**SAĞLIK BAKANLIĞI POLİTİKA LABORATUARI -1 ÇALIŞTAYI AHEF KATILIMCILARI SONUÇ RAPORU**

**ÇALIŞTAY TARİHİ**: 5 - 9 Aralık 2016 / 13-15 Aralık 2016 2 bölüm şeklinde

**YER:** Latanya Otel Kavaklıdere /ANKARA

**AHEF KATILIMCILARI** : Dr Mehtap ASLAN (AHEF 2. Başkanı )

 Dr Alp KARAN (AHEF Yönetim Kurulu üyesi)

 Dr Akif Emre EKER (ANKAHED Yönetim Kurulu Başkanı)

 Dr Rıdvan KARAGÖZ ( SAKAHED Yönetim Kurulu Saymanı)

 Dr Ayşe Nurdan KARAGÖZ ( SAKAHED Yönetim Kurulu 2.Başkanı)

**AMAÇ** : Sağlık Bakanlığı tarafından planlanan sağlıkta dönüşümün 2. Fazı için başlatılmış olan keşif laboratuarı çalıştayında sahada çalışan aile hekimleri adına katılmak ve masada olarak yapılandırılacak işleyen bir sistemin kurgulanmasında etkin rol almak.

**GENEL BİLGİLER:**

Keşif Laboratuarları McKinsey & Company danışmanlık şirketi, Strateji Geliştirme Başkanlığımız ve Saha Koordinatörleri ekibi ile sürdürülmektedir.

**A.SAHA ÇALIŞMALARI** Erzincan, Şanlıurfa, Ordu, Antalya, Aydın ve İstanbul içeren kapsamlı bir saha gözlem çalışmasıyla başlamış olup bu çalışmalar kapsamında, il ve ilçelerdeki birçok sağlık kuruluşu ziyaret edilmiş Ayrıca, birebir görüşmeler ve odak grup çalışmaları aracılığıyla vatandaşlar, sağlık yöneticileri ve sağlık personeliyle görüşülmüş.

\*\*\*\*\*\*\* Beklentiler ile uygulamalar arasında ki uyuşmazlıkları anlamak ve aksaklık görülen alanları tespit etmek \*\*\*\*\*\*

**B.KEŞİFLABORATUAVARLARI**

1. **Birinci basmak sağlık hizmetleri**
2. **Sağlık okuyazarlığı ve sağlıklı yaşam**
3. **2. 3. Basamak sağlık hizmetleri**
4. **Acil servisler**

Laboratuvarlar çalışmalarının temel amaçlarını aşağıdaki gibi listeleyebiliriz:

1- Sahada yapılmış gözlemler sonucu tespit edilmiş gelişim alanlarının ve mevcut problemlerin üzerinden geçilmesi

2- Bu gelişim alanları ve problemlerle ilgili dünya genelindeki iyi uygulamaların uzmanlar tarafından paylaşılması

3- Türkiye özelinde bu gelişim alanları ve problemlere ilişkin çözüm üretilmesi

4- Çalışma çıktılarının somutlaştırılması ve bu çıktıların hayata geçmesine yönelik gerekli sistemsel değişikliklerin belirlenmesi

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Problemleri ortaya koymak ve öncelendirmek, yaratıcı ve uygulanabilir çözüm önerilerini oluşturmak \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**C.** **SİSTEM SENTEZ ÇALIŞMALARI**

**\*\*\*\*\*\*\*\*** Çözüm önerilerini sistem yapıtaşları altında konsolide etmek, sistem yapıtaşları ile ilgili ana temalı sorunları çözmek \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**D.** **STRATEJİ DÖKÜMANI VE YOL HARİTASI**

**\*\*\*\*\*\*\*\*** Tepe seviyede genel sağlık stratejisini belirlemek ve gereksinimleri sentezleyerek hayata geçirmek için uygulanabilir yol haritasını belirlemek\*\*\*\*\*\*\*

**B.KEŞİFLABORATUAVARLARI**

1. **Birinci basmak sağlık hizmetleri kısmına katılınmış olup izlenimler sıralanmıştır.**

