nin yalnızca tıbbi değil, aynı anda sosyal destek hizmetleriyle birlikte sunulması [1]
- Hizmet Sunum Modellerinde Çok Disiplinli Yaklaşım: Hekimler, hemşireler, diyetisyenler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb. bir arada çalışmasını sağlayan modellerin oluşturulması [4]

Koordinasyonun eksikliği, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere ve maliyet artışlarına neden olmaktadır. OECD ülkelerinde, birinci basamak sağlık hizmetleriyle diğer sağlık birimleri arasındaki entegrasyon eksikliğinden dolayı gereksiz hastane başvurularının arttığı tespit edilmiştir [4].

3. Toplum Temelli Hizmet Modelleri

BBSH, yalnızca klinik ortamda değil, toplumun içinde ve onun ihtiyaçlarına yanıt verecek şekilde sunulmalıdır. Buna yönelik temel ilkeler şunlardır:

a)Katılımcı Yaklaşım: Toplum, sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde aktif katılım sağlamalıdır [1,2,4]

b)Yerinde Sağlık Hizmetleri: Mahalle düzeyinde sağlık merkezleri, mobil sağlık birimleri ve toplum temelli sağlık girişimleri ile sağlık hizmetlerine erişim artırılmalıdır [4]

c)Topluluk Sağlığı Çalışanları: Mahalle bazlı sağlık çalışanları, toplumla yakın temas içinde çalışmalıdır [2]

4) Hizmet Sunumunda Sağlık Çalışanları

BBSH, yalnızca hekim merkezli bir yapıdan ibaret olmayıp, farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek sunduğu bir ekip çalışmasıdır. Çok disiplinli sağlık ekiplerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini iyileştirdiğini, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine katkıda bulunduğu bilinmektedir [2,4]. BBSH'de hizmet sunumunda sağlık çalışanları arasında aşağıdakiler dikkate alınmalıdır.

- Koordinasyon ve İşbirliği: Farklı meslek gruplarının, bireyin sağlık sorunlarını kapsamlı bir şekilde ele alabilmesi için etkili iletişim ve koordinasyon mekanizmaları oluşturulmalıdır [4, 9].

- Hizmetlerin Entegre Sunulması: Kronik hastalık yönetimi, ruh sağlığı desteği, koruyucu sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, sağlık ekibi tarafından bir bütün olarak sunulmalıdır [2,4].
- Toplum Temelli Çalışma: Sağlık çalışanları, yalnızca bireysel hasta tedavisiyle sınırlı kalmamalı, toplumun genel sağlık düzeyini artırmaya yönelik koruyucu sağlık programları ve eğitim çalışmalarına da katılmalıdır [2].

5. Dijital Sağlık Uygulamaları

Tele-sağlık, elektronik sağlık kayıtları (EHR), yapay zeka destekli hasta yönetimi ve mobil sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerine coğrafi ve ekonomik engelleri azaltarak bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır [4]. DSÖ'nün dijital sağlık stratejileri kapsamında, uzaktan hasta takibi, teletıp hizmetleri ve veri tabanlı karar destek sistemleri birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendiren temel araçlar olarak tanımlanmaktadır [10].

Sonuç olarak, BBSH'nin etkili sunumu, bütüncül ve entegre sağlık hizmetleri, güçlü koordinasyon mekanizmaları, toplum temelli modeller ve multidisipliner sağlık ekipleri ile mümkündür. Sağlık çalışanlarının ekip içindeki rolünün netleştirilmesi, toplumun sağlık hizmetlerine katılımının artırılması ve dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, birinci basamak hizmetlerini daha erişilebilir hale getirmektedir.

Aile hekimliği hizmetinin temel gereklilikleri;

1. Birinci Basamak adından da anlaşılacağı üzere bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturur ve kişilere herhangi bir engel olmadan açık erişim imkanı sunmalıdır.
2. Kişinin bireysel hekimliğini üstlenen aile hekimleri diğer sağlık profesyonelleri ile sağlık sisteminin diğer basamakları ile koordine bir bakım yürütme imkanına sahip olmalıdır.
3. Kişi merkezli bakım sunarken verdiği sağlık hizmetinin içinde yaşadığı toplum yönelimli olması bireyi içinde yaşadığı ailesi ve çevresi ile ele almalıdır.
4. Kişiyeye sunulan sağlık hizmetinin yanı sıra sağlık eğitimi ile bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu alması sağlanmalıdır.

- Hasta ile güvene dayalı ve sürekliliği olan bir hasta hekim ilişkisi kurulmalıdır ve bunun için gerekli iklimin oluşturulması gereklidir.
- Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen yaşamı boyunca devam eden bir ilişki sunulan hizmetin gereğidir.
- Kişiyeye koruyucu hekimlik hizmeti sunulurken hem akut hem kronik problemleri bir arada yönetilebilmelidir.
- Kişinin yalnızca fiziksel sağlık değil, psikolojik, sosyal, çevresel, kültürel problemleri ile de ilgilenmelidir.

Mevcut uygulamada yukarıdaki gereklilikleri yerine getirmede karşılaşılan engeller:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamı gereği; poliklinik hizmeti, gezici sağlık hizmeti ve koruyucu sağlık hizmetinin verildiği kapsamlı bakım vermek üzere konumlandırılmıştır. Ancak mevcut sistemde mevzuata göre işlemeyen İlçe Sağlık Hizmetleri, aile hekimi başına düşen nüfus sayısının fazla olması, poliklinik hizmet yükünün fazlalığı, aile hekimliği birimlerinden kopuk yapılandırılan ve bu nedenle etkin kullanılmayan sağlıklı yaşam merkezleri verilen hizmet yetersiz kalmaktadır.
- Bir aile hekimi ile bir hemşireden oluşan mevcut uygulama ile bir ekip hizmetinden veya koordine bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda vatandaşlar eşit haklara sahiptir ancak sınıflandırma adı altındaki dengesizlikler, farklı nüfus sayıları vb nedenlerle sağlık hizmetinden eşit faydalanamamaktadırlar.
- Basamaklandırılmış sağlık hizmetinden bahsedilmekle birlikte sevk sistemi işletilmemektedir. Hastanın bir üst basamağa yönlendirilmesinde aile hekiminin ilk değerlendirmeyi yaparak gerekli gördüğü durumda ve gerekli gördüğü birime yönlendirme yapması üst basamakların da etkin çalışması açısından önemlidir.
- Kullanılan hasta kayıt sistemleri çok farklı özelliklere sahiptir ve bu da yatay ve dikey entegrasyonda uyumsuzluğa neden olmaktadır. Ayrıca reçete, hasta bilgisine ulaşma gibi işlemler için sürekli ayrı şifrelerle bağlanmak sistemi zora sokan bir durumdur. Aile hekimlerinin poliklinik koşulları düşünüldüğünde hem kendi sisteminde hasta takibi yapması hem de kronik hastalık takiplerini yaptıkları ayrı sistemlerin olması işleyişi bozmaktadır.

3.2 Katkılar

Öneriler;

- Aile hekimliği merkezleri gerek sunulan hizmetin kalitesi gerekse güvenli çalışma ortamının sağlanması açısından en az 4-5 hekimin bir arada çalıştığı, ebe, hemşire, tıbbi sekreter, güvenlik görevlisi gibi bir ekipten oluşan birimler olmalıdır.
- Nüfusun özellikleri dikkate alınarak gerektiğinde fizyoterapist, psikolog veya diğer sağlık profesyonellerinin (çevre sağlık teknisyeni, diş hekimi gibi) aile hekimleri ile birlikte koordine hizmet sunmaları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinin binaları devlet tarafından prototipi belirlenerek, bölgesel ihtiyaçlara göre kamu hizmet binası olarak yapılmalıdır. Bu binaların kamera, ses kayıt sistemleri gibi yöntemlerle güvenliği sağlanmış olmalıdır.
- Bölgelere göre yapılandırılmış evde sağlık hizmet ekipleri de bu birimlerde yer alabilirler.
- Verilen sağlık hizmeti o bölgenin belediye-muhtarlık-kaymakamlık-ilçedeki eğitim birimi sorumluları ile oluşturulan koordinasyon kurulları tarafından planlanmalı, sorunlar hep birlikte ortak ele alınmalıdır.
- Esnek çalışma saatleri mevcut şartlarda çalışan sağlık personelinin güvenliğini tehlikeye attığı için kabul edilemez durumdadır.
- Beyaz kod davalarında, sağlık personeli için oluşturulan kayıtlar için ivedilik sağlanmalı ve beyaz kod veren sağlık personelinin kişisel bilgileri kesinlikle gizli tutulmalıdır.

3.3 Katkılar

Öneriler 2;

- Kamu spotu ve çeşitli yöntemlerle halkın bilinçlendirilmesi sağlanmalı ve şiddete sıfır tolerans gösterileceği halka öğretilmelidir. Kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden hangi amaçla, hangi koşulla nasıl ve nerede yararlanabileceğine dair bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Bireylerin sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını almaları, düzenli aile hekimi kontrolüne gitmeleri özendirilmeli, buna yönelik çeşitli tedbirler geliştirilmelidir.
- CİMER'e yapılan şikayetler elemenden geçirilerek işleme konmalıdır.
- Sevk edilen hastanın takibi aile hekimi tarafından yapılacak ise değerlendiren branş uzmanları tarafından aile hekimlerine geri dönüş notu yazmaları gereklidir. (tüm hastanelerden)
- Geliştirilen ortak bir web tabanlı hasta kayıt sistemi gereklidir. Kişilerden talep edilen bilgilerin daha güvenli ve kesintiye uğramadan bir sonraki hekime aktarılacak şekilde saklanması sağlanmalıdır.
- Kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaçlar gerekli miktarlarda eczaneler tarafından sağlanabilmeli, hekim hastanın durumuna göre izlem randevularını ilaç reçetesinden bağımsız planlayabilmelidir.
- Evlilik ve istirahat raporları haricindeki raporların birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması gerekmektedir.
- Aile hekimleri sözleşmeli statüden kadrolu statüye geçirilmeli maaş ve özlük hakları devlet tarafından güvencede olmalı, performans uygulamasından vazgeçilmelidir.
- Performans sistemi sadece pozitif olacak şekilde sınırlandırılmalı, bu pozitif performans eğitimin sürekliliğini de desteklemek amaçlı, mesleki yeterliliklerini artıran personelin desteklenmesi amacıyla kullanılmalıdır.
- Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki gelişimleri açısından sürekli eğitimi yapılmalıdır.
- Yeterlilik sınavları meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri tarafından düzenlenmelidir.
- Adli nöbetler belediye hekimlerinin sorumluluğunda olmalıdır.
- Birinci basamakta nöbet olmamalıdır.
- Aile hekimlerinin izin hakları, ilçe sağlık müdürlüğü tarafından bulundurulanan hekimlerce sağlanmalıdır. Aile hekimleri yerlerine çalışan kişi bulmakla yükümlü olmamalı (vekaletsiz) yıllık veya idari izin haklarını uygun şekilde kullanabilmelilerdir. (ücretli izin hakkı sağlanmalıdır)
- Malpraktis sigortalarının, devlet yükümlülüğünde çalışan bizlerden istenmesi mantıksızdır.

3.4 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. Birinci basamak, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktası olup, engel olmadan açık erişim sağlamalı, koordineli, kişi merkezli, toplum yönelimli, sürekli ve bütüncül bir bakım sunmalıdır.
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ekip temelli hizmet modelini benimsemeli, hizmet en az 4-5 hekimin bir arada çalıştığı, ebe, hemşire, tıbbi sekreter, güvenlik görevlisi ve ihtiyaca göre diğer sağlık profesyonellerinden oluşmalı, binalar devlet tarafından standart prototipe göre inşa edilmeli, güvenliği sağlanmalı ve kamu binası statüsünde olmalıdır.
3. Hasta başvuru süreci düzenlenmeli, sevk sistemi etkin şekilde işletilmeli, uzman hekimlerden aile hekimlerine geri bildirim sistemi kurulmalı, hekimlerin reçeteleme, hasta bilgisi ve takip işlemlerini ayrı sistemlerde yapmak zorunda kalması önlenmeli, sağlık kayıtları ve kronik hastalık takipleri tek sistem üzerinden yönetilmelidir.
4. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler, sözleşmeli statüden kadrolu statüye geçirilmeli, maaş ve özlük hakları devlet güvencesinde olmalı, mevcut performans sistemi kaldırılarak yerine mesleki gelişimi destekleyen değerlendirme sistemi getirilmeli, sürekli mesleki eğitim desteklenmelidir.
5. Hekim başına düşen nüfus sayısı azaltılmalı, poliklinik hizmet yükü optimize edilmeli ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı yeniden düzenlenmelidir.
6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı hakkında halka bilgilendirmeler yapılmalı, halkın sağlık okur yazarlığı artırılmalı, halkın düzenli birinci basamak hekim kontrolüne gitmesi teşvik edilmelidir.
7. Evlilik ve istirahat raporları haricindeki rapor işlemleri birinci basamak sağlık hizmetlerinden çıkarılmalı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan hiç bir işlemde ücret alınmamalıdır.
8. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin izin hakları ilçe sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirilecek hekimlerle karşılanmalı, vekaletsiz izin kullanımı ve ücretli izin hakkı sağlanmalıdır.
9. Esnek çalışma saatleri kaldırılmalı, beyaz kod başvurularında personel bilgileri gizli tutulmalı, şiddete karşı sıfır tolerans politikası uygulanmalıdır.
10. Birinci basamakta nöbet uygulaması kaldırılmalı, adli nöbetler belediye hekimlerinin sorumluluğunda olmalı, malpraktis sigortası devlet tarafından karşılanmalıdır.

3.5 Katkılar

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Emek Gücü

BBSH başarısı, sağlık çalışanlarının yeterliliği, dağılımı, çalışma koşulları ve eğitim süreçleriyle doğrudan ilişkilidir[11]. Ancak mevcut sağlık politikaları, BBSH'de çalışan emekçilerin iş yükünü artırmakla kalmayıp, güvencesiz çalışma koşullarını yaygınlaştırarak BBSH'nin niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

1. Birinci Basamakta Sağlık Emek Gücünün Dağılımı ve Planlanması

DSÖ'ne göre 2030 yılına kadar dünya genelinde 10 milyon sağlık çalışanı açığı yaşanması beklenmektedir [12]. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık çalışanlarının yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişimi büyük ölçüde sınırlamaktadır [2]. Gelişmiş ülkelerde ise çalışanların kır-kent arasında eşitsiz dağılımı öne çıkan bir sorundur [4]. Sağlık iş gücünün planlanması, hizmetlerin devamlılığı açısından çok önemlidir. Ancak birçok ülkede sağlık çalışanlarının eğitimi, dağılımı ve istihdamı konusunda uzun vadeli stratejiler geliştirilmemektedir [12]. Bu da planlamada yetersizlikler ve düzensiz dağılım sorunlarını beraberinde getirmektedir.

Emek gücünün yetersizliği hem koruyucu hem tedavi edici hem de rehabilite edici hizmeti vermesi gereken birinci basamak çalışanlarının aşırı iş yükü altında çalışmasına neden olmaktadır.

2. Sağlık Emek Gücünün Çalışma Koşulları ve Hakları

BBSH çalışanları halk sağlığı açısından çok önemliyken, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, düşük ücretler ve iş güvencesizliği gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır [4, 6]. OECD'nin 2020 yılında yayımladığı rapora göre, Türkiye'nin de içinde bulunduğu 14 Avrupa ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin iş yükü, uzun vadede sürdürülemez olarak değerlendirilmektedir. Artan hasta yükü, çalışma saatlerinin uzamasına ve hasta başına ayrılan sürenin azalmasına neden olmaktadır. Hekimler bu çalışma şartlarını, 'makul olmayan ve uzun vadede sürdürülemez' olarak değerlendirilmektedir [4].

Sağlıkta şiddet, BBSH çalışanlarının karşılaştığı en büyük tehditlerden biri olmaya devam etmektedir. WHO'nun verilerine göre, dünya genelinde birinci basamak sağlık çalışanlarının %60'ı meslek hayatlarında en az bir kez fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmaktadır [9].

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Emek Gücü

3. Sağlık Emek Gücünün Eğitimi ve Mesleki Gelişimi

BBSH'nin başarısı, yalnızca çalışan sayısına değil, aynı zamanda eğitim kalitesi ve sürekli mesleki gelişimiyle ilişkilidir. Ancak, mevcut eğitim sistemleri genellikle hastane odaklıdır ve birinci basamak hizmetlerine yönelik yeterli eğitimi vermemektedir.

Mevcut eğitim sisteminde eksik olan başlıca unsurlar şunlardır:

- Toplum temelli sağlık hizmetleri eğitiminin müfredata entegre edilmemesi [1]
- Saha eğitimi ve çok disiplinli ekip çalışması becerilerinin eksikliği [4]
- Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin mesleki gelişim fırsatlarına erişimde yaşadığı kısıtlamalar [2]

Bu eksikliklerin sonuçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik ilginin azalması, mezun olan sağlık çalışanlarının ikinci ve üçüncü basamağı tercih etmesi ve kırsal alanlarda çalışmayı teşvik edecek yeterli eğitime sahip olmamaları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır [4, 12]

Sağlık emek gücünün eğitimi güçlendirilerek aşağıdaki konular önceliklendirilmelidir:

- Sağlık eğitimi müfredatlarında halk sağlığına yönelik dersler arttırılmalıdır [4]
- Sağlık çalışanları için sürekli mesleki eğitim programları teşvik edilmelidir [13]
- Dijital sağlık teknolojileri eğitim süreçlerine entegre edilmelidir [12]

4. Sağlık Emek Gücünün Sürdürülebilirliği ve Göç Politikaları

Sağlık emek gücünün sürdürülebilirliği, uzun vadeli iş gücü planlamaları ve sağlık çalışanlarının meslekte kalmasını teşvik eden politikalarla sağlanabilir [2]. Ancak, düşük maaşlar, ağır çalışma koşulları ve mesleki tatminsizlik nedeniyle birçok sağlık çalışanı kamu sektöründen ayrılmakta veya daha iyi koşullar sunan özel sektöre ya da yurtdışına yönelmektedir. DSÖ verilerine göre, 2022 itibarıyla küresel sağlık çalışanlarının %15'i doğdukları veya eğitim aldıkları ülke dışında çalışmaktadır ve bu oran gelişmiş ülkelerin sağlık iş gücünü düşük gelirli ülkelere karşılamasıyla giderek artmaktadır [9].

Bu dengesizliklerin önüne geçmek için, sağlık çalışanlarının ülkelerinde kalmasını teşvik eden maaş artışları, kariyer gelişimi olanakları ve iş güvencesi gibi politikalar uygulanmalıdır [10].

5. Sağlık Emek Gücüne Yatırım ve Politika Önerileri

Sağlık emek gücüne yapılan yatırımlar, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamanın yanı sıra evrensel sağlık kapsayıcılığına (UHC) ulaşmada da çok önemlidir [9]. Sağlık iş gücüne yapılan yatırımlar, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, mesleki gelişim gibi alanları kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Ancak, birçok ülkede sağlık çalışanlarına yönelik yatırımlar uzun vadeli planlardan ziyade kısa vadeli çözümlerle sınırlandırılmakta, eğitim ve istihdam süreçleri yeterince desteklenmemektedir [11].

Sağlık iş gücüne yapılan yatırımların etkili olabilmesi için mesleki eğitim ve istihdam politikalarının entegre edilmesi ve birinci basamağa ayrılan bütçenin artması gerekmektedir. Ayrıca, kadınların sağlık sektöründeki liderlik pozisyonlarında daha fazla yer almasını teşvik eden politikalar geliştirilerek, sektördeki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri giderilmelidir [9].

Sonuç

Sağlık emek gücü, sağlık hizmetlerinin kalitesi ile erişilebilirliğini doğrudan belirleyen en önemli unsurlardandır. Ancak, yetersiz istihdam, eşitsiz dağılım, çalışma koşullarının zorluğu, eğitim eksiklikleri ve sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişliği gibi yapısal sorunlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenen seviyeye gelmesini engellemektedir.

BBSH'nin güçlendirilmesi, yalnızca sağlık çalışanlarının sayısını artırmakla değil, aynı zamanda çalışma koşullarını iyileştirmek, mesleki gelişimlerini desteklemek, mesleki tatmini arttırmak, mesleki güvencelerini sağlamak, iş yükünü azaltmak ve çalışanların sağlığını koruyacak destek mekanizmalarını oluşturarak mümkündür.

