

İLERLEME RAPORU

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Ağustos 2008



Prof. Dr. Recep AKDAĞ



İLERLEME RAPORU
Türkiye Sağlıkta
Dönüşüm Programı
Ağustos 2008

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Ankara 2008



Baş Editör:**Prof. Dr. Recep Akdağ****Editörler:****Prof. Dr. Sabahattin Aydın****Dr. Hüseyin Demirel****Katkıda Bulunanlar:**

Prof. Dr. Necdet Ünüvar
Uz. Dr. Orhan F. Gümrükçüoğlu
Uz. Dr. İsmail Demirtaş
Abdülkadir Atalık
Prof. Dr. Nihat Tosun
Uz. Dr. Turan Buzgan
Yrd. Doç. Dr. Hakkı Yeşilyurt
Dr. Ekrem Atbakan
Doç. Dr. Öner Odabaş
Doç. Dr. Osman Güler
Uz. Dr. Seracettin Çom
Uz. Dr. Mehmet Uğurlu
Uz. Dr. Rıfat Köse
Dr. Mahmut Tokaç
Doç. Dr. Sinan Yol
Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu
Doç. Dr. Çetin Dinçel
Doç. Dr. Mustafa Ertek
Doç. Dr. Turan Aslan
Hikmet Çolak
Ali Yerlikaya
Prof. Dr. Murat Tuncer
Adem Keskin
Muhammed Gedik
Uz. Dr. Feyzullah Gümüşlü
Saffet Es
Nihat Akpınar

Uz. Dr. Hasan Çağıl
Kamuran Özden
Memet Atasever
Kenan Bozgeyik
Adnan Yıldırım
Haydar Mezarıcı
Osman Güzelgöz
Mine Tuncel
Harun Çelik
Uz. Dr. Bekir Keskinçilic
Dr. Ali Sait Septioğlu
Hakkı Öztürk
Ali Şahin
Dr. Süleyman Can Numanoglu
Dr. Salih Mollahaliloğlu
Dr. Ünal Hülür
Uz. Dr. Sinan Korukluoğlu
Dr. Mehmet Demir
Uz. Dr. M. Vasfi Yücel
Dr. Hasan Güler
Dr. Ufuk Akdikan
Dr. Ertuğrul Ünkoc
Zeki Korkutata
Beyhan Uslu
Kader Kaya
Kibar Altunal
Bilge Aydın

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749**ISBN: 978-975-590-273-9**

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Sunuş | 5 |
| Önsöz | 7 |
| Giriş | 9 |
| Birinci Bölüm: Düünden Bugüne Sağlık Politikalarımız | 11 |
| 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları..... | 13 |
| 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları..... | 13 |
| 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları..... | 14 |
| 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları..... | 17 |
| 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları..... | 18 |
| 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı | 20 |
| İkinci Bölüm: Sağlıkta Dönüşüm Programının Etik, Politik ve Metodolojik Temelleri | 23 |
| 1. Sorun Tanımlama ve Teşhis | 26 |
| 2. Politika Geliştirme | 27 |
| 3. Politik Karar..... | 28 |
| 4. Uygulama | 28 |
| 5. Değerlendirme | 31 |
| Üçüncü Bölüm: Sağlıkta Yeni Dönem | 33 |
| 1. İnsan Merkezli Hizmet Anlayışına Doğru Zihniyet Değişimi | 35 |
| 2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası | 37 |
| 3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik | 40 |
| a) Sağlık Ocaklarına Yeni Çehre ve Yeni Görevler | 41 |
| b) Acil Sağlık Hizmetlerinde Sıçrama | 44 |
| c) Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve | |
| Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE)..... | 46 |
| d) Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi | 47 |
| e) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele | 49 |
| f) Geleceğimizin Teminatı: Anne ve Çocuk Sağlığı..... | 53 |
| g) Bağışıklama Programları: Aşılar | 60 |
| h) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı | 62 |
| 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği..... | 64 |
| 5. Hastane Hizmetlerinde Zihniyet Değişimi | 69 |
| a) Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılışı: | |
| Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması | 69 |
| b) Hastanelerde Yerinden Yönetim | 69 |
| c) Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma | 70 |
| d) Özel Hastanelerin Kapısının Herkese Açılması | 75 |
| 6. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon | 77 |
| 7. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi | 82 |
| a) İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması | 82 |
| b) Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle | 85 |
| c) Personel Atamalarında Şeffaflık | 86 |
| d) Sağlık Personeli Eğitimi | 89 |
| 8. Ulusal İlaç Politikası..... | 90 |
| a) İlaç Fiyatlarında İndirim | 90 |
| b) Eczanelerin Herkese Açılması | 92 |
| c) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi | 92 |
| 9. Sağlık Bilgi Sistemi..... | 93 |
| 10. Yatırımlarda Akılcılık..... | 96 |
| 11. Her Sağlık Bölgesine Bir Sağlık Şehri | 98 |
| 12. İl Değerlendirmeleri: Karış Karış Seksenbir İl | 99 |
| 13. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler | 103 |
| 14. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması..... | 105 |
| 15. Sağlık Harcamaları | 106 |
| Dördüncü Bölüm: Yeni Ufuklara Doğru | 109 |
| a) 2009 - 2013 Stratejik Plan..... | 112 |
| b) Tamamlanmak Üzere Olan Çalışmalar | 116 |
| Son Söz | 136 |
| Kaynaklar | 137 |

Sunuş

Halkımızın etkili, hakkaniyetli, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmesi için Hükümet Programımız ve Acil Eylem Plânımızda taahhüt ettiğimiz işleri birer birer hayata geçirdik. Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulamaya koyduk ve bu alanda hizmetimize kesintisiz bir şekilde devam ediyoruz.

Sağlık hizmetlerinin bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli kriterlerden biri olduğunu bilerek, halkımıza kaliteli, kolay erişilebilir, güler yüzlü bir hizmet sunulabilmesi için bütün imkânlarımızı seferber ettik.



Hükümet olarak biz, halkımızın en çok incinebilir olduğu sağlık alanında; Devletine güvenmesini, ezilmeden ve üzülmeyen sağlık hizmeti alabilmesini her zaman öncelik ve önemsedik. Böylelikle vatandaşımızın; çocuğunu, eşini, anne-babasını tedavi ettirirken onur duyabileceği, şefkatini doya doya yaşadığı bir Devleti olsun istedik.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı ciddiyet, kararlılık ve titizlikle uyguladığımız içindir ki, artık bütün vatandaşlarımız hiçbir ayrıma tabi tutulmadan bu ülkenin eşit ve onurlu vatandaşları olarak diledikleri sağlık kurumundan hizmet alabilmekte, ilaçlarını temin edebilmektedir. Hastanelerimiz daha modern hale getirilmiş, getirilmeye de hızla devam edilmektedir.

Biz bütün bunları başarırken, vatandaşlarımıza hakları olan çağdaş ve nitelikli sağlık hizmeti sunulabilmesini bir lütuf olarak değil, sorumluluğumuz, asli görevimiz olarak idrak ettik. Çünkü bizim için siyasetin de, icraatın da temeli insandır. “İnsanı yaşat ki, devlet yaşasın” felsefesi en önemli düsturumuzdur.

Annelerin sağlıklı bebekler doğurması, evlatların anne-babalarının sağlıklarından emin olmaları için çabalarken, bu hizmeti sunan bütün sağlık çalışanlarının her bir ferdini de mevcut imkânlarımız ölçüsünde memnun edecek yeni düzenlemeleri cesurca gerçekleştirdik.

Sağlıklı bir toplumun inşası yolunda, diğer alanlardaki çabalarımızı sağlık hizmetleri ile taçlandırmayı sürdürmek en önemli hedefimizdir. Çünkü milletimizin her hizmetin en iyisine layık olduğunu biliyor ve “önce insan” diyerek yolumuza devam ediyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmasına emeği geçen herkesi gönülden kutluyor, milletim adına şükranlarımı sunuyorum.

Sevgilerimle...

Recep Tayyip ERDOĞAN

Başbakan

Önsöz

Bildiğiniz gibi, sağlık alanında beş buçuk yıl içinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir dönüşüm gerçekleştirdik. Bu dönüşümle ana amacımız, Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sağlık sistemini 21. yüzyıl vizyonuna uygun hale getirmek ve insanımıza hakkı olan kaliteli sağlık hizmetini sunmaktır.

Biz 58, 59 ve 60. Cumhuriyet Hükümetleri olarak, Devletimizin vatandaşlarına insanca, eşit ve çağdaş bir sağlık hizmeti sunabilme gücünün var olduğuna inanarak yola çıktık. Bu inancımızı Cumhuriyetimizin kuruluşundan başlayarak sağlık alanında ortaya konan bütün gayretleri değerlendirerek güçlendirdik.

Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerini yerinde inceleyip değerlendirerek, ülkemizde devraldığımız mirasla birleştirdik ve kendimize mahsus, merkezinde bizzat insanımız olan bir Türkiye Modeli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı geliştirdik. Bu modelin bütün bileşenlerini milletimizden aldığımız güçle, Başbakanımızın talimatları, Hükümetlerimizin kararlılığı ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin desteğiyle uygulamaya koyduk.

Bugün bu programın sağlıklı hayata katkılarını ve en önemli sonuçlarını hep birlikte yaşıyoruz. Yarın çok daha iyisini başaracağımıza da inanıyoruz.

Yaşadığımız bu verimli süreç sonunda geriye dönüp baktığımızda hükümetimizin aldığı mesafe net olarak görülmektedir. Tabii ki biz gelinen noktayı yeterli görmüyoruz. Yapacak daha çok işimiz, verecek hizmetimiz, akıtacak çok terimiz var.



22 Temmuz genel seçimlerinin ardından kurulan 60. Cumhuriyet Hükümeti Sağlık Bakanlığı olarak, edindiğimiz 5 yıllık tecrübe ve attığımız başarılı adımlar ışığında Sağlıkta Dönüşüm Programı'mızı genişleterek 3 yeni başlık daha ilave ettik:

1. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
2. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
3. Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Sağlık Bakanlığı'nın 2009-2013 yıllarını kapsayan stratejik planını tamamladık.

Bu gelişmeler çerçevesinde geldiğimiz noktanın tespiti ve vizyonumuzun tüm paydaşlarımıza aktarılması sorumluluğu bu kitabı sizlerle paylaşmamızı sağladı.

Sağlıkta dönüşümün ruhunu kavrayarak insanımızın sağlığı için gece gündüz demeden fedakârca gayret gösteren herkese; hekimi, hemşiresi, ebesi, teknisyeni, memuru, şoförü velhasıl bütün sağlık camiamıza bu vesile ile şükranlarımızı sunuyoruz.

Dün böyle değildi, yarın daha iyi olacak...

Saygılarımla...

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Giriş

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri gerektirmektedir.

Sağlık politikalarının küresel eğilimlerden etkilenmediğini ileri sürmek gerçekçi olmaz. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemleri ile ilgili birçok öncelikler öne sürse de, her ülkenin kendi şartları doğrultusunda bir sistem oluşturmasını önermektedir.

Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam dönemi (1923), Behçet Uz dönemi (1946), sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963) önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasını öngörmektedir.

Bu ekseninde yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ulusal politikanın bütünleyici parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazanmaktadır.

Bu çalışma ile, yakın dönem sağlık politikalarından yola çıkılarak özgün bir Türkiye Modeli olarak uygulamakta olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programıyla katettiğimiz mesafeyi örneklerle dikkatinize sunuyoruz. Daha önce **“Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”** adıyla yayınladığımız başarı öykülerini güncellenmiş olarak ve yeni eklerle bu kitapta bulacaksınız. Amacımız ilgili bütün kesimlerle ve sağlığın bütün paydaşlarından alacağımız geri bildirimlerle yolumuza devam etmektir.

BÖLÜM 1



Dünden Bugüne
Sağlık Politikalarımız

Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinin sürekliliği yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı göze çarpmaktadır. Genç Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir.

1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış; daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.

Bu dönemde,

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
 - 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930),
- gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlenmiştir:

- 1- Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,

- 3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,
- 4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/ “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür,
- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır,
- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa, 1946’da Trabzon ve 1970’te Adana Numune Hastaneleri açılmıştır.

1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Ülkemizin Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandıracağımız “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’nca onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşamadan, Behçet Uz, Sağlık Bakanlığından ayrılmak durumunda kalmıştır.

Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM’ nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemali Bayazıt tarafından plan geri çekilmiştir.

Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir.

Temel yapı olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır.

Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır.

1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden işbirliği ve yardım temin edilerek, Ankara' da 1953' te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi tesis olunmuştur.

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması, nüfus artırıcı politikaların hassasiyetle uygulanmasına yol açmıştır. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve sağlık insan kaynakları gelişimi konusunda önemli mesafeler alınmıştır.

Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama olarak, 1950–1955 yıllarında 43.6 yıl, 1960–1965 yıllarında 52.1 yıl, 1970–1975 yıllarında 57.9 yıl olarak gerçekleşmiştir.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısını artırılması düşünülüyordu (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan). Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüş ve bu çerçevede planlama yapılmıştır (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van).

İnsan kaynakları altyapısı oluşturulması maksadıyla İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğrenci alımına başlamıştır. 1950 yılıyla 1960 yılı karşılaştırıldığında hekim sayısı 3.020'den 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1658'e, ebe sayısı da 1.285'ten 3.219'a yükseltilmiştir. Her 3 meslek grubunda da 10 yıl içinde % 100'den fazla artış sağlanmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı da artırılarak, aynı çerçevede yatak sayılarında da artışlar sağlanmıştır. Özellikle hizmet alanlarından çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastaneleri sayısında da gelişmeler sevindirici olmuştur.

1950 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 118 kurumda 14.581 yatak sayısı var iken, 1960 yılına gelindiğinde 442 kurumda 32.398 yatak sayısına ulaşılmıştır. Her ne kadar bu rakamlara yerel idarelere ait hastanelerin merkezi idarenin eline alınması etki etmiş olsa da, yüz bin kişiye düşen yatak sayısı oranına baktığımızda, 1950 yılında yüz bin kişiye 9 yatak düşerken, 1960 yılına gelindiğinde bu oran 16,6'ya çıkmıştır.

Sağlık kurumları ve yatak sayılarımızda bu olumlu gelişmeler olurken, sağlık göstergelerimizde de yüz güldürücü iyileşmeler meydana gelmiştir.

Verem hastalığından ölümler bu dönemde ciddi ölçüde azaltılmıştır. Bebek ölüm hızında da aynı yüz güldürücü sonuçlar alınmıştır.

Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüzbinde 150 iken, 1960 yılında yüzbinde 52'ye inmiştir.

Bebek ölüm hızı 1950 yılında binde 233 iken, 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.

Bu çerçevede 1947 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise, ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Yine bu çerçevede İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) (1946) yılında kuruldu. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)

Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)

Hemşirelik Kanunu (1954/6283)

Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)

1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıktı. Sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başladı, 1983'te ülkenin tümüne yayıldı. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidildi.

1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıktı. "Pro-natalist" (nüfusu artırıcı) politikadan "anti-natalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçildi.

"Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışı geldi.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlandıysa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilemedi. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörüldü. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderildi fakat kabul edilmedi. 1974 yılında Meclis'e tekrar sunulan taslak görüşülmedi.

1978’de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıktı. Kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklandı. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane serbestliği getirildi.

1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar demektedir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almıştır.

1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda yeterli ekonomik düzeyden mahrum olan ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası”; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermekteydi.

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında, Bakanlar Kurulu’nca TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem önemli teorik çalışmalar yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur.

2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planında “Herkese Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Bunların başlıcaları:

- 1- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyuruldu. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönmeyi hedefledi:

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır.

Cumhuriyetimizin kuruluşundan günümüze kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konduğu son birkaç yılda ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde dün yakınma konusu olan konular değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur. İlaç kuyruğunda bekleyen hastaların ıstırapı yerine ilaç harcamalarının miktarı medya gündemine girmiştir.

Parasızlıktan rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine yeterli sayı ve nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

Aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış, hayata geçirilmiştir.

Sağlık personelimiz dün gelirlerinin azlığının sancısını çekerken, bugün gelirlerinin sürekliliğinin takipçisi durumuna gelmiştir.

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektörüne, en yoksulundan en zenginine kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur. Kısacası Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir program olmaktan öte, icraatın adı haline gelmiştir.

60. Cumhuriyet Hükümeti'nin kurulmasını müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programına, edindiğimiz 5 yıllık tecrübe ve attığımız başarılı adımlar ışığında, 3 yeni başlık ilave ettik:

- 1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- 2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
- 3- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Program ikinci beş yıllık dönemin hedefleriyle devam etmektedir.

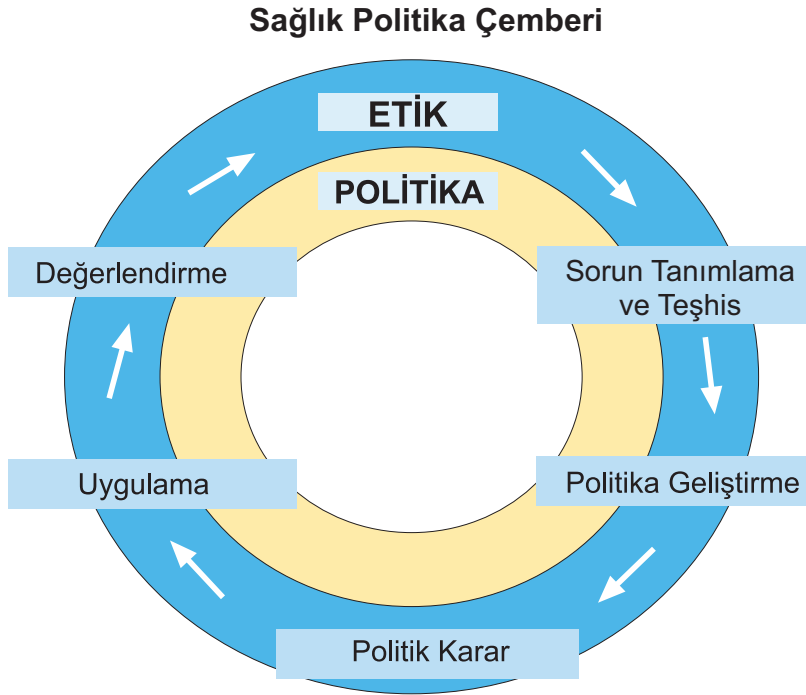
BÖLÜM 2



Sağlıkta Dönüşüm Programının
Etik, Politik ve Metodolojik Temelleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Etik, Politik ve Metodolojik Temelleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı, küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyoekonomik gerçeklerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır. Program bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip bireyleri olarak, kaliteli sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen bir etik anlayış üzerinde bina edilmiştir. Programın politik ve metodolojik hazırlıkları yapılırken, sağlık politikalarının değişim sürecinin sağlıklı işlenmesini sağlayacak, aşamalı, süreklilik arzeden bir politika döngüsü öngörülmüştür. Buna göre önce sorunlar tanımlanmakta ve bu sorunlara zemin oluşturan şartlar analiz edilmekte, buna göre sorunu gidermeye yönelik politika geliştirilmekte, bu politikayı hayata geçirecek politik kararlar verilmekte, ardından bu kararlar uygulanmaktadır. Sonuçta çizilen etik çerçeve içinde yürütülen bu politikanın sonuçları değerlendirilmektedir. Dönüşüm süreci aşağıdaki döngü ile tanımlanabilir.



Tablo: 1 - M. Roberts ve arkadaşlarından (2008) modifiye edilerek alınmıştır.

Program dahilinde kalınmak süretiyle süreç, varlığını devam ettiren, öne çıkan veya yeni oluşan sorunların aynı metodoloji uygulanarak çözülmesiyle devam ettirilir.

Süreç boyunca kararlar temel etik yaklaşımlar çerçevesinde alınır.

1. Sorun Tanımlama ve Teşhis

Sağlık birey hayatının hemen her anı ile ilgili bir olgudur. Toplum refahını doğrudan etkileyen unsurların başında gelmektedir. Bu çerçevede ele alındığında, her ülkede ve her zamanda sağlıkla ilgili sorunların varlığı kaçınılmaz bir durum olmaktadır. Bu yüzden mevcut gelişmişlik düzeyinde olmaması beklenen sorunların öncelendiği bir anlayışla hareket etmek daha sonuç elde edici bir yaklaşım olmaktadır. Sağlık sisteminin mevcut durumunu tespit edip performans hedeflerini ortaya koyarak sorunların bu açıdan tanımlanması, sürdürülebilir ve güçlü politikalar geliştirmek için gerçekçi bir yoldur.

Mevcut durumun objektif olarak resmini çekebilmek için bazı kriterlere baş vurulmaktadır. Bunların en başında temel sağlık göstergeleri gelmektedir. Ayrıca finansal risk koruyuculuğu ve vatandaş memnuniyeti de sağlık sisteminin kapsayıcılığını göstermesi açısından önemlidir.

a) Temel Göstergeler

Sağlık sisteminin durumunu yansıtabilecek temel sağlık göstergelerinin başlıcaları şunlardır:

- Bebek ölüm hızı,
- Anne ölüm hızı,
- Ortalama yaşam beklentisi,
- Enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığı,
- Aşıyla korunabilir hastalıkların yaygınlığı,
- Kronik hastalıkların yaygınlığı,
- Cepten sağlık harcamasının miktarı,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılış oranı.

b) Vatandaşların Finansal Riskten Korunması

Bu husus, sağlık sektörü politikalarının temel amacı ve sağlık reformu politikalarının en önemli odak noktasıdır. Bu koruyuculukla, bireyin hastalandığı zaman maddi açıdan zorlanmaksızın tedavi olabileceği bir güvence kast edilmektedir. Hiçbir hastalığın, hasta olan kişi veya yakınlarını, onların günlük hayatını etkileyecek ve kendilerini fakirleştirecek bir maddi yük altına sokmayacağı güvenceler var olmak zorundadır. Bu güvenceler farklı modeller altında oluşturulabilmektedir. Bu korunma, sektörün finanse ediliş şeklinden çok büyük bir ölçüde etkilenmektedir.

Kişilerin maddi imkânsızlıklara bakmaksızın yeterli hizmet alabilmelerini temin ve hatalı tıbbi uygulamalar yüzünden maddi kayba uğramaları ihtimallerine karşı onları tazmin etme gibi hedefler göz önüne alınarak riskten korunmanın kapsamı çizilebilir.

c) Vatandaşın Memnuniyeti

Vatandaşın sağlık sektörü tarafından kendilerine sunulan hizmetlerden ne derece memnun olduğudur. Gerçekte sağlık hizmetinin etkililiğini veya kalitesini tek başına göstermeyeceği yönünde yaygın kabul vardır. Ancak vatandaşa odaklanmayan onun beklentilerine cevap vermeyen bir sistemin de sonuç alabilmesi mümkün değildir. Hizmetleri vatandaşların beğenerek kabullenmesi, sürece katılımını sağlayacak ve çok daha hızlı bir şekilde sonuç almaya yardımcı olacaktır. Bu yüzdendir ki, memnuniyet temel ölçütler arasında kabul edilerek vatandaşların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak politika geliştirilir.

Hizmet talep edenlerin başvurduğu kurumlardaki bekleme süreleri, hastane işlem ve süreçlerinin karmaşıklık derecesi, hastalara ayrılan süre, bilgi verilmesi gibi hususlar bu değerlendirmelerde dikkate alınır.

2. Politika Geliştirme

Program kapsamında sağlıkta sorunların tanımlanmasını bu sorunların üstesinden gelebilecek politikaların geliştirilmesi takip etmektedir. Aslında üzerinde çalışılan politikalar çok çeşitlilik arz etse de, temelde sorunların üstesinden gelmeye ve belirlenen hedeflere ulaşmaya yönelik olduğundan evrensellik arz etmektedir. Bu evrensellik çerçevesinde her toplum kendi şartlarını gözeterek politikalarını geliştirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde politika geliştirirken öncelikli kriterlerin başında erişim, kalite, hakkaniyet ve verimlilik dikkate alınmıştır.

Reform planları geliştirilirken üstlenilen sorumluluğun kapsamı, analitik olduğu kadar politiktir de. Politika geliştirme süreci, hem teknik olarak sağlam hem de politik olarak kabul edilebilecek biçimde tasarlanmalıdır. Bu itibarla Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında politika geliştirilirken aşağıdaki prensipler dikkate alınmaktadır:

- “Herkes sağlık” prensibi her zaman önde tutulmaktadır.
- Uluslar arası tecrübelerle bakılmakta ve başarılı örnekler kendi şartlarımıza uyarlanmaktadır.
- İdeolojik yaklaşımlara ve bireylerin veya grupların menfaatlerini öne çıkaracak olan uygulamalara karşı ihtiyatlı olunmaktadır.
- Ülkemizin politik, ekonomik ve kültürel gerçekleri daima hesaba katılmaktadır.

- Muhtemel uygulama problemleri (kaynaklar, potansiyeller, ve idari hukukla ilgili konularda olduğu gibi) dikkate alınmaktadır.

3. Politik Karar

Sağlık sektöründe dönüşümün kabul görmesi, yalnızca siyasal irade ile ilgili değildir, aynı zamanda etkili bir politika stratejisi oluşturma sorunudur. Bir reform önerisinin kabul edilip edilmeyeceği taraftarlarının istekliliğine, ilgisine, becerisine ve kullandıkları siyasal stratejilere bağlıdır. Uygulamanın ardındaki otoritenin, politik gücün duruşu, uygulayıcıların ve dönüşümden etkilenenlerin dönüşümü benimsemelerini kolaylaştırır. Bakanların kararlılık gösterisinin yanında özellikle hükümet başkanlarının desteği büyük önem arz etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında birçok köklü değişikliğin hayata geçirilmesi ve bunların başarılı olmasında politik kararın arkasında Sayın Başbakanın durmasının büyük payı olmuştur.

4. Uygulama

Bütün reform süreçlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe dönüşümün etkili bir biçimde uygulanması için izlenmesi ve gözlenmesi gerekir. Böylece süreçte gelişen sorunlar tanımlanabilir ve düzeltici önlemler alınabilir. Bu bakımdan, uygun bir denetleme ve raporlama sistemi başarılı uygulamanın anahtarıdır.