 **BİRİNCİ GÜN İLK DEĞERLENDİRMELER**

* \*Sağlık da dönüşümün birinci fazında Sağlık Bakanlığı tarafında, finansal, fiziksel ve sosyal erişim anlamında, ana çocuk sağlığı ve bağışıklama konusunda, hasta memnuniyeti alanında bir takım başarılar elde edilmesine rağmen, *özellikle aile hekimliği üzerinde iş yükü, çalışan memnuniyeti, insan kaynakları ve yetkinlik konularında, roller, süreçler ve yönetimsel alanlar da, fiziksel alt yapı ve yatırımlar konusunda eksiklikler tespit edilmiştir.*
* \*6 ilde 22 ASM de 185 doktor ile yüz yüze görüşülerek ve bizzat saha çalışmaları takip edilerek saha ön çalışmaları tamamlanmıştır
	+ İkinci fazda en önemli konu olarak, *artık aile hekimliği uygulamalarının sağlık sisteminin merkezine olan yolculuğunun hızlanması gerekliliği,* **Aile hekimliğine olan güvenilirliğin artırılması için** ve *birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin ve* ***Kalite****nin* daha da artırılması noktasında neler yapılabileceği genel gruplarda tartışıldı.
* \*- Bu çerçevede, artan yaşlı nüfus, hareketsiz yaşam tarzı, sağlıksız beslenme koşulları ile madde ve tütün kullanımı göz önüne alındığında hızla artan **kronik hastalıkların** **proaktif ve uçtan uca multidisipliner bir yapı ile yönetiminin aile hekimleri tarafından sağlanmasının önemi** ele alındı.
	+ Bu konu özelinde ki planlamalar ve aile hekimlerinin iş yükü göz önüne alındığın da;
* Operasyon modeli detaylandırma ve sentez çalışması aşağıdaki başlıklar çerçevesinde gerçekleşti
1. **İnsan kaynakları, yeterlik ve yetkinlik**

\*\*\**Kronik hastalık yönetimi ve taramaları konusunda*; ASM nin fiziki şartları, ASM de çalışan hekim ve bu hekimlere bağlı nüfuslar, ulaşılabilirlik gibi bazı parametreler göz önünde bulundurularak temelde Aile hekimlerinin iş yükünü azaltmak anlamında ASE nın görevlendirilmesi, mesleki gelişim eğitimleri ile yetkinliğin artırılarak görev tanımları içine bu görevlerin ekleneceği üzerinde konuşuldu. Kronik Hastalıkların taraması ve izlenmesi noktasında bu iş özelinde eğitilmiş personellerin çalıştırılmasının önünün açılması tartışıldı.

 \*\*\*\*Daha önceki birinci fazda belirtilen hedeflerden birisi olan aile hekimlerinin gerekli mesleki eğitimlerini tamamlaması, rotasyonlarını bitirmesi ve saha çalışmalarını tamamlamak şartı ile **Aile Hekimi Uzmanlığı / Uzman Aile Hekimi statüsünü alması noktasında ikinci fazda kararlılığın olduğu** bunun için Sahu eğitimlerinin modelinin uygun olmadığı, daha etkin, daha kısa süreli ama daha iyi şartlarda bir eğitim sürecinden sonra aile hekimlerinin yetkinliğinin artırılması konusunda kararlılık olduğu görüldü. Bu nokta da Mevcut AHU meslektaşlarımızın ve Aile hekimliği Uzmanlık kadrosunda bulunan akademisyen hocalarımızın eğitim sürecince saha eğitimleri ve teorik eğitimler de eğitici olarak görev alması ve görev alan bu personelin akademik yönden önlerinin açılması konusunda TUK ve YÖK ile görüşülmesin uygun olacağı tartışıldı.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Tabiki bu projede en önemli sıkıntı personel yetersizliği. Bu hem sayı hemde nitelik bakımından. Mevcut ebelerimizin doğum yaptırmayı unuttuğu yada mevcut ebelerimizin personel istihdam ı problemi yaşandığının farkındalar. ( Evlerde de doğum yaptırılabilir diyor yabancı partnerler ama bizim THSK şimdilik bu konuya mesafeli )

  **2- Bilişim teknolojileri, veri altyapısı ve dijital dönüşüm**

 \*\*\*\* Sağlık veri sistemlerinin gözden geçirilerek tüm paydaşlar arasında veri paylaşımına açılması ve aile hekimlerinin kayıtlı nüfusundaki kişilerin tüm verilerine ulaşımının sağlanması için gerekli hukuki düzenlemelerin sağlanması konuşularak düzenlemelerin bir an önce hayata geçirilmesi konusunda uzlaşıldı.