Sonuç olarak, sağlık emek gücüne yapılacak uzun vadeli ve kapsamlı yatırımlar, hem sağlık çalışanlarının refahını hem de toplum sağlığının iyileştirilmesini sağlayacak kritik bir adımdır. Sağlık çalışanlarının desteklendiği ve güçlendirildiği bir sistem kurulmadıkça, halk sağlığı hizmetlerinde sürdürülebilir bir iyileşme sağlamak mümkün olmayacaktır.

1) Birinci Basamak Tanımı ve Sağlık Bölgesi

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, insanların sağlık alanında ilk başvuruyu yaptığı, sağlığın sosyal belirleyicilerini de dikkate alarak koruyucu, geliştirici, iyileştirici ve esenlendirici hizmetlerin bir arada verildiği, sürekliliği olan, diğer basamaklarla eşgüdüm içinde çalışan ve ayaktan başvuru hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır.
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri insan ve toplum odaklı olmalı ve anne karnına düştükten, ölüme kadar olan tüm süreci (palyatif bakım dahil) kapsamalıdır.
3. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri önceleyerek verilmelidir.
4. Birinci basamak sağlık bölgesi, odağında Aile Sağlığı Merkezi'nin olduğu, bunun etrafında diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının bulunduğu (SHM, KETEM, TRSM vb), bu kurumların birbiriyle eşgüdüm içinde çalıştığı ve hizmetlerin birbirine entegre edildiği, bölge tabanlı ve tanımlanmış bir nüfusu olan bir sağlık bölgesidir.
5. Her sağlık bölgesi, bölgenin sağlık düzeyini ve verilerini izleyen, değerlendiren, sorumlusunun Halk Sağlığı Uzmanının olduğu bir bölge yönetim birimiyle (İlçe Sağlık Müdürlüğü vb.) birlikte çalışmalıdır.

4.1 Katkılar

2. Birinci Basamak Sağlık Emek gücü ve Planlaması

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında başta aile hekimliği uzmanı/genel pratisyen olmak üzere birinci basamak için eğitilmiş diş hekimi, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve hizmetli istihdam edilmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti verilen bölgelerde nüfusun özelliğine göre ek olarak ASM içinde veya diğer birinci basamak kurumlarında diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, çevre sağlığı teknisyeni, laborant, şoför vb. gibi meslek grupları da istihdam edilmelidir.
- Bölgenin sağlık ihtiyaçlarına ve nüfus yapısına göre (yaşlı nüfus, gebe-çocuk, sosyal ihtiyacı yüksek bölgeler gibi) birinci basamakta çalışan sağlık personeli sayısı artırılmalıdır.
- Her 750 kişiye 1 ebe/hemşire düşecek şekilde planlama yapılmalı, yaşlı nüfusun fazla olduğu bölgelerde kronik hastalık takibini yapacak hemşireler istihdam edilmelidir.
- Diğer meslek gruplarının da nüfus bazlı planlaması ilgili meslek örgütleriyle birlikte yapılmalı ve sağlık emek gücü ihtiyacı birinci basamağa uygun olarak hesaplanmalıdır.
- Bölge yönetim birimlerinde (İlçe Sağlık Müdürlüğü vb) halk sağlığı uzmanlarının da olduğu ve bölgenin sosyodemografik özelliklerine göre değişen sayıda ve yukardaki belirtilen personele ek olarak sağlık insangücü (eczacı, sosyolog vb) istihdam edilmelidir.
- Birinci basamakta her 1500 kişinin bir Aile Hekimliği Uzmanı/genel Pratisyen ve Aile Hemşiresi olmalıdır. Güncel nüfusa göre bu sayı yaklaşık 60.000 Aile Hekimi ve Aile Hemşiresidir. Bu nedenle var olan sayının yaklaşık iki katı kadar artırılması gerekmektedir.
- Birinci basamak sağlık emek gücünün sayısı, eğitim ve çalışma koşullarının planlanması için meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, üniversiteler ve bakanlıkla birlikte bir ortak kurul oluşturulmalıdır.
- Sağlık emekgücünde diğer uzman doktorların en altta olduğu bozuk piramit yapısı tersine çevrilmeli, TUS kontenjanlarında aşırı uzmanlaşmayı özendiren mevcut politika terk edilmeli, tabanda güçlü bir birinci basamak hekimliği yapılanması oluşturulmalıdır.

4.2 Katkılar

3. Sağlık Emekgücü Eğitimi (Mezuniyet Öncesi ve Sonrası)

Mezuniyet Öncesi Eğitim:

- Tıp fakülteleri ve sağlık alanındaki tüm fakültelerde eğitim müfredatı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmaya uygun olacak şekilde düzenlenmeli ve özendirilmelidir.
- Öğrencilerin birinci basamak sağlık kurumlarında uygulamalı eğitim almaları sağlanmalıdır.
- Bu aşamada eğitim veren hekimler özendirilmeli, akademik ve maddi teşvikler sağlanmalıdır.

Mezuniyet Sonrası Eğitim:

- Birinci basamakta çalışanlar, birinci basamağa özgü standardize bir eğitim almalıdır.
- Meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı işbirliği içinde hizmet içi eğitimler düzenlemelidir.
- Bu eğitimler düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, eğitimi almayan sağlık çalışanları birinci basamakta görevlendirilmemelidir.
- Sürekli mesleki eğitimler desteklenmeli, izin ve ücret kesintisi gibi sorunlar yaşanmamalıdır.
- Birinci basamakta çalışan hekimler için halen sürdürülmekte olan SAHU programı sonlandırılmalıdır.
- Aile hekimliği uzmanlık eğitim içeriği ve kontenjanları yeniden düzenlenmelidir.
- Birinci basamakta çalışacak hekim sayısını artırmak için TTB, Aile Hekimliği Uzmanlık Dernekleri, Sağlık Bakanlığı ve Aile Hekimliği Anabilim Dalları ortak bir eğitim kurulu oluşturmalı, saha eğitimcilerinin sayısı artırılmalı ve birinci basamak hekimi açığı kapandıktan sonra aile hekimliği uzmanlık eğitimi üzerinden devam etmelidir.

4.3 Katkılar

4. Mevzuat ve Birinci Basamağın Güçlendirilmesi

- Sağlık emekgücü için görev tanımları, eğitimleri ve özlük haklarını düzenleyen, iyileştiren mevzuat değişiklikleri yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları, tamamen kamu çalışanı olarak istihdam edilmeli, iş güvencesi sağlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı teşvik edecek yasal ve ekonomik düzenlemeler yapılmalıdır.
- Çalışanların grev ve toplu sözleşmeli sendikalı çalışma hakkı olmalıdır.
- İşsiz sağlık çalışanlarının istihdamı için acil düzenlemeler yapılmalı, tüm mezunlar istihdama dahil edilmelidir.

4.4 Katkılar

5. Birinci Basamakta Özel Sektörün Rolü

- Birinci basamak sağlık hizmetleri, kamusal olarak yürütülmeli, sağlık hizmetlerinde özel sektör teşvik edilmemelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti verdiği kabul edilen dış hekimleri ve eczacılar için ayrı bir düzenleme yapılmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinin özel işletmelere dönüşmesini önleyecek düzenlemeler hayata geçirilmelidir.

4.5 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu ve geliştirici hizmetleri önceleyen, sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate alan, yaşam boyu sürekliliği olan ve yaşamın tüm evrelerini kapsayan bir şekilde yapılandırılmalıdır. Bu hizmetler toplum odaklı olmalı ve diğer basamaklarla eşgüdüm içerisinde verilmelidir.
2. Aile Sağlığı Merkezleri'nin merkezde olduğu, diğer birinci basamak kurumlarıyla (SHM, KETEM, TRSM) entegre çalışan, bölge tabanlı olarak tanımlı bir nüfusa hizmet veren sağlık bölgeleri oluşturulmalıdır. Her bölge, bölge yönetim birimiyle (İlçe Sağlık Müdürlüğü) eşgüdüm içinde çalışmalıdır.
3. Her 1500 kişiye bir Aile Hekimi ve Aile Hemşiresi, her 750 kişiye bir ebe/hemşire düşecek şekilde personel istihdamı kamu tarafından sağlanmalıdır.
4. Nüfusun yaş, gebelik oranı ve sosyoekonomik durumuna göre bölgenin ihtiyacı olan sağlık meslek grupları (psikolog, fizyoterapist, uzman hemşire, sosyal hizmet uzmanı vb.) kamu tarafından istihdam edilmeli, her bölgenin ihtiyaçlarına göre özel sağlık ekipleri oluşturulmalıdır.
5. Birinci basamakta görev yapan sağlık personelinin görev tanımları, özlük hakları ve tam zamanlı kamu istihdamı yasal güvenceye alınmalıdır.
6. Birinci basamakta görev yapan sağlık personeline grev ve toplu sözleşme hakkı verilmeli, birinci basamakta çalışmayı özendirici ekonomik iyileştirmeler yapılmalıdır.
7. Tüm sağlık eğitimi müfredatları birinci basamakta hizmet verme odaklı ve birinci basamakta çalışmaya özendirici şekilde yapılandırılmalıdır. Mezuniyet öncesi uygulamalı eğitimler, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda yapılmalıdır.
8. Birinci basamakta çalışacak personel için meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, üniversiteler ve bakanlık işbirliğinde standardize edilmiş hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, bu eğitimlere katılım desteklenmeli ve kesintisiz sürdürülmelidir.
9. SAHU programı sonlandırılmalı, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi içeriği güncellenmeli ve TUS Aile Hekimliği kontenjanları arttırılmalıdır.
10. Sağlık insan gücündeki bozuk piramit yapısı tersine çevrilmeli, tabanda birinci basamak hekimlerinin olduğu bir yapı oluşturulmalı, mevcuttaki işsiz sağlık emekçilerinin birinci basamakta istihdam edilmesi için acilen bir planlama yapılmalıdır.

4.6 Katkılar

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığının Önemi

BBSH, toplumun en geniş kesimine ulaşarak sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmada temel bir bileşen olarak yer alır. Bu hizmetlerin iş sağlığı ile bütünleştirilmesi, çalışanların sağlıklı ve güvenli koşullarda çalışmasını sağlayarak, meslek hastalıkları ve iş yaralanmalarının önlenmesine katkıda bulunur[14]. Ancak günümüzde, nitelikli iş sağlığı hizmetleri büyük oranda yalnızca belirli sektörlerdeki büyük işletmelerin çalışanlarına sunulmakta, milyonlarca emekçi eşit hizmet alamamaktadır [14]. Bu eşitsizlik, iş sağlığı hizmetlerinin kamusal sağlık sistemine tam anlamıyla entegre edilmesi gerektiğini göstermektedir [15].

İş sağlığı, yalnızca iş yaralanmalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesine odaklanan dar bir çerçevede ele alınamaz. İşçilerin sağlığını güvence altına almak için çalışma ortamlarının düzenlenmesi, psikososyal sağlık desteğinin sağlanması ve sürekli sağlık takibinin gerçekleştirilmesi gerekir [16]. Bu tür hizmetlerin, özel sektörün insafına bırakılmadan, tamamen kamu eliyle yürütülmesi zorunludur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun her kesimine ulaşabilen yapısıyla, iş sağlığı hizmetlerini tüm çalışanlar için erişilebilir hale getirmek için en uygun araçlardan biridir.

2. İş Sağlığı Hizmetlerinin Kamusal Sağlık Politikaları İçindeki Yeri

İş sağlığı hizmetleri, tüm işçilerin hak ettiği kamusal hizmet olarak kabul edilmelidir. Devlet, işçilerin sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına almalı ve bu hizmetleri ücretsiz sunmalıdır [17]. Günümüzde birçok ülkede iş sağlığı hizmetleri, özel sektörün insafına bırakılmış ve sermayenin kâr hırsı nedeniyle milyonlarca işçi bu hizmetlere erişemez hale gelmiştir. Oysa ki sağlık, ticarileştirilemeyecek ve piyasaya teslim edilemeyecek bir kamusal haktır.

İş sağlığına ilişkin politikaların geliştirilmesinde, işçilerin örgütlü yapıları, sendikalar ve kamu sağlık otoriteleri belirleyici olmalıdır. İşçilerin sağlığını ilgilendiren kararlar, sermaye çevrelerinin çıkarlarına göre değil, toplumun ortak yararını gözeten bir anlayışla alınmalıdır[16]. Devlet, iş sağlığı hizmetlerini yalnızca belirli sektörlerle değil, tüm çalışanlara eşit ve ücretsiz şekilde ulaştıracak altyapıyı oluşturmalıdır. Bugün tarım işçileri, geçici işçiler, ev eksenli çalışanlar ve kayıt dışı istihdam edilen milyonlarca insan, işçi sağlığı hizmetlerinden büyük ölçüde mahrum bırakılmaktadır [15, 17].

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlığı

3. İş Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarıyla Bütünleşmesi

BBSH, toplumun en geniş kesimine ulaşabilen sağlık hizmetleri olduğu için iş sağlığı uygulamalarının bu hizmetlerle birleştirilmesi zorunludur. İşçilerin periyodik sağlık kontrollerine tabi tutulması, meslek hastalıklarının erken teşhisi için önemlidir fakat bu periyodik muayenelerin nitelikli yapılabilmesi için iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin özelleştirilmesinden vazgeçilmeli ve devlet eliyle güçlü bir sağlık altyapısı oluşturulmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iş sağlığı ile entegre edilmesi, işçilerin yaşadığı sağlık sorunlarına erken müdahale edilmesini sağlarken, aynı zamanda sağlık sistemlerinin üzerindeki yükü de azaltacaktır [16,18].

Devletin sağlık hizmetlerini genişletmesi, sadece şehir merkezleriyle sınırlı kalmamalı, kırsal bölgelerde çalışan tarım işçileri ve diğer kır işçileri de kapsam içine alınmalıdır. İşçilerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için mobil sağlık ekipleri oluşturulmalı, tarım alanları ve sanayi bölgelerinde düzenli sağlık taramaları yapılmalıdır. Bu tür kamusal sağlık hizmetleri, yalnızca büyük kentlerde değil, en ücra köylere kadar ulaşacak şekilde planlanmalıdır.

4. İş Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı ve Kaynakların Kullanımı

İş sağlığı hizmetlerinin doğru için kamusal kaynakların bu alana yeterli düzeyde ayrılması gerekmektedir [15]. Bugün birçok ülkede sağlık bütçeleri özel sağlık sektörünü desteklemek için kullanılırken, işçilerin temel sağlık hizmetlerine erişimi ikinci plana atılmaktadır.

İş sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliği için devletin sağlık bütçesini artırması ve iş sağlığına yönelik kamu yatırımlarını güçlendirmesi gerekmektedir. İşçilerin sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına alacak sosyal güvenlik sistemleri güçlendirilmeli, tüm çalışanların hiçbir ayırım gözetilmeden sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi sağlanmalıdır [15,17].

Sağlık hizmetlerinin finansmanında adaletin sağlanabilmesi için servet vergisi ve büyük sermaye sahiplerinden alınacak ek vergilerle sağlık bütçesi genişletilmelidir. İş sağlığı hizmetlerinin finanse edilmesi, halkın ortak kaynaklarıyla sağlanmalı ve özel sektörün kâr hırsına teslim edilmemelidir.

Sonuç

İş sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak devlet eliyle organize edilmeli ve tüm işçilerin ücretsiz olarak erişebileceği bir kamu hizmeti haline getirilmelidir. Sağlık, piyasa koşullarına terk edilemeyecek kadar temel bir insan hakkıdır ve bu hakkın korunması, devletin doğrudan sorumluluğunda olmalıdır. İş sağlığına yönelik politikalar, halkın ortak çıkarlarını gözetenek planlanmalı ve işçilerin sağlık hizmetlerine erişimi garanti altına alınmalıdır. Kamucu bir sağlık anlayışı, yalnızca işçilerin değil, tüm toplumun sağlığını güvencesini güçlendirecektir.

1. İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında Yaşanan Sorunlar ve Nedenleri

1. Türkiye’de yaklaşık 25 milyon çalışan bulunmaktadır. Bunların 19,5 milyonu özel sektörde, 5,5 milyonu kamu sektöründe istihdam edilmektedir. Ülkede 4 milyondan fazla işyeri bulunmakta olup, bunların büyük bir çoğunluğunu 50’den az çalışanı olan küçük işletmeler oluşturmaktadır. İş kazalarının en fazla meydana geldiği yerler de yine bu küçük işletmelerdir. Mevzuat gereği iş sağlığı ve güvenliği hizmeti alma zorunluluğu olmasına rağmen, işletmelerin yaklaşık %50’si bu hizmeti almamaktadır. Ayrıca, işyerlerinde gerçekleştirilen denetimler yetersiz kalmaktadır.
2. Türkiye’de işyeri hekimi sertifikasına sahip 50 bin kişi bulunmasına rağmen, aktif olarak çalışan işyeri hekimi sayısı yalnızca 15 bindir.

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu yürürlüğe girerken, tüm çalışanları kapsayacağı ve hiçbir çalışanın iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden mahrum kalmayacağı belirtilmiştir. Ancak, kanunun uygulanması beş kez ertelenmiştir. Özellikle 50’den az çalışanı olan işyerleri ve kamu kurumları için yürürlüğe girmesi sürekli ötelenmiş, 13 yıl sonra, 1 Ocak 2025 itibariyle tam olarak uygulanmaya başlanacağı ilan edilmiştir. Fakat kamu kurumları bu düzenlemeye hazır değildir ve bu alanda ayrılan bütçe yetersizdir.
- Kanunda yapılan değişiklikte 50’den az çalışanı olan işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini işverenin veya işveren vekilinin üstlenebilmesinin önü açılmıştır. Ayrıca, çalışanların sağlık gözetimi aile hekimlerine devredilmiştir. Bu durum, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin tüm çalışanları kapsayacağı iddiasına rağmen, fiilen bu hizmetlerin ortadan kaldırılmasına yol açmıştır.
- Kamu sektöründe iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin ödenmesi konusunda da ciddi sorunlar yaşanacaktır. Öte yandan, 10’dan az çalışanı bulunan az tehlikeli sınıftaki işyerlerinde sağlık gözetimi hizmeti sunabilmek için herhangi bir sertifika zorunluluğu bulunmamaktadır.

5.1 Katkılar

- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu yürürlüğe girmesine rağmen, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının azalmasını sağlayamamıştır. İstatistiklerin sağlıklı tutulmadığı göz önüne alındığında, aksine iş kazalarının ve meslek hastalıklarının arttığı görülmektedir. Ancak, bu kanun ile yalnızca iş güvenliği uzmanları ve işyeri hekimleri gibi belirli meslek gruplarına cezai ve idari yaptırımlar uygulanarak, sistemde “suçlu” bulunabilecek kişiler yaratılmıştır.
- Meslek hastalıkları hastaneleri kapanırken, mevcut iş ve meslek hastalıkları poliklinikleri yetersiz kalmaktadır. Meslek hastalıklarının teşhisi tam olarak konulamamakta ve çalışanların hakları korunamamaktadır. Günümüzde, en az %10 iş gücü kaybı olması halinde tazminat alınmasına yönelik bir sistem bulunmasına rağmen, meslek hastalığı tanısı konulmadığında çalışanların tazminat hakkı ortadan kalkmaktadır.
- İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasa hazırlanırken ve uygulamaya konulurken, ilgili meslek örgütleri, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarıyla (STK) işbirliği yapılmamaktadır.
- Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB), giderek taşeron iş bulma kurumu niteliğine bürünmüştür. Türkiye’de çalışan işyeri hekimlerinin %80’den fazlası OSGB’ler bünyesinde görev yapmaktadır. Bu durum, rekabetin acımasız bir hale gelmesine ve iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda, OSGB’lerde çalışan işyeri hekimleri için iş güvencesi sağlanamamakta ve mesleki bağımsızlıklarını koruyabilecekleri bir ortam oluşturulamamaktadır.
- OSGB’ler genellikle yalnızca 1 yıllık sözleşmelerle işyeri hekimi çalıştırmaktadır. Oysa iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, süreklilik gerektiren bir alan olup, çalışanların uzun vadeli sağlık gözetimine ihtiyaç duymaktadır.
- Günümüzde birçok hekim, işyeri hekimliğini ek iş olarak değerlendirmektedir. Ancak, işyeri hekimliği yalnızca geçici bir gelir kaynağı değil, başlı başına bir uzmanlık alanıdır. Ne yazık ki, işyeri hekimliği ayrı bir disiplin olarak kabul edilmemekte ve bu bilinç yeterince oluşturulamamaktadır.