Sistemin başlıca girdileri, etkili, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulmasıdır. Bunlarla amaçlanan sistemin başarısını gösteren çıktılara ulaşmaktır. Bu çıktılar, yani performans göstergeleri ise, öncelikle hedeflenen sağlık göstergeleri, kapsamlı bir finansal koruyuculuk ve vatandaş memnuniyetidir.

Sağlık sisteminin çıktılarını beklentilerimiz doğrultusunda yönlendirmek için “kontrol mekanizmaları” olarak kabul edebileceğimiz bazı önemli araçlar kullanılabilir. Mekanizmalar vasıtasıyla sistemin performansına ve harcamalara etki etmek mümkündür. Kontrol mekanizmaları dışında da elimizde olmadan sistemin ayarlarını değiştirebilen bazı etkenler (meselâ savaş, doğal afet, salgın hastalık vb.) vardır ki, düğmelerle oynayarak bunların kaçınılmaz sonuçlarını olumlu yönde değiştirebiliriz. Her halukarda bazen birden fazla kontrol mekanizmasına birlikte dokunmak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmet karşılığının ödenme biçimi, sağlık sektörünün örgütlenme yapısı, yapılan düzenlemeler ve sektörde rol alan aktörlerin davranış tarzları sözü edilen kontrol mekanizmalarıdır.



Kaynak: Roberts ve Arkadaşları, 2008.

Tablo:2

a) Finansman

Sisteme mali kaynak temin yoludur. Yükün adaletli ve hakkaniyete uygun dağıtılması, siyasi ve toplumsal bakımdan kabul edilebilir olması ve ülkenin ekonomik şartlarına uygun olması esastır.

FİNANSMAN

- Genel gelirler (vergi), sosyal sigorta, özel sigorta, cepten ödeme, kamu finansmanı ile oluşur.
- Çoğu ülkede karma bir sistem söz konusudur.
- Bir ülkenin ayırabileceği para ekonomik seviyesi ile bağlantılıdır. Yeterli kaynaklar sağlanamazsa hizmetler sınırlı olmak zorunda kalır.

b) Ödeme

Sunulan hizmetlerin bedelinin karşılanması ve hizmet sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Her ödeme sisteminin bir mantığı, ölçeği ve oranı vardır. Kullanabileceğimiz ödeme yöntemi hizmet sunum sistemimizle ilişkilidir. Ödeme yöntemleri hemen daima ihtilâfıdır; ödeme yapanlar daha azını vermek, hizmet sunanlar daha fazlasını almak isterler. Mükemmel ödeme sistemi yoktur, her ödeme şekli, olumlu ve olumsuz yönde belirli teşvikler sağlamaktadır. Önemli olan bir modeli seçtiğimizde hangi problemlerle baş edeceğimizi bilmemizdir.

- Sağlık kurumlarına; genel bütçeden tahsis yoluyla, hizmet başına, hastanede kalınan gün başına, hasta kabul başına, kişi başına ödeme yapılabilir.
- Sağlık çalışanlarına; hizmet başına, maaş, maaş + teşvik primi, kişi başına ücret + teşvik primi şeklinde ödemeler yapılabilir.

HER ÖDEME ŞEKLİNİN BELİRLİ HANDIKAPLARI VARDIR:

- Hastanede kalınan gün başına ödeme yapılan Avusturya’da hastalar daha uzun süre hastanede kalmıştır.
- Hasta kabulü başına ödeme yapıldığında, hastalar daha az süre hastanede yatar, daha çok hasta kabul edilir.
- Doktorlara hizmet başına ücret ödendiğinde hizmet sayıları artar. Sadece maaş ödendiğinde verimsiz çalıştıkları gözlenmiştir.

c) Örgütlenme

Örgütlenme, makro seviyede hizmet sunan organizasyonları ve fonksiyonlarını düzenleme anlamına gelir. Mikro seviyede ise, hizmet sunan organizasyonların iç yapılanması anlamındadır. Sistemdeki mevzuat düzenlemeleri, denetimler, teşvikler ve istihdam politikaları bu örgütlenme biçimine doğrudan etki etmektedir.

d) Düzenleme

Düzenleme, sağlık sektöründeki aktörlerin davranış şekillerini oluşturmak için yetkili sağlık otoritesinin, yani devletin gücünü kullanması şeklinde oluşur. Düzenlemelerin maksadı sağlık sektörünü tesis etmek, hizmet alan kişileri korumak ve sağlık sektöründeki aksaklıkları düzeltmektir. Düzenleme için en fazla ihtiyaç duyulan şey, zamanında ulaşılan doğru ve yeterli veridir. Bu yüzden düzenleyici kurumların iyi tasarlanmış bilgi sistemlerine ihtiyacı vardır.

DÜZENLEME SÜRECİ:

- Aktörler değişmeme eğiliminde oldukları için direnmeye, el altından engellemeye ve süreci ele geçirmeye çalışacaklardır.
- En iyi yol, hedefler ve kurallar üzerinde mutabakattır.
- Uyum yüksekse ihmal ve ihlâl düşüktür, kişiler ikna edilmezse zorlamalar arzulan değişikliği sağlamayabilir.
- Teknik yeterlilik, yeterli kaynak ve siyasi destek hayati öneme sahiptir.

e) Davranış

Hizmet sunanlar kadar ve belki daha fazla, hizmet alanların davranışı sağlık sisteminin performansı bakımından çok önemlidir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde, kronik hastalıklarla mücadelede vatandaşın tutum ve davranışları hayati önem taşımaktadır. Hizmetin arzı (erişim, kalite, fiyat) sistemin işleyişine bağlıdır, ancak hizmetin talep edilmesi (hisler, tutumlar, beklentiler, inançlar) doğrudan bireye ve hastaya bağlıdır. Bunlar birlikte hasta davranışına yön verirler.

İnsanların davranışlarını değiştirmek zordur. Onlardan yapmalarını istediklerimizin kendi inanç ve değerlerine uygun olması gerektiğine inanırlar. İkna sadece bilgi ile olmaz. Davranışa etki edecek iletişim araçlarının da kullanılması gerekmektedir.

5. Değerlendirme

Yeni bir programın değerlendirilmesi program tamamen uygulanana kadar bekleyemez. Uygulamadan önce dayanak olacak veriler toplanmalı ve değerlendirme yapacak idari sistemler oluşturulmalıdır.

En kolay değerlendirme yaklaşımı, önce ve sonra karşılaştırmasıdır. Kanıtlara dayalı değerlendirme yapılmalı ve buna uygun veri toplanmalıdır. Veri önceden standardize edilerek ve gerektiği kadar toplanmalıdır. Gereksiz ve düzensiz veri bilgi kirliliğine yol açar. Veri toplama yöntemi ve verinin çeşitliliği sürekliliğe zarar vermeyecek derecede sade olmalıdır. Elde edilen veri mutlaka değerlendirilerek politikanın devamında kullanılmalıdır.

BÖLÜM 3



Sağlıkta

Yeni Dönem



Sağlıkta Yeni Dönem

1. İnsan Merkezli Hizmet İçin Zihniyet Değişimi

Sağlıkla ilgili ihtiyaçlarımız geciktirilemez. Ülkemizde ne yazık ki yıllarca bu gerçek göz ardı edilmişti. **Kurumsal kaygıları ve öncelikleri bir tarafa bırakarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıktık.**

Sağlıkta Dönüşüm Programının merkezine “önce insan” anlayışını yerleştirdik. İnsanımızın hakkı olan sağlık hizmetinin devlet tarafından sağlanan bir lütuf değil, bir hak teslimi olduğunun bilincindeyiz.

Hastalarımızın rehin tutulduğu, acil servislerden çevrildiği, ambulans hizmeti sırasında ücret talep edildiği günleri geride bıraktık. Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmetini sunabildiğimiz, kırsalda gezici hizmetlerle vatandaşımızın kapısına kadar ulaştığımız, diyaliz ihtiyacı olan hastamızı evinden alarak hizmet verebildiğimiz bir dönem yaşıyoruz.

Kurumsal kaygıları ve öncelikleri bir tarafa bırakarak hizmetin odağına insanı koyan bir anlayışla yola çıktık.

Vatandaşlarımızın sağlık hizmetine ulaşmalarının önündeki engelleri birer birer kaldırdık. Artık insanımız istediği sağlık tesisine rahatlıkla gidebiliyor. İlacını istediği eczaneden eksik ilaç bahanesiyle geri dönmeden rahatlıkla alabiliyor. Kuyruklarda saatlerce beklemiyor.

İki buçuk yıl önce Düzce ilinde başlattığımız aile hekimliği uygulaması şu anda 22 ilimizde devam etmektedir; onbeş milyon vatandaşımız bu uygulamadan yararlanıyor, doktorunu kendi seçebiliyor.

Anne adaylarımızı ve bebeklerimizi hassasiyetle takip ediyoruz. Doğumların sağlık personeli refakatinde yapılması, en gelişmiş aşıların kullanılmaya başlanması ve aşılamaların eksiksiz olması konusunda büyük mesafeler katettik.

81 ilimizde özel eğitim almış 2.526 sağlık personelimizle afet durumlarına müdahale etmeye hazır Avrupa'nın en büyük tıbbi kurtarma ekibini kurmuş bulunuyoruz.

Sıtma, tifo, kızamık gibi bulaşıcı hastalıkların sayısında geçmiş dönemlere kıyasla çok büyük azalmalar gerçekleşti.

Artık ülkemizdeki bütün hastanelerimizde hasta hakları birimlerimiz bulunmaktadır, hastanelerimizin büyük çoğunluğunda tercih ettiğimiz doktora muayene olabiliyoruz. Hastanelerimiz tıbbi cihaz ve donanım açısından son derece iyi seviyelere gelmiş durumdadır. Yirmi bin yeni hasta yatağı oluşturduk. Yeni hastane projelerimizde hasta odalarına banyo, tuvalet koyuyor, odaları 1 veya 2 yataklı yapıyoruz. Yoğun bakım yatak kapasitesini yedi buçuk katına çıkardık.

Bu gayretli çalışmaların her saniyesinde emeği ve göz nuru olan sağlık çalışanlarımızın fedakârlıklarına yakışır gelir düzeylerine ulaşmaları ve çalışma ortamlarının

İnsanımızın hakkı olan sağlık hizmetinin devlet tarafından sağlanan bir lütuf değil, bir hak teslimi olduğunun bilincindeyiz.

iyileştirilmesine yönelik çok önemli adımlar attık. Ama bu adımları yeterli görmüyoruz, geliştirerek sürdüreceğiz.

Ülkemizin doğusundan batısına, kuzeyinden güneyine bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu yerlere öncelik vererek, dengesizlikleri büyük ölçüde ortadan kaldırdık. Kamuda yüzonbinden fazla yeni sağlık personeli istihdam ettik.

Sağlıkta Yeni Dönem

2. Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedefledi.

Genel sağlık sigortasının yasal ve kurumsal alt yapısı oluşturuluncaya kadar mevcut sosyal güvenlik kuruluşları arasında harmonizasyon sağlanmasına yönelik önemli adımlar atıldı. 2004 İlaç Fiyat Kararnamesiyle SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine görevlilerinin dahil olduğu geri ödeme komisyonu oluşturuldu. Böylece farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının uyguladıkları farklı geri ödeme mekanizmalarını ortadan kaldıracak, ortak bir model ve strateji geliştirecek yapılanma sağlandı.

Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte; bütün sosyal güvenlik kurumlarının katılımı ile vatandaşımıza üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetinin sunuş biçimi ve fiyatlandırılmasını kapsayan düzenlemeler yapıldı. Tıbbi hizmetleri tanımlayan hizmet adlandırmaları yeniden gözden geçirildi, uluslararası hizmet adları kod sistemlerinden de yararlanılarak yeni ve detaylı listeler hazırlandı. Böylece yapılan tıbbi hizmetlerin kayıt altına alınmasında, bütün kurumlarca ortak bir veri tabanı oluşturulmasında, hizmet faturalarının standart hale getirilmesinde önemli adımlar atıldı.

Sağlık hizmet sunucuların hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda radikal değişikliklere gidildi. Kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşlarımızın özel sağlık kuruluşlarından da hizmet almasına fırsat tanındı ve böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet verme tarzı arasında uyum sağlandı. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın

ortadan kaldırılmasıyla, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlandı. Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarınca ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile, aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına imkân sağlayan alt yapı oluşturuldu. Benzer tarzda tek bir sisteme dayalı hak ediş ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları gerçekleştirildi. Gelir düzeyi düşük olan vatandaşlarımızı kapsayan yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletildi ve yeşil kart uygulaması gerçekçi ve etkili bir hale getirildi. Böylece düşük gelir düzeyindeki vatandaşlarımız da SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'ndan farksız bir sağlık sigortası güvencesine kavuştu.

Sağlık hizmet sunucuları ile bu hizmetin karşılığını ödeyecek sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan uyum çalışmaları, genel sağlık sigortasına ortam hazırlayan önemli adımları oluşturdu.

5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Reformunun ilk adımı atılmış oldu ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplandı. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasının yanı sıra, hak ve yükümlülüklerin belirlenmesi ile sağlık hizmetlerine erişimdeki ve finansmandaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflendi. Yine aynı kanunla, hizmet sunucularının hastalarımızdan alabileceği ilave ücreti belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna verildi. Daha önceden herhangi bir sınır olmayan ve tamamiyle sağlık hizmet sunucusunun inisiyatifinde belirlenen bu farkı Bakanlar Kurulu % 30 olarak kararlaştırdı. Artık vatandaşlarımız genel sağlık sigortası kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına müracaat ettiklerinde kendilerinden ne kadar ilave ücret talep edilebileceğini bilerek hizmet alacaklardır. Ayrıca kanunun getirdiği diğer bir yenilik ise, ciddi sağlık tehdidinin bulunduğu ve bir kısmı ani gelişen hastalık durumlarında özel sağlık hizmet sunucularının hastalardan hiçbir şekilde ilave ücret talep edemeyecekleridir. Bu şekilde hastalar ile sağlık kurumları arasında ücret kaygısı ortadan kaldırılmaktadır. Kanunda öğretim üyeleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için alınabilecek ücretlere yönelik bir tavan da belirlenmektedir.

Bu arada Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit ve kolayca yararlanmasını sağlama yolunda yeni bir dönem başlattı. Yürürlükte olan yasalar çerçevesinde farklı sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki vatandaşlarımızı sağlık hizmetleri karşısında eşit hale getirdi.

Temmuz 2007 başından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda verilecek hizmetler için güvencesi olmasa dahi vatandaşlarımızdan hiçbir ücret talep edilmemeye başlandı.

Ayrıca 26 Haziran 2008’de yayınlanan Başbakanlık genelgesi ile; acil tıbbi müdahale gerektiren her türlü durumda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunda gerekli acil müdahalelerin öncelikli ve ön şartsız olarak yapılması sağlanmıştır. Özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın bütün hastaların nakil ve sevk işlemlerinin 112 komuta kontrol merkezi koordinasyonunda yapılması zorunluluğu getirilerek, hastaların hastane hastane dolaştırılmasına bağlı oluşabilecek zararların önüne geçilmiştir. Acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda; sosyal güvencesi ve ödeme gücü bulunmayan hastalardan ücret alınmaması; hizmet bedellerinin sağlık kuruluşunun bulunduğu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından/belediyelerden talep edilmesi, sosyal güvencesi olan hastalardan ise; özel hastaneler tarafından fark ücreti istenmemesi sağlanarak vatandaşların mağduriyeti önlenmiştir. 5510 sayılı kanunun 1 Ekim 2008’de yürürlüğe girmesi ile bu alanda atılan adımların son halkası tamamlanmış olacaktır.

Sağlıkta Yeni Dönem

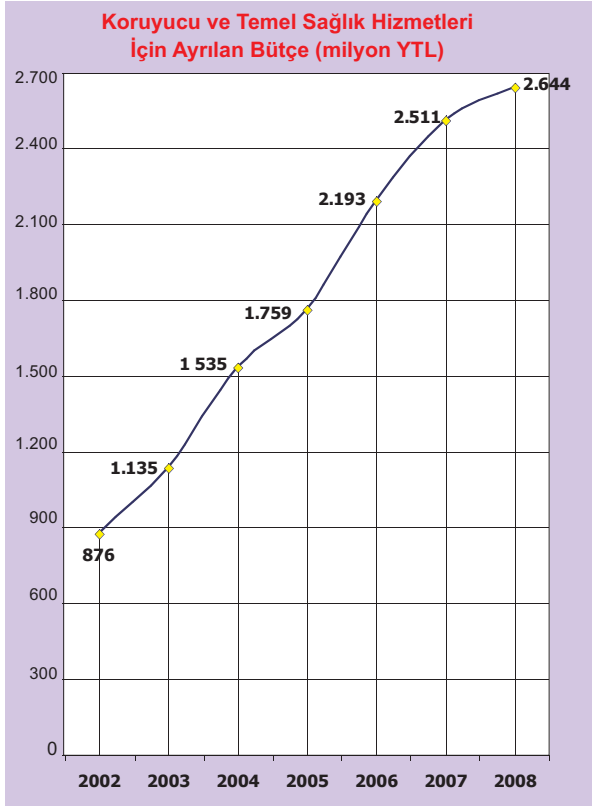
3. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik

Sağlıkta Dönüşüm Programı, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konuda yapılacak yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi program, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Bu bakış açısıyla hareket edilerek temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda etkinlik ve proje gerçekleştirildi, çok yönlü bir

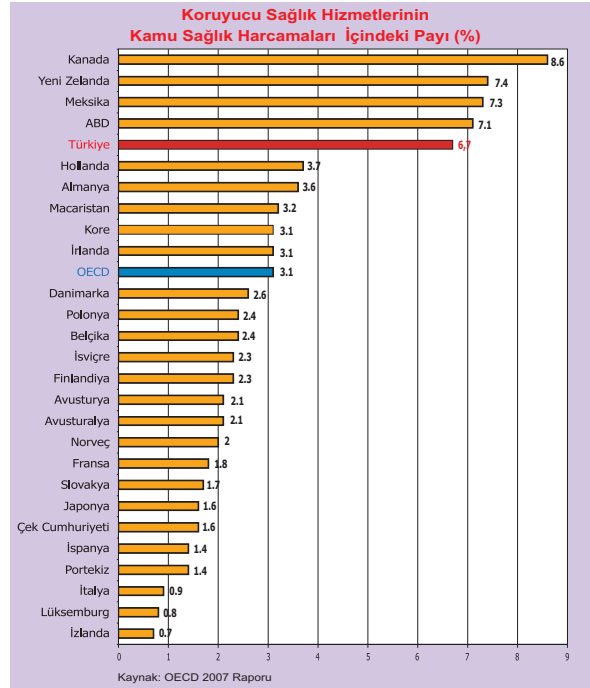
Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri koruma altında.

program yürütüldü. Yeni düzenlemeler gerçekleştirilirken mevcut işleyiş ihmal edilmedi, bunlar için de yaygın bir şekilde iyileştirme çalışmaları yapıldı. Sağlıkta Dönüşüm Programının en belirgin özelliği, dönüşümü gerçekleştirirken mevcut mirasa sahip çıkmak ve onu olabildiğince ileriye götürmektir.

Grafik: 1



Grafik: 2



OECD 2007 verilerine göre Türkiye 2005 yılında kamu sağlık harcamalarının % 6,7'sini koruyucu sağlık hizmetleri için kullanmış ve OECD ülkeleri arasında koruyucu sağlık hizmetlerine en fazla pay ayıran 5. ülke olmuştur.

Bu dönemde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik yapıldı ve 2002 yılında 876 milyon YTL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2008 yılında 2 milyar 644 milyon YTL'ye ulaştı.

a) Sağlık Ocaklarına Yeni Çehre ve Yeni Görevler

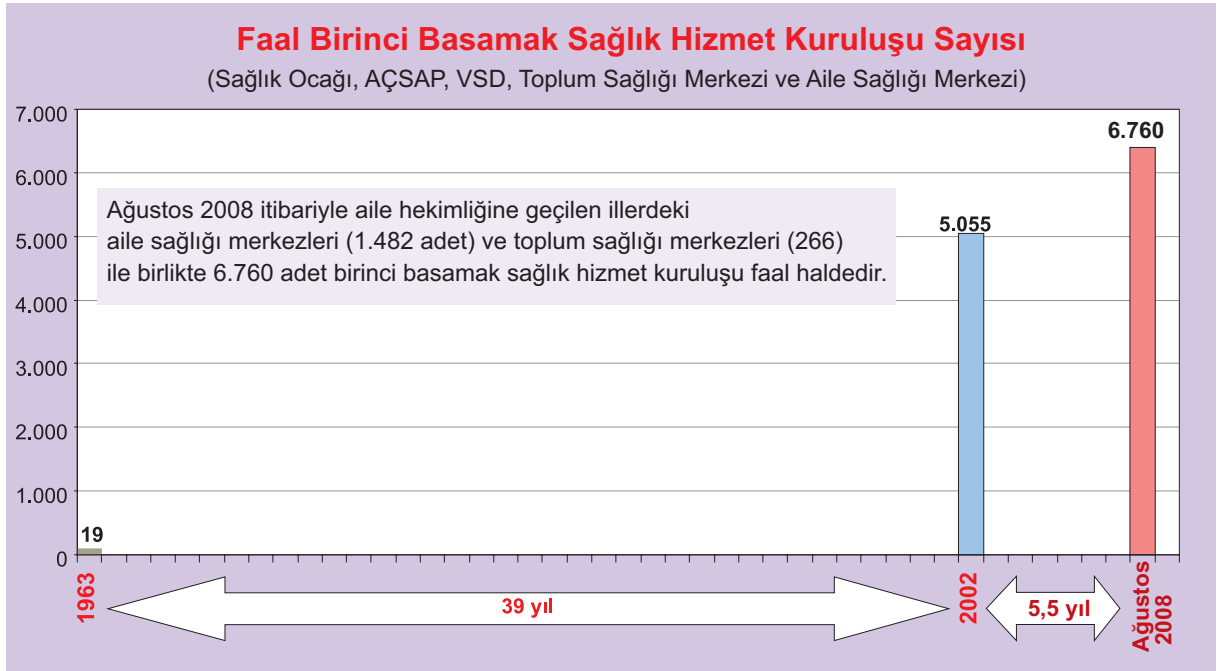
Sağlıkta dönüşüm programı, sosyalizasyon politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirdi, sağlık ocaklarının fiziksel yapısının iyileştirilmesi için Bakanlık kaynaklarının yanı sıra yerel yönetimler de harekete geçirildi. “Her hekime bir oda” ilkesi kampanya haline dönüştürüldü, halk ile hekimlerimiz arasında bire bir iletişim teşvik edildi, kolaylaştırıldı. Birinci basamak sağlık kuruluşları döner sermaye ile güçlendirilerek teşhis araçları yaygınlaştırıldı. Ayrıca bu hizmetlerde çalışan sağlık personeline performansla göre katkı payı verildi, ekonomik ve kişisel motivasyon kaynağı oluşturuldu.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin sisteme katılımıyla yeni yapılanmaya gidildi.

Ağustos 2008 itibariyle 6.760 birinci basamak sağlık hizmet kuruluşu **faal halde** (içinde hekimi ile birlikte) hizmete devam etmektedir.

Hali hazırda binası olup hekimi olmayan Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kuruluşu oranı yalnızca % 2 olup, Aile Hekimliği Sistemine geçilen illerde şu anda hizmet veren binalar Aile Sağlığı Merkezi olarak değerlendirilecektir.