\*\*\*\*\*\*\* Özellikle basamaklar arası bilgi paylaşımındaki kusurların altı çizildi. Bu sistemlerin bir biri ile konuşur hale getirilmesi çalışmalarının aslında bittiği hazır olduğu ama muhtemelen politik engellere takıldığı konuşuldu. E-Nabız dan beklentiler çok yüksek

**3- Fiziksel altyapı ve yatırımlar**

 **\*\*\*\*\*\*\*** Mevcut yeni açılacak birimler ile alakalı alt yapıların (kiralama, donanım, fiziksel şartlar v.s ) HSM leri tarafından sağlanması gerektiği

\*\*\*\*\*\*\*Ülke genelinde 900 civarında Sağlıklı Yaşam Merkezi nin açılmasının düşünüldüğü ve planlandığı öğrenildi.

 **4- İletişim sistemleri**

\*\*\*\*\*\*Artık birinci basamak sağlık hizmetlerinin ‘’tek taraflı sağlık çalışanı üzerinden’’ giderilmesinin mümkün olmadığının görülmesi sonucu; Sağlık hizmetlerinden yararlanılan vatandaşların da kendi sağlıkları ile alakalı sorumluluk alması gerektiği, vatandaşa da pozitif veya negatif anlamda bir özendirmenin gelmesinin elzem olduğu kararı ortak akıl çerçevesinde benimsendi. Kesin süreç belli olmasa da artık PST ve kanser taramalarını yaptırmayanlarla, ASM ne ve AH ne kayıtlarını (adres, iletişim, kimlik bilgileri v.s) yenilemeyenlere hastaneler de provizyon açılmaması yada bunları yaptıranlara da hastanelerde katkı payı anlamında bir ücret alınmaması veya MHRS üzerinden randevu aldığında öncelik tanınması şeklinde bir kolaylığın sağlanması üzerinde uzlaşıldı.

\*\*\*\*\*\*\*\*\* Esas ayaklardan biri de vatandaşın sorumluluğu.Sevk zinciri resmen olmasa bile ,sağlık okur yazarlığının arttırılması ile BB a yönlenimi sağlamak için çalışılması gerekiyor. Kamu spotu işi çok efektif yürümüyor. ASM lerdeki tv lerde biz birtakım programlar yapayapılabilir. Televizyon, diziler, kadın programları ile algı yönetimi düşünülüyor.

 **5- Görevler, organizasyon, yönetişim ve süreçler**

* \*İş yükü analizleri çerçevesinde mevcut iş yükünün yeniden değerlendirilmesi
* \*Görev tanımlarımızın yeniden ele alınması gerekliliği ve mevcut sorumlulukların paylaşılması ve yardımcı diğer personellere ve kurumlara bu sorumluluğun dağıtılması gerekliliği,
* \*TSM nin artık sistem içine aktif olarak katılımının sağlanması ve hatta kapatılarak TSM personellerinin ASM de görevlendirmesi ve bu hizmetlerin Sağlıklı Yaşam Merkezleri tarafından sunulması kararlılığı değerlendirildi
* \*TSM'lerin atıl olması ve sistemdeki pozisyonunun revize edlmesi
* \*\*\*\*\*\*\*Riskli gebelerin üst basamaklara sevk edildiğinde (diğer konsültasyonlar da da) geribildirim olmayışı belkide ileride TSM nin bu konuda performansa tabi bir şekilde koordinasyon dan sorumlu olabileceği konuşuldu.

  **KONULARIN ÇALIŞMA PLAN AKIŞI**

a-Genel sistem hedefleri /çalıştay konusu hedefler
b-Genel problemler ve iyi uygulama örnekleri
c-Detaylı problem haritası
d-Beyin fırtınası
e-Değerlendirme ve gereksinimler
f-Sentez çalışmaları ve strateji yol haritası

planıyla tüm konular irdelenmiştir.

**KONU BAŞLIKLARI**

1. **Düzenli taramalar ve kronik hastalıklar özelinde koruyucu sağlık hizmetleri**

 - Kanser Sağlığı Hizmetleri
Mevcut tarama programlarında yüz güldürücü sonuçlar almaya devam ediyoruz.