5.2 Katkılar

- İşe uygunluk muayeneleri ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu mekânlara ilişkin standartlar belirlenmemiştir. İşyeri hekimi odası bir sağlık kuruluşu olarak mı değerlendirilmelidir? Bu konuda net bir düzenleme bulunmamaktadır. İş sağlığı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi ve denetlenmesi gerekmektedir. Eğer işyerlerinde poliklinik hizmeti verilecekse, bunun standartlarının belirlenmesi ve denetiminin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması zorunludur. Ancak mevcut sistemde bu konuda ciddi bir düzenleme eksikliği bulunmaktadır.
- İşçilerin sağlık gözetimi kayıtları ve işyerlerinin risk değerlendirme bilgileri merkezi bir sistemde toplanmamaktadır. İşe yeni başlayan işyeri hekimi, görev alacağı işyerinin önceki sağlık kayıtlarına erişememektedir. İşçiler iş değiştirdiğinde, sağlık kayıtları eski işyerinde kalmakta ve yeni işyerine aktarılmamaktadır. Bu da iş sağlığı hizmetlerinde devamlılığın sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Türkiye’de iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi açısından merkezi bir kayıt sisteminin eksikliği ciddi bir sorun oluşturmaktadır.
- İş sağlığı ve güvenliği alanında sağlık ve güvenlik hizmetleri ayrı ele alınmakta, bu iki alan arasında koordinasyon eksikliği bulunmaktadır. Oysa ki iş sağlığı, iş güvenliği ve çevre yönetimi birlikte ele alınmalı, bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu üç alanın birbirinden bağımsız değerlendirilmesi, koruyucu ve önleyici hizmetlerin etkin şekilde uygulanmasını engellemektedir.
- Mevcut işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanları, çok tehlikeli ve tehlikeli işyerlerinin %50’sine hizmet sunamamaktadır. Bu nedenle, az tehlikeli işyerlerinde ve az sayıda çalışanı bulunan işletmelerde iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri öncelikli olarak sunulmamaktadır. 10’dan az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kamu tarafından sağlanması gerekmektedir. Ancak 50’den az çalışanı bulunan az tehlikeli işyerlerinde, iş sağlığı gözetiminin Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB), Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER) veya Aile Hekimliği (AH) tarafından yürütülebileceği ifade edilmektedir. Oysa ki işe uygunluk muayenesi yapacak hekimin, çalışanın görev yapacağı işyerinin risklerini detaylı bir şekilde bilmesi zorunludur.

5.3 Katkılar

- İşyeri hekimliği koruyucu sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilmelidir. Ancak mevcut sistemde işyeri hekimleri, reçete yazan, rapor düzenleyen ve yalnızca hasta muayene eden bir pozisyona indirgenmiştir. Oysa işyeri hekimlerinin esas görevi, sahada aktif olarak çalışanların sağlığını koruyacak önlemleri almak ve meslek hastalıklarını önlemektir. Günümüzde işyeri hekimleri, koruyucu hekimlik uygulamalarını yeterince gerçekleştirememekte ve yalnızca tedavi edici hizmetlere yönlendirilmek zorunda kalmaktadır.
- Türkiye’de işyeri hekimliği sertifikalarının kiralınması yaygın bir hale gelmiştir. Özel hastanelerde tam zamanlı çalışan hekimler veya emekliler, ek gelir sağlamak amacıyla işyeri hekimliği sertifikalarını başkalarına kullandırmaktadır. Bu tür uygulamalar, iş sağlığı hizmetlerinde ciddi kalite kayıplarına yol açmakta ve fiilen işyeri hekimliği yapmayan kişilerin sektörde görünmesine neden olmaktadır. Sistemin tam zamanlı çalışan bir işyeri hekimi atayamaması, bu tür yanlış uygulamaların yaygınlaşmasına sebep olmaktadır.
- İşyeri hekimleri ve iş sağlığı güvenliği uzmanları, farklı lokasyonlarda birden fazla işyerine hizmet sunmak zorunda kalmaktadır. Ancak, işyerleri arasında geçen ulaşım süresi çalışma süresine dahil edilmemektedir. Bu durum, çalışma saatlerinin aşırı uzamasına, iş yükünün artmasına ve işyeri hekimlerinin işlerini sağlıklı bir şekilde yürütememesine neden olmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin etkin şekilde sürdürülebilmesi için işyeri hekimlerinin birden fazla işyerinde çalışmasının sınırlandırılması ve ulaşım sürelerinin çalışma süresine dahil edilmesi gerekmektedir.
- Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini desteklemek için kurulan Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER) sayısı son derece yetersizdir.

5.4 Katkılar

2. Eğitim

- Tıp fakültelerinde işçi sağlığı ve iş sağlığı hizmetleri, bazı üniversitelerin halk sağlığı anabilim dallarında, o kürsüde görev yapan öğretim üyelerinin bilgi ve deneyimi ölçüsünde işlenmektedir. Ancak bu konu, kişisel bir tercihe veya hocanın görgüsüne bağlı kalmamalı, sistematik bir şekilde tıp müfredatına entegre edilmelidir. Tıp fakültesinden mezun olan her hekimin işçi sağlığı konusunda temel bilgilere sahip olması gerekmektedir. Hekimler, muayene sırasında hastalarının çalıştıkları iş yerlerini ve mesleklerini mutlaka sormalı, işlerinin getirdiği sağlık riskleri hakkında genel bir bilgiye sahip olmalıdır.
- Geçmişte işyeri hekimliği sertifika eğitimleri Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından yürütülmekteydi. Ancak günümüzde bu eğitimler özel eğitim merkezleri tarafından verilmektedir. İşyeri hekimliği sertifikası alabilmek için 90 saat teorik eğitim, 90 saat uzaktan eğitim ve 40 saatlik uygulamalı eğitim gerekmektedir. Ancak bu eğitimlerin denetimi sağlanmamaktadır.
- İşyeri hekimliği sertifikalarının süresinin uzatılması, tamamen ücret karşılığında yapılmaktadır. Sertifika yenileme süreci, bilginin güncellenmesi veya mesleki yetkinliğin değerlendirilmesi amacıyla değil, yalnızca ücret ödenerek belge süresinin uzatılması şeklinde uygulanmaktadır.
- İşyeri hekimliği eğitiminde yeni bir model oluşturulmalı ve bu modelde bilimsel yetkinlik esas alınmalıdır. Sertifikaların, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB) ve üniversitelerin ortak olduğu bağımsız bir enstitü tarafından verilmesi gerekmektedir.
- İş sağlığı hizmetlerinde tehlike derecesine göre uzmanlaşma da dikkate alınmalıdır. İşyeri hekimliği sertifikasının 2 yıllık süreyle verilmesi yeterli olmakla birlikte, çok tehlikeli işyerlerinde ve büyük sektörlerde çalışacak işyeri hekimleri için 4 yıllık uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmelidir. Böylece, özellikle sanayi ve ağır iş kollarında daha yetkin ve alanında uzmanlaşmış işyeri hekimlerinin görev alması sağlanabilir.
- Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimleri, işçilerin sağlık gözetimi konusunda daha etkin bir rol üstlenmelidir. Bunun için aile hekimlerine yönelik hizmet içi eğitim programları oluşturulmalı ve bu hekimlerin meslek hastalıkları ile iş kazaları konusunda donanımlı hale getirilmesi sağlanmalıdır.

5.5 Katkılar

3. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmet Modeli

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin temel amacı, yapılan işin emek alanına katkısını göz önünde bulundurarak, işçilerin çalışma sürecinde hasta olmasını, sakat kalmasını ve iş kazaları sonucu yaşamını yitirmesini önleyecek politikalar geliştirmek olmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri kamusal bir sistem içinde organize edilmelidir. Bu yapı içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Sağlık Bakanlığı (SB), Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, meslek örgütleri, işçi ve işveren sendikaları, üniversiteler ve ilgili sivil toplum kuruluşları etkin bir şekilde yer almalıdır. İş sağlığı ve güvenliği politikalarının belirlenmesi, uygulanması ve geliştirilmesi için ulusal düzeyde bir konseyin oluşturulması, bağımsız enstitülerin kurulması ve bölge merkezlerinin oluşturulması gerekmektedir.
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sürdürülebilir ve etkin bir şekilde yürütülebilmesi için işverenlerin, işçi sayısına ve iş yerindeki risk düzeyine bağlı olarak prim ödemesi yapacağı bir İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) mali havuzu oluşturulmalıdır. Devlet de bu sisteme katkı sunarak risk gruplarına yönelik önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini desteklemelidir.
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini daha etkin hale getirmek için işyerlerine belirli kriterlere göre İSG puanı verilmesi ve bu puanlara bağlı olarak uygun önlemleri almayan işletmelere yaptırımlar uygulanması gerekmektedir. Bu sistem, önleyici tedbirlerin artırılmasını teşvik edecek ve işverenlerin sorumluluklarını yerine getirmesini sağlayacaktır.
- İş sağlığı ve güvenliği sisteminin etkin işleyebilmesi için denetim ekipleri güçlendirilmelidir. Denetim süreçleri düzenli ve bağımsız olmalı, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerini yerine getirmeyen işyerlerine idari ve hukuki yaptırımlar uygulanmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği sistemi, ülkenin genel sağlık sistemiyle entegre edilmelidir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının tespiti için ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde meslek hastalıkları teşhis ve tanı sistemleri geliştirilmelidir. Meslek hastalıkları ile ilgili olarak işçinin çalışma geçmişi, mesleki maruziyetleri ve riskleri sağlık sisteminde kayıt altına alınmalı ve teşhis sürecinde dikkate alınmalıdır.

5.6 Katkılar

4. Kısa, orta, uzun vadede yapılacaklar

- Ulusal düzeyde İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Konseyi bir an önce toplanmalı ve iş sağlığı politikalarının geliştirilmesi için gerekli adımlar atılmalıdır. Bu süreçte Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB), memur sendikaları ve işçi sendikaları etkin bir iş birliği içinde olmalı, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve güçlendirilmesi konusunda ortak kararlar almalıdır.
- Toplu iş sözleşmelerinde iş sağlığı ve güvenliği maddelerinin yer alması sağlanmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği hizmeti almayan işyerleri ve gerekli önlemleri almadığı için iş kazaları veya meslek hastalıklarına sebep olan işletmeler cezalandırılmalı, bu tür ihlallere yönelik caydırıcı yaptırımlar uygulanmalıdır.
- Kayıt dışı çalışmanın önüne geçilmesi için etkin denetim mekanizmaları oluşturulmalı ve sigortasız çalışanlar, göçmen işçiler, mevsimlik tarım işçileri ve günlük işçiler gibi güvencesiz işçilerin sağlık ve güvenlik hakları güvence altına alınmalıdır.
- Sertifika yenileme işlemleri yalnızca ücret karşılığında yapılmamalı, işyeri hekimliği sertifikalarının 5 yılda bir eğitimle güncellenmesi zorunlu hale getirilmelidir. Türk Tabipleri Birliği tarafından oluşturulacak mesleki gelişim sistemi kapsamında kredi puanı esaslı eğitimler sunulmalı, sektöre özel eğitimler, zorunlu kurslar ve yenileme eğitimleri hayata geçirilmelidir.
- İşyeri hekimliği alanında kaliteyi artırmak ve uzmanlaşmayı sağlamak için 2 yıllık sertifika eğitimi modeli standart hale getirilmelidir. Bunun yanı sıra, çok tehlikeli işyerlerinde ve büyük sanayi sektörlerinde çalışacak işyeri hekimleri için 4 yıllık uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmelidir.
- İş sağlığı ve güvenliği alanındaki etik ve hukuka aykırı uygulamaların önüne geçmek için etkin denetleme mekanizmaları kurulmalıdır. Özellikle sertifika kiralama gibi yasa dışı uygulamaların önüne geçmek için düzenli denetimler yapılmalı ve ihlaller tespit edildiğinde gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır.
- Denetim sisteminin güçlendirilmesi için işyeri hekimliği ve iş sağlığı uzmanlarını içeren özel denetim ekipleri oluşturulmalı, denetçi sayısı artırılmalı ve çevrimiçi (online) denetim mekanizmaları geliştirilmelidir. İş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan merkezler daha sıkı denetlenmelidir.
- Atama süreçlerinde işyeri hekimlerinin yasal çalışma sürelerinin aşılmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bir işyeri hekimine, yasal çalışma süresini aşacak kadar iş yükü verilmemeli, işyeri hekimliği dışında başka görevlerde çalışan hekimler için ek görev saatlerine sınır getirilmelidir. Ayrıca, sertifika kiralamanın önüne geçmek için katı denetimler uygulanmalıdır.

5.7 Katkılar

- Sağlık hizmetlerinin iş sağlığı ile entegre edilmesi gerekmektedir.
- İşyeri hekimliği hizmetlerinin dijital sağlık sistemine entegre edilebilmesi için işyeri hekimliği kayıtları, e-Nabız sistemiyle uyumlu hale getirilmelidir. Ayrıca, İşyeri Hekimleri Bilgi Sistemi (İHBS) uygulamaya geçirilerek işyeri hekimlerinin takip ettiği çalışanların sağlık bilgileri dijital ortamda kayıt altına alınmalı, meslek hastalıkları ve risk faktörleri takip edilebilir hale getirilmelidir.
- İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniklerinin sayısı artırılmalı, mevcut Meslek Hastalıkları Hastaneleri (MHH) güçlendirilerek tanı koyma kapasitesi artırılmalı ve uzmanlık düzeyi yükseltilmelidir.
- Çalışan Sağlığı Merkezleri (ÇASMER) sayısı artırılmalı ve bu merkezlerin kapasitesi güçlendirilmelidir.
- Kamuda ek görev olarak iş sağlığı ve güvenliği hizmeti sunan profesyonellerin ücretlendirme katsayısı artırılmalıdır. Günümüzde 200 katsayı üzerinden yapılan ödeme, 750 katsayıya çıkarılarak iş sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin hakları iyileştirilmelidir.

5.8 Katkılar

5) İş birliği

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilmesi için güçlü bir iş birliği mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir.
- İşçi sağlığı ve güvenliği alanında çalışan tüm kurum ve kuruluşların ortak hareket etmesi ve koordineli çalışması önemlidir.
- Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB), iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarında teknik bilgi birikimi ve mühendislik çözümleri ile önemli bir paydaş olarak sürece dahil edilmelidir.
- Kamu ve işçi sendikaları, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin geliştirilmesinde aktif bir rol üstlenmelidir.
- Akademik iş birlikleri güçlendirilerek, özellikle tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dalları ile ortak projeler yürütülmelidir.
- Uzmanlık dernekleri ve iş yeri hekimliği derneği, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde mesleki bilgi paylaşımını desteklemeli ve iş sağlığı hizmetlerinin bilimsel çerçevede gelişmesine katkı sunmalıdır.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM), iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi konusunda kilit bir rol üstlenmelidir. Bu kapsamda, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM) ile İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü (İSGÜM) tarafından yürütülen araştırmaların, saha uygulamalarına doğrudan yansıtılması sağlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı (SB) ve Çalışan Sağlığı Genel Müdürlüğü, iş sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonu konusunda daha etkin bir rol üstlenmelidir.
- Siyasi partiler, iş sağlığı ve güvenliği konularında bilinçlendirilerek, bu alandaki düzenlemelerin siyasi gündemde yer alması sağlanmalıdır.

5.9 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri kamusal bir model çerçevesinde yeniden yapılandırılmalı, işveren katkıları risk durumuna göre belirlenmelidir. Bu modelde Sağlık, Çalışma, Çevre Bakanlıkları ile meslek örgütleri, sendikalar ve akademinin temsil edildiği bir Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi oluşturulmalıdır.
2. Acımasız bir rekabetin hüküm sürdüğü Ortak Güvenlik Sağlık Birimleri kapatılmalı, iş sağlığıyla ilgili çalışacak personelin devlet tarafından ataması yapılmalıdır. Hekim ve iş yeri güvenliği uzmanının işten çıkartılma korkusu olmadan bağımsız kararlar alabilmesi sağlanmalıdır. OSGB sistemi eğer kaldırıl(a)mıyorsa taşeron yapıları düzenlenmeli, hizmet kalitesi arttırılmalı, denetimleri sıkılaştırılmalıdır. İşyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı ve iş güvencesi sağlanmalı, işyeri hekimliği sertifikası kiralaması engellenmelidir.
3. 6331 sayılı kanunun uygulanmasında yaşanan ertelemeler ve muafiyetler kaldırılmalı, tüm çalışanlar İş Sağlığı ve Güvenliği şemsiye altına alınmalıdır. İşyerleri, işçi başına risk durumuna göre prim ödemeli, işçi sağlığı hizmetleri güçlendirilmelidir. İş yaralanmaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi için denetimler sıkılaştırılmalı, 50 kişiden az çalışanı olan işyerleri için İş Sağlığı ve Güvenliği hizmetlerinin erişilebilirliği sağlanmalıdır.
4. İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde sağlık, güvenlik ve çevre konuları bütüncül yaklaşımla ele alınmalı, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmeli, İş yeri hekimi, koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmalı, reçete ve raporlama işinin tamamını oluşturmamalıdır.
5. İş yeri hekimliği eğitimi 2 yıllık sertifika programı ve 4 yıllık uzmanlık eğitimi olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Tıp fakültelerinin müfredatlarına işçi sağlığı dersleri eklenmeli, sertifika yenileme parayla değil eğitimle yapılmalıdır.
6. İşçilerin sağlık gözetimi ve işyerlerinin risk değerlendirmesi gibi bilgilerin saklandığı merkezi bir kayıt sistemi oluşturulmalı, İş yeri hekimliği Bilgi Sistemi ile e-Nabız entegre edilmeli, sağlık verilerinin devamlılığı sağlanmalıdır.
7. Kamu kurumlarında İş sağlığı ve Güvenliği hizmetleri için yeterli bütçe ayrılmalı, kamu çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden etkin yararlanması sağlanmalıdır.
8. Meslek hastalıkları hastanelerinin sayısı ve kapasitesi arttırılmalı, İş ve Meslek Hastalıkları poliklinikleri yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık sisteminde meslek hastalıkları tanı sistemleri güçlendirilmelidir.
9. Toplu iş sözleşmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği maddelerinin yer alması sağlanmalı, tüm paydaşlara İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi verilmelidir.
10. İşe uygunluk muayeneleri ve sağlık hizmeti verecek yerler için standartlar belirlenmeli, denetimler Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği hizmeti almayan işyerlerine caydırıcı cezalar getirilmelidir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Olağandışı Durumlar

Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), olağandışı durumlarda toplum sağlığını koruma ve sağlık sisteminin devamlılığını sağlama açısından kritik bir rol oynar. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri, hem kriz anlarında acil müdahale kapasitesini artırır hem de uzun vadede sağlık sisteminin direncini geliştirir [2].

1) Doğal Afetler ve BBSH

Doğal afetler, sağlık hizmetleri altyapısına büyük zarar verebilir ve aynı zamanda yaralı sayısında ani artışa neden olabilir. BBSH, afet sonrası ilk müdahale ekipleri içinde yer alır ve temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde çok önemlidir [19, 20].

Afet durumlarında BBSH merkezleri, genellikle triyaj noktaları olarak kullanılır ve hafif yaralanmalara müdahale eder. Ayrıca kronik hastalıkları olan bireylerin tedavilerinin devamlılığını sağlamak, hijyen koşullarını denetlemek ve bulaşıcı hastalıkları önlemek için çalışırlar. Birinci basamak sağlık çalışanları, afet bölgesindeki sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme, mobil sağlık hizmetleri organize etme ve psikososyal destek sağlama görevlerini de üstlenirler. Doğal afetlerde etkin müdahale için BBSH'nin afet öncesi hazırlık yapması, acil eylem planları oluşturması ve düzenli tatbikatlar gerçekleştirmesi gerekir. Sağlık çalışanlarının afet tıbbında eğitilmesi, yeterli acil malzeme stokunun bulundurulması ve alternatif iletişim sistemlerinin bulunması da hazırlık sürecinin önemli bileşenleridir. Ayrıca, risk altındaki bölgelerde yaşayan kronik hastalığı olan kişilerin önceden belirlenmesi ve afet durumunda önceliklendirilmesi de birinci basamağın hazırlık stratejisinin bir parçasıdır [19-22].

