

## **Toplum Yönelimli Birinci Basamak**

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, küresel sağlık sistemlerinde hizmetlerin daha **erişilebilir, etkili ve kapsayıcı** kılınması yönünde önemli reform girişimleri hayata geçirilmiştir. Bu dönüşümün merkezinde, toplum temelli sağlık anlayışını temel alan **birinci basamak sağlık hizmetleri** yer almıştır. Özellikle 1978 yılında düzenlenen **Alma-Ata Konferansı**, “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda birinci basamak sağlık bakımını küresel sağlık politikalarının temel bileşeni olarak konumlandırmıştır. Konferans, sağlık hizmetlerinin bireylere daha yakın sunulabilmesi için ulusal sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması gerektiğini vurgulamıştır. Bu vizyon çerçevesinde birinci basamak, yalnızca tedavi edici değil; **koruyucu, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin** entegre biçimde sunulduğu bir yapı olarak tanımlanmıştır. Bu vizyon, **2018 Astana Konferansı** ile güncellenmiş ve evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için **nitelikli, erişilebilir ve sektörel iş birliğine dayalı birincil sağlık hizmetlerinin** önemi yeniden vurgulanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan **aile hekimliği**, bireylere yaş, cinsiyet veya hastalık ayrımı yapmaksızın sürekli ve kapsamlı bakım sunarken, aynı zamanda bireyi sosyal ve kültürel bağlamında ele alan **toplum yönelimli** bir disiplindir. Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu’nun tanımında da belirtildiği üzere, aile hekimleri yalnızca klinik düzeyde değil, hizmet verdikleri toplumun genel sağlık ihtiyaçlarına yönelik de sorumluluk taşımaktadır. Günümüzde sağlık kavramı da genişleyerek “**Tek Sağlık**” (One Health) ve “**Gezegen Sağlığı**” (Planetary Health) gibi disiplinlerarası yaklaşımlarla bütünleşmiştir. Bu perspektifler, insan sağlığının çevresel, hayvansal ve sosyal faktörlerle iç içe olduğunu ortaya koymakta; toplum yönelimli birinci basamak hizmetlerinin sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle uyumlu biçimde tasarlanmasının gerekliliğine işaret etmektedir.

## **Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri**

Toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir biçimde uygulanabilmesi, bir dizi yapısal ilkeye dayanmaktadır. Bu yaklaşım, **tanımlı bir topluluğun** coğrafi veya sosyo-demografik ölçütlerle açıkça belirlenmesini; bu topluluğun **sağlık sorunlarının epidemiyolojik verilerle analiz edilerek önceliklendirilmesini** öngörür. Müdahale süreci, **çok paydaşlı iş birlikleriyle ve sektörel entegrasyonla** yapılandırılmalı; **koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler entegre biçimde** sunulmalıdır. Hizmetlerin başarısı, **multidisipliner sağlık ekiplerinin koordineli çalışmasına, toplumsal**

**katılımın her aşamada sağlanmasına ve kırılgan grupları da kapsayacak biçimde eşit erişimin** temin edilmesine bağlıdır. Ayrıca, **sosyal, ekonomik ve çevresel sağlık belirleyicilerine** yönelik bütüncül müdahaleler ile gerektiğinde **yerinde hizmet sunumu** yoluyla topluma doğrudan ulaşılması, bu yaklaşımın temel dinamiklerini oluşturmaktadır.

### **Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Süreci**

Toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri, döngüsel ve öğrenen bir sistem yaklaşımıyla kurgulanmış dört temel uygulama adımına dayanmaktadır. İlk olarak hizmet verilecek **topluluk, coğrafi ve demografik ölçütlerle tanımlanır**; ardından bu topluluğun sağlıkla ilgili risk faktörleri ve mevcut kaynakları analiz edilerek **öncelikli sorunlar belirlenmektedir**. İkinci aşamada, toplumun algı ve beklentileri de dikkate alınarak **müdahale gerektiren konular önem derecesine göre sıralanır**. Üçüncü aşamada, topluma özgü çözüm programları tasarlanarak uygulanmaktadır; bu müdahaleler, kültürel ve çevresel koşullara uygun biçimde yapılandırılarak toplumun katılımı ile hayata geçirilmektedir. Son olarak, bu müdahalelerin etkisi belirlenen göstergeler aracılığıyla değerlendirilir, gerektiğinde revize edilir ve başarılı uygulamalar rutin hizmetlere entegre edilir.