KANSER TARAMALARINDA **HEDEF Bir kanserde %70 oranı yakalanmalı ki mortaliteye katkısı o olabilsin.** Meme kanseri hedef %70 ----- tarama oranı %32

 Cervix Kanseri hedef %70 ----- tarama oranı %84

 (%15 i ketemlerde %15 i AH tarafından yaplıyor)

 Kolorektal Kanserler hedef %70 ----- tarama oranı %23

Bu oranlara bakıldığında hedeflerin ulaşabilir olması ve ulaşılmamasındaki engeller konuşuldu.

Kanser taramaları sadece birinci basamakta yapılsın fikri destekleniyor. Çünkü SGK tarama yı ödemiyor. Fakat hastaneler bir şekilde bunu by pass edebiliyor. *Taramanın sadece birinci basamakta değil hasta nerde yakalanmışsa orada takibine başlanması gerektiği, fakat bu işten birinci derecede takibinde* ***birinci basamak sorumlu olmalı*** *fikri hakimdi*

\*\*GGK kitlerinin değiştirilmesi önerildi,

\*\*cervix ca için 9 lu HPV aşısının yapılabileceği önerildi.

\*\* Mobil Ketem sayısının arttırılması önerildi

\*\*Bilişim sistemlerinin veri alışverişini iyi yapabilmesi .. sistemlerin entegrasyonunun sağlanması hedeflendi

1. **Kronik hastalıkların proaktif ve uçtan uca yönetimi**
* \*Nüfusların düşmesine paralel iş yükünün azalması ve buna paralel Kronik Hastalık Takiplerinin aile hekimleri tarafından yapılması, yönetilmesi ve multidisipliner bir ekiple bunun yürütmesi konuları tartışıldı.
* \*Nüfusların düşürülmesi noktası kesin olmakla beraber bunun nasıl yapılması gerektiği konusunda ise kafalar karışık. Ve bu konu özelinde bir netlik henüz söz konusu değil.
* \*Genel görüş bu konuda kronik hastalık takiplerinin öncelikle taramalar şeklinde başlatılması, bu süreç de uygulanabilir hedeflerle kayıtlı kişilerin taramasının yapılmasının önemli olduğu, bu taramaların sadece aile hekimleri tarafından değil ilgili tüm paydaşlarla yapılmasının doğru olacağı konularında uzlaşıldı. Hedeflerin ise asla % 100 olmaması gerektiği ve nüfus sayısına göre ulaşılabilir hedeflere ulaşanların performansını tamamlamış olmasının ilk aşama için yeterli olması konusunda uzlaşıldı. (Nüfusu yüksek olanların hedeflerinin daha az 3500 nüfus %30, düşük olanlara biraz daha fazla hedef 2000 nüfus %70 gibi…)
* \*Kronik hastalık takiplerinin maddi anlamda bir cezalandırmaya dâhil edilmemesi gerektiği ancak yapan ile yapmayan arasında da bir pozitif fark olması gerektiği konusu tartışıldı. Kronik hastalık taramalarını ve takiplerini hedefler doğrultusunda yapanlara artı bir hizmet puanı ya da uzmanlık eğitimi veya akademik çalışmalarda kullanmak üzere bir kredi puanı şeklinde ödüllendirme yapılabileceği konuşuldu. Aynı çerçevede hekimlerin kronik hastalıklar konusunda mevcut durumunu görebilmesi ve kendi kendini check edebilmesi için Reçete Bilgi Sistemi benzeri bir yöntem uygulanabileceği tartışıldı.(örn .karne uygulaması sadece hekimin kendisinin göreceği)
1. **Yükse kalite anne bebek sağlığı hizmet kapsamı ve sunumu**

 Öyle bir ASM düşünün ki ( vakit ve personel sıkıntısını bir an için unutun)