2. Salgın Hastalıklar ve Pandemi Durumları

Salgın hastalıklar, BBSH için en büyük zorluklardandır. COVID-19 pandemisinde de görüldüğü gibi, salgınlar sağlık sisteminin tüm bileşenlerini zorlar, ancak birinci basamak sağlık sisteminin giriş noktası olduğundan daha çok zorlanır. BBSH, vakaların erken tespiti, filyasyon çalışmaları, izolasyon önlemlerinin uygulanması ve toplumun bilgilendirilmesi gibi kritik görevleri üstlenir [1, 23, 24]

Pandemi dönemlerinde BBSH çalışanları, salgın hastalığa müdahalenin yanında rutin sağlık hizmetlerini de sürdürmek zorundadır. Aşılama, gebe ve bebek izlemeleri, kronik hastalık takipleri gibi hizmetlerin devamlılığı, salgın dönemlerinde dahi sağlanmalıdır. Bu sorumluluk, kaynakların etkin kullanımını ve hizmet önceliklerinin doğru belirlenmesini gerektirir [5].

BBSH'nin salgın yönetimindeki başarısı, erken uyarı sistemlerinin etkinliği, süveyans kapasitesi ve toplum katılımıyla yakın ilişkilidir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımı, enfeksiyon kontrol önlemleri ve vaka yönetimi konularında yeterli eğitime sahip olması da önem taşır [1, 5, 22, 24].

3. Kitlesele Yaralanma Olayları ve Terör Saldırıları

Trafik kazaları, endüstriyel kazalar veya terör saldırıları gibi kitlesele yaralanma olayları, sağlık sistemi üzerinde ani bir yük oluşturur. Bu tür olaylarda BBSH, olay yerindeki ilk müdahalede, hafif yaralıların tedavisinde ve hastanelerin yükünün azaltılmasında önemli bir rol oynar. BBSH merkezleri, olayın gerçekleştiği yere yakınsa, geçici tedavi ve stabilizasyon noktaları olarak kullanılabilir [23]. Kitlesele yaralanmalarda doğru müdahale için, BBSH çalışanlarının triyaj ilkeleri, temel yaşam desteği ve travma yönetimi konularında eğitilmiş olması gerekir [2, 23]. Ayrıca, sağlık merkezlerinin yeterli acil malzeme ve ekipmana sahip olması, iletişim protokollerinin net olarak belirlenmiş olması ve diğer acil durum hizmetleriyle koordinasyon içinde çalışma kapasitesinin bulunması önemlidir [23, 24]. Kitlesele yaralanma olaylarının ardından psikososyal destek sağlama sorumluluğu da büyük ölçüde birinci basamak sağlık hizmetlerine düşer.

Terör saldırıları gibi olaylarda, BBSH aynı zamanda toplumsal travmanın yönetiminde de rol üstlenir. Saldırdan direkt etkilenmeyen ancak psikolojik etkileri yaşayan bireylerin tespit edilmesi, uygun destek mekanizmalarına yönlendirilmesi ve uzun vadeli izlemi birinci basamağın sorumluluğundadır [2, 5]

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Olağandışı Durumlar

4. Kaynak Kısıtlılığı

Ekonomik krizler, enerji kesintileri, ilaç ve tıbbi malzeme tedarik sorunları gibi durumlar, sağlık sisteminde kaynak kısıtlılığına yol açabilir. BBSH, kısıtlı kaynaklara alışkın olduğundan, bu tür durumlarda adaptasyon kapasitesi yüksektir. Ancak uzun süreli ve şiddetli kaynak kısıtlılığı, hizmet kalitesini ve kapsamını olumsuz etkiler [25].

Bu tip durumlarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önceliklendirme yapması, mevcut kaynakları en etkin şekilde kullanması ve alternatif çözümler geliştirmesi gerekir. Örneğin, belirli hasta gruplarının (kronik hastalar, yaşlılar, hamileler, çocuklar) önceliklendirilmesi, randevu sistemlerinin optimize edilmesi, toplu tarama ve müdahale programlarının düzenlenmesi gibi stratejiler uygulanabilir [4, 5, 19]. Toplum gönüllülerinin ve sivil toplum kuruluşlarının desteğini almak da kaynak kısıtlılığı durumlarında başvurulabilecek yöntemlerdir [19].

Kaynak kısıtlılığı ya da çok yoğun sağlık hizmeti başvurusu durumlarında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etik karar verme mekanizmalarına sahip olması önemlidir. Kaynakların adil dağıtımı, hizmet erişiminde eşitliğin gözetilmesi ve dezavantajlı grupların korunması için net politikalar geliştirilmelidir [5,24]. Ayrıca, birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu yaşamasını önlemek için destekleyici mekanizmaların oluşturulması da gereklidir [4].

Sonuç

Birinci basamak sağlık hizmetleri, olağandışı durumlarda sağlık sisteminin en önünde yer alan ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına ilk yanıt veren birimlerdir. Doğal afetler, salgınlar, kitlesel yaralanma olayları ve kaynak kısıtlılığı gibi olağandışı durumlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin esnekliğini, adaptasyon kapasitesini ve dayanıklılığını test eder. Bu tür durumlarda başarılı olabilmek için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü bir organizasyon yapısına, erken teşhis mekanizmalarına, yeterli sayıda ve eğitilmiş çalışanlara, uygun ekipman ve malzemeye, etkin iletişim sistemlerine ve net acil durum protokollerine sahip olması gerekir.

Olağandışı durumlara hazırlık, birinci basamak sağlık hizmetlerinin günlük işleyişinin parçalarından olmalıdır. Düzenli risk değerlendirmeleri, tatbikatlar, personel eğitimleri ve kaynak planlaması yapılarak olağandışı durumlara hazırlık seviyesi yüksek tutulmalıdır. Ayrıca, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları, diğer sağlık kurumları ve toplum liderleriyle işbirliği geliştirerek bütüncül bir hazırlık ve müdahale kapasitesi sağlanmalıdır. Toplum temelli yaklaşımlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinin olağandışı durumlarda gücünü artırabilir ve toplumun direncini arttırabilir.

Olağandışı durum deneyimlerinden çıkarılan dersler, sistematik şekilde değerlendirilmeli ve gelecekteki olağandışı durumlara daha iyi hazırlanmak için kullanılmalıdır. Sağlık politikaları ve stratejileri geliştirilirken, birinci basamak sağlık hizmetlerinin olağandışı durumlardaki rolü dikkate alınmalı, gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı ve yeterli kaynak tahsisi sağlanmalıdır. Nihayetinde, güçlü birinci basamak sağlık sistemi, olağandışı durumlarda toplumun sağlık güvencesidir ve sağlık sisteminin tümünün dayanıklılığını artırır.

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun temel sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak aşağıdaki unsurları barındırmalıdır:

1. Bölge ve nüfus tabanlı kamusal sağlık hizmeti sunulmalıdır.
2. Sağlık hizmetleri kamu finansmanı ile desteklenmelidir.
3. Yeterli insan gücü ve donanım sağlanmalıdır.
4. Hizmetler, bireye ve topluma yönelik koruyucu ve sağaltıcı nitelikte olmalıdır.
5. Entegre, sürekli, eşit, ulaşılabilir, önceliklendirilmiş ve eşgüdümlü hizmet anlayışı benimsenmelidir.
6. Sektörler arası işbirliği sağlanmalı ve yerel kamu kurumları, demokratik kitle örgütleri (DKÖ) ve sivil toplum kuruluşları (STK) ile koordinasyon içinde çalışmalıdır.

6.1 Katkılar

2. Olağandışı Durumlar ve Hazırlık Evresi

Olağandışı durumlara yönelik sağlık hizmetleri, olay öncesinde, sırasında ve sonrasında olmak üzere üç aşamada ele alınmalıdır:

- **Öncesi (Hazırlık Evresi):** Olası risklerin belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınmasını içerir.
- **Sırası:** Olağandışı durumun meydana geldiği süreçte hızlı müdahaleyi ve afetzedelerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamayı kapsar.
- **Sonrası (İyileştirme Evresi):** Afetten etkilenen bireylerin sağlık ve yaşam koşullarının düzeltilmesi için yürütülen faaliyetleri içerir.

Hazırlık Evresi

Olağandışı durumlara karşı hazırlık evresi kapsamında aşağıdaki adımlar atılmalıdır:

- Coğrafi bilgi sistemlerinden etkin şekilde yararlanılmalıdır. Bölgeye dair tüm veriler, bölge haritası üzerine yerleştirilerek analiz edilmelidir.
- Hizmet verilen toplum detaylı olarak analiz edilmelidir. Demografik, sosyoekonomik ve kültürel özellikler dikkate alınarak risk analizleri yapılmalıdır.
- Bölgenin olası olağandışı durum riskleri belirlenmelidir. Deprem, sel, toprak kayması ve düzensiz göç gibi olasılıklar değerlendirilmeli, gerekli önlemler alınmalıdır.
- Alt ve üst yapının risklere karşı duyarlılığı belirlenmelidir. Risklerin toplum üzerindeki etkileri tespit edilerek risk azaltma stratejileri oluşturulmalıdır.
- Sanayi tesisleri, endemik hastalıklar ve vektör üreme alanları gibi bölgeye özgü riskler değerlendirilmelidir. Bu risklerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri analiz edilmelidir.
- Bina güvenliği envanteri çıkarılmalı ve kamu binalarının dayanıklılığı değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucuna göre güçlendirme çalışmaları yapılmalı ya da riskli binaların taşınması sağlanmalıdır.
- Olağandışı durumda sağlık hizmet binalarının kullanılabilir durumda olması garanti altına alınmalıdır. Afet anında sağlık hizmetlerinin aksamaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Sağlık ekibinin ODD hazırlığı sağlanmalıdır.
- Sağlık personeline afet acil durum, triaj, ilk yardım ve yangın eğitimleri verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının sözleşmeli değil kamu personeli olması sağlanmalıdır.

6.2 Katkılar

Olağandışı durumda birbirine destek olacak il veya il grupları belirlenmelidir.

Eşleştirilen sağlık ekiplerine, hizmet verilecek bölgelerin özelliklerini içeren tanıtım dokümanları hazırlanmalıdır.

- Bilgi sistemleri afete uygun hale getirilmelidir. Eşleşilen sağlık ekipleri, afet bölgesindeki hekimlerin kullandığı veri tabanlarına erişebilmeli ve olağan koşullardaki kısıtlamalar kaldırılmalıdır.
- Afet durumunda kullanılmak üzere gerekli malzemeler önceden belirlenmeli ve dayanıklı depolarda saklanmalıdır.
- İlk 72 saatlik evrede kendine yeterli ilkesi uygulanmalıdır. Afetin ilk saatlerinde dış yardıma ihtiyaç duyulmadan, temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi sağlanmalıdır.
- Depolardaki miatlı malzemeler düzenli olarak yenilenmelidir. Süresi dolmuş ilaç ve malzemelerin afet anında kullanılamaz hale gelmemesi için düzenli kontrol mekanizması oluşturulmalıdır.
- Hangi sağlık biriminin hangi depodan malzeme temin edeceği önceden belirlenmelidir. Malzeme tedarik süreci önceden planlanarak, kriz anında hızlı erişim sağlanmalıdır.
- Riskli gruplara ait veriler korunmalı ve saklanmalıdır. Yaşlılar, doğurgan çağıdaki kadınlar, çocuklar, kronik hastalığı olan bireyler, engelliler ve dezavantajlı gruplara yönelik sağlık hizmetleri planlanmalıdır.
- Toplum eğitimi sağlanarak afet bilinci artırılmalıdır.
 - Mahalli afet gönüllüleri oluşturulmalı, yerel yönetimler ve ilgili kuruluşlarla iş birliği yapılmalıdır.
 - Toplum üyelerine ilk yardım, standart güvenlik ve temel kurtarma eğitimleri verilmelidir.
 - Toplanma yerleri ve afet çantası hazırlığı konusunda bilinçlendirme yapılmalıdır.
- Bölge risk haritası hazırlanarak, riskli bölgelerde gerekli önlemler alınmalıdır.
- Toplanma ve geçici barınma yerleri belirlenmeli ve planlanmalıdır.
- Diğer kurumlarla koordinasyon sağlanarak afet hazırlık planları uygulanmalıdır.
 - Masa başı tatbikatlar gerçekleştirilerek kriz yönetim planları test edilmelidir.
 - Saha uygulamaları yapılarak planların uygulanabilirliği kontrol edilmelidir.

6.3 Katkılar

3. Olağandışı Durumlar Sırasında Müdahale

Olağandışı durum meydana geldiğinde sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde yürütülmelidir:

- Triaaj yapılmalı ve triaj gruplarına göre afete müdahale başlatılmalıdır.
- ODD gerçekleştiği alanda hızlı değerlendirme ile durum tespiti yapılmalı, mevcut riskler belirlenmelidir.
- Afetzedelerin toplanma yerlerine sevki sağlanmalıdır.
- Kimlik tespiti yapılarak düzenli kayıt tutulmalıdır.
- Sevki gerekmeyen hastalar ile acil sevki gerekmeyen hastaların muayene ve tedavileri planlanmalıdır.
- Arama kurtarma ekipleri ve kriz masası ile koordinasyon sağlanarak müdahale etkinliği artırılmalıdır.

6.4 Katkılar

4. ODD Sonrası Dönemde Yapılması Gerekenler

Olağandışı durumun hemen ardından, özellikle ilk günlerde, hızlı bir değerlendirme ve destek sağlanarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği garanti altına alınmalıdır. Bu kapsamda aşağıdaki adımlar uygulanmalıdır:

- Hızlı değerlendirme yapılmalıdır. Bölgedeki durum hızlıca analiz edilmeli, ihtiyaçlar belirlenmelidir.
- Bölgedeki etkilenen üst ve altyapı değerlendirilmelidir. Hasar gören yapılar, yollar ve sağlık tesisleri belirlenerek müdahale planı oluşturulmalıdır.
- Etkilenen nüfus tespit edilmelidir. Afetten etkilenen kişi sayısı belirlenmeli ve sağlık hizmetleri buna göre organize edilmelidir.
- Gereksinimlerin belirlenmesi sağlanmalıdır. Afetzedeler için çadır, battaniye, temizlik malzemeleri, çocuk bezi ve hijyen malzemeleri gibi temel ihtiyaçlar tespit edilmeli ve temin edilmelidir.
- Geçici barınma yerlerinin oluşturulmasına destek verilmelidir. Uygun yer seçimi yapılarak planlı bir şekilde barınma alanları kurulmalıdır.
- Temiz su ve gıda temini konusunda destek sağlanmalıdır. Sağlık riskleri açısından denetimler yapılmalı, hijyenik koşullar korunmalı ve dağıtımlar düzenlenmelidir.
- Temizlik ve hijyen malzemelerinin temini ve dağıtımı sağlanmalıdır. Bireysel hijyenin korunması için gerekli malzemeler hızla ulaştırılmalıdır.

6.5 Katkılar

Olağandışı durumun akut müdahale aşaması tamamlandıktan sonra, iyileştirme süreci kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanmalı, toplumun uzun vadede sağlıklı bir çevrede yaşaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu süreçte aşağıdaki adımlar takip edilmelidir:

- Coğrafi bilgi sistemleri etkin bir şekilde kullanılmalıdır. Geçici barınma yerleri, buralardaki nüfus ve riskli gruplar ile sağlık verileri dijital ortamda takip edilmelidir.
- Koruyucu sağlık hizmetleri sürdürülmelidir. Afet sonrası bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek ve halk sağlığını korumak için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Bağışıklama programları devam ettirilmelidir. Aşılama hizmetleri sağlanmalı ve soğuk zincir sistemleri korunmalıdır.
- Bireysel hijyenin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Hijyen standartları korunarak bulaşıcı hastalık riski en aza indirilmelidir.
- Tedavi edici hizmetler sürdürülebilir hale getirilmelidir. Gerektiğinde hasta sevki organize edilmeli ve sağlık hizmetleri kesintisiz sunulmalıdır.
- Psiko-sosyal destek sağlanmalıdır. Travma geçiren bireylere yönelik psikososyal destek programları uygulanmalı, yalnız kalan yaşlılar, çocuklar ve kadınlar için özel destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.
- Sosyal hizmetlerin koordinasyonu sağlanmalıdır. Yalnız kalan yaşlılar, çocuklar ve kadınlar için sosyal yardım hizmetleri sunulmalı ve ilgili kurumlarla işbirliği yapılmalıdır.
- Müdahale ekipleri ve kriz masası ile eşgüdüm içinde çalışılmalıdır. Yardımların ve sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Çevre sağlığı hizmetleri sürdürülebilir hale getirilmelidir. Su ve gıda hijyeni sağlanmalı, vektörlerle mücadele edilmeli ve çevre düzenlemeleri yapılmalıdır.
 - Su hijyeni sağlanmalıdır. İçme suyu kaynakları düzenli olarak denetlenmeli ve temiz su temini sağlanmalıdır.
 - Gıda hijyeni kontrol edilmelidir. Afetzedelere dağıtılan gıda malzemelerinin güvenliği sağlanmalıdır.
 - Vektörlerle mücadele edilmelidir. Böcek, kemirgen gibi hastalık taşıyan vektörlerin çoğalmasını engellemek için gerekli tedbirler alınmalıdır.
 - Hela ve banyo olanakları sağlanmalıdır. Hijyenik tuvalet ve banyo alanları oluşturularak sağlık riskleri en aza indirilmelidir.
 - Atık yönetimi düzenlenmelidir. Çöpler düzenli olarak toplanmalı ve bertaraf edilmelidir.
 - Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve aktif sürveyans devam ettirilmelidir. Salgın hastalık risklerini önlemek için aktif saha çalışmaları yürütülmelidir.

6.6 Katkılar

- Riskli grupların ve kronik hastalıkların takibi yapılmalıdır. İlaç temini sağlanmalı ve kronik hastalığı olan bireyler düzenli olarak izlenmelidir.
- Diğer kurumlarla koordinasyon sağlanmalıdır. Sivil toplum kuruluşları, yardım ekipleri ve eczaneler ile işbirliği yapılarak ihtiyaçlar hızlı bir şekilde karşılanmalıdır.
- Temel ihtiyaçların tespiti yapılmalı ve yerel ile diğer kurumlar aracılığıyla karşılanmalıdır. Bölgedeki eksiklikler düzenli olarak raporlanarak ihtiyaç duyulan yardımlar organize edilmelidir.
- Yardımların organizasyonu için güncel gereksinimler belirlenmelidir. Sosyal medya ve diğer haber kaynaklarında yanlış bilgilendirmelerin önüne geçmek için doğru bilgiler paylaşılmalıdır.
- Geçici barınma yerlerinde güvenliğin sağlanması için gerekli kurumlarla iletişim kurulmalıdır. Afetzedelerin can güvenliği korunmalı ve güvenli yaşam alanları oluşturulmalıdır.
- Kazaların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. Yangın, düşme ve diğer kazalar için önleyici güvenlik önlemleri uygulanmalıdır.

6.7 Katkılar

5. Geçici Barınma Yerlerinin Yönetimi ve Yardım Ekipleri

Afet sonrası geçici barınma alanlarının düzenli ve güvenli bir şekilde yönetilmesi, afetzedelerin yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda aşağıdaki adımlar takip edilmelidir:

- Standart planlara uygun barınma düzeni oluşturulmalıdır. Geçici yerleşim yerleri, sağlık ve hijyen koşulları göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır.
- Yönetimde kadınların daha fazla görev alması teşvik edilmelidir. Toplumsal cinsiyet eşitliği gözetilerek barınma yerlerinde kadınların aktif rol alması sağlanmalıdır.
- Nüfus tespiti yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Geçici barınma yerlerinde yaşayan afetzedeler sistematik olarak kayıt altına alınmalıdır.
- Mahremiyet ve sağlıklı barınma koşulları sağlanmalıdır. Çadırlar arası mesafe korunmalı, tuvalet ve banyo alanları uygun noktalara konuşlandırılmalıdır.
- Eğitim ve sosyal etkinlik alanları oluşturulmalıdır. Çocuklar ve gençler için eğitim, sosyal aktiviteler ve psikososyal destek hizmetleri sağlanmalıdır.
- Dil sorunu olan gruplar için özel düzenlemeler yapılmalıdır. Yabancı uyruklu afetzedeler için çeviri desteği ve uygun bilgilendirme mekanizmaları sağlanmalıdır.
- Bölge dışından gelen yardım ve sağlık ekiplerinin konaklama ve beslenme ihtiyaçları karşılanmalıdır. Ekiplerin verimli çalışabilmesi için gerekli altyapılar sağlanmalıdır.
- Yardım ekipleri gönüllülük esasına göre belirlenmeli ve çalışma süreleri sınırlandırılmalıdır. Bölgeye gelen ekiplerin sürekli yenilenmesi sağlanarak sürdürülebilir bir destek mekanizması oluşturulmalıdır.
- Gelen yardımların organizasyonu etkin bir şekilde yapılmalıdır. Yardımların depolanması, dağıtımı ve lojistik planlaması düzenli olarak koordine edilmelidir.