Dört aşamadan oluşan süreç, sürekli iyileştirme odağıyla yeniden ilk adıma dönerek güncellenebilir nitelikte olup, toplum yönelimli birinci basamağı (TYBB) dinamik ve bağlamsal olarak uyarlanabilir bir model haline getirmektedir. Esas olan, her toplumun yapısal özelliklerine göre esneklik gösteren bu sürecin, farklı hız ve kapsamla uygulanabilir olmasıdır. Böylece TYBB modeli, hem yerel hem de ulusal düzeyde toplum sağlığına duyarlı birinci basamak hizmet sunumunu mümkün kılmaktadır.

### **Uluslararası Örnek Uygulamalar**

TYBB uygulamalarının esnek yapısı, farklı coğrafi ve sosyoekonomik bağlamlarda etkili sonuçlar doğurabilecek şekilde modellenmesine olanak tanımaktadır. Bu bağlamda, **uluslararası örnekler**, TYBB modelinin hem kırsal hem de kentsel alanlarda başarıyla uygulanabileceğini ve toplum sağlığına ilişkin farklı ihtiyaçlara uyarlanabilirliğini göstermesi bakımından dikkate değerdir.

**Hindistan'daki Jamkhed Projesi**, köylerde yaşayan kadınların sağlık eğitimi alarak gönüllü hizmet sunduğu bir yapıda, **toplumsal katılım temelli** bir modeli hayata geçirmiş ve **bebek ölüm oranında %90 azalma, aşılama oranında %95'in üzerine çıkış** gibi çarpıcı kazanımlar

elde etmiştir. Benzer şekilde, **Hawaii'deki Waianae Sağlık Merkezi**, topluluk üyelerinin yönetime doğrudan katıldığı bir yapıyla, **kültürel uyuma duyarlı ve sosyal destek mekanizmaları içeren** sağlık hizmetleri sunmuş; böylece **toplumun hizmetlere katılımını artırmış** ve erişilebilirliği güçlendirmiştir. Bu çalışmalar, aynı zamanda toplum yönelimli birinci basamak kavramının ilk kez tanımlanması ve içeriğinin kavramsallaştırılmasına da öncülük etmiştir. Ayrıca, **Belçika'nın Ledeberg semtindeki Botermarkt Sağlık Merkezi**, sosyoekonomik dezavantajlı kentsel bölgelerde **yerel yönetimlerle iş birliği içinde** fiziksel çevre düzenlemeleri ve **entegre ağız-diş sağlığı taramaları** uygulayarak, **obezite riski ve çürük insidansında anlamlı azalma** sağlamıştır.

Bu uygulamalar, TYBB modelinin farklı ülkelerdeki başarılarını ortaya koymakta ve modelin yalnızca klinik tedaviye değil, aynı zamanda **toplum temelli, önleyici ve eşitlikçi hizmet sunumuna katkısını** gözler önüne sermektedir.

### **Türkiye'de Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri**

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık sistemine ilk başvuru noktası olarak yapılandırılmış, sağlık hizmetlerinin **etkinlik, erişilebilirlik ve maliyet etkinliği** ilkeleri çerçevesinde sunulduğu hizmet alanıdır. 2005 yılında pilot olarak başlayan ve 2010 yılında ülke geneline yayılan **aile hekimliği uygulaması**, bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamak düzeyinde etkin sunumunu hedeflemiştir. Günümüzde **Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)**, her vatandaşa bir aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı (genellikle hemşire veya ebe) tahsis edilmesi prensibiyle hizmet vermektedir. Aile hekimleri kendi kayıtlı nüfuslarındaki bireylere yönelik muayene, tedavi, rutin izlem, aşılama, gebe-çocuk takibi, kronik hastalık izleme gibi hizmetleri yürütmektedir. Bu yönüyle Türkiye'de birinci basamak, bireysel düzeyde sürekli ve bütüncül bakım sunacak şekilde yapılandırılmıştır.

**Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi** amacıyla, ülkemizde birinci basamak yapısının ikinci bir ayağı olarak **Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM)** faaliyet göstermektedir. TSM'ler, belirli coğrafi bölgelerde (ilçe veya daha küçük ölçekli) yaşayan toplumun sağlık durumunu izleyen, sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen ve bunlara yönelik koruyucu-önleyici faaliyetleri koordine eden merkezlerdir. Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık risklerini saptayan, bu riskleri azaltmaya yönelik programlar uygulayan, birinci basamak koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri ilgili ASM'ler ve diğer kuruluşlarla

eşgüdüm sağlayarak hizmet bütünlüğünü desteklemektedir. Bu yapı, birinci basamak düzeyinde **bireye yönelik hizmetler ile topluma yönelik hizmetlerin entegrasyonunu** amaçlamaktadır.