* AH ve ASE nin hali hazırda yönetimini çok iyi yaptığı ( belki performans yüzünden !!!)
* 15-49 , gebe , bebek ve çocuk hizmetlerinin tamamını yine asm içinde olan ama küçük asm lerde ( 1-2 kişilik ) belki dışarıda ama asm ye yakın bir bölgede ase ve ah arasında bu işte profesyonelleşmiş bir elemanın kontrolünde olmasına sıcak bakılıyor.
* Burada amaç ah biriminin iş yükünü azaltıp kronik hasta takibine vakit oluşturmak.
* Bu sebeple PRATİSYEN EBELİK tabirinin belkide tam karşıladığı bir sistem kurgulanıyor. Avantaj ve dezavantajları mevcut tabi sistemin. Özellikle 15 -49 kısmına bazı başkanlarımız karşı çıkıyor ama bakanlığın mevcut ve ileriki dönem politikalarında bu önemli bir yer tutuyor.
* Özellikle anne ve bebek ölümlerinin şu an için sağlık göstergelerindeki konumu sebebiyle sadece yapılması değil , NİTELİKLİ yapılması gerekliliği konuşuluyor. Bu niteliği ölçecek bazı indikatörler kullanılacak.
* Sadece 15-49 değil, evlilik danışmanlığı ve diğer izlemler için de. Ve yine düşünülenin aksine alışıla gelmiş "nasılsa performansa koyarsak yapılır "algısı bakanlık yetkilileri tarafından değil bu sistemi yazanlar tarafından öneriliyor ama haliyle hem bizler hem de bakanlık bürokrat ve çalışanları tarafından itiraza maruz kalıyor.
* pratisyen ebelik veya adını değiştirebilecekleri sistem i çok ilerinin projesi olarak düşünmeyin ortalama 3-5 yıllık süreçte hayata geçirebilecek çalışmalar başlayabiliyor. ZMSS nın bu program içinde geliştirilip ebeler içinde uygulanması çalışılacak. Tabiki bu programın ayrı bir eğitim müfredatı olacak , bu konunun performans sistemi yapılandırılacak.
* Kalite indikatörleri konusunda artık daha efektif takip ve izlem yapılması için çalışmalar öneriliyor. Nasıl ki 9 aylık bebekte hemoglobin bakılıyor ise gebe izlemin bir ayağında da yine hemoglobin zorunluluğu getirilebilir. Yine bazı saha koordinatörleri gebeye verilen Fe preparatlarının etkin kullanılmadığını, hastaların kullanmadığını anlattı, dolayısı ile annelerin hemoglobin değerlerini (Gebeliklerinde bizim girdiklerimizin ) çok reel olmadığından bahsetti. (Yine burada esas sıkıntı bir şekilde işini savsaklayan yada kalem yapan meslektaşlarımızın saha da tesbit edildiğini ve malesef oranları çok çok az olsada örnek olarak karşımıza gelmesi problemini yaşıyoruz. Bu sebeple **sahada aile hekimlerinin başarı öykülerini yazmamız ve anlatmamız gerekiyor**.
* Esas yapılması gerekende çürüklerin ayrılması ) .
Yine başka bir kalite indikatörü olarak sağlıklı bir evlilik danışmanlığı ve cinsel danışmanlık konusunda ( 15-49 içerisinde ) verilen eğitimlerin niteliği sorgulanıyor. Bu konuda da randomize seçimlerle anket yapılabileceği konuşuldu.