6.8 Katkılar

Sonuç ve Çözüm Önerileri

1. Toplumun temel sağlık gereksinimlerini karşılamak için bölge ve nüfus tabanlı entegre bir sağlık hizmeti modeli benimsenmelidir. Sağlık hizmetleri kamu finansmanı ile desteklenmeli, insan gücü ve altyapı yeterli hale getirilmelidir.
2. Olası olağandışı durumlara karşı hazırlık evresinde risk analizleri yapılmalı, coğrafi bilgi sistemlerinden yararlanılarak tehlike haritaları oluşturulmalıdır. Yerel yönetimler, STK'lar ve sağlık kuruluşları arasında koordinasyon sağlanmalıdır.
3. Kamu binaları, hastaneler ve sağlık merkezleri deprem, sel ve diğer afet risklerine karşı güçlendirilmelidir. Olağandışı durum anında sağlık hizmetlerinin aksamaması için kriz anında kullanılacak güvenli alanlar belirlenmelidir.
4. Sağlık çalışanlarına olağanüstü durum yönetimi, ilk yardım, triaj, afet tıbbi ve kriz müdahalesi konularında düzenli eğitimler verilmelidir.
5. Olay yerinde triaj sistemleri uygulanmalı, yaralıların hızlı tahliyesi sağlanmalıdır. Afet bölgesine yönlendirilen sağlık ekipleri afet veri tabanlarına erişerek bütünleşik bir müdahale süreci yürütmelidir.
6. Afetin ilk saatlerinde dış yardıma bağımlı kalmadan sağlık hizmetleri sürdürülebilirliklidir. Bölgelerde dayanıklı sağlık malzemeleri depolanmalı, düzenli olarak stok kontrolleri yapılmalıdır.
7. Afetzedeler için sağlıklı su temini, sanitasyon ve atık yönetimi sağlanmalıdır. Vektörlerle mücadele edilerek bulaşıcı hastalıkların yayılması önlenmeli, bağışıklama programları kesintisiz sürdürülmelidir.
8. Afetlerden etkilenen bireylere yönelik psikososyal destek mekanizmaları oluşturulmalı, özellikle çocuklar, yaşlılar ve engelli bireyler için özel rehabilitasyon hizmetleri sunulmalıdır.
9. Afet yönetim süreçlerinde sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için yerel yönetimler, sağlık kurumları, STK'lar ve kamu kuruluşları arasında etkili bir işbirliği mekanizması oluşturulmalıdır.
10. Mahalli afet gönüllüleri oluşturularak ilk yardım, temel kurtarma ve güvenlik eğitimleri verilmelidir. Halk, afet çantası hazırlığı ve güvenli toplanma yerleri konusunda bilinçlendirilmelidir.



KAYNAKÇA

- [1] World Health Organization. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.
- [2] World Health Organization. (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. In Operational framework for primary health care: transforming vision into action
- [3] World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2021). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens.
- [4] OECD. (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing.
- [5] World Health Organization. (2021). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper.
- [6] Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (Eds.). (2015). Building primary care in a changing Europe.
- [7] Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union
- [8] World Health Organization. (2023). WHO European Centre for Primary Health Care: annual report 2023.
- [9] World Health Organization. (2023). Health and Care Workforce: Protect. Invest. Together.
- [10] World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO.
- [11] World Health Organization. (2023). WHO, Global Monitoring Report: key points for health workforce.
- [12] World Health Organization. (2024). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.
- [13] World Health Organization. (2021). Health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas
- [14] World Health Organization. (2012). Connecting Health and Labour: What role for occupational health in primary health care
- [15] Rantanen, J. (2005). Basic occupational health services—their structure, content and objectives. SJWEH Supplements, (1), 5-15.
- [16] World Health Organization. (2010). WHO healthy workplace framework and model
- [17] World Health Organization. (2013). Universal health coverage for workers: Report of the side event at the 66th World Health Assembly, 22 May 2013, Geneva, Switzerland.
- [18] World Health Organization. (2018). Preventing disease through a healthier and safer workplace.
- [19] World Health Organization. (2011). Primary Health Care (PHC) Approach in Emergencies. Regional Office for South-East Asia.
- [20] World Health Organization. (2018). Primary Health Care and Health Emergencies. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from
- [21] OECD. (2023). A Practical Handbook for Resilience Testing: Strengthening Health Systems. Paris, France: OECD Publishing.
- [22] World Health Organization. (2019). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva, Switzerland: WHO.
- [23] World Health Organization. (2019). Health Emergencies in Europe: Making Sure Every Country is Ready. Copenhagen, Denmark
- [24] OECD. (2023). Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris, France: OECD Publishing.
- [25] World Health Organization. (2023). Strengthening Health Systems: A Practical Handbook for Resilience Testing.

1.1 Örgütlenme

Zafer Kahyaoglu: Bölge tabanlı, ulaşılabilir hizmet sunulmalı ve ulaşımı kolay olmalıdır. Hizmette çeşitlilik sağlanmalı ve sonuç alınabilmelidir.

Erhan Kutsal: Daimi olmayan nüfuslar, talepleri olması halinde birinci basamak hizmet veren hekimin listesine eklenebilir. Listeye eklenme talebi yoksa aşılama, tarama, izlem vb. hizmetleri ilçe sağlık müdürlüğünden alabilmelidir. Bu mümkün değilse, yine ilçe sağlık müdürlüğü desteğinde birinci basamak hizmet veren birimlerden bu hizmetler sağlanabilmelidir.

Ahmet Batu: Hekim seçme özgürlüğü kavramı incelenmelidir. Bu konu iki açıdan ele alınmalıdır:

- Toplumun diğer meslek uygulayıcılarını seçme özgürlüğü var mı?

Hâkimini, öğretmenini, polisini seçebiliyor musun? Kamusal alanda hizmet üretenleri seçme özgürlüğü olmaz. "Seçme özgürlüğü" ve "ürün seçme" kavramları, kapitalist sistemin serbest piyasa düzenine ait kavramlardır. Ürün seçme, üretimin "toplumsal gereksinimlere" göre değil, "bireysel arzulara" göre belirlendiği kapitalist felsefenin bir dayatmasıdır. Başta "seçme" ve "özgürlük" gibi olumlu kavramlarla anlatılsa da anlamsız ve zararlıdır. Alternatifin olmayışı bu özgürlüğü anlamsızlaştırır.

- Burada alternatif nedir?

Hasta seçme özgürlüğü! Eğer kapitalist yaklaşımla hekim seçme özgürlüğünü getirirsek, hasta seçme özgürlüğünü de getirmemiz gerekir. Bu iki özgürlüğün birlikte olmaması, "müşteriyi satıcıya" üstün kılar. Yani hastalar hekimlere baskı kurar ve bu da sağlıkta şiddeti körükler. Hekim seçme özgürlüğü, popülist politikacıların tercihidir. Çünkü hasta sayısı, hekim sayısından (yani oy sayısından) daha fazladır. Kamusal hizmetlerde seçme özgürlüğü olamaz; ürün veya hizmet seçme özgürlüğü özel sektör için geçerlidir. Eğer bir kişi hekimiyle ilgili bir sorun yaşıyorsa, talebini sağlık müdürlüğüne iletmelidir. Müdürlük konuyu inceleyerek gerekli görürse değişiklik yapmalıdır. Bireyler keyfi olarak hekim değişikliği yapmamalıdır.

A. Hisar Altunol: Bölge nüfusu aşağıdaki unsurlar dikkate alınarak liste edilmeli, ancak aynı bölge içinde hekim seçme hakkı vatandaşın bırakılmalıdır:

- Sağlık sistemi içindeki farklılıklar giderilmeli, dezavantajlar kaldırılmalı ve tamamen standardize, bilimsel ve halk sağlığını önceleyen uygulamalar getirilmelidir.
- Tamamen standardize bir sistem kurulacağından vatandaşın sisteme güveni sağlanacak, seçme-seçilme ihtiyacı ortadan kalkacaktır.
- Özel sektörün, bir tezgâhtan mal seçer gibi insanları rekabete sokması yerine, güçlü ve güvenilir bir kamu sağlık sistemi yeterli olacaktır.
- Özel sektörün sağlık alanında bir pazar imkânı bulamaması sağlanacak ve ülke kaynakları verimli kullanılacaktır.

Kurulacak yeni sağlık sistemi, dezavantajlı tüm bölge ve bireylerin ihtiyaçlarını gözeterek şekilde inşa edilmelidir.

- Düzenli aralıklarla bölgesel, coğrafi, sosyoekonomik ve kişisel avantaj ve dezavantajlar test edilmelidir.
- Bu verilere dayanarak uygulanacak destek ve kolaylıklar, multidisipliner bir anlayışla ve diğer kamu kurum-kuruluşlarıyla iş birliği içinde yeniden yapılandırılabilir şekilde kurgulanmalıdır.



Hakan Güneş: Bölge tabanlı planlamada aynı adreste ikamet eden bireyler, tek bir aile hekimine kayıtlı olmalıdır. 'Hekim seçme özgürlüğü' aynı aile içindeki bireyler için geçerli olmamalıdır. Koruyucu hekimlik ve hastalık takipleri açısından ailenin bölünmemesi önemlidir.

Doğan Barbaros: : Öncelikle muallakta bırakılmayacak konu:

Herhangi bir kişinin birinci basamak sağlık hizmetini nereden alacağını açık bir şekilde belirlenmesi gerekir. Bu konu tartışmaya açık olmamalıdır.

Hekim Seçme Özgürlüğü

Hekim seçme özgürlüğü kavramı incelenmelidir:

1. Kamusal alanlarda hizmet alanların, bu hizmeti alırken hangi personelden alacağını seçme hakkı var mı?
2. Eğer böyle bir hak olarsa, bu hakkın kullanım şartları net olarak belirlenmelidir.
3. Hizmet seçme özgürlüğü, özel sektör için geçerlidir.

Mustafa Sülkü: Bölge ve hizmet sunulacak nüfus esas alınmalı.

Emrah Kırımlı: : Bölgenin sağlık ihtiyaçları, nüfus ve hizmet sunumu belirlenirken öncelikli olarak değerlendirilmelidir.

İsmey Sayman: Sağlık hizmetleri nasıl planlanmalı?

Coğrafi olarak tanımlanmış nüfus temelli olmalıdır, yani bölge tabanlı olmalıdır.

Şu anda uygulanan liste tabanlı hizmet modeli, süreklilik ilkesine ve sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşıma aykırıdır.

Sağlık merkezleri, şu an olduğu gibi ortak kullanılan muayene alanlarından oluşmamalıdır.

Aynı hedefe birlikte çalışan hekimler, sağlık personeli ve geniş bir ekipten oluşmalıdır.

Naciye Demirel:

- Topluma dayalı, bölge ve nüfusa göre örgütlenmiş bir yapı oluşturulmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kurumu, kamuya ait ve özellikleri tanımlanmış bir yapıda olmalıdır.
- Donanım finansmanı kamu tarafından sağlanmalıdır.
- Kamuya ait malzeme, araç-gereç vb. ile donatılmış olmalıdır.
- Bölgenin ortasında, ulaşılabilir ve müstakil bir yapı olarak planlanmalıdır.
- Kent planlanırken birinci basamak sağlık hizmetleri de göz önünde bulundurulmalıdır.
- Kır ve kent farklılıklarına uygun esnek bir yapı oluşturulmalıdır.
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle işbirliği ve eşgüdüm sağlayan bir örgütlenme olmalıdır.
- Toplum katılımı tanımlanmış ve işleyişe dahil edilmelidir.
- Ekip çalışması ve toplum katılımına dayalı bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.



1.2 Örgütlenme

Ahmet Batu: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ BÜTÜNSELDİR:

Bölgelerde topluluğun ekonomik düzeyi çok yüksek olabilir. Bu durumda, diğer hizmetler gibi "koruyucu sağlık hizmetleri" de özel sağlık hizmeti olarak alınmaktadır. Bu durumlarda özel sektör, hastaneler ya da uzman hekimler bazı aşı ve tarama hizmetlerini yapmaktadır. Bu işlemlerden ise kamusal hizmet verenler bilgilendirilmemektedir. Eğer özel sektör sağlık kurum ve kuruluşları koruyucu sağlık hizmeti verecekse, bu hizmeti sağlık verilerini kamusal alana aktarma zorunluluğuyla birlikte vermelidir. Ayrıca, bu hizmet tam olarak (tüm aşı ve izlemler, taramalar ve veri bildirimleri) eksiksiz bir şekilde sunulmalıdır. Aksi takdirde, bakanlık koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece kamusal hizmet olarak verilmesini sağlamalıdır.

SAĞLIK VERİLERİ KAMUSAL BİLGİDİR:

Toplumun ekonomik seviyesi yüksek bireylerinin tamamen özel sağlık sektörü içerisinde üretilen sağlık hizmeti alması söz konusu olabilir. Bu üst gelir seviyesindeki katmanın kendilerine uygun biçimde lüks ve pahalı bir sağlık hizmeti alması yasaklanamaz. Ancak, bu hizmeti üreten hekim ve hastanelerin o kişilerle ilgili sağlık verilerini (aşı, izlem, tarama) kamusal alana aktarması zorunlu olmalıdır. Bu zorunluluk nedeniyle, BBSH dâhil tüm hizmetlerini özel sektörden alan kesimlerin sağlık verilerindeki eksiklik ve kusur yüzünden kamuda çalışan BB hekimleri sorumlu tutulmamalıdır.

A. Hisar Altunol: Tüm hizmet binaları, kullanılacak ekipman ve sarf malzemeleri ile tanı ve tedavi protokolleri için bilimsel rehberlere sahip olmalıdır. Malzeme ve ekipman tedariki için standart protokoller oluşturulmalıdır.

İletişim ve bilgi-işlem sistemleri, ülkenin her yerinden ve tüm basamaklar ile entegre şekilde tekli bir ana program üzerinden yürütülmelidir. Hem yönetim hem idari işler hem de tanı ve tedavi süreçleri, bu ana programın alt birimlerinde yürütülmeli; ortak ulusal sağlık veri tabanında biriken tüm veriler, ulusal bazlı tıbbi araştırmalarda ve hizmet yeterliliği-kalite incelemelerinde kullanılmalıdır.

Böylece, maliyet etkin bir yapı oluşturularak, hasta bilgilerinin ve geçmişinin basamaklar arası aktarımında bilgi kayıpları önlenmiş olur. Maliyet etkin olmayan, gereksiz tetkik ve girişimsel işlemler defalarca tekrarlanmaz. Birinci basamaktan diğer basamaklara sevk edilen hastalar, geri döndüklerinde birinci basamakta takip ve tedavileri daha objektif ve doğru yapılır.



Doğan Barbaros: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ BÜTÜNSELDİR:

1. Bölgelerde topluluğun ekonomik düzeyi çok yüksek olabilir. Bu durumda, diğer hizmetler gibi "koruyucu sağlık hizmetleri" de özel sağlık hizmeti olarak alınmaktadır.
2. Özel sektör, hastaneler ya da uzman hekimler bazı aşı ve tarama hizmetlerini yapmaktadır. Bu işlemlerden ise kamusal hizmet verenler bilgilendirilmemektedir.
3. Eğer özel sektör sağlık kurum ve kuruluşları koruyucu sağlık hizmeti verecekse, bu hizmeti sağlık verilerini kamusal alana aktarma zorunluluğuyla birlikte vermelidir. Ayrıca, bu hizmet eksiksiz bir şekilde sunulmalıdır (tüm aşı ve izlemler, taramalar ve veri bildirimleri dahil). Aksi takdirde, bakanlık koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece kamusal hizmet olarak verilmesini sağlamalıdır.
4. Bölgede daha yaygın görülen kalıtsal veya kalıtsal olmayan hastalıkların tespiti ve takibi için ilgili alanlarda merkezler kurulmalı ya da mevcut merkezlerde birimler oluşturulmalıdır.
5. Doğal afet ve salgın durumlarında hızlı sağlık hizmeti sunulabilmesi için önceden hazırlık yapılmalıdır. Olay anında sadece uygulayıcı olunmalı, en azından başlangıç için emir ve talimat beklenmeyecek şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

Mustafa Sülkü: Bu birimler, topluma ve bireye dönük koruyucu sağlık hizmetlerini, ilçe/il sağlık müdürlüğü ile koordineli bir şekilde, birbirinden ayırmadan bütünsellik içinde sunmalıdır.

Emrah Kırmılı: Bölge tabanlı hizmet sunumu, birinci basamağın daha etkili olmasını sağlamakla birlikte tek başına yeterli değildir. Bölgeler belirlenirken coğrafi erişim ve bölgenin yerleşim özellikleri de dikkate alınmalıdır.

İsmet Sayman: Bu sayılan hizmetlerin yanında, topluma yönelik hizmetlerin de verilmesi gerekmektedir. Sağlık merkezleri, şu an olduğu gibi ortak kullanılan muayene alanları değil, aynı hedef doğrultusunda birlikte çalışan hekimler, sağlık personeli ve geniş bir ekipten oluşmalıdır.

1.3 Örgütlenme

Zafer Kahyaoğlu: Yeteri kadar açıklama var, yeni oluşabilecek sorunlar bu şartlarla bölgede çözülebilir.

Erhan Kutsal: Bölge Sağlık Merkezlerinde yeter sayıda psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, laborant ve fizyoterapist olmalı. Laboratuvar ve görüntüleme hizmeti verilmeli.

A. Hisar Altunol: Yetki ve Karar Alma Süreçleri

Değişik basamaklarda yetki ve karar alma süreçlerine sivil inisiyatifler ve danışma kurulları katılır. Bu kurullarda alınan kararların ve uygulama yöntemlerinin, istenen sağlık çıktıları üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri ölçülebilir olmalı ve bu bilgilere göre kararlar halkın katılımı ve desteği sağlanarak alınmalıdır.

Standardize İşlemler – Tanı Tedavi Protokolleri – Standardize Binalar ve Malzeme Ekipman Temini

Bu süreçler sonrasında ölçülebilir ve somut sağlık verileri oluşacaktır. Bu veriler, ülkenin normal değerler aralığının belirlenmesi ve istenen sağlık göstergelerine ulaşıp ulaşılmadığının kolaylıkla saptanmasını sağlayacaktır.

Doğan Barbaros:

1. Hizmeti sunan merkezlerde birinci amir olmalı.
2. Bölge Sağlık Merkezi olmalı.



Mustafa Sülkü: Birinci basamak sağlık kuruluşları, bölge nüfusuna ve özelliklerine uygun sayıda olmalı, bağımsız olmalı, halk tarafından ulaşımı kolay olmalı ve çekim merkezi olmalıdır. Burada çalışan hekim ve sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu dışında ticari işlerle uğraştırılmamalıdır. Tüm giderleri genel bütçeden karşılanmalıdır.

Emrah Kırımlı: ASM/Sağlık Ocağı içinde bir idareci belirlemek, ekip çalışmasına sekte vuracak idari bürokrasi ve ek sorunlara neden olabilir.

İdarecinin nasıl seçileceği, görev ve sorumlulukları net olarak belirlenmeden böyle bir talepte bulunulması uygun değildir.

Bölge Sağlık Merkezi'nin de tanımı netleştirilmeden yeni bir bürokratik yapılanma oluşturulması ve bir parçalanmaya yol açması riski vardır. Bu nedenle, net bir tarif yapılarak önerilmelidir.

SHM, Göçmen Sağlığı Merkezi, KETEM gibi dikey ve dışlayıcı örgütlenmeler, birinci basamağın bütüncül yaklaşımına aykırıdır. Ayrıca, bölgeler arasında sağlığa erişimde eşitsizliklere yol açacak uygulamalardır.