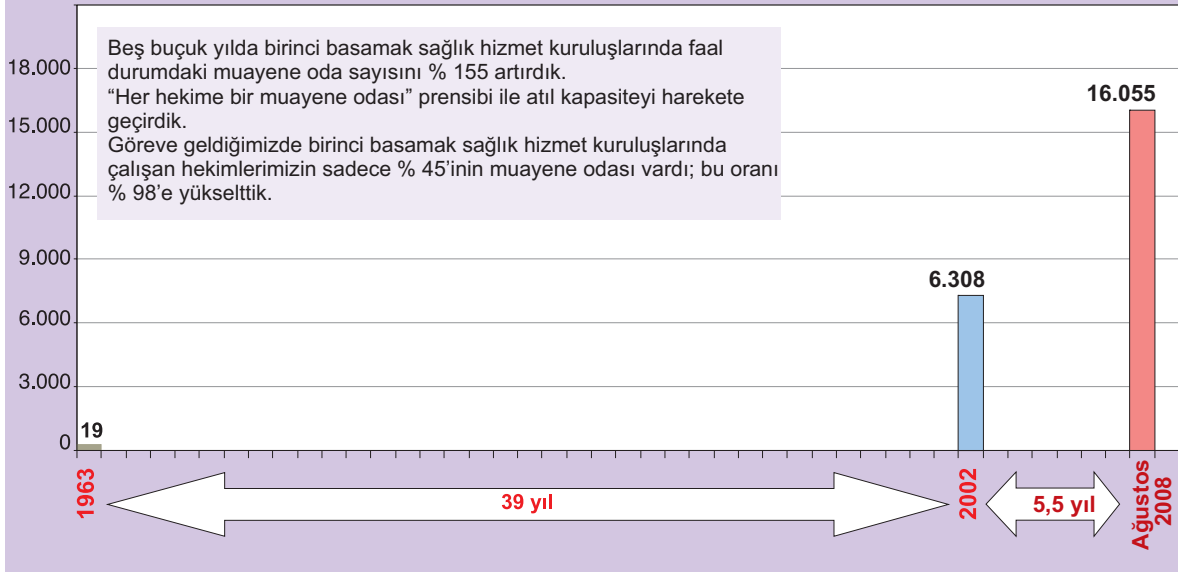
Grafik: 3



Grafik: 4

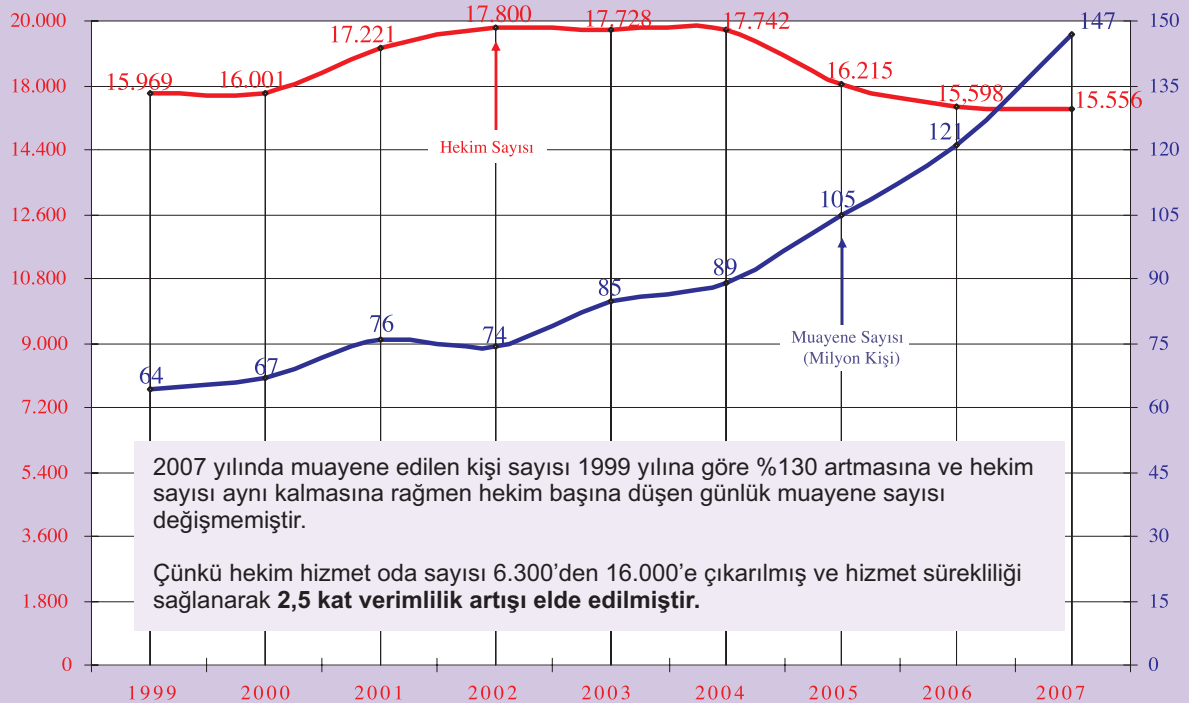
Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Hekim Hizmet Odası Sayısı

(Sağlık Ocağı, AÇSAP, VSD, Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Birimi)



Grafik: 5

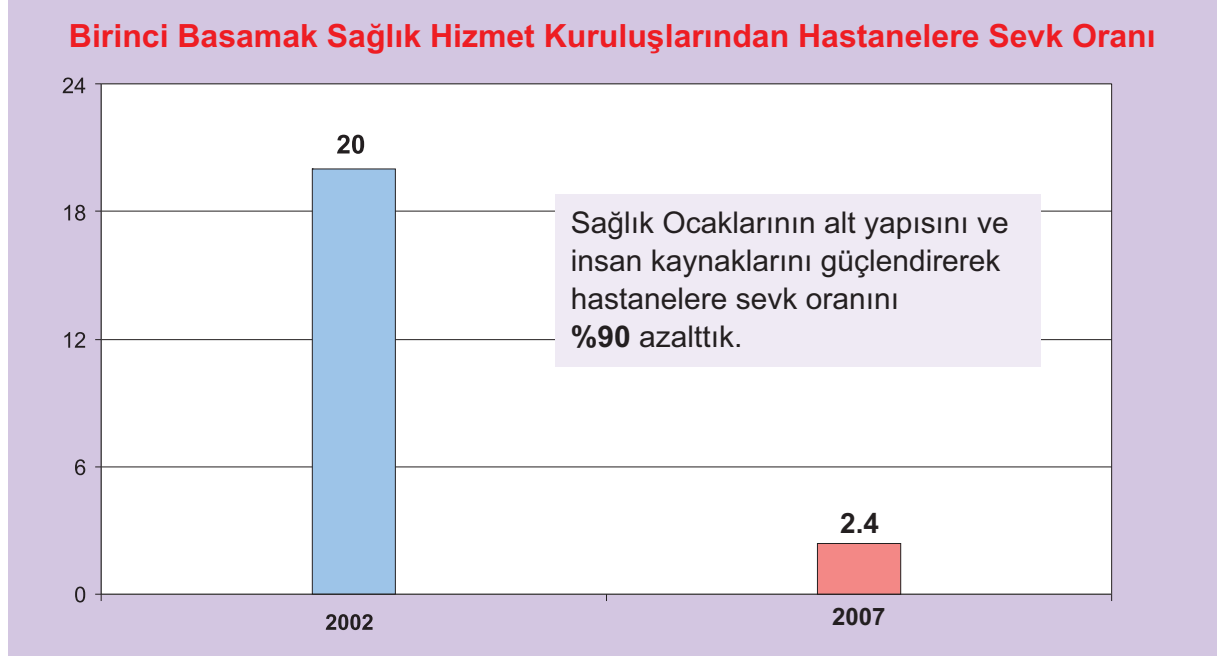
Birinci Basamakta Çalışan Hekim ve Yapılan Muayene Sayısı



Not: Hesaplamalarda Sağlık Ocağı, AÇSAP Toplum Sağlığı Merkezi, VSD, SSK Dispanseri, SSK Sağlık İstasyonu ve Aile Hekimliği verilerinin toplamı kullanılmıştır.

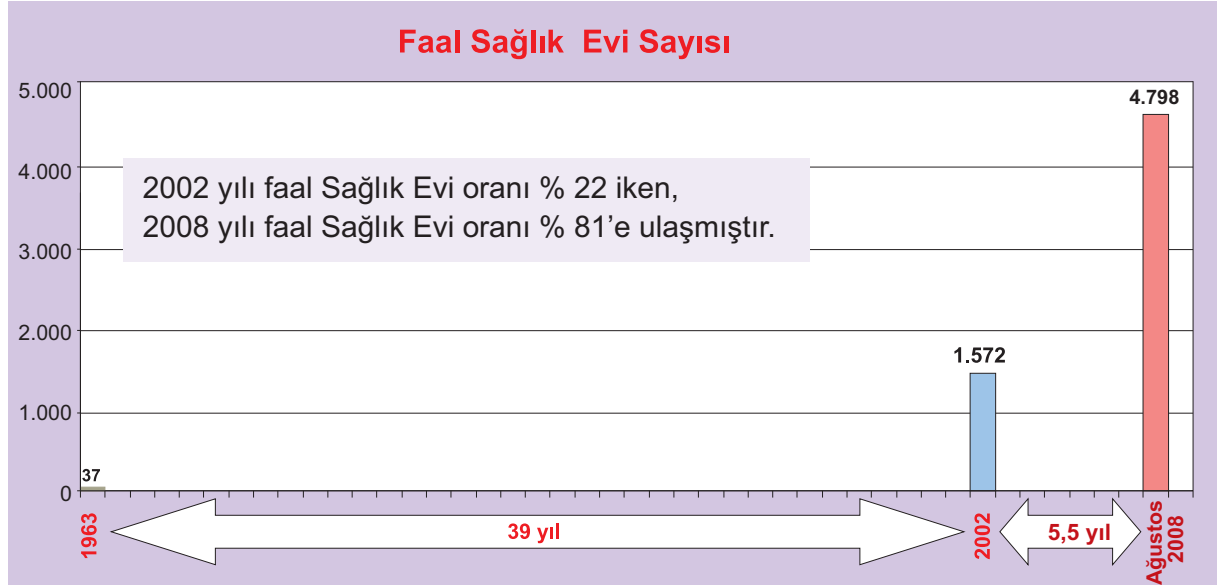
Birinci basamakta çözülebilecek sorunlar, artan ilgi ve donanımla büyük ölçüde çözülmeye başlandı. Sistemin üst basamaklarının gereksiz yere meşgul edilmemesi ile kaynak tasarrufu sağlandı.

Grafik: 6

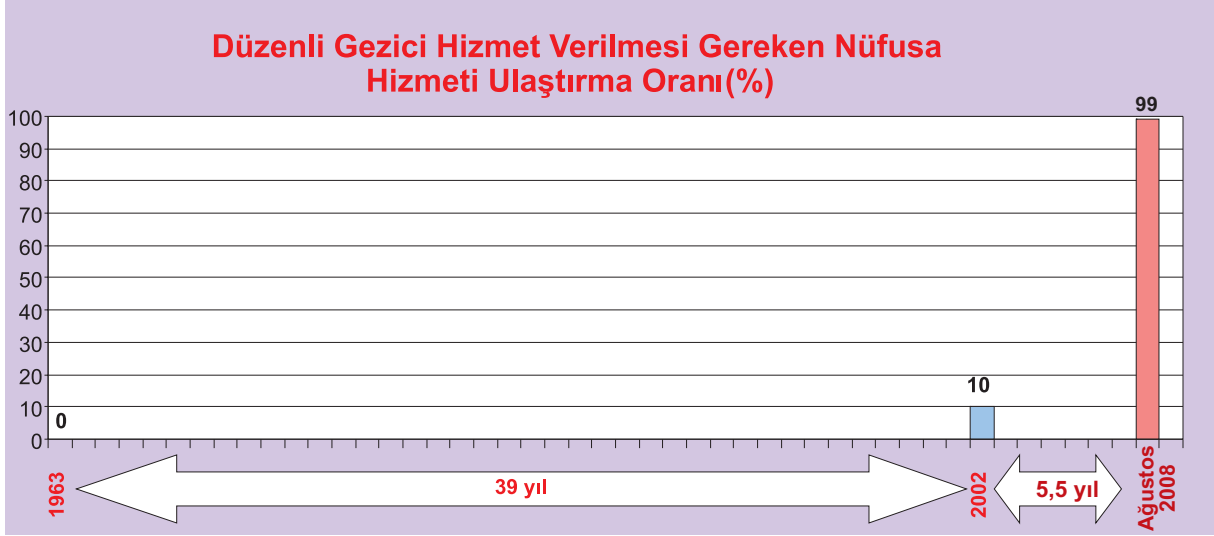


2002 yılında 1.572 faal sağlık evimiz mevcut iken Ağustos 2008 itibariyle 4.798 sağlık evimiz faal hale gelmiştir. Bu artış kırsala götürdüğümüz sağlık hizmetinin nicelik ve niteliğini büyük ölçüde yükseltmiştir. Faal sağlık evi (içinde ebesiyle birlikte) sayısında nihai hedefimiz 5.950'dir. Bu hedefe 2008 yıl sonunda ulaşmış olacağız.

Grafik: 7



Grafik: 8



Kırsal bölgelerde sağlık hizmetini en ücra köşelere ulaştırmak amacıyla, gezici sağlık hizmeti uygulamasını geliştirdik.

Belirli merkezlerde istihdam ettiğimiz sağlık personeli, öncelikle hamileler, bebekler ve sürekli hastalığı olan vatandaşlarımızı takip etmek üzere önceden duyurulmuş tarihlerde periyodik köy ziyaretleri yapıyor.

Düzenli gezici sağlık hizmeti verilmesi gereken nüfusa sağlık hizmeti ulaştırma oranı %10'dan %99'a çıktı.

b) Acil Sağlık Hizmetlerinde Sıçrama

Acil sağlık hizmetleri üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak

ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan

sağlık yardımını alabileceği bir merkeze

ulaştırmak önemlidir. Sağlık Bakanlığı

bünyesinde 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin

kuruluşunun onuncu yılında ülke genelinde

bütün illerimizde Komuta Kontrol Merkezimizi kurmuş durumdayız.

Son 5 yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz üç kat gelişti. Artık vakaların

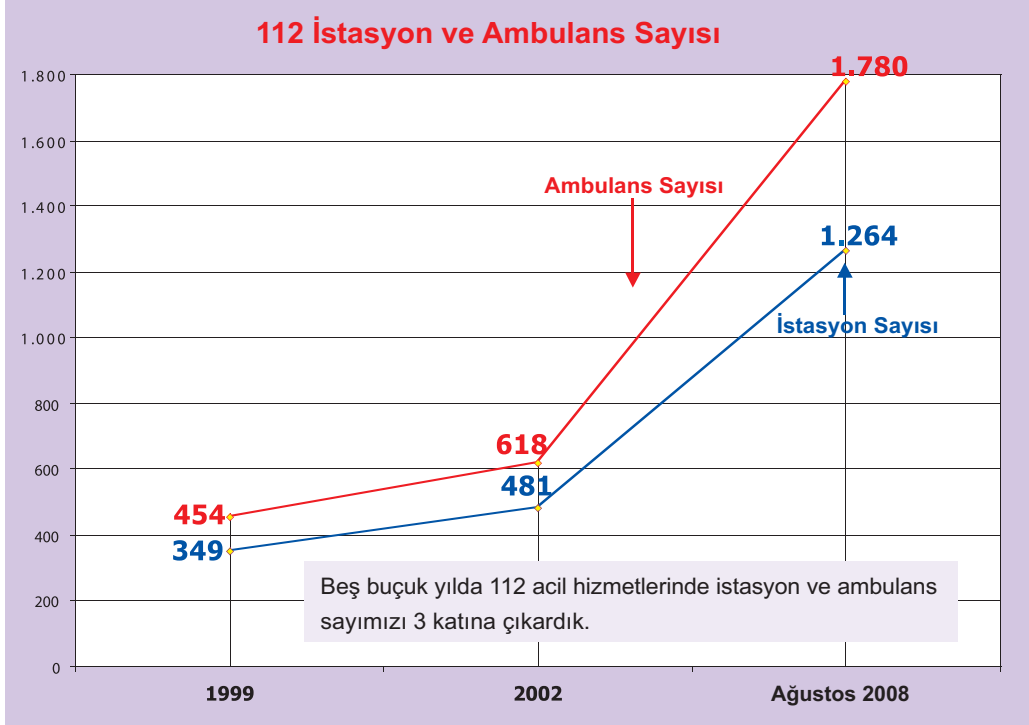
%90'ına ilk on dakikada ulaşılabiliriz. 2003 yılı başında 618 olan tam donanımlı

112 ambulansı sayısı bugün 1.780'e ulaştı. 2003 yılı başında 481 olan istasyon sayısı

geçen süre içinde 1.264'e çıktı. Bu konudaki hedefe ulaşıldı.

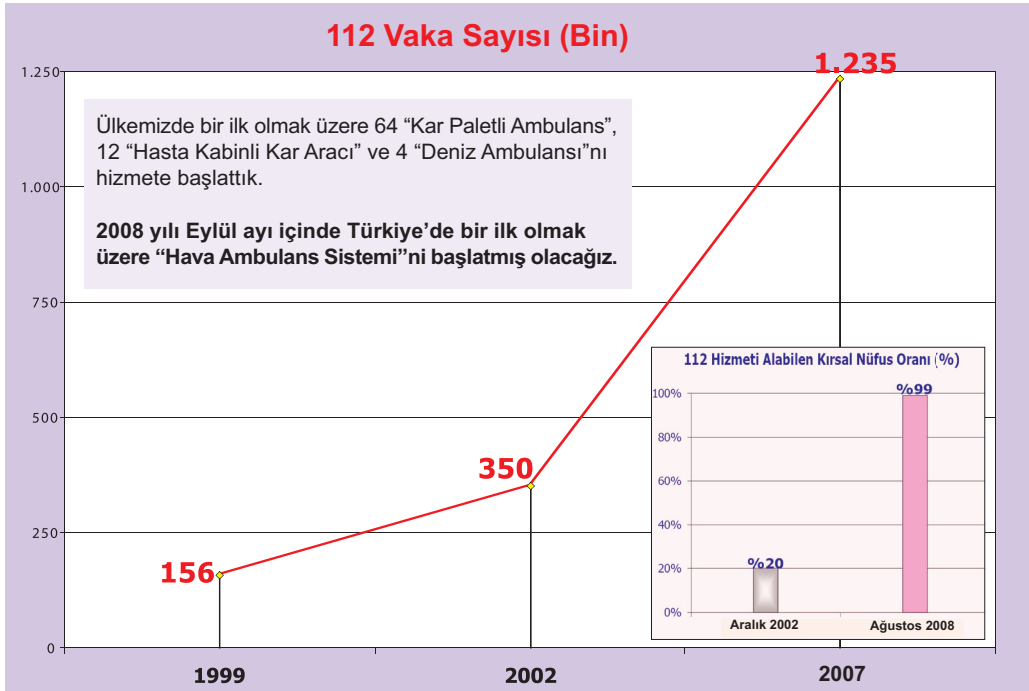
Sağlığa giden
yolda ilk durak:
112 sağlık istasyonu

Grafik: 9



112 Acil hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken, 2007 yılında 1 milyon 235 bin kişiye ulaştı. 2008 itibarıyla 1 milyon 400 bin kişiye yani 2002'ye kıyasla 4 katına ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece %20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanıyordu; bugün ise bu oranı %99'a ulaştırdık.

Grafik: 10



Tüm sağlık kuruluşlarına acil başvurularda, sigorta veya ödeme işlemlerinden dolayı beklemeye ve geri çevrilmeye son verildi. Sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ambulans hizmetleri için ücret alınması kaldırıldı.

c) Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE)

Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi yurdumuzda, başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetler için hayata geçirildi. Afetlerde en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, hasta veya yaralı naklinin en hızlı ve güvenli şekilde sağlanması ve bütün bu işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunda

Avrupa'nın en büyük Medikal Kurtarma Ekibi

görev alacak iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun donatılmış ekipler teşkil edildi. Özellikle Türkiye nüfusunun %95'inin deprem kuşağında bulunduğu gerçeği, bu alanda uzmanlaşmanın ve hazırlıklı bulunmanın önemini yeterince ortaya koymaktadır.

Proje kapsamında, Bakanlığın kontrolünde bütün illerde oluşturulan "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri" (UMKE) mensubu 2.526 sağlık personelimize temel ve tamamlayıcı eğitimler verildi. Bu eğitimlerin kapsamı aşağıdaki gibidir.

- * Triaaj,
- * Stres Yönetimi,
- * Alternatif Ateller,
- * Afetlere Genel Bakış,
- * Sedyeleme ve Taşıma,
- * İletişim ve Haberleşme,
- * Temel ve İleri Yaşam Desteği,
- * NBC Saldırılarından Korunma,
- * Stratejik Ekip ve Çatışma Yönetimi,
- * Psikolojik Destek ve Şoklara Müdahale,
- * Uluslar Arası İşaretler ve Sinyalizasyon,
- * Hasta/Yaralı Sabitlenmesi, Tespiti, Paketlenmesi,
- * Medikal Ekibin Görev Tanımı ve Hukuki Boyutları,
- * Afet Psikolojisi,
- * Enkaz Çalışması,
- * Crush Sendromu,
- * Afet Epidemiyolojisi,

Yurtdışında da müdahale yapabilecek meziyetlere sahip bu ekipler, İran ve Pakistan depremleri ile Endonezya depremi ve tsunami faciasında ülke olarak iftihar ettiğimiz düzeyde görevler ifa ettiler.

AVRUPA'NIN EN BÜYÜK MEDİKAL KURTARMA EKİBİ

Başta deprem olmak üzere yaşanabilecek muhtemel afetlerde iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun olarak donatılmış gönüllü ekipler aracılığıyla en kısa sürede medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, en hızlı ve güvenli şekilde hasta/yaralı naklinin sağlanması, nakil sonrasında acil tedavi ünitelerinin ve hizmetinin temini ve tüm işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunun oluşturulması yoluyla afetlerde ölüm ve sakatlıkların kabul edilebilir sınırlara çekilmesi amacıyla 2004 yılında "Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı" kurduk.

Dört yıl içinde gönüllülük esasına göre 81 ilimizde oluşturulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinde görev alan 2.526 personelin temel eğitimlerini gerçekleştirdik.

Medikal kurtarma ekipleri, temel teorik ve istasyon eğitimlerinin yanı sıra düzenlenen tatbikatlarla her zaman göreve hazır şekilde çalışmalarını sürdürmektedir.

Kurulduğu günden bu yana ülkemizin haklı gururu olan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerimizin yurt içi ve yurtdışında görev aldığı çalışmaların bazıları şunlardır:

Yurtdışı

İran Bam Depremi
Pakistan Depremi
Sudan İnsani Yardım Organizasyonu
Afganistan Sel ve Toprak Kayması
Endonezya Depremi
Endonezya Tsunamisi

Yurtiçi

Konya Zümrüt Apartmanı Yıkılması
Diyarbakır Askeri Lojmanlarında Patlama
Bursa İntam Binası Çökmesi
İstanbul'da İki Adet Bina Çökmesi
Konya-Taşkent Balcılar Bina Çökmesi

d) Kronik Hastalıklar İçin Toplumsal Hareket ve Bilinç Gelişimi

Kronik hastalıklar ile ilgili, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının işbirliğinin artırılması, hastalıktan korunma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerini sağlamaya yönelik sistemin yerleştirilmesi; morbidite ve mortaliteyi azaltarak hayat kalitesinin artırılması amacı ile yapılan çalışmalar çerçevesinde "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı" başlatıldı.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kronik hastalıkların hızla arttığı ve gelecekte sağlık sistemleri önünde en büyük iş yükünü oluşturacağı uyarıları doğrultusunda Bakanlığımızda kronik hastalıklara yönelik yapılanma yeniden gözden geçirildi. Kronik hastalıklar ve sağlığın teşvik ve geliştirilmesi konularında çalışmak üzere iki yeni daire kuruldu.

Kronik solunum yolu hastalıkları ile savaşmak amacıyla DSÖ liderliğinde oluşturulan "Solunum Yolu Hastalıklarına Karşı Küresel İttifak"a (GARD-The Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases) ülkemizde konu ile ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla birlikte katılım sağlandı. 3. Dünya GARD Genel Kurulu 30-31 Mayıs 2008 tarihlerinde İstanbul'da yapıldı. Bu toplantıda taslağı sunulan "GARD Türkiye Eylem Planı" bu konuda Dünya'da hazırlanmış ilk eylem planıdır.

Obezite bütün dünyada artık bir hastalık olarak kabul edilen ve sıklığı giderek artan bir klinik durumdur. Obezite salgını bu hızla devam ettiği takdirde, yakın gelecekte ülkelerin sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmaları önünde giderek artan bir engel olacağı beklenmektedir. Bu duruma dikkat çekmek, gerekli önceliğin verilmesini sağlamak, uluslar arası ve sektörler arası işbirliğini geliştirmek üzere DSÖ Obeziteye Karşı Avrupa Bakanlar Konferansı 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde ülkemizin ev sahipliğinde düzenlenmiş ve bu toplantı sonunda "Obeziteye Karşı Avrupa Bildirgesi" yayımlanmıştır. Bu belgeyi Avrupalı bakanlar adına Sağlık Bakanı Recep Akdağ imzalamıştır. Avrupa Obezite Şartı doğrultusunda "Türkiye Obezite Eylem Programı" hazırlandı.

Ülkemizde sigara önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemiz tütün tüketimi açısından Avrupa'da 3. Dünyada 7. sırada bulunmakta, yetişkin erkeklerde bağımlılık oranı %50 civarında hesaplanmaktadır. Tütün tüketimi, başta kanserler olmak üzere pek çok hastalığın ortaya çıkmasında en önemli rolü üstlenmektedir. Ülkemiz DSÖ tarafından hazırlanan "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi"ni 2004 yılında imzalamış, bu doğrultuda hazırlanan "Ulusal Tütün Kontrol Programı" Aralık 2007'de Sayın Başbakanımız tarafından açıklanmıştır. Program gereğince 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'da yapılan değişikliklerle sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler getirilmiş, 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlayan ve pasif içiciliğin önlenmesini de ihtiva eden önlemler halkımız tarafından büyük destek görmüştür.

Türkiye Kalp Sağlığı Programı ve Türkiye Ruh Sağlığı Programı 2008 yılında tamamlanmış olacaktır. Türkiye Diyabet Politikası'nın oluşturulması yolunda önemli gelişmeler gerçekleştirildi, bilim adamlarımızla birlikte bu alanda çalışan sivil toplum örgütleri temsilcilerinin de katılımı ile önemli ilerlemeler kaydedildi.