**4- Etkin ruh sağlığı hizmetleri**

* Ruh sağlığı yönetiminde Birinci Basamağın çok etkin bir rolü olmadığı tesbit edilmiştir. Sağlık bakanlığı ulusal programlarında çocuk izlemler 5 yaşında sonlandırılmakta ve 5+ yaş grubu ile ilgili herhangi bir program kullanılmamaktadır. Sadece nüfus başka herhangi bir rahatsızlığı söz konusu olduğunda aile hekimine temas etmektedir. Batılı ülkelerde 18 yaşına kadar takip ve izlem yapılabilmektedir. Bizde ise sadece kız çocuklarında 15-49 kapsamında izlenebilmektedir.
* Şu anda ASM lerde kullanılmakta olan Çocuğun Psiko Sosyal Değerlendirme formları mevcut uygulamalarda ASE ler tarafından doldurulmakta olup etkin olarak kullanılıp kullanılmadığı sorgulandı. Normal şartlarda hekimin iş yoğunluğu yüzünden bunun ase tarafından doldurulduğu ve doldurulan formların kalem olarak doldurmanın zor olduğu bu sebeple doldurulan formların doğru olduğunun kabul edilmesi gerektiğine vurgu yapıldı. Yine de bu testlerin etkinliği ve niceliği için bazı indikatörler kullanılması gerektiği konuşuldu. Bununda ilk etapta en kolay yolu randomize olarak seçilen hedef nüfusun aranarak sorulması tartışıldı.
* Şu an mevcut TSM lerde Psikologlar bulunabilmektedir. Fakat çoğu zaman aile hekimlerine konuile ilgili bilgi verilmediği için efektif olarak kullanılamıyor. Ayrıca çoğu zaman klinik psikolog olmadıkları için yönlendirilen hastalar da etkin sonuç alamıyor.
* Mevcut durumda birçok kurumun ( belediyeler , aile sosyal bakanlığı , milli eğitim bakanlığı ) özellikle gençlik merkezi düzeyinde danışmanlık kurumları mevcuttur. Bu da vatandaşın psikolojik desteği konusunda yönlendirilmesini zorlaştırıyor. Önümüzdeki süreçte planlanan yapıda sağlıklı yaşam merkezlerinde bu ihtiyaç tek elden yürütülebilecek. Aile hekimi yine hastanın sahibi pozisyonunda olacak ama bu tür bir danışmanlık gerektiğinde SYM devreye girecek . Özellikle 2. Ve 3. Basamak aile hekimlerinden gelen psikolog taleplerini çok efektif karşılamadığını söyledi. Bu ihtiyacı karşılayamadığından ilaç tedavisi modeli tercih ediliyor. SYM her basamak için psikolojik destek açısından güçlendirildiği takdirde efektif bir merkez halini alacak.

**5- Evde bakım, yaşlıların bakımı ve diğer özel ihtiyaç sahiplerinin bakımı**

* Gelecekte evde bakım hizmetlerinin yerine getirilmesinde, aile hekimlerine herhangi bir sorumluluk yüklenmesinin iş yükünü artıracağı konuşularak, Evde bakım hizmetlerinin, SYM bünyesinde oluşturulacak, 112 sistemi gibi yapılandırılmış bir yapılanma ile hızlı ve etkin bir evde bakım hizmeti sunulması kararı alındı. Evde bakım hizmetleri sağlık müdürlüğü bünyesinde birçok kurumun sorumluluk alarak yürütüleceği multidisipliner bir yapıya kavuşacak. Bu kurumlar; Sağlık Bakanlığı Belediyeler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve iç işleri Bakanlığı olarak düşünülmekte.
* Şu anki süreçte evde sağlık hizmetlerinin bir sahibi bulunmamaktadır. Mevcut yapıda hizmetin %60 ı kamu hastaneler birliğince ,%40 ı ise halk sağlığı tarafından karşılanmaktadır. Ama primer hedef oranların tersine çevrilmesi yönündedir.
İlk zamanda aile hekimlerinden destek alınan halk sağlığı kısmında artık aile hekimleri sadece ihtiyacın sonlandırılması için kullanılacaktır. Vatandaş yeni başvurularda 444(EVDE) numarasını arayarak yada TSM ye , ileride de SYM ye başvurarak bu hizmeti talep eder.
 Hastanelerde bu hizmet biraz aksamaktadır. Özellikle taburcu işlemleri sonrası yönlendirme yapılması konusunda hem fikir olunmuş fakat pratikte hayata geçememiştir.
İleriki dönemde SYM ler bünyesinde bulunacak olan EVDE SAĞLIK hizmetleri İL KOORDİNASYON Merkezinin bir şubesi niteliğinde olup basamaklar arası koordinasyondan sorumlu olacak.
 Evde BAKIM kısmında sağlık bakanlığı yerine Aile bakanlığı rol almalıdır. Mevcut durumda aile bakanlığı ihtiyaç sahiplerine bakım parası vermektedir. Belediyeler ise bakım kısmının temizlik ve tadilat rolünde etkin olmaları istenmektedir. Mevcut uygulamalarda belediyeler kendi oluşturdukları sağlık ekipleri ile evde sağlık hizmeti vermeye çalışmakta fakat sağlık bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetlerinin tek elden verilmesi tercih edilmektedir. Zaten belediyeler özellikle defin nöbeti yükü sebebiyle yavaş yavaş kadrolarından hekimleri çıkarmaktadır.