Türkiye’de son yıllarda, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve toplum sağlığının geliştirilmesi amacıyla **Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)** adı verilen yeni bir model de uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle 2017 yılından itibaren yaygınlaşan bu merkezler, mevcut sağlık kuruluşlarına entegre olarak kurulmakta ve sağlığın geliştirilmesine yönelik çeşitli programlar sunmaktadır. 2025 itibarıyla 69 ilde 286 merkezle faaliyet gösteren çok disiplinli ekiplerin görev yaptığı SHM’ler; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün bağımlılığıyla mücadele, ruh sağlığı, çocuk gelişimi gibi alanlarda danışmanlık ve eğitim odaklı hizmetler sunmaktadır. SHM’ler, bireye ve topluma yönelik önleyici hizmetleri bütüncül bir yapı içinde sunarak TYBB yaklaşımına uygunluğu ile dikkat çekmektedir.

Bu yapıyı tamamlayan bir diğer uygulama ise entegre sağlık hizmeti sunumudur. Özellikle kırsal bölgelerde **Entegre Sağlık Merkezleri**, ASM birimleriyle birlikte aynı çatı altında hizmet vererek hem bireysel hem de toplumsal sağlık hizmetlerinin bütüncül sunumunu sağlamaktadır. 2025 verilerine göre, 69 ilde 269 ilçede yer alan 117 Entegre II. Kademe, 73 Entegre III. Kademe hastane ve 79 entegre sağlık merkezinde toplam **935 aile hekimliği birimi** ile entegre hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Özellikle ulaşımın sınırlı olduğu bölgelerde **hizmete erişimi artırmak** ve **kaynakların verimli kullanımını sağlamak** açısından entegre sağlık merkezleri stratejik bir rol üstlenmektedir.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, **ASM, TSM, SHM** yapısı ile bireye ve topluma yönelik hizmetleri bütünleştirmekte; **entegre sağlık merkezleri** aracılığıyla ise bu hizmetlerin saha uygulamasını güçlendirmektedir. Bu çok katmanlı yapı, **toplum yönelimli birinci basamağın kurumsal temellerini** oluşturarak TYBB ilkeleriyle uyumlu bir sağlık sistemi geliştirilmesine katkı sunmaktadır.

## **Politika ve Öneriler**

- **Aile Hekimliği Birimlerinin Çok Disiplinli Sağlık Hizmetleri Sunacak Şekilde Yeniden Yapılandırılması:** Mevcut aile hekimliği sistemi, temel olarak birey merkezli hizmetler üzerine kurgulanmış ve büyük ölçüde hekim-hemşire ikilisi ile sınırlı bir sunum modeli olarak şekillenmiştir. Ancak TYBB yaklaşımı, çok disiplinli bir yapı içinde fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık bileşenlerinin entegre edildiği bir hizmet modelini zorunlu kılmaktadır. Bu

nedenle politika düzeyinde yapılması gereken temel reformlardan biri, Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) içerisine psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist gibi meslek üyelerinin dahil edilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır. AHB'lerin bu şekilde genişletilmesi, birinci basamak düzeyinde hem hizmet çeşitliliğini hem de hizmetin kapsamını artıracak; birey merkezli yapıdan toplum merkezli bir yapıya geçişi mümkün kılacaktır.

- **Sağlıklı Hayat Merkezlerinin Aile Hekimliği ile İşlevsel Bütünleşmesi:** Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetleri merkeze alan bir model sunmakla birlikte, mevcut yapıda AHB'lerle yeterli düzeyde entegrasyon ve iş birliği mekanizmasına sahip değildir. Oysa SHM'ler, TYBB modeli açısından AHB'lerin doğal tamamlayıcısıdır. AHB'ler, hastaları uygun hizmetler için SHM'ye yönlendirebilmeli; SHM'ler ise bu yönlendirmeleri sağlık danışmanlığı, davranış değişikliği programları ve psikososyal destek hizmetleri ile karşılayabilmelidir. Bu model, basamaklı sağlık hizmeti sunumunun birinci basamak düzeyinde gerçek anlamda hastane merkezli politikaların gölgesinde kalmayan bir toplum sağlığı yaklaşımının gelişimine katkıda bulunacaktır.
- **Toplum Farklılıklarını Dikkate Alan Yerelleştirilmiş Sağlık Politikaları:** Toplumların sosyoekonomik düzeyi ile sağlık hizmetlerinden beklentileri arasındaki ilişkileri göz ardı etmeyen, esnek ve bağlamsal politikalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Refah seviyesi yükseldikçe, hizmet çeşitliliğine duyulan talep artmakta, bireysel beklentiler çoğalmaktadır. Bu nedenle, TYBB politikaları tasarlanırken "tek tip model" anlayışından uzaklaşılmalı; bölgesel ihtiyaçlara göre farklılaştırılmış, kültürel olarak duyarlı ve sosyal gerçekliğe uyarlabilir modeller geliştirilmelidir.
- **Tanımlanmış toplumun kendi gereksinimlerini ifade edebilecekleri mekanizmaların sağlık hizmetine entegre edilmesi:** TYBB kavramının temelini, tanımlanmış toplumun öncelikli sağlık sorunlarını tanımlayıp, bunlara yönelik toplum temelli çözümler üretmek gelir. Sorunların tanımlanmasında epidemiyolojik çalışmalar çok kıymetli olmakla birlikte çözümlerin planlanmasına toplumu temsil edecek kişilerin görüşleri önemlidir. Dünyada yapılan birçok önemli projenin istenen başarıya ulaşamamasında yerel kişilerin görüşlerinin alınmaması önemli bir teken olarak karşımıza çıkmaktadır. Kültür, inanç ve kişinin sosyal bağlamı gibi etmenler sağlık profesyonelleri tarafından üretilen çözümlerin kabul edilebilir olup olmadığını büyük ölçüde etkiler. TYBB yaklaşımının başarılı olabilmesi tanımlanmış toplumun farklı katmanlarından sağlık dışı bireylerin çözümlere ortak edilmesini gerektirir.