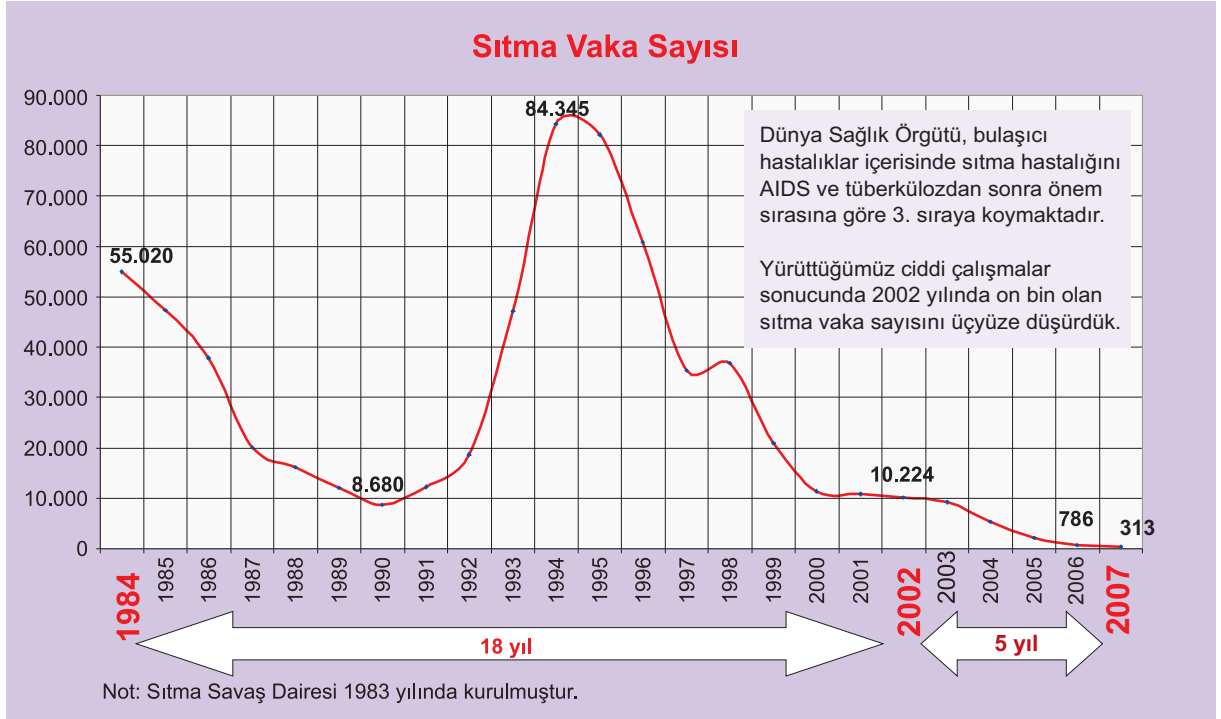
Ülkemizin kanser kontrol programının planlanabilmesinde politika ve strateji geliştirilmesi amacıyla Türkiye Kanser Danışma Kurulu oluşturuldu. Türkiye Kanser Programı geliştirilme sürecindedir. Son beş yılda 55 ilimizde "Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi" açıldı. Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

e) Bulaşıcı Hastalıklarla Etkili Mücadele

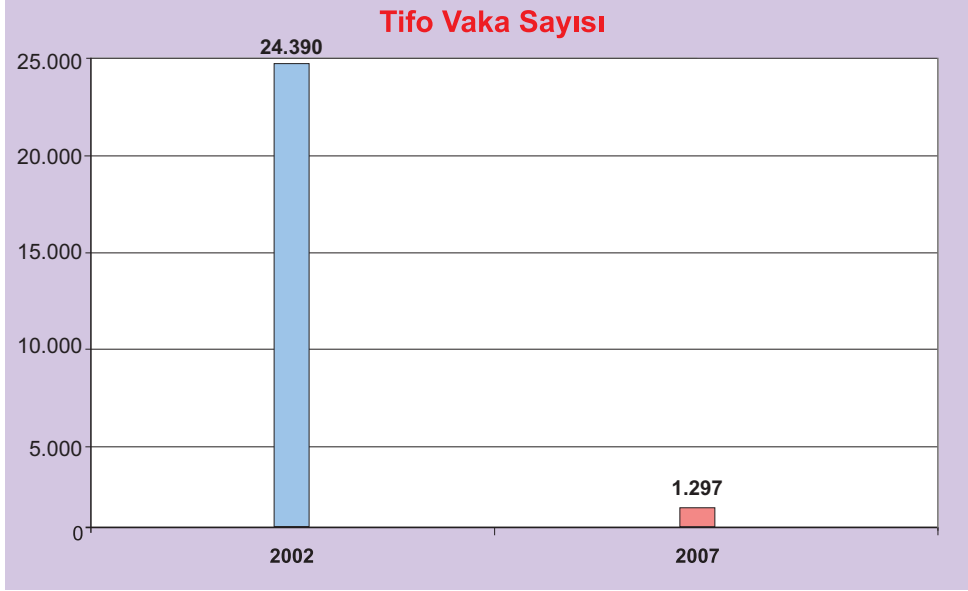
Bakanlığın bulaşıcı hastalıklar alanında yoğun bir şekilde yürütmekte olduğu çalışmalar çarpıcı başarılar ortaya koydu. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı sağlandı. 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısı, 2007 yılında 313'e düşürüldü.

Yurt genelinde 2002 yılında 24 bin 390 olan tifo vaka sayısı, 2007 yılında 1.297'ye geriledi.

Grafik: 11



Grafik: 12



Ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan tifo, belediyelerimizle yakın işbirliği yaparak kontrol altına almaya başladık.

Yürüttüğümüz ciddi çalışmalar sonucunda 2002 yılına göre tifo vaka sayısını 1/20'sine indirdik.

Eski Soruna Yeni Çözümler:

SITMAYI HATIRLAMAMAK ÜZERE UNUTMAK İÇİN

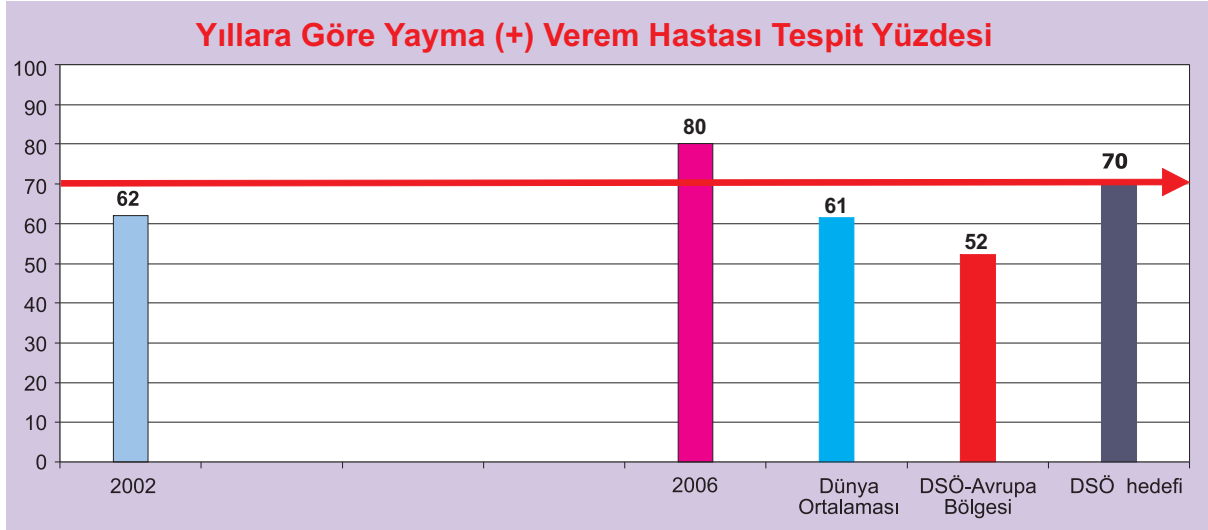
Dünya Sağlık Örgütü, bulaşıcı hastalıklar içerisinde Sıtma hastalığını AIDS ve tüberkülozdan sonra önem sırasına göre üçüncü sıraya koymaktadır. Ülkemizde de geçmiş yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olan sıtma hastalığını gündemimizden düşürmek için, D.S.Ö. stratejileri ve Bakanlığımız politikaları çerçevesinde cesaretli ve akılcı adımlar attık.

Yıllarca vektör mücadelesi amacı ile kullanılan insektisit grupları değiştirilerek, daha etkili ve uygun ilaçların alınmasına özen gösterildi. Vektör kontrolü amacıyla sıtma yoğun bölgelerde özel çalışma programları hazırlanarak, bu programların kontrolü düzenli olarak yapıldı. Sıtma yoğun illerde koordinasyon sağlandı. Ortak çalışma ve bilgi paylaşımları oluşturuldu. Sıtma hastalarının bulunması amacı ile sörveyans çalışmalarına ağırlık verildi. Sörveyans ve tedavi hizmetlerini güçlendirmek amacı ile mobil ekiplerin oluşturulmasına büyük önem verildi. Sıtma tanısı alan hastaların birebir tedavileri yapıldı. Sıtmanın olmadığı veya az olduğu bölgelerden sıtma yoğun bölgeye sıtma sezonu boyunca geçici işçiler görevlendirildi. Belediyeler ve ilgili kamu kuruluşları ile işbirliği içerisinde çalışıldı.

Yaptığımız ve geliştirdiğimiz etkili mücadele ile 2002 yılında 10.224 olan sıtma vaka sayısı 2007 sonu itibariyle 313'e düştü...

2008 vaka sayımızın 150'nin altında olmasını bekliyoruz.

Grafik: 13



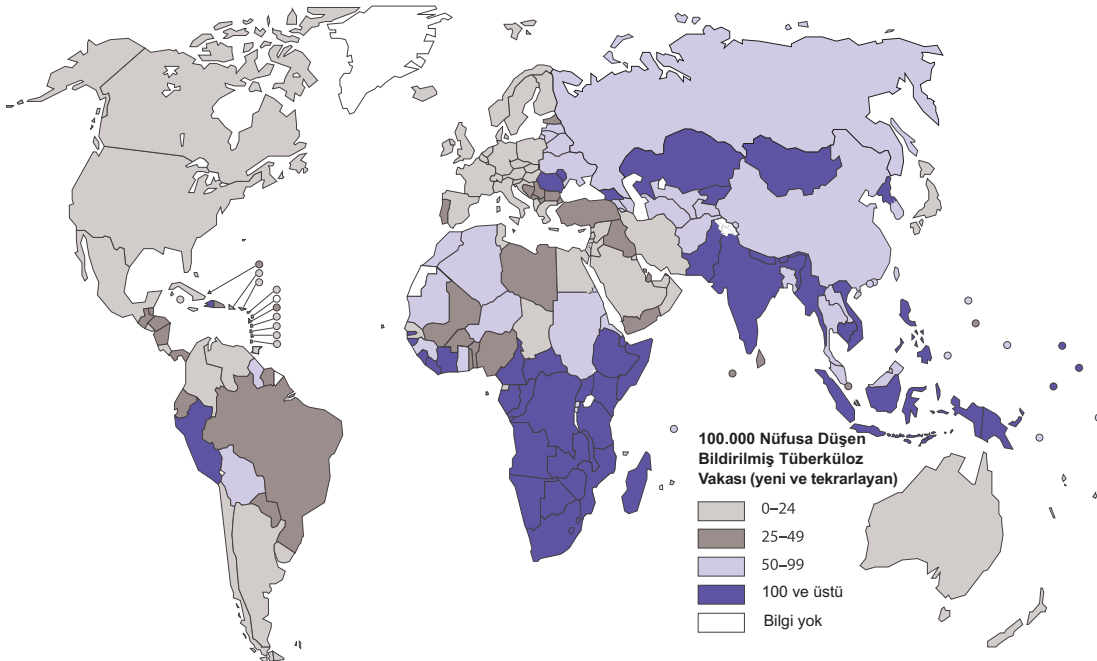
Verem hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve mikrop bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır.

2008 DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine, "yayma (+)" yöntemi ile ulaşılmışken 2006 yılında bu oran **%80** olmuştur. Bu konuda DSÖ, ülkeler için asgari **%70'i** hedef seçmiştir.

Verem (tüberküloz) hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve mikrop bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear) yöntemi ile tespit büyük önem taşımaktadır.

Ülkelere Göre Tüberküloz Bildirim Oranları, 2006

Tablo: 3



Kaynak: D.S.Ö. Küresel Tüberküloz Raporu, 2007

DSÖ verem hastalığı bakımından ülkeleri, her yüz bin nüfusa düşen vaka sayısına göre 5 grupta ele almaktadır. **Ülkemiz, her yüz bin nüfusa düşen veremli hasta sayısı bakımından '25-49'luk en iyi 2. grupta yer almaktadır.**

2007 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının %62'sine yayma (+) yöntemi ile ulaşılmışken, 2006 yılında bu oran %80 olmuştur. Böylece bu konuda DSÖ'nün ülkeler için asgari hedef olarak belirlediği %70'in üzerine çıkmıştır. Türkiye olarak bu konudaki hedefimiz %90'ın üzerine ulaşmaktır.

Verem hastalığı uzun süreli tedavi gerektirdiğinden, hastaların uyumu ve kontrol altında olması büyük önem taşımaktadır. Verem hastalığıyla mücadelede “Doğrudan Gözetim Altında Tedavi” uygulamasına 2003 yılında başlanmıştır; artık veremli hastalarımızın tedavisi bu yolla yürütülmektedir. Doğrudan Gözetim Altında Tedavi (DGT); verem hastalarının ilaçlarının tam tedavi sağlanıncaya kadar bizzat bir sağlık personeli veya yetkin bir başka kişi tarafından verilmesidir. 2006 yılında DGT'yi ülkemizin tümüne yaygınlaştırdık. 2007 yılında ülke genelinde %100 kapsam ile DGT stratejisi uygulanmış, hastaların %90,5'i DGT altında tedavi edilmiştir

Bir rüya gerçekleşiyor:
KIZAMIKTA SIFIRA AZ KALDI

Kızamıkla mücadele kapsamında Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefi olan “Kızamığın Kökünün Kazınması” ülkemizde gerçekleşmek üzere. 2010 yılı sonuna kadar Türkiye'de yerli virüs dolaşımını durdurma hedefimize kararlılıkla ilerliyoruz.

Bu kapsamda 2003-2005 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyası yaptık. 2003 yılı içinde Okul Aşı Günleri kapsamında ilköğretime devam eden tüm öğrenciler, 2005 yılı içinde okul çağı öncesi tüm çocuklar, ilkokul 1. sınıflar ve 6-14 yaş arası okula devam etmeyen çocuklar hedef alındı.

Kampanya çerçevesinde 18.217.000 çocuğumuzu aşıladık. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşti. **Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.**

Kampanya ve sonrasında yapılan aşılama çalışmalarının sonucunda ülkemizde 2001 yılında 30.509 olan kızamık vaka sayısı 2007 yılında 3 oldu. Rüya gerçekleşiyor: Sıfıra az kaldı...

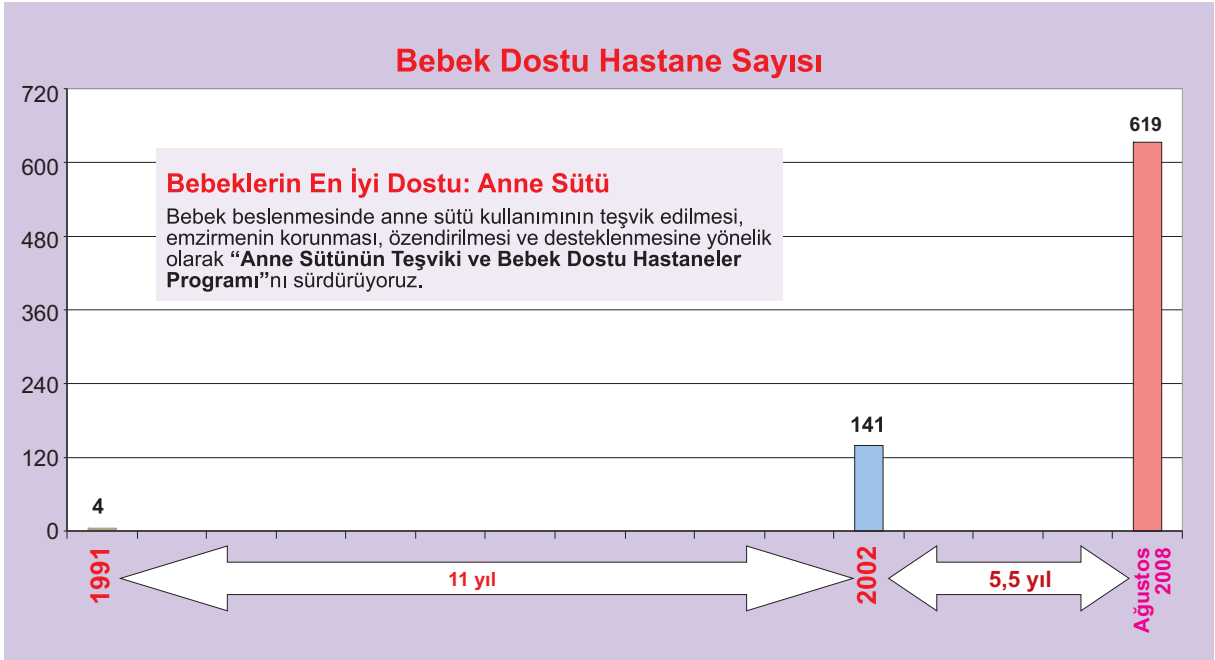
2002 yılında bildirilmiş kızamık vakası 7.804 iken, kızamık eliminasyon programının bir sonucu olarak 2007 yılında sadece 3 çocuk vakası görülmüştür.

2006'da ülkemizde görülen kuş gribi ile ilgili olarak iki yıl öncesinde başlayan hazırlıklarımız bu hastalığın zamanında ve uygun müdahale ile kısa sürede kontrol altına alınmasını sağladı. Üniversitelerimiz ve eğitim-araştırma hastanelerimizden bilim adamları, ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile özel sektörden toplam 60 kadar uzman tarafından hazırlanan "Ulusal Grip Salgını Hazırlık Planı" doğrultusunda çalışmalarımız devam etmektedir.

f) Geleceğimizin Teminatı: Anne ve Çocuk Sağlığı

Sağlık verilerinin en önemli kriteri olan bebek sağlığının iyileştirilmesi amacıyla başlatılan "Bebek Dostu Hastane" sayısı 2002 de 141 iken Ağustos 2008'de 619'a ulaştı.

Grafik: 14



Bebeklerimizi ve gebelerimizi kansızlıktan korumak amacıyla gebelere ücretsiz demir desteği verilmeye başlandı. Her yıl yaklaşık 1 milyon gebe bu hizmetten faydalanmaktadır. 2005 yılı Mayıs ayından 2008 yılı Ağustos ayına dek demir desteği verilen bebek sayısı 4 milyon 225 bindir.

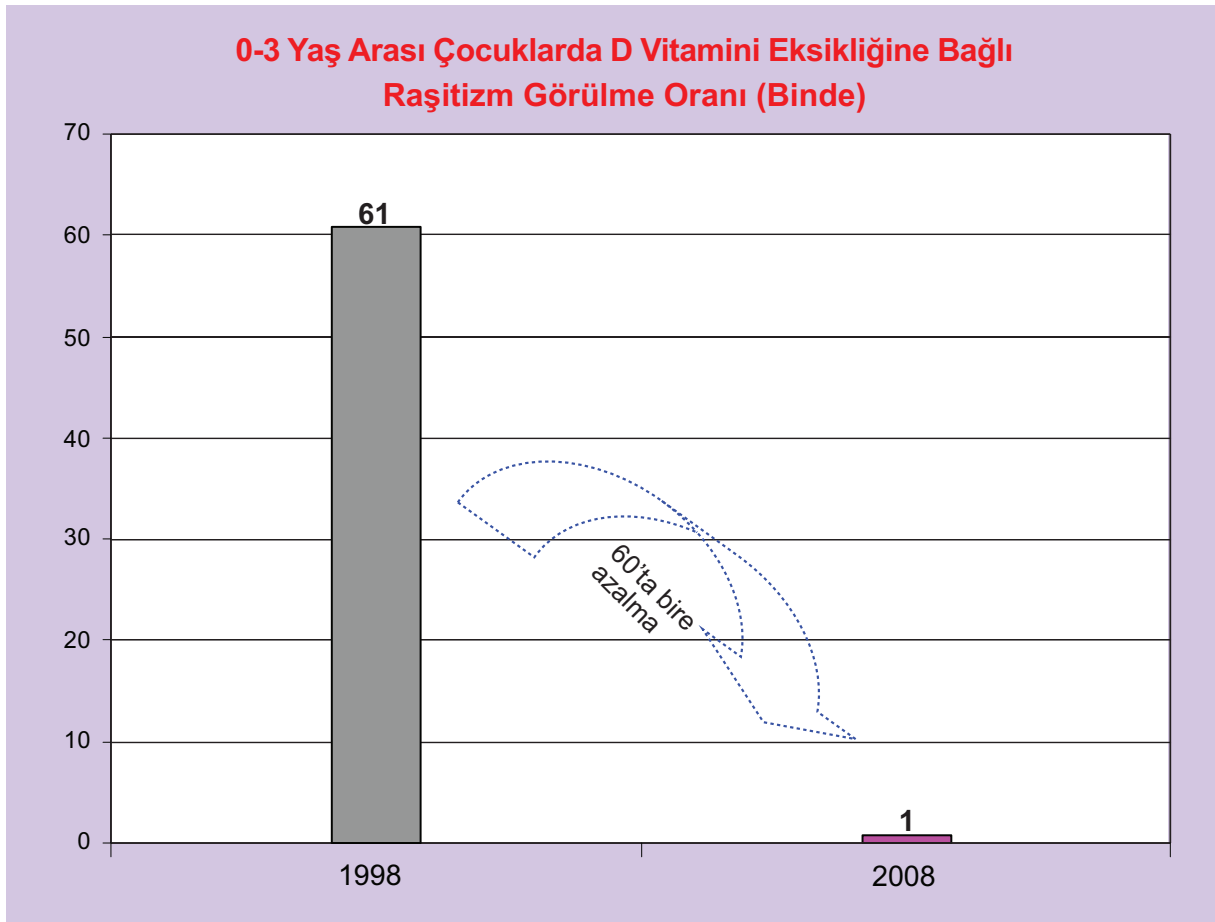
Düşük maliyet,
yüksek etkinlik:
Demir gibi Türkiye

Bebeklerimizin kemik gelişimini destekleyen D vitamini de ücretsiz dağıtılmaya başlandı. 2005 yılı Mayıs ayından 2008 yılı Ağustos ayına dek 4 milyon 20 bin bebeğe D vitamini desteği sağlanmıştır.

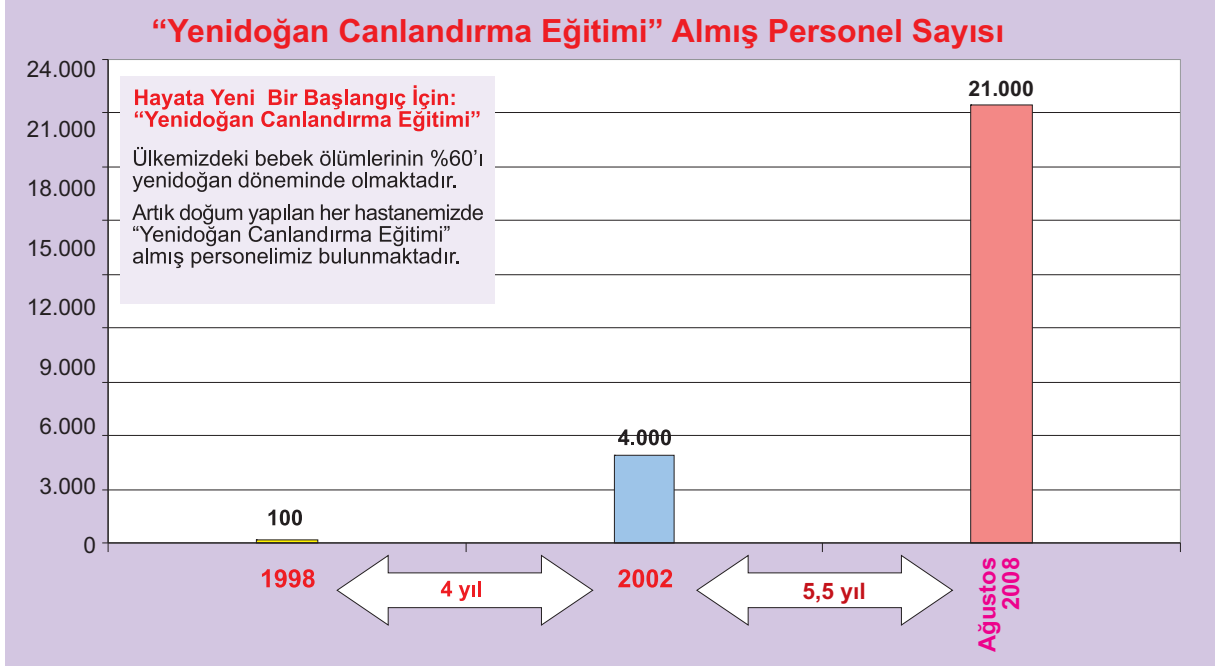
Bebeklere Ücretsiz
İki D Vitamini
Kaynağı: Güneş ve
Sağlık Bakanlığı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmalarla 1998 yılında 0-3 yaş arası çocuklarda vitamin D eksikliğine bağlı Raşitizm(VDER) insidansı binde 61 iken bu oran 2008 yılı şubat ayında binde 1 olarak tespit edilmiştir.

Grafik: 15



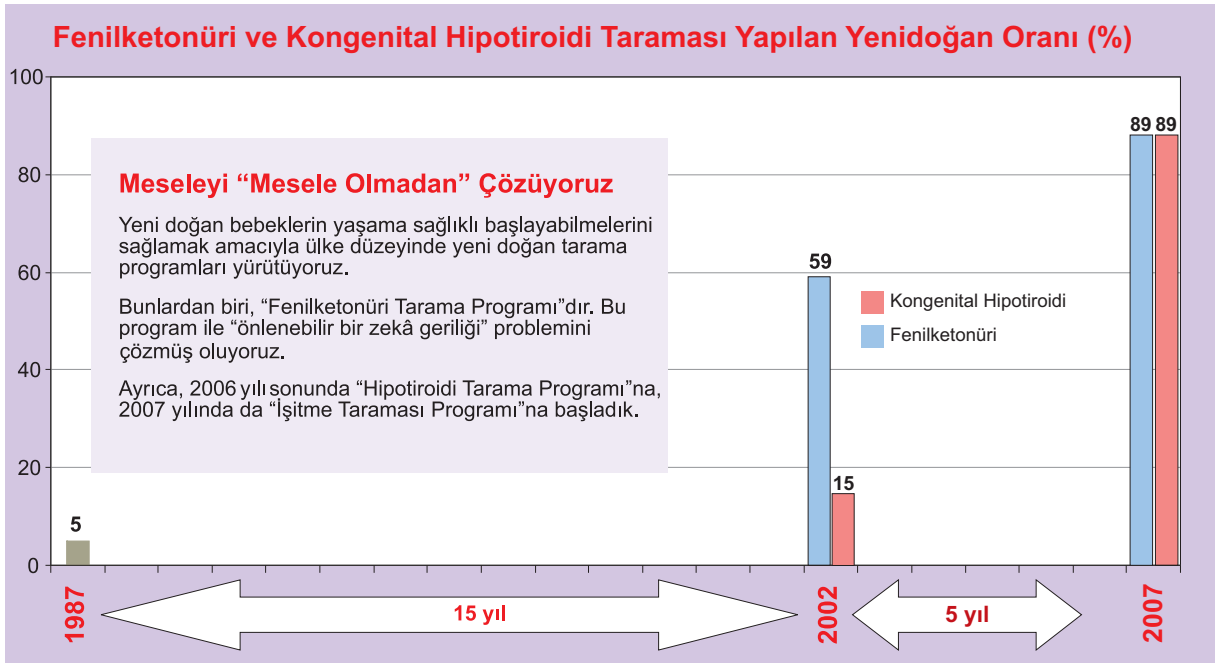
Grafik: 16



Yenidoğan canlandırma programının başlangıcından Ağustos 2008’e kadar 21 bin 157 sağlık personeline eğitim verildi. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde eğitimli personeller hazır bulunmaktadır.

Yenidoğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yenidoğan tarama programları hızlandırıldı ve yaygınlaştırıldı. Daha önce başlatılmış olan

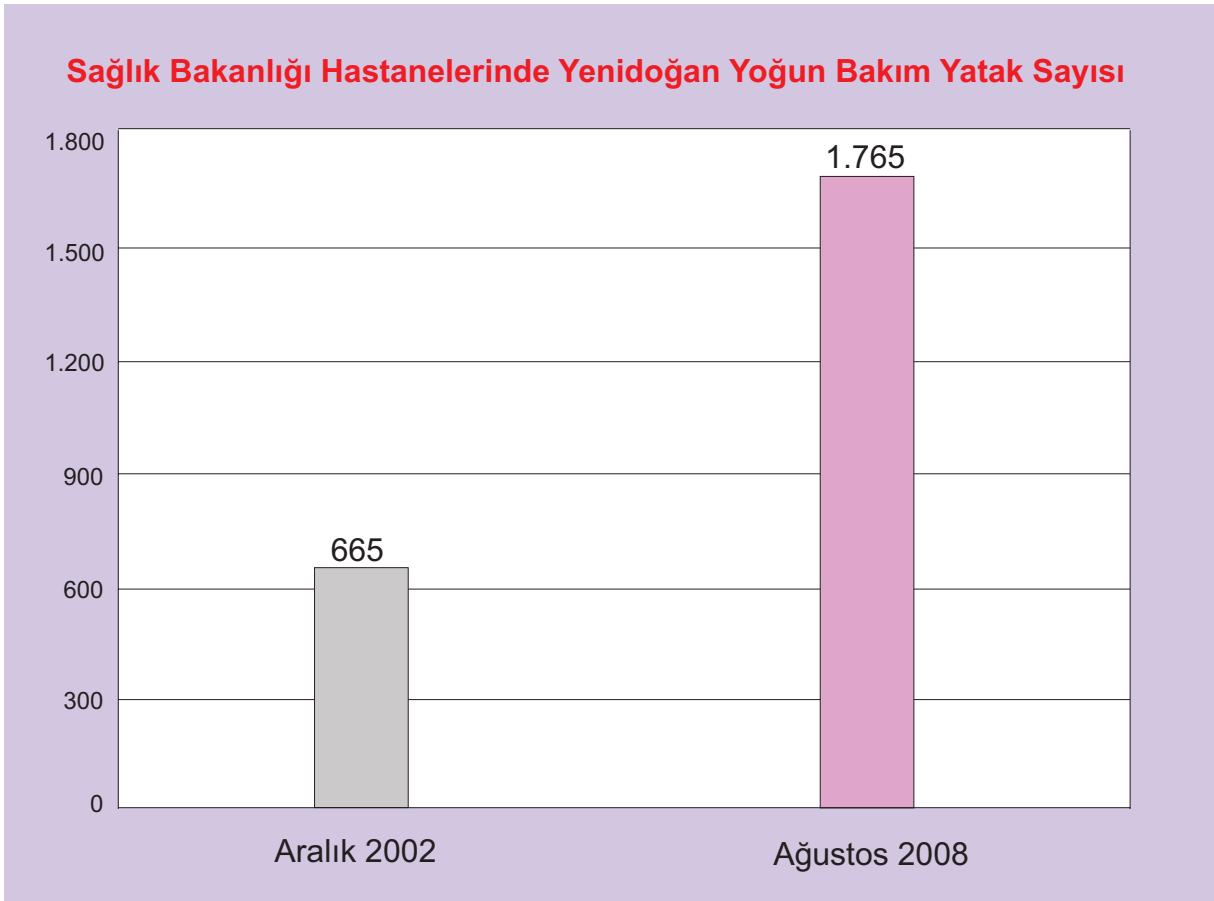
Grafik: 17



fenilketonüri taraması yaygınlaştırıldı. Hayati öneme sahip olan kongenital hipotiroidi taraması da hızla ve yaygın biçimde başlatıldı. Böylece yakalandığında kolayca önlenabilen, ancak gözden kaçırıldığında telafisi imkansız sonuçlar doğurarak zihinsel ve bedensel gelişme geriliğine yol açan fenilketonüri ve kongenital hipotiroidi'den bebeklerimiz büyük ölçüde korunmuş oldu. Fenilketonüri ve hipotiroidi taramalarında hedef nüfusun %89'una ulaşıldı.

62 ilimizde, Bakanlığımıza bağlı 119 hastanede, Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlandı, işitme taramalarına başlandı. Ağustos 2008'e kadar 330 bin bebeğimiz işitme taramasından geçirildi.

Grafik: 18



Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002 yılında 665 olan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı, 2008 yılında 1.765'e çıkmıştır. 2002- 2008 yılları arasındaki artış oranı % 165 olmuştur.

DEMİR GİBİ TÜRKİYE

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasında demir eksikliği anemisi olduğu tahmin edilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmadan önce, Ülkemizde de çok yaygın görülen demir eksikliği anemisi, yapılan çeşitli araştırmalarda elde edilen sonuçlara göre; genel olarak **0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'sinde, okul çağı çocuklarının %30'unda, emzikli kadınların %50'sinde** görülebilmekteydi.

Çocuklarda demir eksikliği anemisi en sık 6-24 ay arasında görülmektedir. Bu yaşlar çocukların büyüme ve gelişmesinin en hızlı olduğu dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan beslenme bozuklukları ve demir eksikliği çocukların ileri dönemdeki zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişmeleri üzerine olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu olumsuz etkilerin ortaya çıkmasını önlemenin en kolay yolu çocukları demir eksikliği anemisinden korumaktır.

Bu önemli halk sağlığı sorununun çözümü için ülke düzeyinde; toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay anne sütü alması ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe koruyucu amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve 13-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi önerilmesi amacıyla "**Demir Gibi Türkiye Programı**"nı başlattık. **Program başlangıcından bugüne kadar 4 milyon 225 bin bebeğe demir desteği sağladık.**

Demir Gibi Türkiye programının ardından Gebelerde Demir Destek programını da başlatarak, kapsamı daha da genişlettik. **Programın başlangıcından bugüne kadar gebelere 2.853.850 kutu demir preparatı dağıttık.**

BAŞARI ÖYKÜSÜ

Demir gibi Türkiye programının etkilerini incelemek maksadıyla Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Anabilim Dalı işbirliğinde Mart-Nisan 2007’de “Demir Eksikliği Araştırması” yapıldı. Henüz yayınlanmamış **araştırmanın ön sonuçlarına göre 12-23 aylık çocuklarda anemi sıklığı %30’lardan % 7.8’e inmiştir. Bebeklerimizin daha sağlıklı olmaları ve bilişsel açıdan potansiyellerine erişme yolunda katettiğimiz mesafe bu sonuçlarda açıkça görülmektedir.**

Aynı yıllar baz alındığında Transport küvöz sayısı 158’ den 440’a Ventilator sayısı 252’den 491’ e çıkarılmıştır. Sırasıyla artış oranları % 180 ve % 95 olmuştur.

Yenidoğan yoğun bakımda çalışan hemşire sayısındaki artış oranı da % 83 olmuştur.

Sağlıklı anne,
sağlıklı nesil

Hastanede yapılan doğum oranları ise 2002 yılında % 78 iken, 2008 yılında % 92’ye çıkmıştır. Yenidoğan ölüm hızı ise binde 16,7’ den binde 10’ a düşürülmüştür.

Daha düne kadar vatandaşımız sağlık kuruluşlarının kapısından çevrilirken bugün, toplumun en yoksul %6’lık kesimindeki ailelere, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla her gebelik ve herbir çocuk için aylık 17 TL nakit para yardımı yapılmakta, doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde gebelere ayrıca 55 TL yardımda bulunmaktadır. 2004 yılı Mart ayından bugüne kadar 1 milyon 600 bin vatandaşımız bu teşvikten yararlandırıldı.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

AZ KALDI...

Anneler Anneliklerini Yapabilecek...

Anne Ölümlerini Önleme Yolunda, Hedefe Adım Adım...

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişme, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi ile; daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sosyal şartlar anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Bu özelliği ile **anne ölümlerinin oranı çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılmaktadır.**

Anne ölümleri gebelik, doğum, doğum sonrası 42 günlük süreçte meydana gelen kadın ölümlerini kapsamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan hesaplamalara göre dünyada yılda 529 bin anne ölümü meydana gelmektedir. Anne ölümlerinin % 99'u gelişmekte olan ülkelerdedir. Anne ölüm hızında dünya ortalaması yüz binde 400'dür. Ortalama olarak Afrika kıtasında yüz binde 870, Japonya hariç tutulduğunda Asya ülkelerinde yüz binde 380 olan anne ölüm hızı, D.S.Ö. üst orta gelir grubu ülkelerinde yüz binde 91, D.S.Ö. Avrupa bölgesinde yüz binde 24'tür.

Türkiye'de anne ölüm oranlarına ilişkin bilgiler son yıllara kadar yetersizlik göstermekteydi. Veriler mevcut ulusal düzeyi yansıtan oranlar olarak nüfus araştırmaları içinde elde edilmişti. 1997-1998'de bir yıl süreyle, 53 ilin, 615 doğum yapılan hastanesinde anne ölüm kayıtlarının izlenmesiyle yalnızca hastane ölümlerinde yüz binde 49 rakamına ulaşılmıştı. Bu oranın hastane dışı ölümler de göz önüne alındığında yüz binde 70 olduğu hesaplanmıştı.

Türkiye'de Anne Ölüm Hızımızın tespiti amacıyla Türkiye Anne Ölüm Araştırmasını 1 Haziran 2005-31 Mayıs 2006 tarihleri arasında gerçekleştirdik. Sonuçlar 8 Aralık 2006 tarihinde kamuoyu ile paylaşıldı.

Söz konusu çalışma bilimsel yeterlilik anlamında Cumhuriyet döneminin tek çalışmasıdır. Bu araştırma ile 2005-2006 yıllarında anne ölüm hızının yüz binde 28.5 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye hem ilk kez geniş boyutlu bir saha araştırmasıyla anne ölümlerindeki güncel ve gerçek rakamlara ulaşmış; hem de anne ölümlerini azaltmadaki başarısını Avrupa ortalamasına çok yakın bulunan anne ölüm hızıyla ortaya koymuştur.

2005 Türkiye Anne Ölümü Araştırmasının ardından, araştırmadaki sistem baz alınarak revize edilen Anne Ölümü Veri Sistemi ile 81 ilden 12-50 yaş Kadın ölümleri içinde yer alan anne ölümlerine ait veriler toplanmaktadır. Bu kapsamda 2007 yılı anne ölüm hızı 100 binde 21.3 tür. Hedefimiz 2008 yılında anne ölümlerini 100 binde 18'in, 2010 yılında ise 100 binde 15'in altına indirmektir.

Yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla 2004 yılında “Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı” başlatıldı. Bu program ile annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel

Geleceğimizin
teminatı çocuklarımız
teminat altında

konularda bilgilendirilmeleri amaçlanmaktadır. Bebeklerin doğdukları ilk anlarda, ailelere bebeklerin sağlıklı gelişimine yönelik temel bakım ve sağlık bilgileri verilmekte ve annelere “Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Rehberi” dağıtılmaktadır. Başlangıcından bu güne kadar 4 milyona yakın anneye ulaşılmıştır.

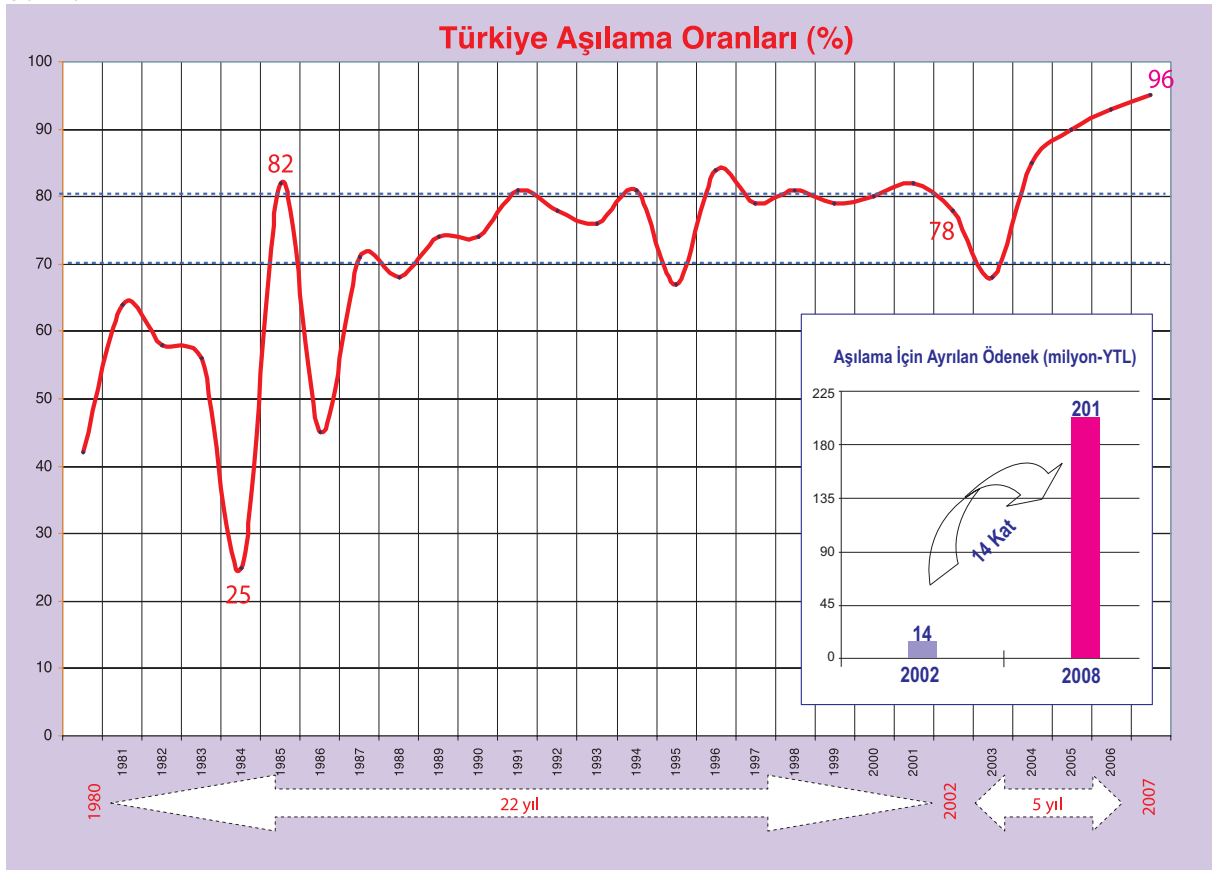
Çocuklarımız aşılanıyor,
ülkemin yüzü kızarmıyor

g) Bağışıklama Programları: Aşılar

2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %78 idi; Güneydoğu’da bazı illerimizde bu oran %50’nin bile altına inmişti. 2007 yılında aşılamada yurt genelinde %96 oranı yakalanmıştır. Geçmişte aşılama

oranları en düşük olan illerimizde bile, bu dönemde %80’in üstünde başarı elde edilmiştir.

Grafik: 19

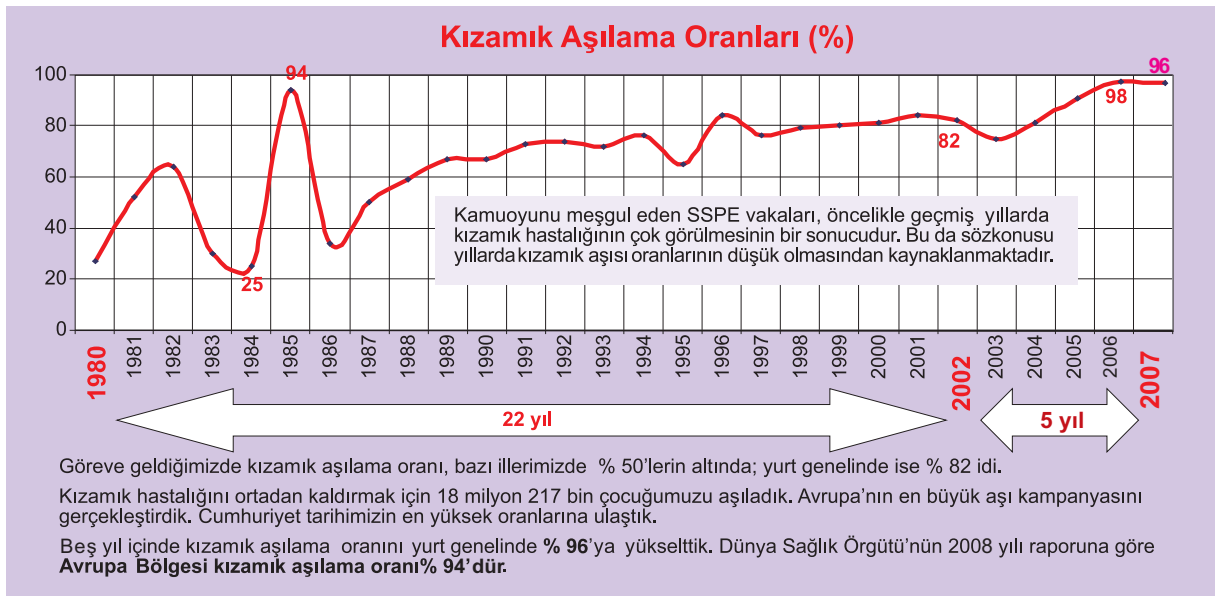


2002 yılında aşıya ayrılan bütçe 14 milyon YTL iken, 2008 yılında 161 milyon YTL'ye ulaşmıştır. Daha önce aşılama programında mevcut olmayan kızamıkçık, kabakulak ve menenjit (MMR) aşıları standart aşılama takvimine dahil edilmiştir. Beşli kombine aşı (difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, Hemophilus influenza tip B ve inaktif polio virus) kullanımına başlanmıştır. Konjuge pnömokok aşısı uygulamasını 2008 yılı Ekim ayında başlatmak için gerekli çalışmaları yapıyoruz. Bu uygulama için 64 milyon YTL kaynak ayrılmıştır. Bu kaynakla birlikte yıl sonunda aşıya ayrılan bütçe 201 milyon YTL'ye ulaşacaktır.

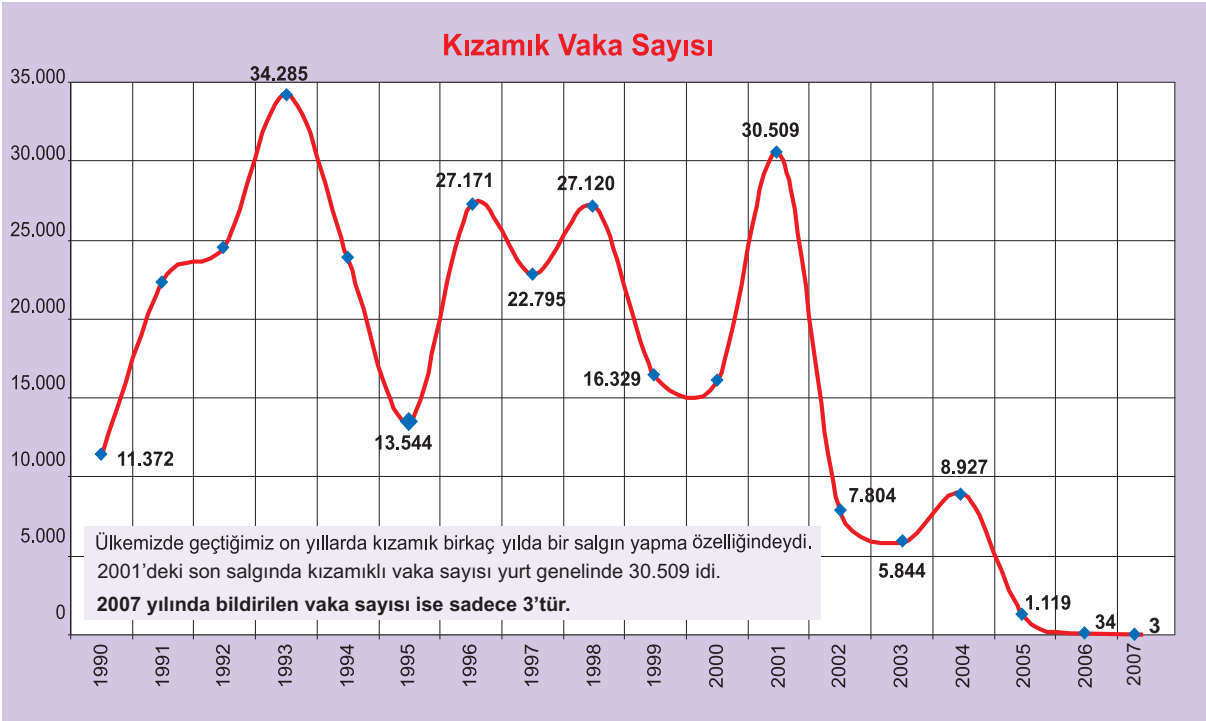
Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 2003-2005 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyası yapılarak 18.217.000 çocuğumuz aşılanmıştır. Bu kampanyada aşılama oranı %97 olarak gerçekleşmiştir. Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.

Bu çalışmalarımız kısa sürede meyvesini vermiş ve 2002 yılında yurt genelinde 7.804 adet kızamık vakası görülmüşken, bu rakam 2007 yılında sadece 3 vakaya düşmüştür. Haziran 2008'de Irak'tan Ankara'ya gelen bir üniversite öğrencisinde kızamık hastalığı ortaya çıkmış, bu kişiyle aynı öğrenci yurdunda kalan bir vatandaşımızda ve bu vatandaşımıza müdahale eden 2 sağlık personeline kızamık hastalığı ortaya çıkmıştır. Yani 2008'de Ağustos ayına kadar çocuk vakası görülmemiştir.

Grafik: 20



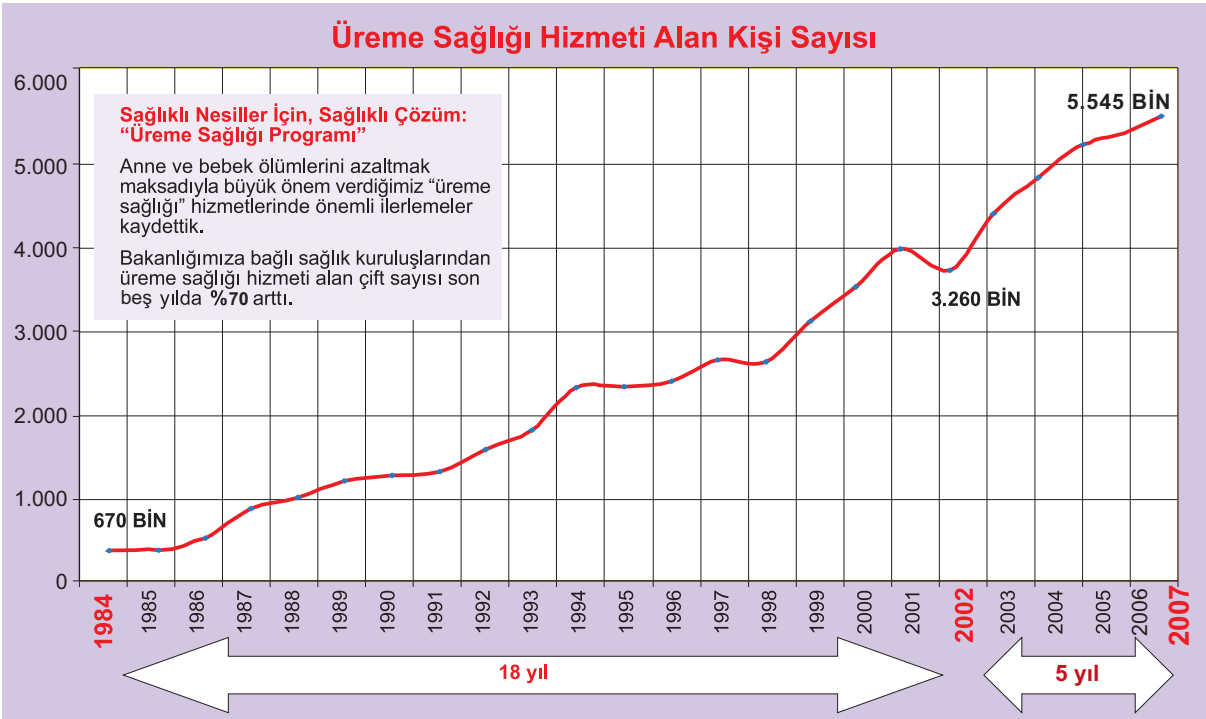
Grafik: 21



h) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla Bakanlığımızın

Grafik: 22



Tablo: 4



yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek sağlamak ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı yürütülmektedir. 2002 yılında Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 3.260.000 iken, 2007 yılında bu sayı 5.545.050'e ulaşmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri arasında, üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklere yönelik eğitim çalışmaları konusunda işbirliği başlatıldı. Bu kapsamda er ve erbaşlara yönelik Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlık Eğitimlerini yapmak üzere Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde 4.000 askeri sağlık personeline “eğitici eğitimi” verildi. Bu eğitilen personel kanalıyla tüm birliklerde üreme sağlığı eğitimlerine başlandı. Böylece her yıl, 500 bin genç erkek üreme sağlığı eğitimi almış olarak evine dönmektedir. Nisan 2004’ten bugüne kadar 2 milyondan fazla er ve erbaşa bu eğitim verildi.