**6- Göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri**

* Planlanan yapı içerisinde Göçmen sağlık personellerinden oluşan ve STK larca desteklenen bir yapı planlanıyor. SYM ler içerisinde mülteci polikliniği kesinlikle olmayacak.
Süreç içerisinde Şanlıurfa daki mülteci kampı ve ildeki göçmen nüfus ile çalışma yapılmış ve sorunlar tespit edilmiştir.Bu çalışmalar sonucu tespit edilen sorunlara ne tür çözümler getirileceği beyin fırtınası şeklinde tartışılmıştır.
* Ülkemizde kayıtlı 2.760.000 göçmen mevcuttur.Bunların yüzde 10 u kamplardadır,2.195.465 i 10ilde yerleşmiştir.Bu göçmenler için Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve kurulmaya devam etmektedir.Halihazırda 85 adet GSM mevcuttur.Planlanan 600 adet açılması ve bunların 170 tanesinin merkezde, semt polikliniği tarzında ,hizmet vermesidir.Şu an göçmen nüfus özellikle 10 ilde yoğunlaşmıştır ve bu iller önceliklidir;Urfa,Kilis,Hatay,Antep,Mardin,Maraş,Osmaniye,Adana,Adıyaman ve Malatya bu illerdir.Koordinassyon AFAD ve ASH tarafından sağlanmaktadır.
* GSM lerinde hizmet vermesi için yine göçmen nüfusta bulunan 950 doktor(500 pratisyen ve 450 uzman) ve 450 yardımcı sağlık personeli alacakları pratik,teorik ve adaptasyon eğitimlerinden sonra görevlendirileceklerdir. Herbir hekime aynı aile hekimleri gibi 4000 nüfus tanımlanması planlanmaktadır.4000 nüfus için 1 hekim,1 hemşire,1 veri elemanı ve 1 hizmetli görevlendirilecektir.960 adet tercüman hasta yönlendirme personeli olarak eğitime alınmaya devam etmektedir.Oluşturulacak GSM lerinde ASM lerindeki kriterler aranacaktır.Süreç içinde göçmenler için sevk zorunluluğu getirilecektir.Aynı süreçte burada çalışan personele Türkçe eğitimi de planlanmaktadır.
* GSM inde hizmet vermesi planlanan yabancı personelin adaptasyon ve eğitim sürecınde göçmen sağlığı eğitim merkezi kurulacak burada Türk hekimlerin yanında Göçmen sağlık personeli de görev yapacak,bu personele karne (iş listesi şeklinde) verilecek.Bunun sonucunda alınacak çalışma izin belgesi sadece GSM lerinde geçerli olacak ve diploma eşdeğerliliği ASLA olmayacak.6 birim ve üzeri olan GSM lerine Halk Sağlığı Merkezlerinin verdiği gibi laboratuvar hizmeti planlanırken,daha az birimli yerlerde taşımalı hizmet planlanmaktadır.Merkezde ve kalabalık olan nüfusa hizmet verecek GSM lerinde uzmanlar da olacak ancak bu uzmanlara da başvuru için sevk sistemi planlanmaktadır. GSM lerde ulaşım zor olan yerlerde ring şeklinde araç hizmeti,Belediyelerce verilmesi,planlanmaktadır.

…………………….

AKLIMIZDA KALAN DİĞER KONUŞULAN KONULARDAN BAŞLIKLAR

\*\*\*Artık hedef nüfus verileri entegre bir şekilde revize edilebiliyor. Belkide veri entegrasyonunun en iyi olduğu konu bu. Sadece neurogoogle programı bu entegrasyonu sağlayamıyor.

\*\*\* BAKANLIK 3 hekime 1 ase için onay vermiş genelgeyi yollamış ancak HSM VeTSMlerden bize ulaşmamış ☺

\*\*\*Performans itirazlarda muhtardan onay almanın muhtarlar kadar bize güvenilmediği hissiyatında olduğumuzu ilettik . Bakan bey iptal edilsin bu uygulama talimatını verdi.

\*\*\* Sahadaki arkadaşlarımızın nüfus düşmesi ile ücret düşüşü endişesi mevcut dendiğinde. Bakan bey bu kesinlikle olmayacak Kaliteli hizmet sunmak isterken Hekimlerimin ücretini düşürmemiz mümkün değil endişeniz olmasın dedi.

\*\*\* Genel anlamda bütün süreci değerlendirdiğimizde enkısa sürede STRAAHEF planlanması gerekliliği olduğunu hem Ahef yönetm kuruluna hem de sizlerin bilgisine sunarız .