Birinci basamakta özellikle koruyucu hizmetler, bölge ve nüfusa dayalı birinci basamak merkezlerinde sunulmalıdır.

İsmet Sayman: Öncelikle çekirdek sağlık merkezinde rekabete neden olan aile hekimliği birimleri yerine, aynı amaca hizmet eden bir ekip anlayışı benimsenmeli ve bütüncül hizmetten sorumlu bir "ekip başı/amiri" olmalıdır.

Bölge sağlık merkezleri, yeni bir insan gücü ihtiyacı yaratmamalıdır. Ayrı bir hekim/hemşire kadrosu oluşturulmamalıdır. Bunun yerine, başında halk sağlığı uzmanı olan ve diğer birinci basamak disiplinleri ile entegrasyonu sağlayan bir yapı oluşturulmalıdır.

Naciye Demirel: Birinci basamak kurumunda bireye ve topluma yönelik hizmetler ayrılmadan (ASM/TSM ayrımı yapılmadan), koruyucu ve tedavi edici hizmetler entegre bir şekilde sunulmalıdır.

Ekip çalışmasına ve toplum katılımına dayalı bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.

1.4 Örgütlenme

Ahmet Batu: Kişisel Sağlık Sorumluluğu: Hizmet alanların aşı ve izlemlere katılımlarını artırmak amacıyla Kişisel Sağlık Sorumluluğu kavramı oluşturulmalı ve yasal olarak yaptırım uygulanabilmelidir. Toplumsal sağlık alanında, bilimsel zorunluluklardan yararlanmayı engelleyici bir popülizm yapılmamalıdır.

Toplum Sağlığı Bilinci oluşturulmalı ve bu kavramın Kişisel Sağlık Bilinci ile geliştirilmesi sağlanmalıdır. Her ikisinin gelişmesi de kişilerin kendileri ve yakınlarının sağlıkları üzerindeki özgür iradelerini kullanmalarına engel değildir. Ancak çelişki olursa, Toplumsal Sağlık kavramına öncelik verilir.

Bu iki kavram, Kişisel Sorumluluk anlayışıyla yasal olarak düzenlenip toplum tarafından benimsenmedikçe, sağlık yönetimi ve planlamasında "Toplum" ya da "Birey" katılımı anlamsız kalacaktır. Aksi takdirde, bu konu yalnızca politikacıların popülist bir yaklaşımı olmaktan öteye gidemez.

Hakan Güneş: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetilebilirliği için yasa çıkarmak şarttır. Genelge ve talimatlarla bir sistemi yönetmek mümkün değildir. Her faaliyetin yürütülmesinde gücünü bir üst tanımdan alan işleyişe, yani normlar hiyerarşisine uymak önemlidir.

Anayasa ve yasaların görmezden geldiği KHK, yönetmelik ve genelge uygulamalarına son verilmelidir.

A Hisar Altunol:

- Değişik basamaklarda yetki ve karar alma süreçlerine sivil inisiyatifler ve danışma kurulları katılmalıdır.
- Bu kurullarda alınan kararlar ve uygulama yöntemlerinin, istenen sağlık çıktıları üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri ölçülebilir olmalıdır.
- Kararlar, bu verilere dayanarak halkın katılımı ve desteği sağlanarak alınmalıdır.



Doğan Barbaros:

1. Bazı meslek gruplarıyla birlikte halktan da bireylerin yer aldığı bir Bölge Sağlık Konseyi oluşturulmalıdır.
2. Kişisel Sağlık Sorumluluğu kavramı oluşturulmalı ve aşı ile izlemlere katılımı artırmak amacıyla yasal yaptırım uygulanabilmelidir.
3. Toplumsal sağlık alanında, bilimsel olarak geliştirilen yöntemlerden yararlanmayı engelleyen politik popülizme izin verilmemelidir.
4. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve belediyeler tarafından "Kişisel Sağlık Bilinci" ve "Toplumsal Sağlık Bilinci" eğitimler yoluyla oluşturulmalıdır. Bu iki bilincin gelişmesi, kişilerin kendilerinin ve yakınlarının sağlıkları üzerindeki özgür iradelerini kullanmalarına engel değildir.
5. Sağlık ile ilgili bazı kişisel tercihler (örneğin, tedavi ya da hekim reddi) olabilir. Ancak aşı, topuk kanı taraması gibi konularda ret hakkı yalnızca yasal yollarla ve mahkeme kararıyla mümkün olmalıdır.
6. Bireysel sağlık tercihleri ile toplumsal sağlık arasında çelişki oluşursa, öncelik Toplumsal Sağlık kavramına verilmelidir.

Mustafa Sülkü: Toplumun karar süreçlerine ve tüm sağlık planlama süreçlerine katılımını sağlayacak mekanizmalar tanımlanmalıdır.

Emrah Kırımlı: Toplum katılımında tarif edilen kişiler sadece seçilmiş ya da atanmışlardan ibaret olmamalıdır. Sağlıkın esas öznesi olan yurttaşlar ve sağlık çalışanlarının da katılımını artıracak mekanizmalar oluşturulmalıdır.

İsmet Sayman: Evet, toplum sağlığına yönelik sorumluluk, toplumun içinde toplum tabanlı hizmet veren merkezlerde olmalıdır.

1.5 Örgütlenme

Ahmet Batu: "Toplum sağlığını koruma" işi sadece tek bir "basamağın" sorumluluğunda görülmemelidir. Bu bakış açısıyla sağlık hizmetleri, koruyucular ve tedavici tarafından sunulan iki ayrı hizmet alanı olarak değerlendirilir. Sonuçta, yeterince sağlık bilinci olmayan bireylerden oluşan toplum, kısa vadede daha değerli gördüğü tedavi edici hizmetleri ön plana çıkarır ve onlara daha fazla önem verir. Böylece hem halkın hem de politikacıların tercihi "tedavici sağlık hizmetleri" olur. Hatta hekimler bile bu alana yönelir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunan tüm alanların eşit ve eşgüdümlü planlanması gereklidir. Tedavi hizmetleri açısından birincil, ikincil ve üçüncül aşamalar olduğu gibi; koruyucu sağlık hizmetleri açısından da birincil, ikincil ve üçüncül aşamalar tanımlanmalı ve sistemin tamamına entegre edilmelidir.

Muharrem Baytemür: Bölge sağlık merkezlerinde, birinci basamakta görev yapan hekimlerin istemleri doğrultusunda laboratuvar ve görüntüleme (röntgen, ultrasonografi vb.) olanakları bulunmalıdır.

Hisar Altunol: Halk sağlığı hizmetleri topluma yönelik yürütülür.

- Bu amaca ulaşmak için kişilere (koruyucu sağlık hizmetleri öncelikle) hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunulmalıdır.
- Bölgenin ve bireylerin ihtiyaçlarına göre verilmesi gereken tüm sağlık hizmetleri tespit edilmeli ve bu hizmetleri alması gereken nüfus belirlenmelidir.
- Bu tespit doğrultusunda, etkili personel ataması yapılmalıdır.

Örneğin:

- Sadece yaşlı nüfusun yaşadığı, büyük bir şehre yakın köylere çocuk gelişimci ve aile danışmanı planlamamak, ancak fizyoterapist, psikolog ve beslenme uzmanı görevlendirmek gereklidir.
- Göçmen ve sığınmacıların yoğun olduğu bölgelerde kadın ve erkek tercüman ihtiyacı olacaktır.



Doğan Barbaros: BBSH Modeli

BBSH, hekimler, hemşireler ve tıbbi sekreterler tarafından sunulan ekip modeli şeklinde olmalıdır.

- Ekip, görev ve sorumlulukları yer aldıkları birim tarafından belirlenmiş bireylerden oluşur ve hizmet sundukları bölgedeki sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sağlar.
- BBSH, "Eşit, Ulaşılabilir, Kapsayıcı, Sürekli ve Eşgüdümlü" bir kamu hizmeti olarak yürütülmelidir.

Emrah Kırımlı: Bölge Sağlık Merkezi ve Bütüncül Yaklaşım

Bölge sağlık merkezi olarak tarif edilen kurumda dışlayıcı bir sağlık yaklaşımı mevcuttur.

- Bütüncül yaklaşıma aykırı olan bu dikey örgütlenme modeli, uzun vadede gereksiz bir bürokratik yapılanma ve yetki/sorumluluk karmaşası yaratabilir.
- Ayrıca, birinci basamağın gücünü artıran bir uygulama değildir ve yapılan çalışmalarda bu tarz örgütlenmelerin anlamlı bir etkisi olmadığı gösterilmiştir.

Kaynaklar:

- [BMJ Open Makalesi](#)
- [Oslo Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi](#)

İsmet Sayman: Bölge temelli kişiye ve topluma yönelik halk sağlığı hizmetleri, aynı merkezde, aynı ekip tarafından verilmelidir.

Naciye Demirel: Birinci basamak kurumunda, bireye yönelik ve topluma yönelik ayrımı yapılmadan (ASM/TSM ayrımlı örgütlenme yapılmadan), koruyucu ve tedavi edici hizmetler bireye yönelik ve topluma yönelik entegre olarak verilmelidir.

1.6 Örgütlenme

Ahmet Batu: BBSH (Bütüncül Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri) bir ülkenin olmazsa olmazıdır. Gerekli değeri ve önemi mutlaka görmelidir. Bunun temel şartı ise sevk zinciridir.

Sevk zinciri kavramının yerleşmesi ve başarılı olması için en önemli koşul şudur:

- Sevk zinciri, diğer basamaklar için "yardımcı, tali" bir unsur olarak görülmemeli; aksine, ikinci ve üçüncü basamak, birinci basamağa yardımcı ve destek olarak değerlendirilmelidir.
- Birinci basamak, ikinci ve üçüncü basamağın basit işlerini üstlenen bir "engelleme barajı" olarak değil, sağlık sisteminin temel taşı olarak konumlandırılmalıdır.
- İkinci ve üçüncü basamak, birinci basamağın çözmekte zorlandığı karmaşık sağlık sorunlarına yönelik "uzmanlaşmış bir çözüm ortağı" olarak görev yapmalıdır.

Hisar Altunol: Aile Hekimi Yerine Toplum Sağlığı Hekimi

Aile hekimi yerine Toplum Sağlığı Hekimi tanımlanmalı, bölge tabanlı çalışmalıdır.

- Toplum Sağlığı Hekimleri, bölgelerinde yapılması gereken standart işlemleri yürütmeli, özel durumlarda ise standart dışı çalışmalar yapmalıdır.
- Tanı, tedavi ve tüm işlemler standardize edildiğinden, bir çalışanın izne çıkması, hasta olması veya sahada sağlık taramasına gitmesi herhangi bir olumsuz etkiye neden olmamalıdır.

Doğan Barbaros: Birinci Basamakta Karar Alma ve Koordinasyon

1. Birinci basamak hekimlerinin sağlık hizmetlerinin karar alma sürecine katılımı sağlanmalıdır.
2. Evde sağlık hizmetleri, birinci basamak ile koordineli olmalı; belediyeler ve hastanelerle iş birliği içinde yürütülmelidir.
3. Sevk zinciri, sağlık kayıtlarının düzenli tutulması ve takibi açısından son derece önemlidir. Bu yüzden, hekime kayıtlı nüfus 1500-2000 aralığına düşürülerek sevk zinciri getirilmelidir.



Mustafa Sülkü: Meslek Uzmanı Kavramı ve Birinci Basamakta Uzmanlık

- "Meslek uzmanı" kavramı, terminolojik karışıklığa neden olabilir.
- Birinci basamakta Aile Hekimi (AH) / Genel Pratisyen (GP) dışında uzman hekim çalışmaz.
- Birinci basamak hekimleri AH/GP olarak belirtilmelidir ki mevcut AH uygulamasını kabul ettiğimiz gibi bir anlam çıkmasın.

Emrah Kırımlı: Sağlık Okuryazarlığı ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile geliştirilebilecek bir konu değildir.
- Teorik olarak sağlık okuryazarlığı en yüksek olan hekimlerin bile kanser taramaları, aşılardan gibi koruyucu sağlık hizmetleri ya da antibiyotik kullanım biçimleri konusundaki farkındalıkları toplumdan çok farklı değildir.

İsmet Sayman: Mevcut aile hekimliği merkezleri ve birimleri, ekip çalışması esasına dayanmadığından, farklı bir merkez ve AHB (Aile Hekimliği Birimi) tanımı yapılması gerekmektedir.

Naciye Demirel: Birinci basamak kurumunda bireye yönelik ve topluma yönelik ayrımı yapılmadan (ASM/TSM ayrımlı örgütlenme yapılmadan), koruyucu ve tedavi edici hizmetler, bireye yönelik ve topluma yönelik olarak entegre şekilde verilmelidir.

1.7 Örgütlenme

Hisar Altunol: Sağlık Ulusal Bilgi Veri Tabanı ve Sağlık Ulusal Bilgi Merkezi oluşturulmalıdır.

- Özel ve resmi tüm kurumlar ile sağlık hizmeti talep eden kişi ve kurumlar, bu sistem üzerinden anlık veri tabanı ve program aracılığıyla talep açabilmeli, sorun tanımlayabilmeli ve tanı, tedavi ile rehabilitasyon süreçlerinde ilgili bilgilere erişebilmelidir.
- Tüm sağlık basamakları, aynı veri tabanının belirli bölümlerini kullanabilmelidir.

Ayrıca:

- Yönetimsel birimler de aynı program üzerinden personel tedariki, eğitim, kontrol ve denetim yapabilmelidir.
- Adalet Bakanlığı'nın UYAP sistemi gibi, sağlık alanında da entegre bir "Sağlık Ulusal Bilgi Programı" oluşturulmalıdır.

Doğan Barbaros: Hekimler kendi bölgelerinde görev yapsa da, herkesin dijital sağlık kayıtlarına ulaşabilmelidir.

Bazı durumlarda hastanın sağlık hizmeti tele-sağlık yoluyla sunulabilmelidir. Ancak bunun için hukuki altyapı gözden geçirilmelidir.

Mustafa Sülkü: Mesleki etik kurallara uygun bir bilişim sistemi oluşturulmalıdır.

Aile Hekimi (AH) / Genel Pratisyen (GP) sevk ve sonuçlarını ilgili hekimle konsülte edebilmelidir.

Emrah Kırımlı: Bu sistemin, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) açısından sorun yaratmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta ile yapılan görüşmelerde, zaten e-Nabız erişimi mevcut olduğundan ek bir sistemin gerekliliği tartışmalıdır.



1.8 Örgütlenme

Doğan Barbaros: Temel Sağlık Hakları ve Sağlık Sisteminde Geliştirme Önerileri

1. Her insanın sağlıklı olma hakkı vardır. Ancak bunu sağlamak yeterli değildir, sürdürülebilir olması da gereklidir.
2. Herkes ücretsiz sağlık hizmeti alabilmelidir.
3. Hekim ve diğer tüm sağlık çalışanları, ücret kaygısı taşımamalıdır. Ücretler, uygun seviyede belirlenmeli ve tamamı emekliliğe yansıtacak şekilde düzenlenmelidir.
4. Denetim, cezalandırma amaçlı değil; aydınlatma, düzeltme, öğretme ve rehberlik amacı taşınmalıdır.
5. Teknolojik altyapı güçlü olmalı ve Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi bir sistemle sunulmalıdır.

Mustafa Sülkü: "AH nüfusu" kavramı, mevcut sistemin bir terimidir.

· Bunun yerine, uluslararası bir kavram olan "birinci basamakta çalışan AH/GP" tanımı kullanılmalıdır.

Emrah Kırımlı: Önerilerim yukarıda belirtilmiştir; bu çerçevede metin gayet yeterlidir.

İsmet Sayman: Sağlık Merkezlerinde Ekip Hizmeti ve Çalışan Dağılımı

- Merkezlerde ekip hizmeti sağlanacak şekilde bir değişiklik yapılmalıdır.
- Hekim başına düşen nüfusun azaltılması için, başta pratisyen hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının planlaması yapılmalıdır.
- Mevcut kısıtlı insan gücü dikkate alınarak, çalışanlar yalnızca "bölge sağlık merkezlerinde" değil, "asıl sağlık merkezlerinde" de kişiye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerini yürütmelidir.



2.1 Finansman

Hisar Altunol: Öncelikli Olarak Ülke Kaynaklarının Etkin ve Verimli Kullanımı
Ülke kaynakları etkin, verimli ve herkes için eşit şekilde kullanılmalıdır.

Bu nedenle:

- Sağlık, eğitim ve sosyal politikalar lehine tasarımlar hazırlanmalı, herkese eşit ve ücretsiz sağlık ve eğitim hakkı korunmalıdır.
- Kişilerin sağlıklarını koruyabilmesi ve ihtiyaç halinde eksiksiz, hızlı, kaliteli ve maliyet-etkin sağlık hizmetine ulaşabilmesi için kamu lehine çalışmalar yapılmalıdır.
- Cepten harcamalar yalnızca özel sektör için düşünülmeli ve bu harcamalar şahıslara veya özel sağlık sigortalarına bırakılmalıdır.

Ekonomik Durum ve Sağlık İlişkisi

- Toplumun refah seviyesi, ekonomik durumu ve bireylerin sosyoekonomik durumları sağlık ile doğrudan ilişkilidir.
- Ülkenin ekonomik değerlerinin güçlü olması, paranın kıymetinin korunması ve kişi başına düşen gelirin adil dağılımı sağlanmadan, kalıcı olumlu sağlık verilerine ulaşılamaz.
- Şeffaf ve adaletli yönetim, etkin denetim, liyakate dayalı atama ve düzenlemeler yapılmalıdır.
- Eğitimin kalitesi ve toplumun bilinç düzeyi, sağlıklı bir toplum için istenen düzeye çıkarılmalıdır.

Bölgesel Sağlık ve Çevre Meclisleri

- Bölge sağlık ve çevre meclisleri oluşturulmalı ve her türlü proje ile girişimde kamu kaynaklarının harcamaları bu meclisler tarafından denetlenmelidir.
- Özel sektör yatırımları dahi sağlık ve çevre etkileri açısından bölge sağlık ve çevre meclislerinin onayını almalıdır.

Doğan Barbaros: Sağlık Finansman Modeli

1. Sağlık sigorta modeli yerine vergi tabanlı bir sistem benimsenmelidir.
2. Gerekirse hizmet alanların katkı payı asgari düzeyde tutulmalıdır.
3. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi için teşvikler kaldırılmalıdır.
4. SGK, özel hastanelere ödeme yapmamalıdır.



2.2 Finansman

Erhan Kutsal: Aşı Karşıtlığı ile Mücadele

Tüm dünyada gittikçe artan aşı karşıtlığı ile mücadele etmek için, reklam, kısa film ve sunular hazırlanmalıdır.

- Bu konuda halk tarafından sevilen ünlü kişilerden destek alınmalı ve etkili kampanyalar yürütülmelidir.
- Hazırlanan içerikler dikkat çekici ve bilimsel temelli olmalıdır.
- Bu çalışmalar için gerekli bütçe merkezi otorite tarafından sağlanmalıdır.

Hisar Altunol: Temel Sağlık Hizmetlerinin Genişletilmesi

Temel sağlık hizmetlerine rehabilitasyon ve sağlık danışmanlığı birimleri eklenmelidir.

Bu kapsamda:

- Sağlıklı yaşam ve spor danışmanlığı,
- Psikolojik destek,
- Evlilik öncesi danışmanlık,
- Engelli bireylerin yakınları ve ailelerine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri,
- Dezavantajlı bireyler için eğitim, destek ve uzun süreli takip hizmetleri,
- Temel sağlık hizmetleri kapsamında sunulmalıdır.

Doğan Barbaros: Hizmetler kamusal olarak karşılanmalı.