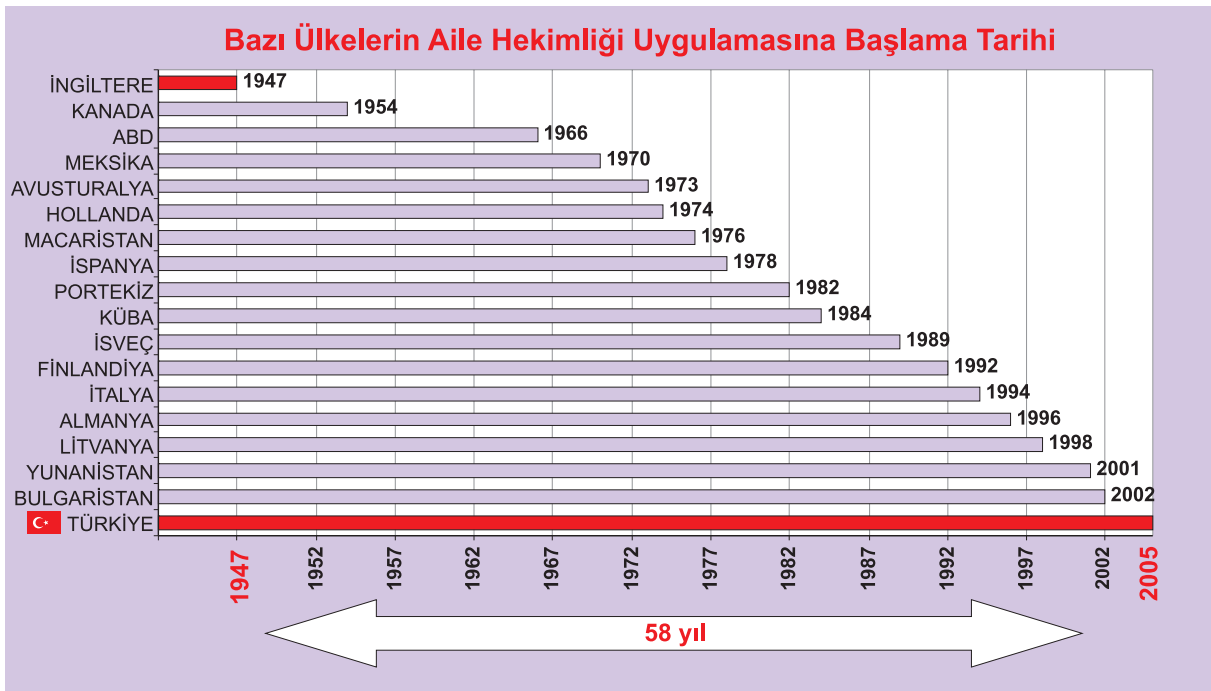
Sağlıkta Yeni Dönem

4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği

Sağlıkta Dönüşüm Programının hizmetin merkezine insanı koyduğunu ifade etmiştik. Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanan bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamıyla birlikte gerçeğinden hareketle bireyin sağlığı “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşımın başarıyı artıracığı bilinmektedir. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesiyle doktor ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kurması, sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde birinci basamakta görev yapan doktor ve ekibinin rolünün belirginleşmesi mümkün olmaktadır.

Programda genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır. Birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekimleri ifade etmektedir.

Grafik: 23



Aile hekimi anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığından, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumludur. Başvuruyu yapan kişinin, her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle diğer uzman hekimlere, ya da dış hekimine hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Sağlık sisteminde
merkezi rol:
Aile Hekimliği

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine genellikle yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık şartları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Prof. Dr. Nusret Fişek'in deyimiyle "Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annelere çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir."

Artık hekiminiz
ailenizden birisi

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da, yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile doktorları aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler. Sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bu önemli hedefini gerçekleştirmek üzere yoğun bir çalışma yürütüldü. Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Danışma Kurulu oluşturuldu. Bu kurul düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile doktorluğu uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırladı. İki dönemli düşünülen eğitimin ilk aşaması kısa süreli uyum eğitimidir. İkinci aşama eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedefleyen uzun süreli bir eğitim olarak planlandı.

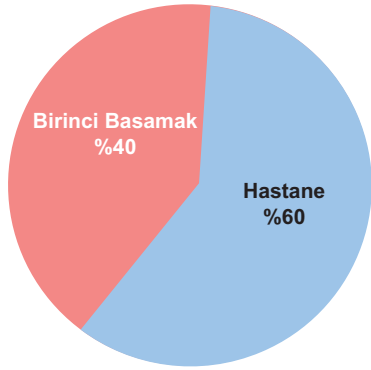
Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturuldu. Bu merkezler aile hekimleri için aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığının yıllık programına uygun olarak ve ücretsiz lojistik destekte bulunmakta, ayrıca aile hekimlerinin denetimini yürütmektedir. Böylece, bir anlamda, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamaları bütünleştirilmiş ve entegre bir birinci basamak yapılanması sağlanmıştır. Süreç içinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev alması planlanmaktadır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası, Kasım 2004'te TBMM de kabul edildi. Pilot uygulamayla ilk olarak Ekim 2005'te Düzce ilinde başladı. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya ve 2008 yılında da Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana ve Burdur ilinde uygulamaya geçilerek 22 ilde 15 milyon vatandaşımız aile hekimliği uygulaması kapsamı içine alındı.

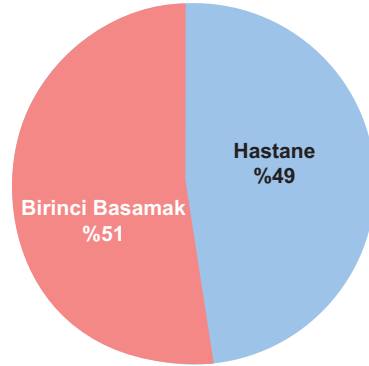
Erken dönem sonuçları oldukça başarılı olan aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkımızın gündeminde yer etmesini sağlamakta, birinci basamağı cazip hale getirmekte, böylece koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın verilmesini kolaylaştırmaktadır. Sistemin başarıyla yürütüldüğü başlangıç illerinde, hastanelere giden hasta sayısını düşürmekte ve hastanelerdeki yığılmalar azalmaktadır. Bu arada birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda görev yapmakta olan meslektaşlarımız hak ettikleri hekimlik itibarına kavuşmaktadır. Şimdilik meslek içi eğitimlerle desteklenen bu uygulama, uzun vadede bu hizmetleri yürütecek aile hekimi uzmanlarının yetişmesini teşvik edecektir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerine olan güveni daha da artıracaktır.

Grafik: 24

Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Birinci Basamakta ve Hastanede Yapılan Muayenenin Oransal Dağılımı (%)



Aile Hekimliği Uygulamasından Önce



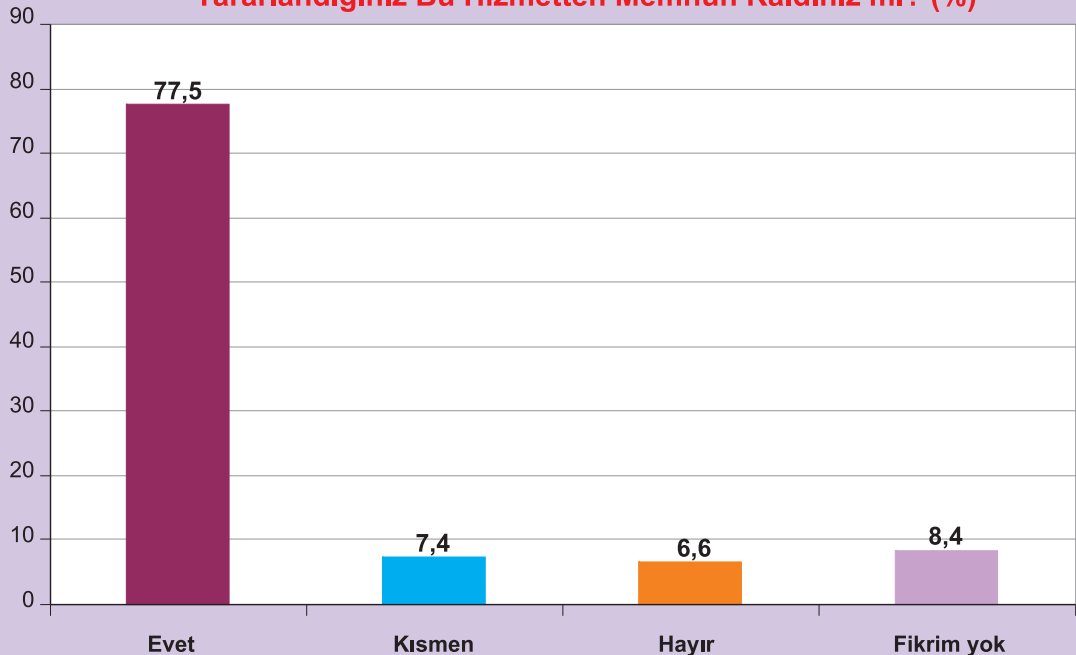
Aile Hekimliği Uygulamasından Sonra

Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Birinci Basamak muayene hizmetleri ağırlık kazanmıştır. Geçmişte tüm muayene hizmetlerinin %40'ı birinci basamakta veriliyor iken, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerimizde bu oran %51 olmuştur. Ülkemizde hekim ve bu arada pratisyen hekim sayısındaki belirgin yetersizlik sebebiyle sevk zinciri mecburiyeti henüz getirilememiş olmasına rağmen, bu oranlar dikkat çekici ve ümit vericidir.

Başlangıç ilimiz Düzce'de aile hekimliği araştırmasında vatandaşımıza aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyeti sorulduğunda yüksek bir memnuniyet oranı ortaya çıkmıştır.

Grafik: 25

Yararlandığınız Bu Hizmetten Memnun Kaldınız mı? (%)



Kaynak: Düzce İli Aile Hekimliği Araştırması (ANAR)

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri Artık Ücretsiz

Bugün
vatandaşlarımız
yurdun her
tarafında birinci
basamak sağlık
kuruluşlarımızdan
herhangi bir
sosyal güvenlik
belgesi
istenmeksizin her
türlü hizmeti
alabiliyorlar.

Sağlıkta Yeni Dönem

5. Hastane Hizmetlerinde Zihniyet Değişimi

a) Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılışı: Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altına Alınması

Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmıştır. Programda insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirileceği vurgulanarak, ülkemizin bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırılacağı belirtilmiştir.

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarımızı halkın hizmetine seferber etmeyi hedef almıştır. Bu dönemde SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilerek hastane kapılarında vatandaşlarımızın önüne konan engeller kaldırıldı ve vatandaşlarımız arasındaki ayrımcılığa son verildi. Daha önce dengesiz yükler altında kalan hastanelerimiz, SSK'lı, BAĞ-KUR'lu, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kart'lı ayrımı yapmaksızın dengeli biçimde bütün vatandaşlarımıza hizmet eder hale geldi.

Kamuda sağlık hizmetine erişme gücü çeken birçok vatandaşımız hizmet alma imkânına artık kavuşmuştur. SSK hastanesi-devlet hastanesi ayrımcılığının ortadan kalkması, vatandaşlarımıza tercih imkânının sunulmasının yanında, primini ödeyen, sağlık güvencesi altında olduğu halde hakkını elde edemeyen bir kesimin hizmete erişiminin sağlanması açısından da çok hakkaniyetli bir uygulama oldu.

Sağlıkta
tek taban,
tek çatı

b) Hastanelerde Yerinden Yönetim

Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestisi verilmesi ve bunlarla birlikte çalışanlara döner sermayeden performansa göre ek ödeme yapılması verimliliği artırdı. Sağlık kuruluşlarımız hasta odaklı hizmet kurumları halini almaya başladılar.

Kamu hastanelerinin geçmişte mevcut olan hantal yapısını değiştirmek gayesiyle, başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmet için özel sektörden hizmet alınmasının önü açıldı ve hastane hizmet yapıları hızla gelişmeye başladı. Böylece özellikle görüntüleme ve diğer tetkiklerde gereksiz bekleme süreleri büyük ölçüde azaltıldı. İşletme modelleri arasındaki farklılaşma SSK hastaneleri ile diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında toplanması ile son buldu.

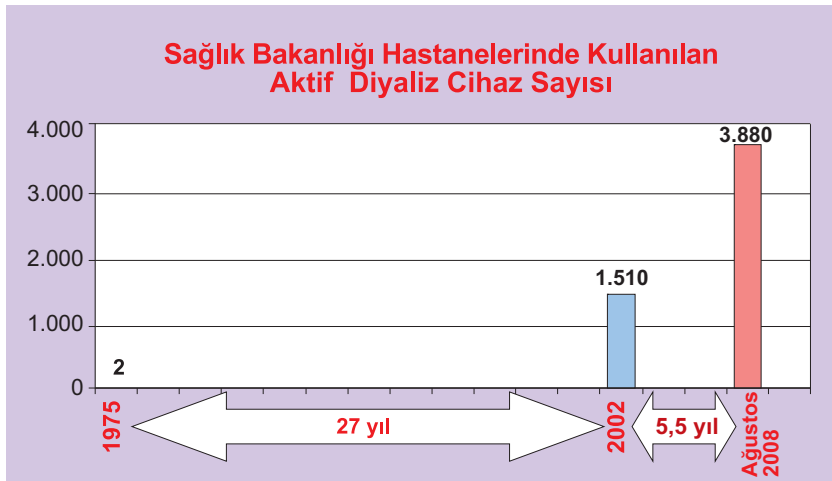
Her geçen gün daha fazla yetki devredilen ve bugün bile büyük oranda yerinden yönetilen kurumlar haline gelen hastanelerimiz özerk kamu kurumları olma yolundadır. Son 5 yıl içinde hastanelerimizin tamamı bilgi işlem alt yapısını kurarak bütün hizmetlerini kayıt altına almıştır. Ek ödemeler döner sermaye imkanlarıyla karşılanmaktadır. 18.500'ü maaşları hastanelerimizin kendi döner sermayelerinden karşılanmak üzere, 35 bini aşkın sözleşmeli sağlık personeli hastanelerimizde göreve başlamıştır.

Devlet hastanelerimiz hizmet için gerekli donanımına sahip olmak için yıllarca ödenek beklemekten kurtarılmış ve özel sektörden hizmet satınalma imkanı sağlanmıştır. Kamuya yatırım yükü getirilmeden hizmet araçları sağlanmakta ve bedeli kurumun kazancı ile ödenebilmektedir.

c) Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleri cihaz fakiri olmaktan kurtarıldı. 2002 yılında devlet hastanelerinde bulunan 1.500 adet diyaliz cihazı sayısı 2008 yılı Ağustos itibariyle 3.880'e çıkarıldı.

Grafik: 26



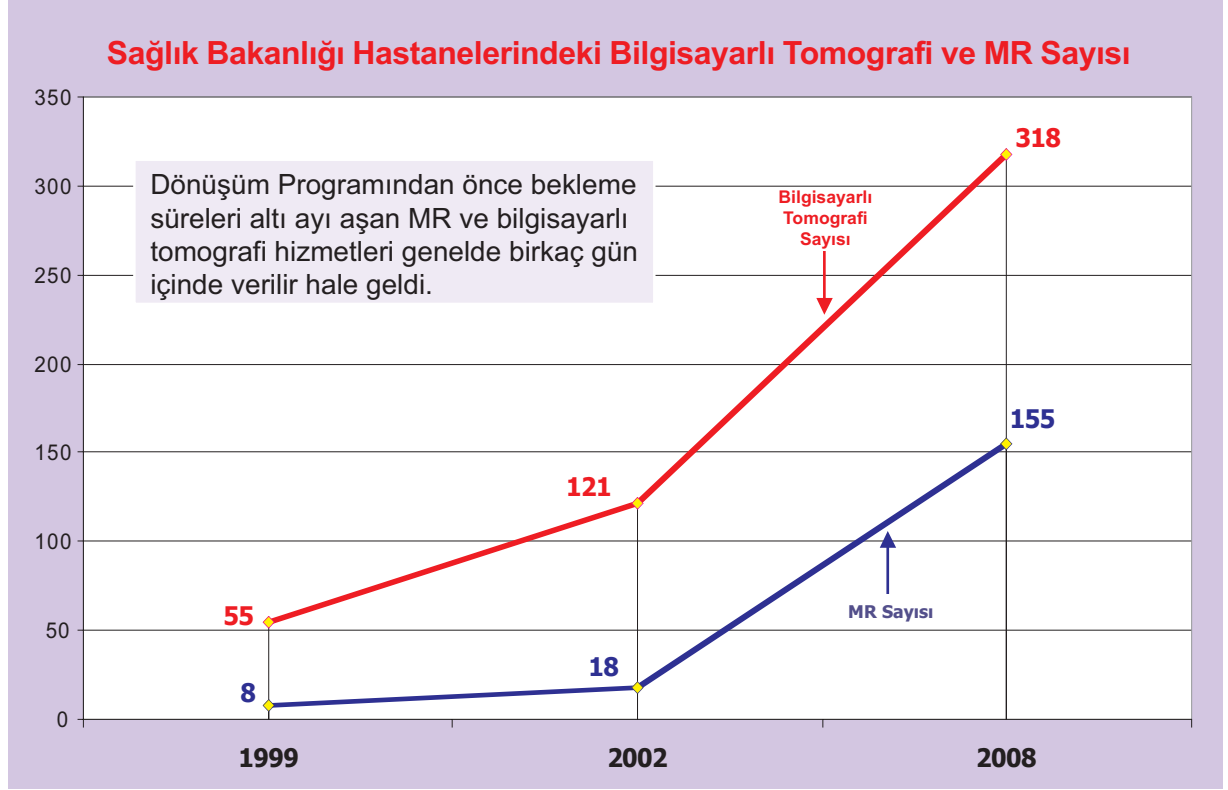
Beş buçuk yılda aktif diyaliz cihaz sayısını 2,5 katına çıkardık.

Bugün ilçelerimizin tamamında ya yerinde ya da taşınabilir olarak diyaliz hizmeti veriyoruz.

Not: 2002 yılındaki sayıya SSK kuruluşlarındakiler dahildir.

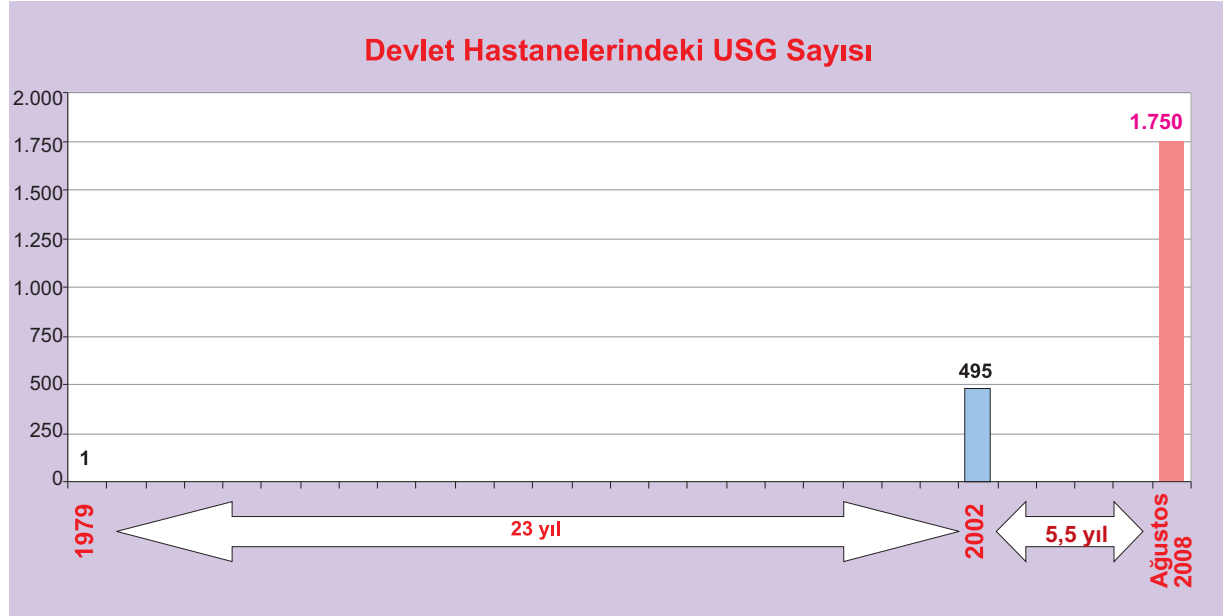
Devlet hastanelerimizde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmetler verilmeye başlandı ve 2002’de tüm devlet hastanelerinde 18 olan MR cihazı sayısı 2008’de 155’e, 121 olan bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı 318’e çıktı.

Grafik: 27



Not: 1999 ve 2002 yılındaki sayılara SSK hastanelerindekiler dahildir.

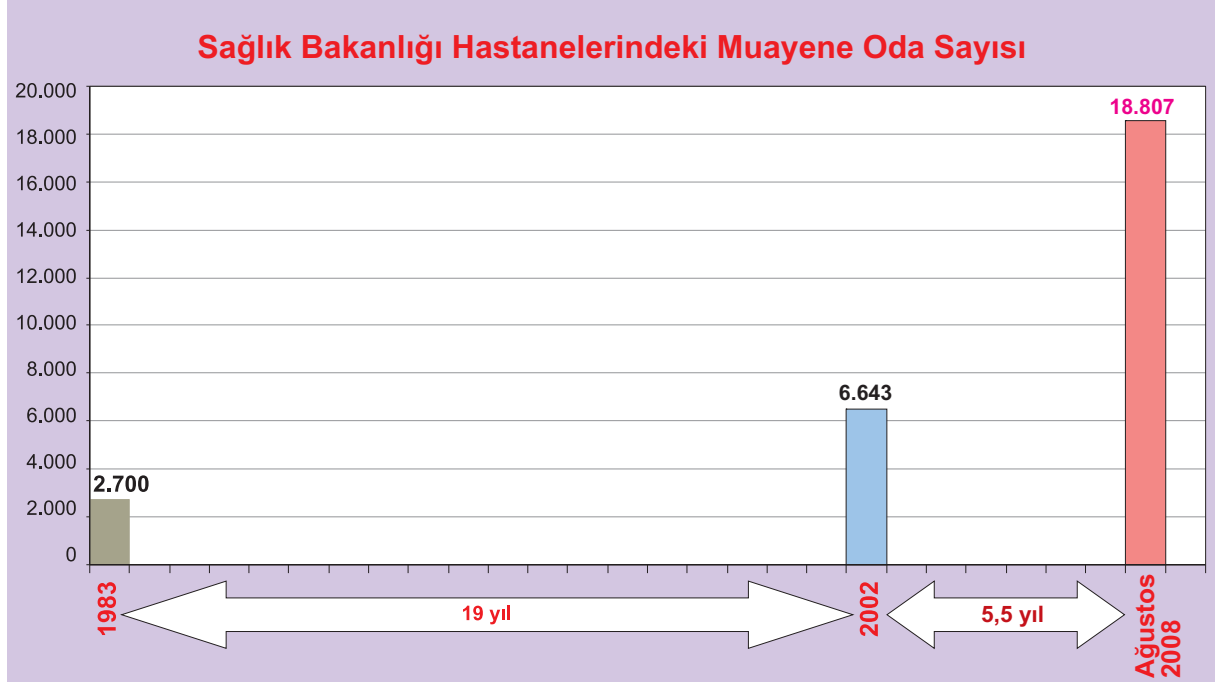
Grafik: 28



Not: 2002 yılındaki sayıya SSK kuruluşlarındakiler dahildir.

2002 yılında hastanelerimizin %20 sinde elektronik bilgi sistemleri var iken, 2006 yılında bu oran %100 oldu. 2002 yıl sonunda devlet hastanelerinde doktorlara ayrılan muayene odası sayısı 6.643 iken 2008’da 18.807’e çıktı, yani yaklaşık 3 kat arttı.

Grafik: 29

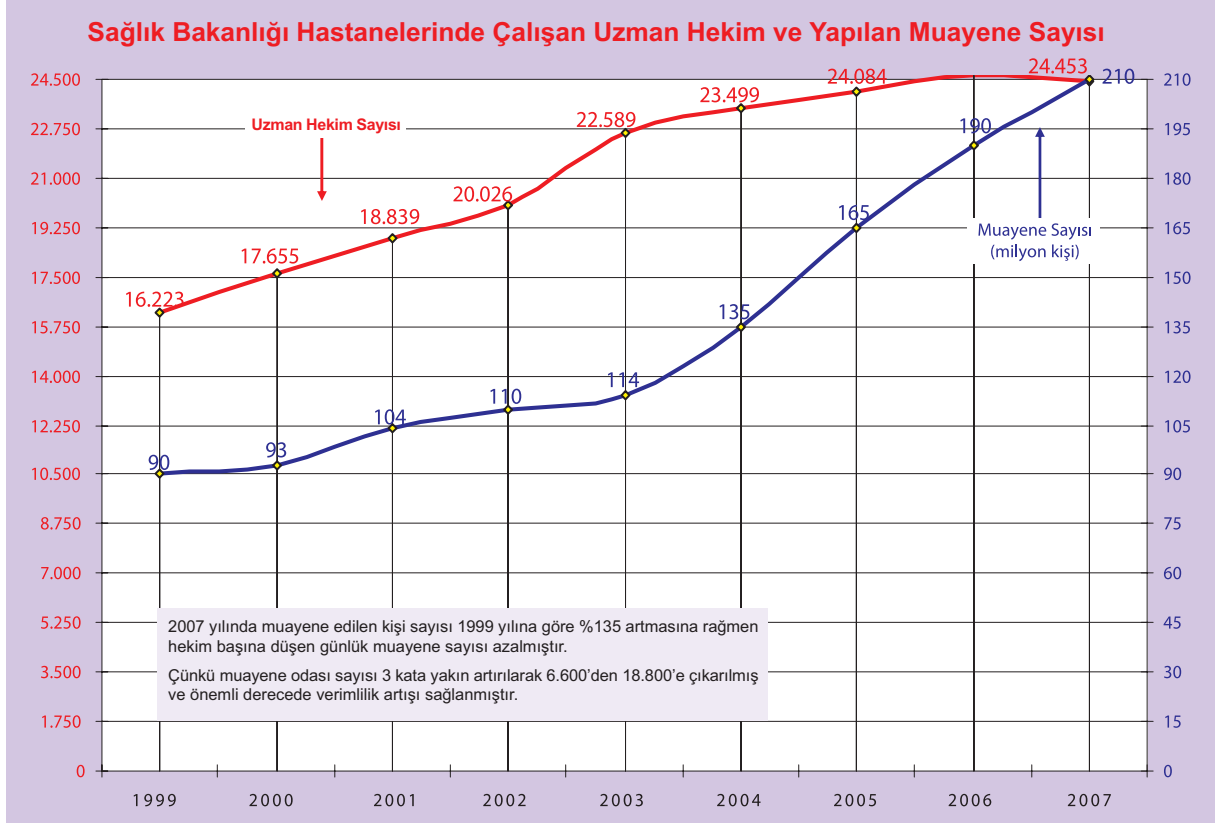


“Her hekime bir oda” prensibiyle atıl kapasite harekete geçirildi, buna paralel olarak, 2002 yılında devlet hastanelerinde (SSK dahil) 110 milyon hasta muayene edilirken 2007 yılında 210 milyon hastaya muayene hizmeti verildi.

Hastane kapılarından
muayene odalarına

2002 yılında 14 olan Ağız-Diş Sağlığı Merkezi sayısını 79 ilimizde 106’ya çıkardık.