- **Göçmen Sağlığı Politikalarının TYBB Çerçevesinde Güçlendirilmesi:** Türkiye'nin demografik yapısı, yoğun iç ve dış göç nedeniyle son yıllarda önemli ölçüde değişmiş, göçmen nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi kültürel, dilsel ve sosyal bariyerler nedeniyle oldukça sınırlı kalmıştır. Bu bağlamda önerilen politika, göçmen sağlığı hizmetlerinin TYBB ilkeleri doğrultusunda örgütlenmesidir. SHM ve TSM'ler bünyesinde kültürel mekanizmalarının kurulması, göçmen topluluklara yönelik sağlık okuryazarlığını artırıcı programların yaygınlaştırılması ve göçmenlerin temel sağlık haklarına erişimini kolaylaştırıcı çok dilli, çok kültürlü müdahale modellerinin benimsenmesi gerekmektedir.
- **Multiprofesyonel Eğitim Modellerinin Geliştirilmesi:** TYBB'nin sürdürülebilirliği, yalnızca hizmet organizasyonu ile değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinde edindiği değerler, beceriler ve iş birliği yetkinlikleriyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle sağlık bilimleri eğitiminde, **disiplinler arası takım temelli staj modellerinin** geliştirilmesi önerilmektedir. Örneğin, aynı bölgede görev yapan tıp, ebelik, psikoloji ve sosyal hizmet öğrencilerinin aynı vaka üzerinden ortak saha uygulaması gerçekleştirmesi hem hizmet entegrasyonuna katkı sunacak hem de öğrencilerde mesleki rollerin farkındalığını artıracaktır. Bu model, özellikle toplum sağlığı stajlarında uygulanmalı; eğitim kurumları ile birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yapılandırılmış eğitim protokolleri geliştirilmelidir.
- **Yerel Girişimcilik ve İnisiyatiflere Dayalı Teşvik Politikalarının Uygulanması:** Toplum yönelimli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarının yalnızca pasif hizmet sunucusu değil, aynı zamanda **toplumun ihtiyaçlarına yanıt üreten aktif çözüm üreticileri** olmaları ile mümkündür. Bu nedenle, sahada yenilikçi projeler geliştiren, toplumla etkileşim kurarak sağlık göstergelerinde ilerleme sağlayan aile hekimliği ekiplerinin ve SHM profesyonellerinin girişimcilik odaklı teşvik modelleriyle desteklenmesi gerekmektedir.

**Sonuç olarak,** toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı, yalnızca bireysel hastalık tedavisinin ötesine geçerek, toplumun bütüncül sağlık gereksinimlerine yanıt veren, önleyici, geliştirici ve katılımcı bir sistem inşasını gerekli kılmaktadır. Toplum yönelimli birinci basamak yaklaşımı bireyden topluma uzanan bir bakım sürekliliğini mümkün kılarak **“herkes için sağlık”** idealine hizmet etmektedir. Bu yaklaşımın gerek politika düzeyinde gerek saha uygulamalarında yaygınlaşması, daha adil ve etkili bir sağlık sistemine ulaşmamızı hızlandıracaktır. Mevcut birinci basamak uygulamalarının TYBB prensipleriyle

zenginleştirilmesi hem bugünkü neslin hem de gelecek kuşakların daha sağlıklı bir toplumda yaşamasına katkı sunacaktır.

**Prof. Dr. Hülya Akan**

**20.05.2025**