2.3 Finansman

Hisar Altunol: Emekliliğe Yansıyan Tek Kalem Maaş Politikası ve Sağlık Finansmanı

- Emekliliğe yansıyan tek kalem maaş ve nöbet ücretleri ile olağan dışı durum hizmet ücreti dışında, diğer tüm ödemeler maaş kalemi içerisine dâhil edilmelidir.
- Maaşlar ve nöbet ücretleri her basamak için güncel yaşam koşullarına uygun ve yeterli seviyede olmalıdır.
- İşletme ve yürütme erkleri kamuya devredileceğinden ve sağlık çalışanları hak ettikleri maaş ve ücretleri alacağından, ek bir cari ödeme ihtiyacı kalmayacaktır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Devlet Sağlık Ofisi Önerisi

- Koruyucu sağlık hizmetlerinde ve işletme giderlerinde maliyet-etkin çalışma ve planlamalar yapmak için "Devlet Malzeme Ofisi" benzeri bir "Devlet Sağlık Ofisi" açılmalıdır.
- Bu ofis aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli aşilar, serumlar, acil ilaçlar, antidotlar, doğum kontrol ilaçları ve ekipmanları üretilmelidir.
- Aynı ofis, etkili ve hızlı bir tedarik ve dağıtım ağı ile birinci basamak ve diğer sağlık basamaklarına ilaç, aşı, serum ve medikal ekipman temin etmelidir.
- Üretilen ve ihtiyaç fazlası olan aşı, serum ve malzemeler yurtdışına ve özel sektöre satılarak ülkenin sağlık bütçesine ek kaynak sağlanmalıdır.

Sağlık Altyapısı ve Kamu Binalarına Geçiş Planı

- Önümüzdeki 20-25 yıl boyunca yapılacak tasarruflar, kazanılan ek kaynaklar ve bütçeye aktarılan fazla para ile tüm birinci basamağın kamu binalarına geçişi sağlanmalıdır.
- Bu binalar en az 40-50 yıl hizmet verecek dayanıklılıkta olmalı, olağan dışı durumlarda temel sağlık desteği sunabilecek şekilde dizayn edilmelidir.
- Sağlık merkezleri, kentin rahat ulaşılabilir cazibe merkezlerinde, ticaret ve sosyal alanlara yakın yerlerde konumlandırılmalıdır.
- Mümkünse, acil durum toplanma alanları içinde veya yakınında yer almalı ve afet sonrası hizmetler için gerekli temel altyapıya sahip olmalıdır.

Gereken altyapı şunları içermelidir:

- Kanalizasyon, 220V ve 380V elektrik hatları
- Su depoları ve su arıtma üniteleri
- İlk müdahale çadırları ve konteynerlerin konulabileceği alanlar
- Oksijen sistemleri, aspiratörler ve yedek aydınlatma sistemleri
- Afet durumlarında kullanılacak makine ve malzemelerle uyumlu altyapı

Doğan Barbaros: Kamusal olarak karşılanmalıdır.

Mustafa Sülkü: Aile hekimi yerine, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak "AH/GP" (Aile Hekimi/Genel Pratisyen) tanımı kullanılmalıdır.



2.4 Finansman

Hisar Altunol: Emekliliğe Yansıyan Tek Kalem Maaş ve Ücret Politikası

- Emekliliğe yansıyan tek kalem maaş ve nöbet ücretleri ile olağan dışı durum hizmet ücreti dışında, diğer tüm ödemeler maaş kalemi içerisine dahil edilmelidir.
- Maaşlar ve nöbet ücretleri her basamak için güncel yaşam koşullarına uygun ve yeterli seviyede olmalıdır.
- İşletme ve yürütme erkleri kamuya devredileceğinden, sağlık çalışanları hak ettikleri maaş ve ücretleri alacağından ek bir cari ödeme ihtiyacı kalmayacaktır.

Doğan Barbaros: Maaş ve Ek Ödeme Sistemi

1. Performansa dayalı ödeme sistemi olmamalıdır.
2. Ödül ve teşvik gibi ek ödemeler olabilir.
3. Maaşın tamamı emekliliğe yansıyacak şekilde düzenlenmelidir.

Emrah Kırımlı: Sağlık çalışanlarının aynı bölgede çalışmaya devam etmeleri için belirli bir süreden sonra ek katsayı uygulaması yapılabilir.

Naciye Demirel: Performans sağlığa zararlıdır.

2.5 Finansman

Erhan Kutsal: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Ücretsiz Olması

- Birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olmalıdır.
- Raporlar, bilirkişi hizmeti kapsamında değerlendirilmelidir.
- Her raporun amaca yönelik mevzuatı oluşturulduktan sonra, kurulacak rapor merkezleri veya buna yönelik eğitimleri tamamlamış, sertifikalı personel tarafından Bölge Sağlık Merkezlerinde sunulmalıdır.
- Bu hizmetlerde, belirlenen kriterlere göre ücret alınabilir.

Hisar Altunol: · Birinci basamakla ilgili tıp otoritelerinin ve tıp kılavuzlarının getirdiği birinci basamak uzmanlık dallarından mezun olanlar ile belli sertifikalar ve uzmanlık eğitimi sonrası birinci basamakta yapılmasına izin verilen, dünya tıp kılavuzlarının kabul ettiği uzmanlık gerektiren girişimsel işlemler dışında, birinci basamağın yapması gereken doğal işlemler için ek ücret alınamaz ve personele ek ödemede bulunulamaz.

· Genel pratisyenlik/aile hekimliği uzmanlığının gelişmesi ve üst-yan dal olarak bir hizmet ya da girişimin meydana gelmesi durumunda, uluslararası kılavuzlarca da birinci basamakta yapılmalıdır denilen girişim ve hizmetler kamu otoritesince değerlendirilerek ücretlendirilir ya da ücretlendirilmez.

Doğan Barbaros: Tamamen ücretsiz olmalı



2.6 Finansman

Hakan Güneş: ·Finansman kavramı dahil; verimlilik, kârlılık, memnuniyet, turizm, müşteri gibi sözcükler ve tanımlamalar, yani bir işletme veya ticarethane algısı yaratan ifadeler bu rapordan çıkarılmalıdır.

· Her ne kadar finansman oturumu yapsak da, başka bir adlandırma daha uygun olacaktır.

Doğan Barbaros: Sağlık Hizmetlerinin Kamusalılığı

1. Sağlık özelleştirilmemelidir.
2. Kamusal hizmet olarak sunulmalıdır.
3. Herkes sağlıktan eşit miktarda ve eşit şartlarda yararlanabilmelidir.
4. Özel sektör sağlık hizmetleri için SGK ödeme yapmamalıdır.

Emrah Kırımlı: Sağlık Finansmanı Kaynağı

- Sağlık finansmanı genel vergilerden sağlanmalıdır.
- Sigorta primi de genel bütçe kapsamında değerlendirilebilir.



3.1 Hizmet Sunumu

Muharrem Baytemür: Bu bölümde sağlık çok fazla bireysel alana ve bireysel sorumluluğa indirgenmiş durumda.

Hisar Altunol: Bölgesel Tabanlı, Kaliteli ve Bilimsel Sağlık Hizmeti

- Bölgesel tabanlı, kaliteli, bilimsel temellere dayanan, bilimsel verilerin ve kılavuzların öngördüğü bir tanı ve tedavi hizmeti etkin şekilde verildiğinde, bireyin sağlık sistemine ve yapılacak işleme güven sorunu kalmayacaktır.
- Kamu, tüm basamaklarıyla yeterli ve tatmin edici bir hizmet sağladığında, kaynaklar boşa harcanmayacak ve özel tıp hizmetlerine olan ihtiyaç azalacaktır.
- Toplumun gelir dağılımı düzeldiğinde ve sağlık çalışanlarının hakları iyileştirildiğinde, belli bir yaş üzeri kesim rahatlıkla emekliye ayrılabilir, çalışan nüfus ise daha genç ve dinamik olacaktır.
- Hizmeti alacak kişilere ve topluluklara göre geniş ve kapsayıcı planlama ile memnuniyet artarken, maliyet etkin planlama sayesinde sağlık sistemine duyulan güven ve tatmin seviyesi yükselecektir.
- Herkesin sağlık sisteminin dışında kalmak gibi bir kaygısı olmaz ya da ne maliyet olursa olsun ihtiyacı olan tanı ve tedaviyi alacağını bilirse, sisteme güven ve sağlık çalışanlarına saygı da artacaktır.

Doğan Barbaros:

1. BBS hizmeti kolay ulaşılabilir olmalıdır.
2. Ücretsiz olmalıdır.
3. Koruyucu hekimlik ön planda olmak üzere, tedavi edici hekimlik de sunulmalıdır.
4. Sağlık, yalnızca sağlık çalışanlarının sorunu değil; barınma, beslenme, giyim, sosyal ve sportif alanları da içeren tüm kurum ve kuruluşların sorunu olarak kabul edilmelidir. Çözümler bu kurumlarla iş birliği içinde geliştirilmelidir.

Sevinç Özgen: Kişiyeye ve topluma yönelik koruyucu hizmetler birleştirilerek, aynı kurum tarafından verilmelidir.

İsmet Sayman:

- Öncelikle, nasıl bir birinci basamak ve hizmet sunumu tartışması yapılacağı belirlenmelidir.
- Mevcut aile hekimliği uygulamasının tartışmasına dönmesi yanlıştır.
- Bölge tabanlı bir birinci basamak sağlık hizmeti, kişiyeye ve bölgedeki tüm topluma yönelik sağlık hizmetlerini birlikte sunmalıdır.

Naciye Demirel:

- Bireye ve topluma yönelik entegre hizmet.
- Toplum tanıma; bölgesinin sağlık sorunlarını tanımlayabilen ve çözüm önerileri geliştirebilen birinci basamak.
- Kişiyeye ve topluma yönelik koruyucu hizmetler birleştirilerek, aynı kurum tarafından verilmelidir.



3.2 Hizmet Sunumu

Hisar Altunol: Bölge Sağlık Birimi İçerisinde Planlanan Değişiklikler

- Bölge sağlık birimi içerisinde yeni planlanan ve kamu binalarına geçen birinci basamak birimleri içerisine temel dış tedavi birimleri, ilaç temin birimleri ve danışmanlık ile rehabilitasyon hizmeti veren birimler eklenir.
- Burada çalışan kişiler, olağan dışı durum hazırlıkları ve eğitimleri tam olan kişilerdir.
- Hizmet binalarının tamamı kamuya geçene kadar ve personel gerekli eğitim ve pratik tatbikatları tamamlayana kadar belli sıkıntılar yaşanacaktır.
- Her basamağın ve sağlıkla ilgili olan her birimin kullandığı bir ulusal sağlık veri programı ve ulusal sağlık veri tabanı oluşana kadar, tam olarak yeni sağlık sistemine geçildiği söylenememekle birlikte, kademeli olarak daha iyi ve kapsayıcı bir sağlık sistemimiz olacaktır.

Doğan Barbaros: Sağlık Sistemine Dair Genel Değerlendirme

1. Mevcut uygulamanın tıkandığı ve her geçen gün daha da kötüye gittiği ortadadır.
2. Bu sistemi temel almak doğru değildir. Üzerine iyileştirme yapmaya çalışmak da yanlış olacaktır.
3. Sağlık, güçlü toplum, güçlü devlet ve güçlü bireyin olmazsa olmazıdır. Bu yüzden siyasi popülizme alet edilmemeli, sistem tamamen halkın sağlığını gözetmelidir.

Mustafa Sülkü: Sağlık Hizmetlerinde Terminoloji ve Kavramlar

- Burada da aynı kaygım var.
- Aile hekimi yerine "birinci basamak hekimi", hekim başına nüfus yerine "sağlık merkezi başına/bölge nüfusu" kavramları daha uygun olacaktır.

Sevinç Özgen: Ekip Hizmeti ve Sağlık Merkezleri

- Ekip hizmeti sunulmalıdır.
- Ekipte; hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter ve temizlik personeli bulunmalıdır.
- ASM'lerin sınıflandırılması kaldırılarak, hizmetlerin standart kamu binalarında verilmesi sağlanmalıdır.

İsmet Sayman: Mevcut Aile Hekimliği Sistemi ve Ekip Çalışması Sorunu

- Bir aile hekimi ile bir hemşireden oluşan mevcut uygulama ile ekip hizmetinden söz etmek mümkün değildir.
- Aynı merkezdeki diğer birimlerle de rakip konumdadır (kayıtlı kişiye bağlı ücretlendirme sistemi nedeniyle).
- Bu yapı, ekip hizmetinden ve amaç ortaklığından çok uzak bir sistemdir.

Oysa ekip hizmeti sunan, örneğin eski sağlık ocağı sisteminde amaç ve hedefler aynıydı.

- Ekipte iş bölümü ile hizmetler daha kolay gerçekleştiriliyordu.

Naciye Demirel: Sınıflandırılmış birinci basamak olamaz; standart kamu binalarında hizmet verilmelidir.



3.3 Hizmet Sunumu

Doğan Barbaros: BBSH Hizmeti Veren Merkezlerin Geliştirilmesi

- 1.BBSH veren merkezlerin fiziki şartları yeniden planlanmalı ve gelişmelere göre güncellenmelidir.
- 2.Gerektiğinde, bölge nüfusunun özellikleri de dikkate alınarak ek hizmetler sunulmalıdır.
- 3.Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne geçmek için yalnızca beyaz kod uygulaması yeterli değildir; halk eğitimi de sağlanmalıdır.
- 4.Okullarda Sağlık Bilgisi dersi olmalı ve bazal seviyede de olsa herkes temel ilkyardımları öğrenmelidir.
 - Sağlık sisteminin işleyişini bilen vatandaş, ona göre beklenti içine girer ve davranışlarını şekillendirir.

Mustafa Sülkü: Uygun kavram düzeltilmesi ile.

İsmet Sayman:

- Mevcut aile hekimliği sistemi üzerinden tartışmak yanlıştır!
- Önerilen ekipler ve koordineli çalışan diğer disiplinlerin varlığı doğru bir önermedir.

Ancak, 4-5 hekimli merkezlerde bu hekimlerin birlikte nasıl ekip olarak çalışacağı net değildir.

Naciye Demirel: Ekip hizmeti sunulmalıdır. Ekipte hekim, hemşire, ebe, çevre sağlık teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter, temizlik personeli vb. bulunmalıdır.



3.4 Hizmet Sunumu

Erhan Kutsal:

- 184 şikayet hattı kaldırılmalıdır.
- Şikayet eden kişinin kimliği ve şikayetle ilgili belgeler, şikayet edilen kişiyle paylaşılmalıdır.
- Gerçeğe aykırı şikayetler için ilgili kişiye kamu davası açılmalıdır.

Muharrem Baytemür: -Rapor konusunda oldukça sınırlandırılmış bir alan tanımlanmıştır.

• Akli meleke, sürücü olur, durum bildirir gibi raporlar birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tanımlanmalıdır.

Mustafa Sülkü: Adli ve Defin (Ölüm) Raporları

- Adli rapor ve defin (ölüm) düzenleme yetki ve yeterliliği tüm AH/GP mesleki eğitimlerinde yer alır.
- Hekim gerekli görürse konsültasyon ister ya da kesin rapor için sevk eder.
- Bu yetkiyi kullanmamak hekime olan güveni sarsar, kullanmak ise güveni artırır.
- Temel tıp eğitimi, diğer uzmanlık alanlarıyla ilgili bilgi ve becerileri nasıl kapsıyorsa, bu alan da aynı şekilde kullanılmalıdır.
- Bölge ve hekim başına düşen nüfus düşünüldüğünde, bu görev çok yoğun bir iş gücü gerektirmez.



Sevinç Özgen: Evlilik ve istirahat raporlarının yanı sıra diğer sağlık raporları da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında olmalıdır.

Emrah Kırımlı:

- Yeterlilik sınavı yerine sürekli mesleki eğitim takip edilmelidir.
- Yeterlilik sınavlarının kendisi bir süre sonra amaç haline gelebilir.

İsmet Sayman: Sağlık Raporlarının Düzenlenmesi ve Yönetimi

- Sağlık raporlarını düzenlemek ve yönetmek birinci basamak hekiminin görevidir.
- Doğumdan ölüme kadar takip edilen kişinin sağlık durumunu en iyi bu hekim bilir.
- İkinci basamakla entegrasyonu sağlanmış bir sistemde böyle olmalıdır.
- Sağlık raporlarının gerekliliği tartışılmalı, özellikle silahla ilgili raporlar farklı yapılanmış ikinci basamak merkezlerinde verilmelidir.

Adli ve Defin Nöbetleri

- Adli nöbetler öncelikle adli tabipler tarafından tutulmalıdır.
- Defin nöbeti öncelikle belediyede görevli hekimlerin sorumluluğundadır.
- Ancak birinci basamak hekimi, kendine kayıtlı kişilere adli rapor ve defin raporu düzenleyebilir.

3.5 Hizmet Sunumu

Hakan Güneş:

- Evlilik ve istirahat raporları haricindeki rapor işlemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden çıkarılması önerisine katılmıyorum.
- Birçok rapor aile hekimliğince düzenlenebilir.

Mustafa Sülkü: Madde 10 uygun değildir.

Sevinç Özgen: Sürekli eğitim, meslek örgütleri tarafından yürütülmelidir.

Emrah Kırımlı: İlk masada belirtilen göçmen sağlığı SHM benzeri uygulamalar ile bu öneriler çelişmektedir.

İsmet Sayman: Burada bütüncül yaklaşım korunmuştur.

Naciye Demirel: Evlilik ve istirahat raporlarının yanısıra diğer sağlık raporları da birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında olmalıdır



Hisar Altunol:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Rapor Düzeni

- Evlilik ve istirahat raporları haricindeki rapor işlemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden çıkarılması önerisine katılmıyorum.
- Birçok rapor aile hekimliğince düzenlenebilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunulacak Birimin Konumu

- Birinci basamak sağlık hizmeti sunulacak birimin konumu çok iyi seçilmelidir.
- Şehrin ulaşımı kolay, cazibe merkezi olan park ve sosyal alanlara yakın bir konumda olmalıdır.
- Örneğin, toplu taşıma ile kolay ulaşılabilen; spor alanları, kadın kooperatifleri, STK binaları, emeklilerin maaş aldığı birimler, huzurevleri, yurt binaları, kütüphaneler, etkinlik alanları (fuar alanı, tiyatro, konferans salonları, evlendirme daireleri vb.), belediye sosyal hizmet alanları, kadın danışma merkezleri ve okullar gibi farklı birimlerin yoğun olduğu alanlara planlanmalıdır.
- Bu sayede diğer kurumlarla iş birliği artacak, pek çok hizmetin aynı sosyal alanda sunulması memnuniyeti artıracaktır.

Sağlık Personelinin Çalışma Koşulları

- Çalışanlar için çalışma ve dinlenme alanlarına yakın veya ulaşım hatlarının kesiştiği bölgelerde planlanmış birinci basamak binaları, hizmete erişimi ve memnuniyeti artırır.

Halk Sağlığı Eğitimleri ve Taramalar

- Halk sağlığı eğitimleri ve taramalar için hedef nüfusun toplandığı alanlara yakın olmak, hizmetin süresini kısaltır, verimi ve kaliteyi artırır.
- Bu durum kişilerin sağlık birimlerine güvenini ve desteğini artırır, şiddet eğilimini azaltır.

Bölgesel Hizmet Planlaması

- Bölgesel hizmet verileceğinden, kişiye yönelik hizmetler farklı birimlerde aynı kalite ve hızda sağlanmalıdır.
- Hizmeti almaya gelemeyen engelli ve özel ihtiyaç sahibi bireyler için planlama yapılmalı ve takvime bağlanmalıdır.
- Evde sağlık hizmetleri veya tarama yapılacak noktalar belirlenmelidir.
- Örneğin, 112'nin sık sık gittiği noktalar, üst basamaklarda tedavi olup taburcu edilen ve evde bakıma ya da sürveyansa ihtiyaç duyan hastalar, sosyal hizmetlerle birlikte ziyaret edilmelidir.
- Kadın sığınma evleri, yurtlar, okullar ve kreşler, çocuk sığınma evleri mutlaka sosyal hizmet birimleriyle birlikte ziyaret edilerek hane halkı tespiti yapılmalı ve tüm sağlık ile sosyal riskler açısından takip edilmelidir.

Esnek Çalışma Düzeni ve Mesai Uygulamaları

- Bazı hizmetler için esnek mesai veya mesai dışı çalışma planlanabilir.
- Ancak bu çalışmalar, kişinin gündüz çalışma saatinden az olamayacağı gibi, çalışma saatine ve tatil günü olup olmamasına göre değişen katsayılarla (x2, x3, x6 vb.) çarpılarak esnek mesai veya mesai sonrası çalışma ücretleri oluşturulmalıdır.