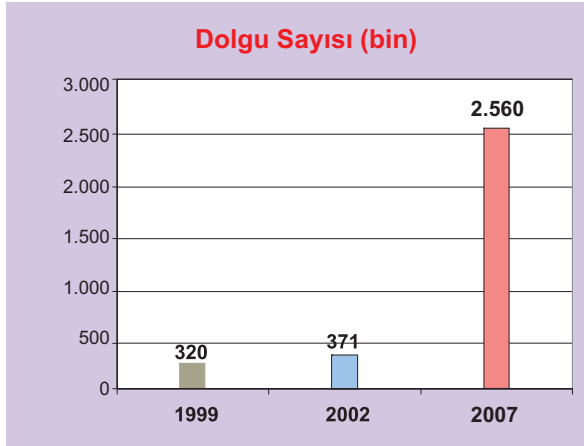
Grafik: 30



Not: Rakamlara SSK Hastanelerimizde çalışan uzman hekim ve yapılan muayene sayıları dahildir.

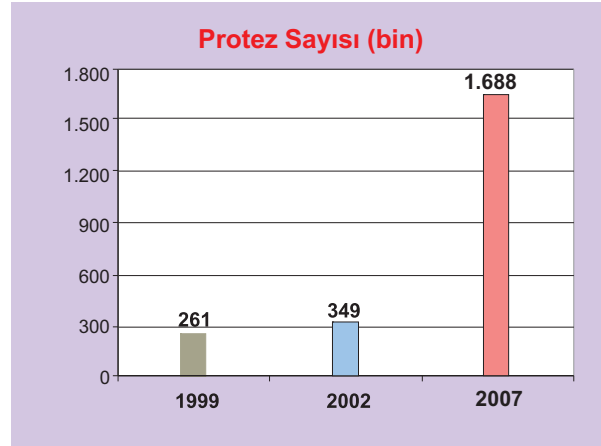
2002 yılına göre 2006 yılında devlet hastaneleri ile ağız diş sağlığı merkezlerinde yapılan protez sayısı 5 katına, dolgu sayısı ise 7 katına yükselmiştir.

Grafik: 31



Not: 1999 ve 2002 yılındaki sayılara SSK hastanelerinde yapılanlar dahildir.

Grafik: 32

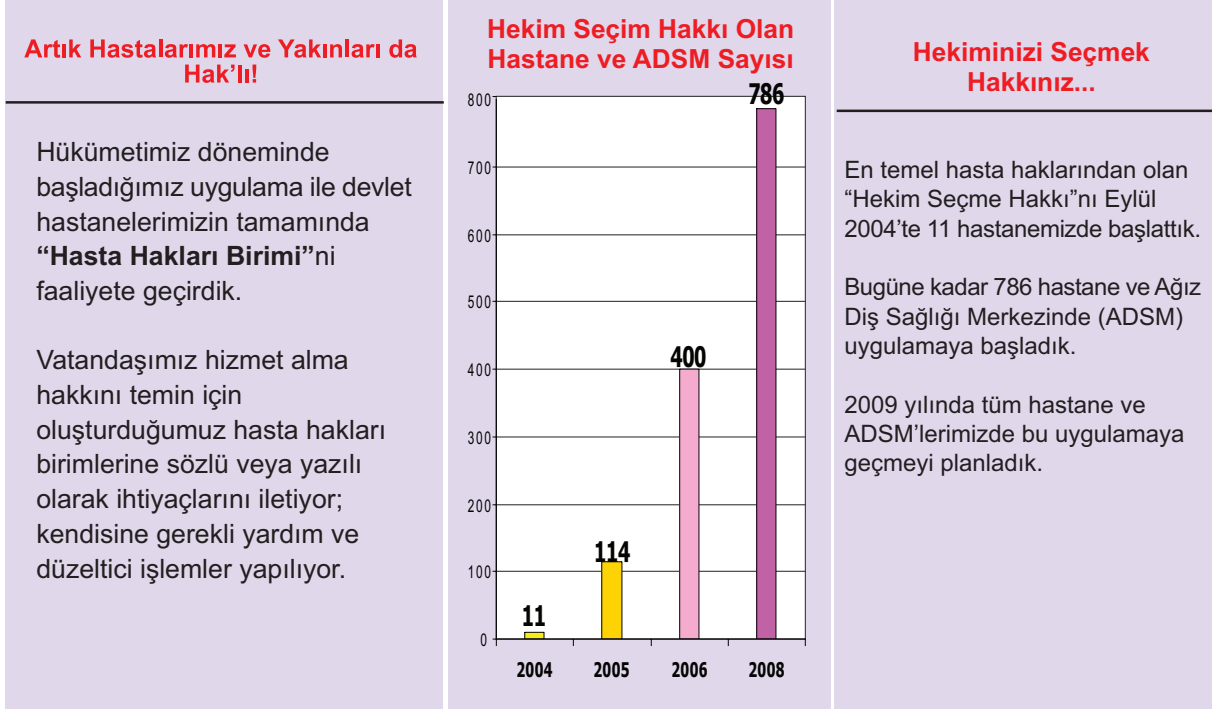


Not: 1999 ve 2002 yılındaki sayılara SSK hastanelerinde yapılanlar dahildir.

2002 yılına göre 2007 yılında devlet hastanelerinde yapılan dolgu sayısı 7, protez sayısı ise 5 katına çıktı.

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti hedeflenmektedir. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerimizin tamamında “Hasta Hakları Birimi” faaliyete geçirildi.

Grafik: 33



Şimdi Hizmet Hakkınız

**Alo SABİM 184 ile
Sağlık Bakanlığına doğrudan ulaşabilirsiniz.**

- 52 operatörle 7 gün 24 saat hizmetinizdeyiz.
- Başvuruların % 90’ını ilk 24 saatte çözüyoruz.
- Çözümü hemen mümkün olmayan durumlarda konuyu neticelendirip vatandaşımıza bilgi aktarıyoruz.
- Her yıl SABİM’e yapılan 1 milyon başvuruyu sonuçlandırıyoruz.

Son 5,5 yılda 367'si hastane ve ek binası olmak üzere 1.102 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sokuldu. Yıllardır bekleyen inşaatlar tamamlandı. Eklenen yeni hasta yatağı sayısı 20 bini buldu. Bu dönemde yapılan hasta odalarının %80'i banyolu ve tuvaletlidir. %20'lik kısım da önceden başlanan ancak teknik olarak revize edilemeyen projeler sebebiyledir. Banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısı 10 binden 23 bine çıkarıldı. Böylece banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı %9'dan %18'ye yükseldi.

Yoğun bakım
üniteleri hayata
dönüyor

2002 yılında 869 olan tam donanımlı yoğun bakım yatak sayısı 2008 yılı Ağustos itibariyle 6.558'e ulaştı.

Grafik: 34

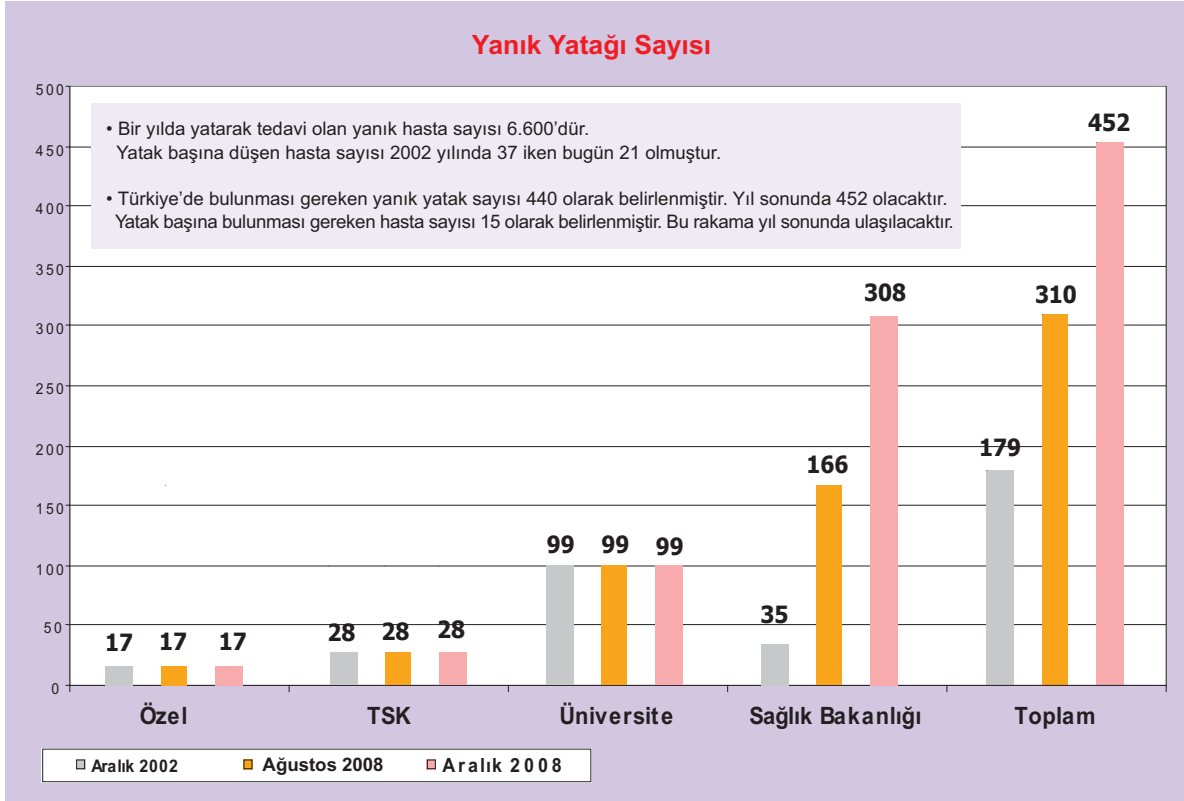


Not: 2002 ve önceki yıl sayılarına SSK hastanelerindekiler dahildir.
Yeni doğan yatak sayıları dahil değildir.

d) Özel Hastane Kapılarının Herkese Açılması

Sağlıkta Dönüşüm Programında ülkemizin sağlıkla ilgili bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak birbiriyle uyumun sağlanması ve böylece verimliliğin artırılması öngörülmektedir. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi bu amacın hayata geçirilmesinin somut bir adımıdır. Önemli bir diğer adım ise, özel sektörün

Grafik: 35



gerçekleştirdiği yatırımların da sisteme katılarak, hastalarımızın kendi sosyal güvenceleri kapsamında buralardan yararlanmasına fırsat verilmesidir. Artık kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın ülkemizin bütün kaynakları vatandaşlarımızın hizmetine sunulmaktadır. Devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet içinde hizmet sunması, hizmet kalitesinin artmasında etkili olmuştur; bu etki gittikçe daha fazla fark edilecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlarımıza açması devlet hastanelerinin yükünü sınırlı da olsa azaltmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak sağlık hizmetlerinin sunulması kolaylaştırılmıştır.

Aynı zamanda, özel sağlık sektöründe kayıtlı çalışma artmıştır. Bunun sonucunda üretilen değerler üzerinden kamuya ayrılan paylarda artışlar olmuştur. Sektör daha dikkatli denetlenmeye başlanmıştır. Diğer yandan özel sağlık sektörü bu uygulamayla yeni ivme kazanmıştır. Bu alanda önemli ölçüde yatırım gerçekleşmiştir. Vatandaş korumak üzere, özel hastanelerin alabileceği ilave ücretlere kısıtlamalar getirilmiştir. Bu son uygulamalar özel hastanelerin büyük çoğunluğunu giderek “halk hastaneleri” olma yönünde bir değişime yönlendirmektedir. Özel sağlık kuruluşları bu süreçte uyum aşamasındadır.

Sağlıkta Yeni Dönem

6. Performansa Göre Ek Ödeme, Kalite ve Akreditasyon

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde, hastanelerimizin ürettiği hizmetlerden elde edilen gelirlerden bu hizmette emeği geçenlere çok sınırlı bir katkı payı ödenmekteydi. Bu tür bir katkı payı ödemesi üretilen sağlık hizmeti ile doğrudan bir ilişki içinde olmadığı için, sağlık hizmetinin verimliliği, kayıt altına alınması veya hizmetin karşılığının geri dönmesi sadece bir kaç yöneticinin sorunu olmaktan öte gidememiş ve genel bir kayıtsızlık durumu oluşmuştu.

Geçmiş uygulamada, teorik olarak temel maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı verilebiliyordu. Yeni uygulama ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir.

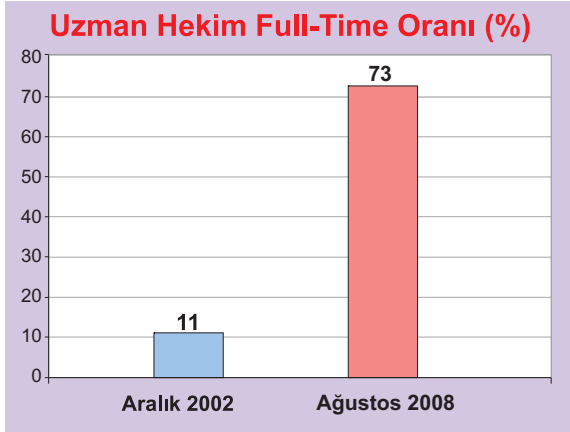
Sağlıkta Dönüşüm Programında performans göstergelerinin belirleneceği ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirileceği hükmü yer almıştır. Bu doğrultuda geliştirilen yeni uygulama birçok açıdan değişiklikler getirmektedir. Öncelikle, yapılan işle maddi katkı arasında bir paralellik kurularak, zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanabileceği bir sistem oluşturuldu. Hizmeti üretenlerin katkıları oranında bunun karşılığında pay almaları hakkaniyete daha uygundur. Bu ek kazancın işletmede zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılmasını temin ettiğini gözledik. Bu uygulamanın ortaya koyduğu birinci husus, öncelikle hastanelerimizde yapılan hizmetlerin ölçülebilir hale getirilmesidir. İkinci husus ise, bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılmasıdır. **Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili hizmetler değil, asistan eğitimi ile bilimsel çalışma ve yayınlar da performans ölçütleri olarak kabul edildi.** Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmalar teşvik edildi.

Vatandaşa hizmet edenin ödüllendirildiği sistem: Performansa dayalı ek ödeme

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin mahrumiyeti oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması bu uygulamanın önemli özelliklerindendir.

Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödenmesi sonucunda birçok hastanemizde mesai saatleri gönüllü olarak uzatıldı, ameliyathaneler daha uzun süreli kullanılmaya başlandı. Birçok uzman hekimimiz muayenahanelerini kapatarak tam zamanlı olarak hastanede çalışmayı tercih etti. Hizmet talebi giderek karşılanan vatandaşlarımız sebebiyle hastanelerimizde gittikçe artan hasta yükünün üstesinden gelmede bu uygulamanın büyük rolü oldu. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde oran %73'e ulaşmıştır. Böylece ülkemizde sayıca yetersiz olan hekimlerimizin kamu hastanelerindeki verimliliği artmıştır.

Grafik: 36



Görevi devraldığımızda uzman hekimlerimizin sadece **2.200**'ü tam zamanlı çalışıyordu.

“Performansa Dayalı Ek Ödeme” uygulamamız sonucunda bugün **17.700** uzman hekimimiz kamuda tam zamanlı çalışmaktadır.

- Yapılan işe karşılık ek ödeme anlamına gelen performansa göre ek ödemeyi, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak uygulamaktayız.
- Hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuştur.
- Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması performansa dayalı ödeme sisteminin büyük ölçüde sübvansede etmektedir.
- Uygulama düzenli bir kayıt sisteminin oluşmasını sağladı. Hastanelerimizin % 20'sinde otomasyon var iken, bugün bu oran % **100**'dür.
- Bekleme süreleri önemli ölçüde azaldı.
- Bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi.
- Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale geldi.
- Halk arasında “bıçak parası” diye bilinen haksız uygulama ile mücadeleimiz kolaylaştı.

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması artan hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu arttıran önemli bir unsur olmuştur. Bu uygulama ile **düzenli bir kayıt sisteminin oluşması sağlandı. Hastanelerimizin yaklaşık %20'sinde elektronik bilgi sistemi var iken, bugün bu oran %100'dür. Uygulamalarla birlikte bekleme süreleri önemli ölçüde azaldı, bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere indi, sağlık işletmelerinin gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale geldi. Bunların yanısıra diğer bir önemli husus ise, sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması ile performansa dayalı ödeme sisteminin kendisini büyük ölçüde sübvansede etmesidir.**

Sağlıkta Dönüşüm Programı sürekli kalite gelişimini hedeflemektedir. Ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak sisteme sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan “Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme” mevzuatı ile kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sayede, personele ödenen ek ödemeler sadece üretilen hizmetlerin niceliğine bağlı olarak değil, yukarıda başlıkları belirtilen ölçümlerin sonucuna, yani hizmetlerin kalitesine göre de değişmektedir.

Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme mevzuatında, uygulama sonuçları dikkate alınarak yapılan değişiklikler ile sistemin kalite boyutu günden güne değişim ve gelişim göstermiştir. Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmaları çerçevesinde, 2008 yılı içinde hizmet kalitesi standartları ve kurumsal performans değerlendirmeleri anlamında önemli yenilikler sağlık kurum ve kuruluşlarının gündemine taşınmış bulunmaktadır.

Bakanlığımız hastaneleri tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkemizde sağlık akreditasyonunda birlik sağlamak amacıyla önce Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş, ardından, performans uygulamaları ve kalite çalışmalarını yürütmek üzere Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde “Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığı” oluşturulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı içindeki yeri, konunun vardığı merhale ve sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite geliştirme çalışmalarının yönünün tayin edilmesinde arz ettiği öneme binaen nihai olarak Bakanlık içinde müstakil bir “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” oluşturulmuş ve çalışmalar bu çatı altında yürütülmeye başlanmıştır.

Böylece, sağlık sektörünün önemli bir ihtiyacına cevap verecek doğrultuda çalışmalar başlatılmış durumdadır. Önceleri daha çok özel sağlık kuruluşlarının gündeminde olan ve sınırlı kalan kalite çalışmalarında Bakanlığımız önderlik rolünü üstlenmiştir. Son üç yıldır kamu hastanelerinin gündeminde yer tutan kalite çalışmaları giderek artan bir şekilde tüm süreçlere nüfuz etmektedir.

Süreç içinde kamu hastanelerinde kalite çalışmaları hızlandırıldı ve ilk etapta Kurumsal Performans Değerlendirme ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konuldu. Böylece, hastanelerimizde sağlık hizmetine erişimin sağlanması, alt yapı ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturuldu.

Önemli bir zaman dilimi boyunca uygulanan söz konusu yönerge ve sonuçları, alınan geri bildirimler ve elde edilen veriler ışığında analiz edilerek, farklı ve daha kapsamlı bir boyutta revize edilerek “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ismiyle sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmak üzere yayınlandı.

Önceki kalite mevzuatına nazaran sağlıkta kalite uygulamalarına ilişkin kapsamlı değişikliklerin söz konusu olduğu son yönergede, sadece Bakanlığa bağlı kurumlar için düzenlemeler değil aynı zamanda özel, üniversite ve diğer kamu hastaneleri için de yeni uygulamalar kapsama alınmıştır.

Bu çerçevede;

- * Bakanlığımızca belirlenecek usul ve esaslara göre gerekli şartları karşılayan Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile, talep etmeleri halinde, diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarına “Hizmet Kalite Belgesi” verilebilecektir. Böylece, kamu ve özel sağlık sektöründe gönüllü kalite belgelendirme süreci yeni bir boyuta taşınmış olmaktadır.
- * Hastanelerde verilen tüm hizmetlerin değerlendirildiği kapsamlı “Hizmet Kalitesi Standartları” belirlenmiştir.
- * Daha önce kendine özgü hizmet kalite standartları bulunmayan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için kendilerine özgü “Hizmet Kalitesi Standartları” belirlenmiştir.
- * Kurumlarımızda uygulanmak üzere “Çalışan Memnuniyeti Anketleri” geliştirilmiştir.
- * 112 Acil Sağlık Hizmetleri için hizmet kalitesi standartları belirlenmiştir.
- * Tüm sağlık kurum ve kuruluşları için kendine özgü verimlilik göstergeleri geliştirilmiştir.

Hizmette
mükemmellik,
sağlıkta kalite

Söz konusu mevzuatımızla hastanelerimiz ve diğer sağlık kuruluşlarımız puanlanmakta ve her denetim döneminde puanlamalar yenilenmektedir.

Kamu hastane birlikleri kurulduğunda hastanelerin sürekli denetimi ve derecelendirilmesi oluşturulan kalite çalışmaları ışığında gerçekleştirilecektir. Ayrıca, geri ödeme esaslarıyla da ilgili entegre bir performans ve kalite geliştirme sisteminin doğal bir sonucu olarak, özel ve üniversite sağlık kurumları da bu uygulama kapsamında yer alabilecektir.

BAŞARI ÖYKÜSÜ

SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ

Ülkemize has bir model olarak geliştirdiğimiz performans ölçümü ve buna dayalı ek ödeme sistemini, bireysel performansı ölçerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve sağlık çalışanlarının motive edilmesi amacıyla 2003 yılında 10 ilde pilot olarak uygulamaya başladık. Bu 10 ilin sonuçları ve geri bildirimler dikkate alınarak sistemde gerekli düzenlemeler yapıldı ve 2004 yılı başından itibaren Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarımızda uygulamaya geçildi. Bir yıl içinde, Kurumsal Performans ve Kalite Geliştirme Ölçütleri hayata geçirilerek, entegre bir denetim modeli oluşturuldu.

Performansa dayalı ek ödeme sistemiyle kamu sağlığında "kalite"nin tanımı değişmiştir. Kalite, arz yönlü bir anlayışın sonucu olarak hizmet sunucuları tarafından belirlenirken, artık arzın yerine talep öne çıkmıştır. Kamu sağlığında hasta odaklı yaklaşım, sistemde hastaların ağırlığını arttırmış ve yepyeni bir kalite anlayışı gündeme gelmiştir.

Bu uygulamayla hizmetler kayıt altına alınmış, sistemdeki kaçaklar önlenmiş, hekimlerimizin büyük çoğunluğu kamuda tam gün çalışmayı tercih etmiştir.

Sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören sağlık kuruluşlarımızdaki hizmet verimliliğini artıran bu uygulama, sonuçta çalışan ve hasta memnuniyetini artırmıştır.

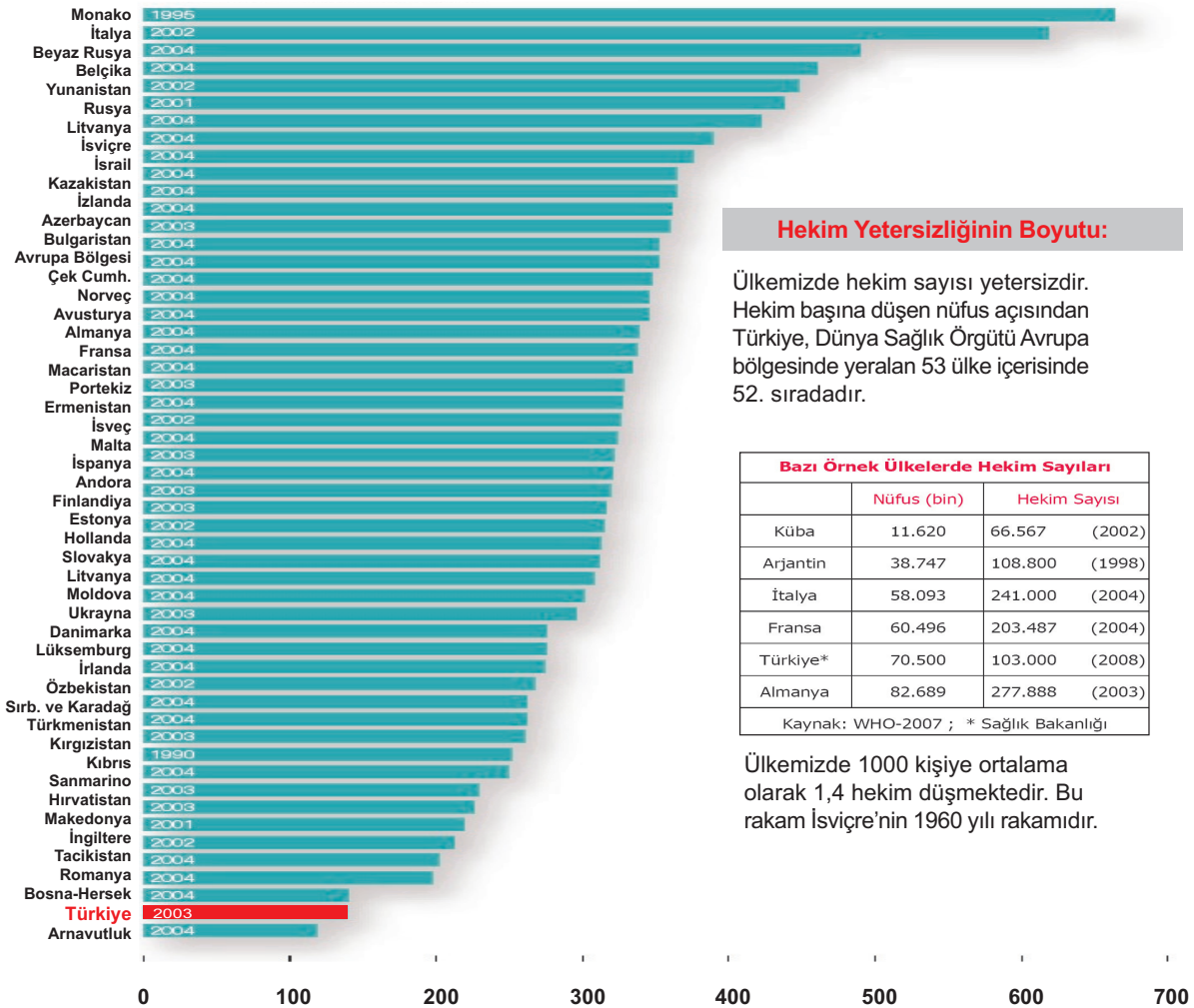
Sağlıkta Yeni Dönem

7. Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi

a) İnsan Kaynakları Durum Tespiti ve Çözüm Planlaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye’de sağlık insan kaynakları konusunda belirgin biçimde yanlış yaklaşımlar dikkati çekmektedir. “Doktor sayısında fazlalık olduğu” şeklinde yanlış bir düşünce sürekli gündemde tutulmuştur. Hemşire sayısı için de benzer bir yaklaşım gösterilmiştir. Ne yazık ki, gerçekte çok önemli olan “Eğitimde kalite” prensibi sayının artırılması ihtiyacını gölgelemek için bahane olarak kullanılmıştır. Dönüşüm sürecinin başlarında Sağlık Bakanı ve Bakanlığınca sayılardaki büyük yetersizliğe dikkat çekilmiştir.