4.1 Sağlık Emek Gücü

Hisar Altunol: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması

- Birinci basamak sağlık birimlerini yeni proje binaları, uygun konumlar ve modern hizmet anlayışıyla planlayacağımıza göre; ASM, TSM, KETEM, Sağlıklı Yaşam Merkezi vb. ayrımları kaldıracak ve birleştireceğiz.
- Personel planlaması; bölgenin coğrafi yapısı, merkeze uzaklığı, nüfus özellikleri, ihtiyaç duyulan hizmetler ve bölgenin sağlık verilerine göre yapılmalı, personel bu ihtiyaca göre atanmalıdır.

İsmet Sayman: Sağlık Merkezlerinin Tanımı ve Hizmet Alanı

- Önerilen kriterleri içeren sistem ve sağlık merkezini "Aile Sağlığı Merkezi" veya "Merkez" olarak nitelendirmek eksik bir tanımlama olacaktır.
- Bu merkezin, topluma yönelik hizmet vermesi gerekliliği göz önüne alınmalıdır.

Naciye Demirel: Birinci basamak sağlık kurumunda, dar bölgede yatay hizmet sunulmalıdır. Bireye ve topluma yönelik hizmet verilmelidir.

4.2 Sağlık Emek Gücü

Hisar Altunol: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Personel Planlaması

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, başta aile hekimliği uzmanı/genel pratisyen olmak üzere, birinci basamak için eğitilmiş diş hekimi, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, psikolog, fizik tedavi ve rehabilitasyon teknikeri, sosyal danışman, diyetisyen, çocuk gelişim uzmanı ve hizmetli istihdam edilmelidir.
- Kırsal ve kentsel ihtiyaçlar ile kent merkezi ve ilçeler, farklı kadro yapısına sahip olmalıdır.
- Göç nedeniyle sadece yaşlı nüfusun bulunduğu, şehir merkezine yakın bir ilçeye birden fazla çocuk gelişim uzmanı yerine daha fazla fizik tedavi ve rehabilitasyon teknikeri planlamak gibi esnek ve canlı bir yapı oluşturulmalıdır.

İsmet Sayman: Hizmet Kurumlarının Sayısı ve Etkinlik

- Çok sayıda hizmet kurumu yaratmak, asıl hizmeti verecek birinci basamak merkezinin ihtiyacı olan insan gücünü azaltabilir.
- Bu durum, hizmetin parçalanmasına ve etkinliğinin azalmasına neden olabilir (TSM'lerin mevcut durumu gibi).



Naciye Demirel:

- Birinci basamakta yeterli emek gücünün istihdamı sağlanmalıdır.
- Ekip anlayışına dayalı bir çalışma modeli benimsenmelidir.
- Toplumun güven duyduğu insan gücü ve ekip oluşturulmalıdır.
- Hizmet verdiği bölge ve nüfusun ihtiyaçlarına uygun sayıda ve çeşitlilikte insan gücü sağlanmalıdır.
- Ekipte hekim, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter, beslenmeci-diyetisyen, psikolog, fizyoterapist vb. bulunmalıdır.
- Özlük ve ekonomik hakları kamu güvencesinde olan çalışanlar istihdam edilmelidir.
- Kamu güvencesinde iş güvenceli, emeğin karşılığını alan ve emekliliğe yansıyan ücret sistemi oluşturulmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına grev ve toplu sözleşme hakkı tanınmalıdır.

4.3 Sağlık Emek Gücü

Hisar Altunoğlu: SAHU Programı ve Birinci Basamak Eğitimi

- SAHU programı, 6 yıllık kölelik düzenini getiren ve sözleşme feshi gibi tehditlerle hak aramanın önüne geçen bir sistem olarak sonlandırılmalıdır.
- Yerinde eğitim modeli benimsenmeli; eğitim sağlık ocaklarında, staj ve asistan karneleriyle birlikte yürütülmelidir.
- Teorik eğitim sahada alınmalı, pratik eğitim ise ağırlıklı olarak karneler ile takip edilerek sahada gerçekleştirilmelidir.
- Bu süreç, genel pratisyenlik eğitime dönüştürülmelidir.

Tıp Fakültelerinin Değerlendirilmesi ve İnsan Gücü Planlaması

- Mezuniyet öncesi eğitim, insan gücü yetiştiren fakültelerin diplomalarının, kabul gören bilimsel yayın sayılarının, eğitime ayrılan hasta yatağı gibi kriterlere göre değerlendirilmelidir.
- Belli bir puanın altında kalan okulların kayıt kabulü sonlandırılmalıdır.
- Planlanan insan gücü ihtiyacına göre kontenjanlar tekrar belirlenmelidir.

Mustafa Sülkü: AH/GP Mesleki Eğitimi ve Geçiş Dönemi Modeli

- AH/GP mesleki eğitimi, tüm Avrupa ülkelerinde 5 yıldır.
- Bu eğitimin en az 3/3'ü sahada (birinci basamakta), hizmet ve eğitim birliğinde yürütülür.
- Ancak, birinci basamakta AH/GP çalıştırma uygulamasına ilk kez başlanacak ülkelerde, bu eğitimi henüz almamış binlerce hekim olduğu için bir geçiş dönemi eğitimi (1,5-2 yıl) tanımlanarak bir "deadline" belirlenir.
- Ülkemizde de ASB'lerde çalışan 28.000 hekimin yalnızca 4.000'i AH uzmanlık eğitimi almıştır.
- (Bu eğitimler, birbirinden farklı müfredat, eğitici ve eğitim ortamlarında gerçekleşmiştir.)
- 24.000 hekim için bir geçiş dönemi eğitimi tanımlanarak aynı alanda farklı statüde hekim insan gücü tartışması önlenmiş olur.



İsmet Sayman: Birinci Basamak AH/GP Eğitimi ve Geçiş Süreci

- Birinci basamak GP/aile hekimi eğitiminin nasıl olması gerektiği ve geçiş dönemi eğitimi, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü tarafından detaylı şekilde dünyadaki uygulamalardan da yararlanılarak tariflenmiş ve hayata geçirilmeye çalışılmıştı.
- Mutlaka GPE deneyimi üzerinden eğitimin hayata geçirilmesi için çalışma yapılmalıdır.

Naciye Demirel:

- Mesleki eğitim ve sürekli mesleki gelişim ile bilgi, beceri ve tutumu desteklenen, birinci basamağa uygun hekim ve diğer sağlık insan gücü yetiştirilmelidir.
- Mesleki eğitim, sürekli mesleki gelişim (SMG) eğitimleri ve hizmet içi eğitimler mesai saatleri içinde gerçekleştirilmelidir.

4.4 Sağlık Emek Gücü Ek görüş yoktur.

4.5 Sağlık Emek Gücü

Mustafa Sülkü: Uygun. ASM yerine her zaman birinci basamak sağlık kuruluşu/ünitesi kavramı kullanılması, "Başka bir sağlık sistemi mümkün" şiarımıza daha uygundur.

4.6 Sağlık Emek Gücü

Hisar Altunol: Birinci Basamakta Personel Planlaması

- Her 1500 kişiye bir aile hekimi ve aile hemşiresi, her 750 kişiye bir ebe/hemşire düşecek şekilde personel istihdamı kamu tarafından sağlanmalıdır.
- Aile hekimliği ve hemşiresi yeni sisteme dönüşeceğinden, bu unvanlar kaldırılacaktır.
- Ayrıca, hekime kayıtlı nüfus uygulaması sona erecektir.
- Yerine toplum tabanlı hizmet modeli geleceğinden, planlama sistemine yeni kriterler getirilmelidir.

İsmet Sayman: Birinci Basamak GP/AH Eğitimi ve Geçiş Süreci

- Birinci basamak GP/aile hekimi eğitiminin nasıl olması gerektiği ve geçiş dönemi eğitimi, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü tarafından detaylı şekilde, dünyadaki uygulamalardan da yararlanılarak tariflenmiş ve hayata geçirilmeye çalışılmıştır.
- Mutlaka GPE deneyimi üzerinden eğitimin hayata geçirilmesi için çalışma yapılmalıdır.

Hizmet Kurumlarının Sayısı ve Etkinlik

- Çok sayıda hizmet kurumu yaratmak, asıl hizmeti verecek birinci basamak merkezinin ihtiyacı olan insan gücünü azaltabilir.
- Bu durum, hizmetin parçalanmasına ve etkinliğinin azalmasına neden olabilir (TSM'lerin mevcut durumu gibi)



5.1 Çalışan Sağlığı

Hisar Altunol: Bölge Tabanlı Hizmet Planlaması ve İş Sağlığı

- Bölge tabanlı hizmet planlandığında ve genel pratisyen kavramı geldiğinde, işyeri hekimliği de genel pratisyenin gerektiğinde uzmanlaşacağı ya da sertifikasyon programları ile sahada aktif çalışarak kalifiye olacağı bir çalışma alanı olacaktır.
- Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü kurulmalı ve bu enstitü, birinci basamak ile bağlantılı olarak çalışmalıdır.
- Tüm işyerleri ve işverenler bu enstitüye kayıt olmalı ve ücret yatırmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği alanında çalışan herkes, bu enstitüye karşı sorumlu olmalıdır.
- Özerk bir yapıda olur ve özerkliği korunabilirse, bu enstitü sağlığın korunması ve risklerin belirlenip bertaraf edilmesi konusunda daha objektif raporlar yazabilir.
- Bir işverene bağlı ve maaşını ondan alan personelin aksine, toplum sağlığı daha etkin korunabilir.
- Eğer enstitüye yaptırım uygulama yetkisi verilirse, işverenler sağlık ve güvenlik konularını dikkate almak zorunda kalır.
- Ayrıca, bu enstitü tüm sanayi ve çalışma alanları ile çalışacağı için, personelin tamamının bilgisine sahip olacak ve yeterli mali kaynağı her zaman bulunacaktır.
- Bu nedenle, çalışma ücretleri ve koşulları sendikalar ve tabip odaları ile birlikte belirlenecektir.
- Mevcut sistemdeki saat katsayıları ve ücret planlamalarından kaynaklanan sorunlar ile hizmet dışı kalan küçük işletmelerin başıboş durumu ortadan kalkacaktır.
- İş sağlığı alanı, kendi mali kaynağını yaratacağından (enstitü), sağlık sistemine ek kaynak sağlayan bir kurum haline dönüşebilir.

İsmet Sayman: İş Yeri Hekimliği ve İş Güvenliği Uzmanları

- İş yeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanları bağımsız değildir.
- Ücret olarak hem işverene hem de OSGB'ye bağlı olmaları, iş ve ücret güvencesini ortadan kaldırmıştır.
- Bu durum, çalışmalarını olumsuz etkilemektedir



5.2 Çalışan Sağlığı

Güven Erbaş: OSGB'lerin İşçi Sağlığına Etkisi ve İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (İSGE) Önerisi Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB), işçi sağlığına somut hiçbir katkı yapmamakta, pratikte ise yalnızca iş sağlığı profesyonellerine iş bulmaktadır. İşyerleri, genellikle iş sağlığı profesyonellerinin kanuni haklarını tırpanlamak için OSGB'lerle anlaşmaktadır. Bu durum, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanlarının istihdamında sürekli bir sirkülasyona ve işçi sağlığı hizmetlerinin devamsızlığına yol açmaktadır.

Oysa bir işyeri hekimi veya bir iş güvenliği uzmanı, işyerinin tüm tehlike ve risklerine hakim olmalı ve bunlara yönelik sağlık ve güvenlik programları hazırlamalıdır. Bu ise iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde süreklilik gerektirir. Söz gelimi, bir işyeri hekimi hizmet verdiği işyerini tam anlamıyla tanıyamadan işyerinden ayrılmak durumunda kalmaktadır. OSGB'ler, işçi sağlığı alanını ticarileştirerek sağlık ve güvenlik hizmetlerinin kalitesini düşürmüştür.

Hisar Altunol: İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (İSGE) Kurulmalıdır

- İSGE kurulduğunda OSGB'lere gerek kalmayacaktır ve OSGB'ler kapatılmalıdır.
- Meslek hastalıkları hastaneleri de İSGE'ye devredilebilir.
- İSGE, ülke çapında tek yetkili ve etkili kurum olmalıdır.
- TÜVTÜRK örneğinde olduğu gibi bağımsız ve etkin bir yapı sağlanmalıdır.

İsmet Sayman: OSGB'lerin varlığı, işyeri hekimlerinin güvenceli çalışmasını fazlasıyla olumsuz etkilemiştir.

5.3 Çalışan Sağlığı

Ek görüş yoktur.



5.4 Çalışan Sağlığı

Ek görüş yoktur.



5.5 Çalışan Sağlığı

İsmet Sayman: İşyeri hekimliği, 1. basamak sağlık hizmeti içinde değerlendirilmelidir. Bu alanın mesleki eğitimini (GP/AH) almalıdır.

5.6 Çalışan Sağlığı

İsmet Sayman: İş sağlığı ve güvenliği sistemi ağırlıklı olarak OSGB adlı taşeron sistem üzerinden yürütülmekte olup, emeğin ucuzlamasına yol açmaktadır. Bu durum, hekimleri yasal sürelerin çok altında işyeri hekimliği yapmaya zorlayarak kötü hekimliğe neden olacak koşullar yaratmaktadır.

5.7 Çalışan Sağlığı

İsmet Sayman: OSGB'ler bu olumsuz çalışma koşullarını yaratmakta ve denetlenmemektedir.

Hekim emeğini saatlik ücret kavramını hayata sokarak ucuzlatmışlardır. Oysa OSGB, işverenden saatlik değil, işçi sayısına göre katsayılı dilimler baz alınarak ücret talep etmektedir.

OSGB, hekim emeğinin karşılığını saatlik ücretle belirleyerek adil olmaktan çıkmıştır.

OSGB'ler, hekimleri olması gereken yasal sürelerin altında çalıştırmakta ve böylece fiziken mümkün olmayan sayıda işyerine görevlendirmektedir."



5.8 Çalışan Sağlığı

İsmet Sayman: "OSGB mevzuatının işyeri hekiminin görev ve sorumluluklarına herhangi bir katkısı yoktur.

OSGB, hekim emeğini sömüren bir sistemdir.

OSGB'lerin kapatılması için kısa, orta ve uzun vadede mücadele edilmelidir."

5.9 Çalışan Sağlığı

Ek görüş yoktur.



5.10 Çalışan Sağlığı

Mustafa Sülkü: İşçi sağlığı bir disiplindir ama işyeri hekimliği bir hekimlik uygulama alanıdır. Bu alanda, alana özgü sertifika programı almış GP/AH'ler istihdam edilmelidir.

2 yıllık sertifika ve 4 yıllık uzmanlık eğitimi kafa karıştırıcıdır.

Hekimi taşeronluk sisteminde çalıştıran OSGB'ler kapatılmalıdır.

İSG-KATİP uygulamasında TTB/Tabip Odası onay (üyelik) butonu olmalıdır.

İşyeri hekimliği sözleşmelerinde TTB/Tabip Odası taraf olmalıdır.

Başka bir işte çalışan hekim, ikinci iş olarak işyeri hekimliği yapmamalıdır.

50'den az işçi çalıştıran küçük işyerlerinin işçi sağlığı hizmetleri birinci basamağa entegre edilmelidir.

Sözleşmelerde TTB asgari ücreti esas alınmalıdır.

Emrah Kırmılı: Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu dışında bir çalışma olmuş. Birinci basamağa dair doğrudan bir öneri yok.



6.1 Olağandışı Durumlar

Hisar Altunol: Olağan dışı durumlar için hazırlık fazı, olay fazı ve olay sonrası değerlendirme ve rehabilitasyon fazı olmak üzere en az üç faz belirlenmeli, planlama ve eğitimler buna göre yürütülmelidir. Her fazda birinci basamağın ayakta kalması, hizmetini devam ettirmesi ve yeni beliren konulara hızla adapte olması için son derece esnek ve canlı (yaşayan) bir birinci basamak kurgusu yapılmalıdır.

Her fazda yapılacaklar ve destek olunacak konular son derece ayrıntılı tespit edilmelidir.



6.2 Olağandışı Durumlar

Hisar Altunol: Doğru yerlere yapılmış bölge sağlık birimleri ve olağan dışı durumlara karşı gerekli eğitimi almış personel, daha dayanıklı hale gelecektir.

Olay sırası ve sonrası kısa süreç içerisinde, hazırlık döneminde yürütülen birinci basamak hizmetleri ile olay sonrası ilk dört haftalık süreçte olağan dışı durumun getirdiği yeni şartlara adapte olmuş, hizmete devam eden ve gerekli desteği sağlayan bir birinci basamak planlanmalıdır.

6.3 Olağandışı Durumlar

Hisar Altunol: Olay sonrası genellikle ilk bir ya da birkaç ay belli birinci basamak hizmetlerine ihtiyaç artacaktır. Afetlerde yıkılmayan ve kendisi de afetzedede olmayan bir birinci basamak yerleşkesi, göreve dönebilen personeli veya kadro illerden gelen destek personeli ile birlikte artan başvuruları karşılayacak; su-gıda hijyeni, konaklama alanı hijyeni, kişi tespit fişleri ve veri tabanına veri aktarımı ile pek çok hastalığın önlenmesi, kayıp ve haber alınamayan kişilerin bulunması, bölgesel ihtiyaçların tam tespiti, üst basamaklarda tedavi görenler ve buradan taburcu olan ve bölgeye gelen hastaların yakın takibi için yeterli ve donanımlı personel ile araç gerece sahip birinci basamak planlamalıyız.

6.4 Olağandışı Durumlar

Hisar Altunol: Gelen yardım ekipleri ve bu ekiplerin konaklama alanları, getirmiş oldukları araç gereç içerisindeki sağlık envanteri ve personel sayısı ile imkan kabiliyetleri bilinmelidir. Gelen yardım malzemelerinden sağlık ve hijyen ile ilgili olanların tasnifi, kayıt altına alınması, dağıtım bilgisi ve sahada teslim edilen vatandaş, kurtarma ekibi ve diğer sağlık ekiplerine ait tutanak ve kayıtların tutulması sağlanmalıdır. Kayıp ve haber alınamayan kişilerin takibi ile hastane ve geçici konaklama merkezleri verilerinin sıkça güncellenmesi gibi görevler de yürütülmelidir.



6.5 Olağandışı Durumlar

Hisar Altunol: Birinci basamak sağlık birimi ve bulunduğu yerleşke için afet sonrası değerlendirme yapılmalıdır:

- Güvenlik durumu: Yerleşke güvenli mi? Konteyner ya da hizmet çadırı gibi ek önlemler gerekiyor mu?
- Personel durumu: Görevli personel ve ailelerinin ihtiyaçları belirlenmeli. Kimlerin ne tür desteğe ihtiyacı var? Kimler hangi şartlarda görev yapabilir?
- Personel takviyesi: Mevcut personelin değerlendirilmesine göre il dışından kaç personel gereklidir ve hangi unvanlardaki personeller lazımdır?
- Destek personeli için barınma ve iaşe planlaması yapılmalı.
- Çalışma düzeni: Mesai dışı çalışma gerekip gerekmediği ve vardiya saatleri belirlenmeli, buna göre personel planlaması yapılmalıdır.
- Koruyucu ve destekleyici hizmetlerin erken başlaması afetin etkilerini azaltır, ikincil afetler ve yaralanmaların önüne geçer.
- Önleyici tedbirler:
 - Suların klorlanması ve temizliği
 - Vektörlerin bertarafı
 - Çöplerin uzaklaştırılması
 - Kullanılabilir ve yeterli banyo-tuvalet sağlanması
 - Gıda hijyeninin sağlanması
 - Düzenli konaklama alanlarının oluşturulması

Tüm bu önlemler, yeni hastalıkların ve salgınların önüne geçerek zorlanan veya çöken sağlık sisteminin bir an önce toparlanmasını sağlar.

6.6, 6.7 ve 6.8 Olağandışı Durumlar

Ek görüş yoktur.

6.9 Olağandışı Durumlar

Emrah Kırımlı: Burada da birinci basamağa dair bir öneri yok. İSG gibi ayrı bir çalışma yapılmış. Ayrı bir şekilde raporlanması gerekir.

Naciye Demirel: Pandemi ve 6 Şubat depremleri, birinci basamağın mevcut haliyle son derece yetersiz kaldığını göstermiştir. Sağlık Ocağı benzeri, bireye ve topluma birlikte hizmet sunan kamu birinci basamak kurumu örgütlenmesinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.



“Türkiye’de yapılması gereken ilk iş köyde ve kentte; herkesin kolayca yararlanabileceği birinci basamak hizmetine önem vermektir.”

NUSRET FİŞEK



YAŞASIN

ÖRGÜTLÜ MÜCADELEMİZ!