Grafik: 37 **100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı**



Hekim Yetersizliğinin Boyutu:

Ülkemizde hekim sayısı yetersizdir. Hekim başına düşen nüfus açısından Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinde yer alan 53 ülke içerisinde 52. sıradadır.

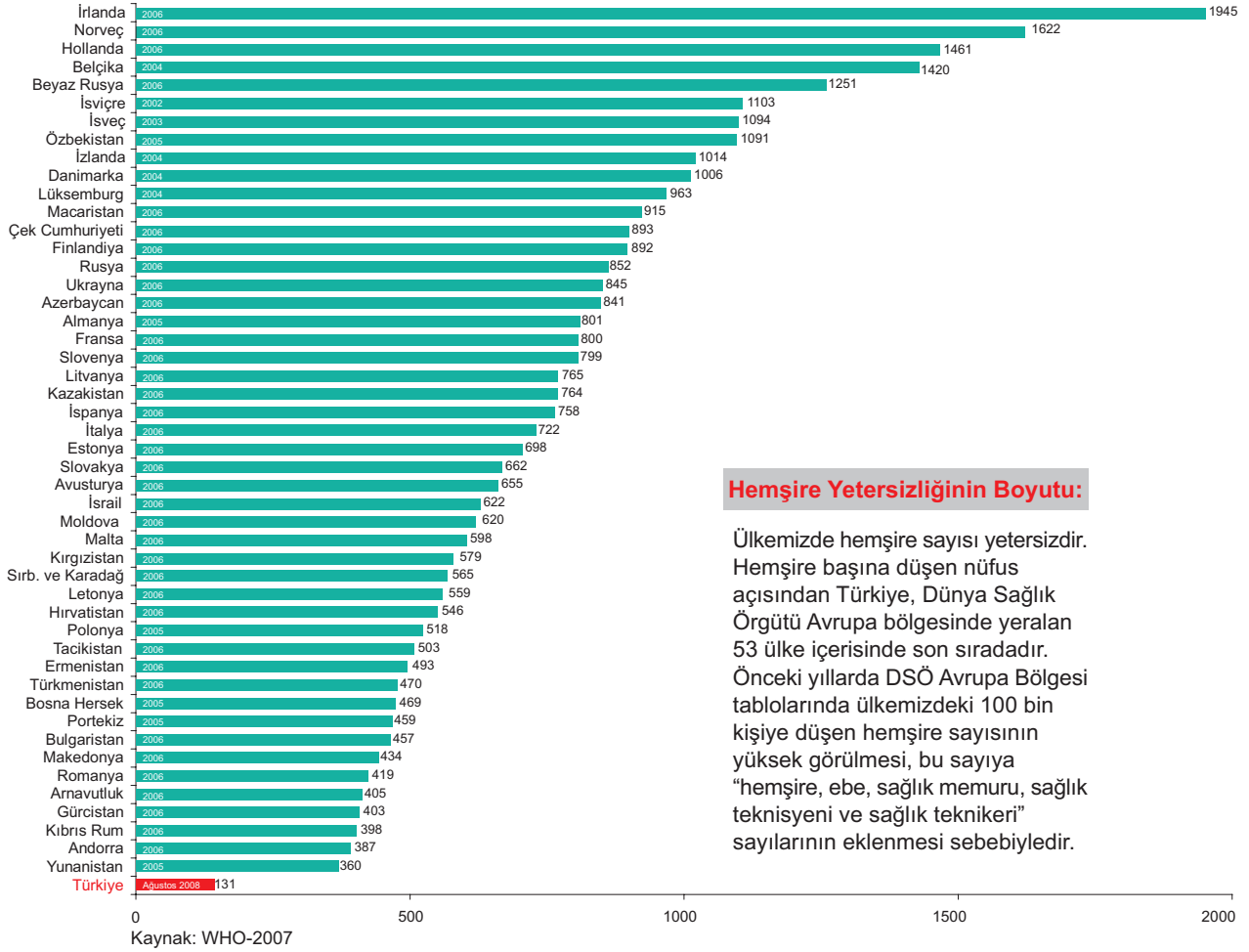
Bazı Örnek Ülkelerde Hekim Sayıları

| | Nüfus (bin) | Hekim Sayısı |
|----------|-------------|----------------|
| Küba | 11.620 | 66.567 (2002) |
| Arjantin | 38.747 | 108.800 (1998) |
| İtalya | 58.093 | 241.000 (2004) |
| Fransa | 60.496 | 203.487 (2004) |
| Türkiye* | 70.500 | 103.000 (2008) |
| Almanya | 82.689 | 277.888 (2003) |

Kaynak: WHO-2007 ; * Sağlık Bakanlığı

Ülkemizde 1000 kişiye ortalama olarak 1,4 hekim düşmektedir. Bu rakam İsviçre'nin 1960 yılı rakamıdır.

Grafik: 38 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı

**Hemşire Yetersizliğinin Boyutu:**

Ülkemizde hemşire sayısı yetersizdir. Hemşire başına düşen nüfus açısından Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinde yer alan 53 ülke içerisinde son sıradadır. Önceki yıllarda DSÖ Avrupa Bölgesi tablolarında ülkemizdeki 100 bin kişiye düşen hemşire sayısının yüksek görülmesi, bu sayıya "hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni ve sağlık teknikeri" sayılarının eklenmesi sebebiyledir.

Türkiye’de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sayının artırılması önemlidir. Her yüz bin kişiye düşen doktor sayısı itibarıyla Türkiye DSÖ Avrupa bölgesinin en altında yer almaktadır. Hemşire, fizyoterapist ve diğer ve birçok sağlık çalışanları için de durum farklı değildir

Ülkemizde hekim ve hemşire sayısı yetersizdir

Nüfusumuzun ihtiyacı ve artan sağlık hizmet talebi hekim ve hemşire sayısının artırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bununla birlikte eğitimin kalitesi şüphesiz korunmalı, hatta geliştirilmelidir. Türkiye’deki tıp fakültesi öğretim üye sayısı ve yetkinliği bunu sağlayabilecek yeterliliktedir.

Tablo: 5

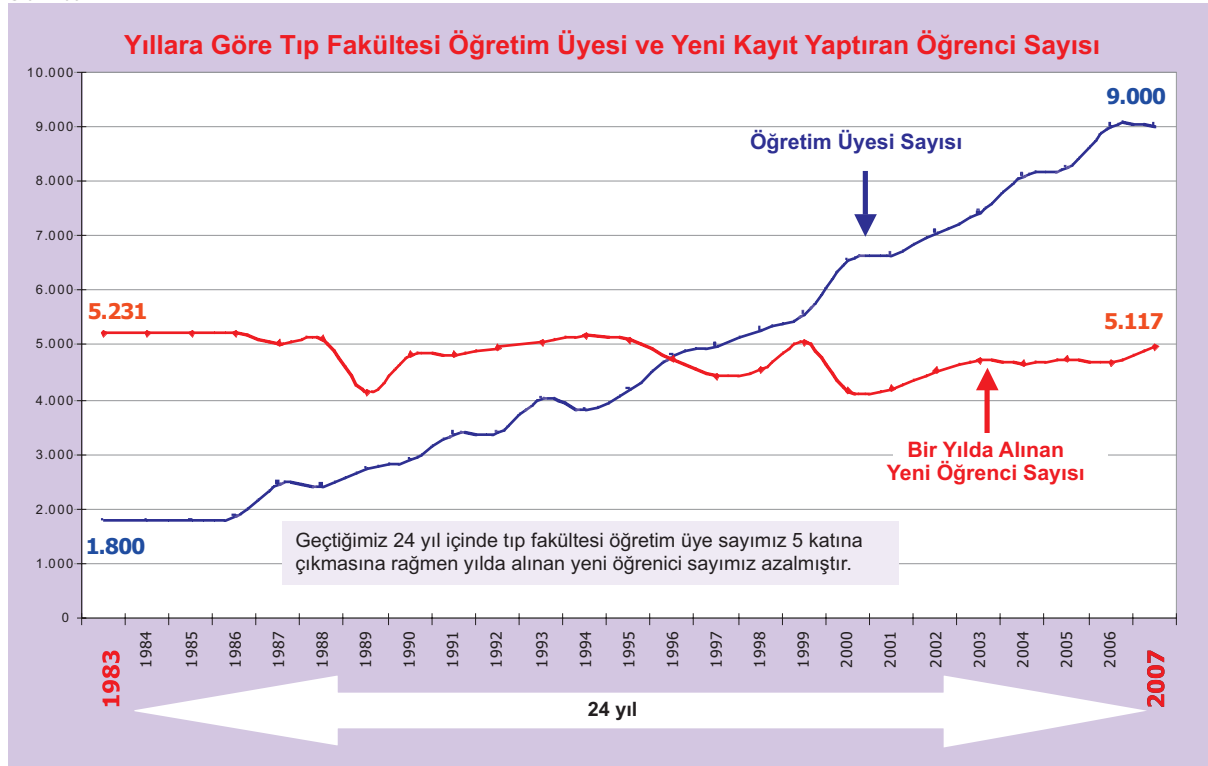
| Bazı Örnek Ülkelerde Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayısı | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|----------------------|----------------|-------------------------------------------|
| Ülke | Nüfus (milyon) | Tıp Fakültesi Sayısı | Öğretim Üyesi Sayısı | Öğrenci Sayısı | Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Sayısı |
| Almanya | 82,6 | 36 | 3.550 | 79.866 | 22,5 |
| İspanya | 41,9 | 28 | 2.500 | 36.049 | 14,4 |
| İtalya | 58 | 39 | 12.583 | 148.157 | 11,8 |
| Fransa | 60 | 44 | 5.847 | 62.921 | 10,8 |
| Slovakya | 5,4 | 3 | 893 | 6.561 | 7,3 |
| Slovenya | 2 | 1 | 285 | 1.717 | 6 |
| Finlandiya | 5,2 | 5 | 698 | 3.583 | 5,1 |
| Danimarka | 5,4 | 5 | 1.570 | 6.598 | 4,2 |
| Türkiye* | 70,5 | 52 | 9.020 | 32.985 | 3,6 |

Kaynak: Dışişleri Bakanlığı; *Sağlık Bakanlığı

Ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindedir. Bu bölge ortalaması temel alındığında sahip olduğumuz nüfusa göre her yıl tıp fakültelerinden **14.000** mezun vermemiz gerekir.

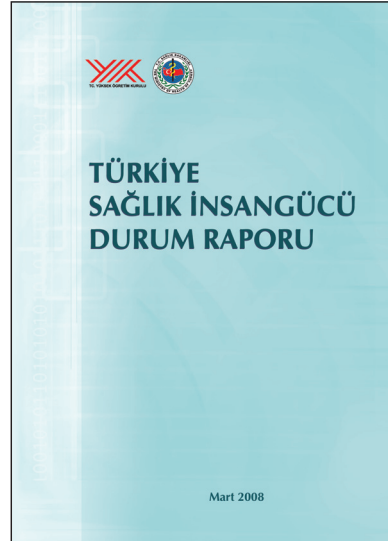
Oysa yılda verilen mezun sayısı **(yaklaşık 4.500)**, nüfusumuza göre Avrupa ortalamasının 1/3'üdür.

Grafik: 39



Bu gerçekler ışığında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mayıs 2006'da ilgili sektörlerin katılımıyla bir çalışma başlatmıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Harvard Halk Sağlığı Okulu ile birlikte değerlendirme analizi yapılmış "Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi" kitap halinde yayınlanmıştır. Buradaki bulguları değerlendirmek ve politikaların analizini yapmak amacıyla 24-22 Nisan 2007 tarihleri arasında düzenlenen Çalıştayın sonuçları "Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı" adıyla yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı YÖK ve DPT işbirliğiyle Mart 2008'de Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu yayınlanmıştır. Sağlık insan kaynakları planlaması ve eğitimi Anayasal görevleri olan bu kurumların ortak noktada buluşmaları, gelecek için ümit verici olmuştur. Bu çalışma ve sonrasında devam eden işbirliği ilk meyvesini vermiş olup, YÖK 2008 Tıp Fakültesi öğrenci kontenjanını %30, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanını %15 artırmıştır. Kontenjanlar 2008'de Tıp Fakülteleri için 6 bin ve hemşirelik okulları için (Sağlık Meslek Liseleri ve Hemşirelik Meslek Yüksek Okulları toplamı olarak) 14 bine yükselmiştir.

Nüfusumuzun beklenen artış hızıyla 2023 yılında 83 milyona ulaşacağını varsayarak, kontenjanların önümüzdeki yıllarda da tedricen artırılması ve her yıl Tıp Fakültelerinde ortalama yeni 13 bin, Hemşirelik okullarında 23 bin öğrenci kontenjanı oluşturulması gerektiğini düşünüyoruz.



Böylece 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin hemşire sayısı Avrupa ortalamasına yaklaşmamız mümkün olabilecektir. Bu rakamlarla her yüzbin kişi için 250 doktor ve 500 hemşireye sahip olacağız. Fizyoterapist ve diğer birçok sağlık disiplininde de aynı yaklaşım büyük önem taşımaktadır.

2023 yılı için aşağıdaki ihtiyaç öngörüsü makul görünmektedir:

- 2008'de kişi başına hekime müracaat sayısı 6,3 civarında olacaktır. Bu sayının önümüzdeki 15 yıl içerisinde yılda 7-8 arasında bir sayıya ulaşacağını bekliyoruz. Yukarıda ifade edildiği gibi Türkiye nüfusunun 2023'de 83 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Böylece 2023 yılında toplam müracaat sayısının 664.000.000'a ulaşacağını tahmin ediyoruz. ($83.000.000 \times 8 = 664.000.000$)
- Kaliteli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için bir hekimin hastasına ortalama olarak 15-20 dakika ayırması gerektiği söylenebilir. Aile hekimlerinin ve ayaktan tedavi hizmeti veren uzman hekimlerin her bir hastasına ortalama 17 dakika ayırdığını

varsayarak günde 25 hasta talebini karşılamalarını hedeflemek makul olacaktır. (Ayaktan hasta kabulünde bir hekimin günde ortalama 7 saat hizmet verdiğiinden hareketle; $420 \text{ dk} / 17 = \sim 25$).

- Yılda ortalama 220 iş gününden hareketle $664.000.000 / 220 \text{ gün} = 3.018.181$ müracaat/gün'ün karşılanması gerekecektir.
- $3.018.181 / 25 = 120.727$ hekim / gün oranı elde edilecektir. (Yani 2023 yılında, aynı anda hasta muayenesi yapan 120 bin hekime ihtiyacımız olacaktır).

Elde edilen 120 bin rakamı yalnızca aynı anda muayenede bulunan aile hekimleri ve ayaktan tedavi hizmeti vermekte olan uzman hekimler için gerekli olan rakamdır. Toplum sağlığı hizmetleri, eğitim hizmetleri (verenler ve alanlar dahil), yataklı hizmetler, ameliyat ve yoğun bakım hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, araştırmalar ve diğer hizmetler de göz önüne alındığında ihtiyacı gerçek anlamda karşılayabilecek sayının 200 bin hekim olduğu görülecektir.

Yetersiz hekim sayısının hizmet arzını optimal karşılayamamasının coğrafik olarak hekim dağılımını zorlaştırdığı, hekim arzının maliyetini aşırı yükselttiğini, gereksiz tetkik ve polifarmasi uygulamaları sonuçlarını doğurduğunu ve bütün bunlarla birlikte maliyeti yükselttiğini de eklemek gerekmektedir.

b) Sağlık İnsan Kaynağı İstihdamında Hamle

Kamu sağlık kuruluşlarında beş yılda 111 bin yeni sağlık personeli istihdam edildi. Mahrumiyet sebebiyle yıllardır sağlık personeli gönderilemeyen sağlık tesislerimizde yeni istihdam edilen 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı görev almıştır. Bu şekilde, uzman hekim açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1/14'den 1/3,5'a, pratisyen hekim için 1/9'dan 1/2,7'ye, hemşire-ebe için ise 1/8'den 1/3,8'e düşmüştür. Alt ve üstteki uç noktalarda kalan birkaç şehirle ilgili dengeleme çalışmalarıyla, önümüzdeki birkaç yılda dağılım çok daha hakkaniyetli hale getirilecektir. Diğer bir istihdam modeli ise, hizmet alımı yoluyla temin edilen temizlik, bilgi-işlem, koruma-güvenlik ve yemek gibi işlerde çalışan personelin istihdamıdır. Bu personelin sayısı 2002 yılında 25 bin civarında iken 2008 yılında 95 bine ulaşmıştır.

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya ait sağlık kuruluşlarında hizmet veren personel sayısı 272 bin iken 2008 yılı Ağustos itibariyle 402 bine ulaşmıştır. (Bu sayılara kamu tarafından doğrudan istihdam edilenlere ilaveten hizmet alımı yöntemi ile istihdam edilen personel sayısı dahildir.)

İstihdamda Önemli Hamle



Yeni “Atama ve Nakil Yönetmeliği” ile, bölgeler ve hizmet grupları oluşturarak adil bir personel dağılımı imkanı getirdik.

Hizmet puanı kriterleri belirleyerek personel nakillerini objektif bir esasa bağladık.

Mazeret durumları için daha sıkı bir denetim sistemi getirdik.

Atamaları bilgisayar ortamında kura ile yaparak şaibeleri ortadan kaldırdık.

Sağlık kuruluşlarımızın hedef nüfus, hizmet bölgesi, fiziki yapı ve hizmet sunum özelliklerini esas alan gerçekçi bir personel dağılım planı uygulamaya devam ediyoruz.

c) Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının eski dönemin en önemli sorunlarından biri olduğu bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının önceliklerinden birisi de bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir düzeye

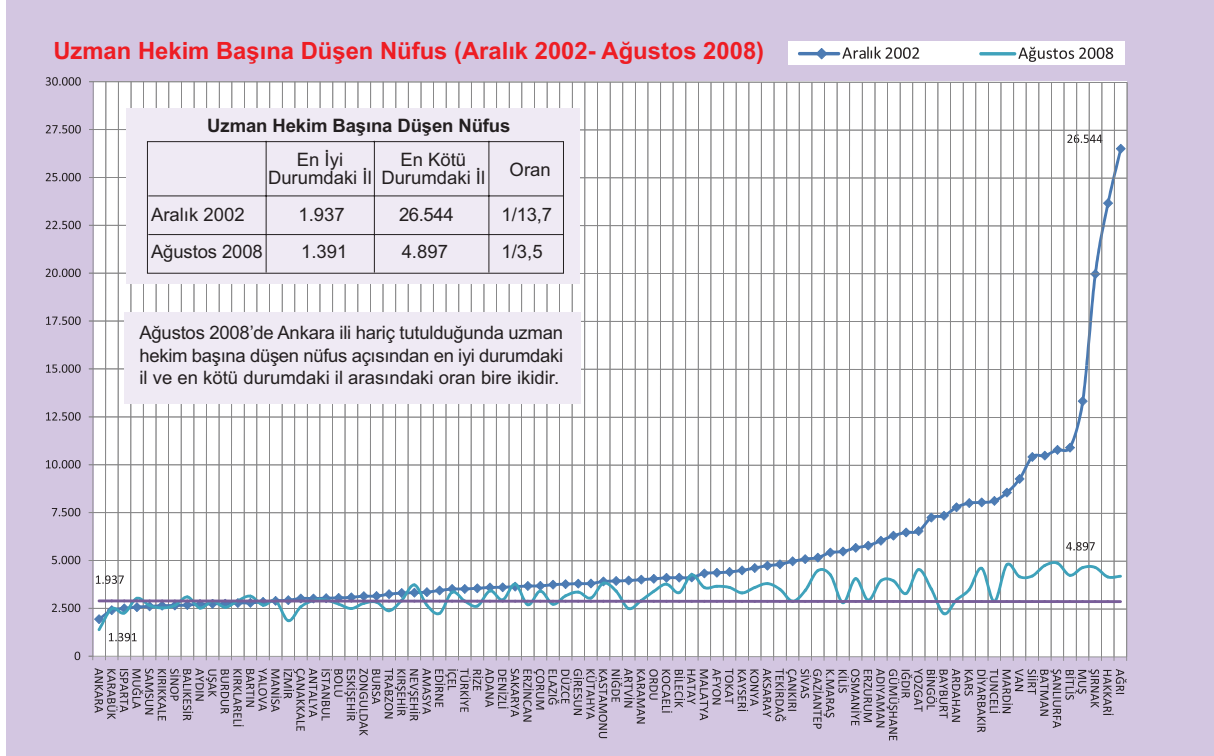
**Mahrumiyet
bölgelerimizi de
mahrum etmiyoruz**

çekilmesi, personel istihdamında ünvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulması olmuştur.

Kalkınmada öncelikli yörelerde özendirme çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamı imkânını tanıyan 4924 sayılı kanun çıkarıldı. Bu sayede, personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde görev yapmak özendirildi. Bu yolla Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde 7 bini aşkın yeni sağlık personelinin çalışması sağlandı.

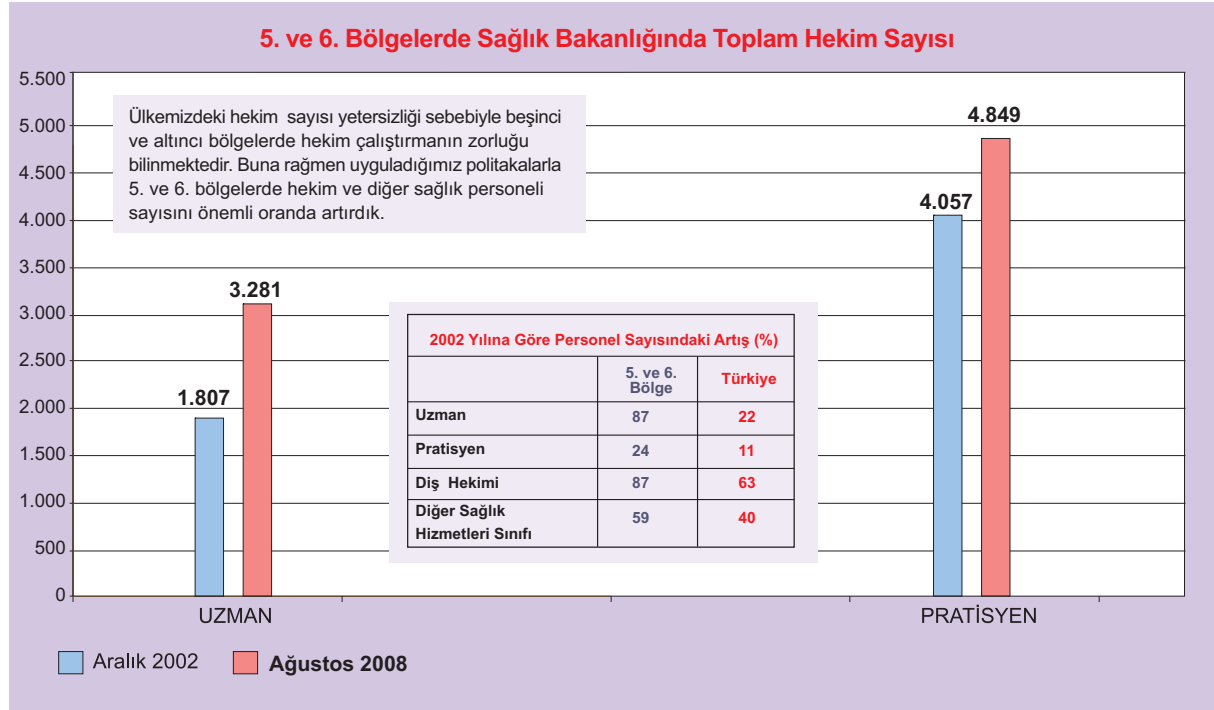
Zaten yetersiz sayıda olan hekimler ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine ulaşması anlayışı çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirildi.

Grafik: 40



Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapıldı.

Grafik: 41



Not: 2002 yılındaki sayılara SSK sağlık tesislerindeki hekim sayıları dahildir.

Atamalarda kayırma imkanını tamamen ortadan kaldıracak şekilde, Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için, farklı bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlandı. İlk defa yapılacak atamalarda, uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personel bilgisayarda kurayla, diğer sağlık personeli genel hükümlere göre merkezi sınavla atanmaktadır. Yeni uygulamayla personelin atama ve nakil işlemleri çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen 'hizmet puanı' esasına göre yapılmaktadır. Mazeret durumları için daha sıkı bir denetim sistemi getirildi. **Atamaların bilgisayar ortamında hizmet puanına göre ve kura ile yapılması, siyasetçilerin ve bürokrasinin üzerinde bir kambur haline gelen torpil ve adam kayırma baskılarına, bu yöndeki adaletsiz bazı uygulamalara ve söylentilere son verdi.** Böylece sağlık personelinin ülke genelinde daha adil ve dengeli dağılımı yönünde büyük başarılar kaydedildi.

d) Sağlık Personeli Eğitimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak aile hekimleri ve aile sağlığı hemşirelerinin uyum eğitimleri yapılmaktadır. Uzun sürecek olan ikinci dönem mesleki eğitim müfredatları hazırlanmış olup eğitim materyallerinin hazırlanması tamamlanmak üzeredir.

Öncelikle mevcut yöneticilerimizin eğitimi konularında adeta seferberlik başlatıldı. Bir yandan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlenirken, diğer yandan Hıfzıssıhha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri verilmektedir.

Bu eğitimler kapsamında bugüne kadar 500'ü yönetici olmak üzere 6.500 öğrenci sistemden faydalanmıştır. Çağdaş bir teknoloji olarak internet üzerinden uzaktan eğitim sistemi Cumhuriyet tarihinde ilk defa olarak sağlık işletmelerinin tüm yöneticilerine, yönetici adaylarına ve uzmanlarına eğitim vermeyi hedef almaktadır. Eğitim sayfasına www.hm-uses.gov.tr adresinden ulaşılmaktadır.

Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesini sağlayacak olan Hemşirelik Kanunu çıkarıldı. Ancak geçiş dönemi içerisinde meslek liselerinde hemşire yetiştirilmesi-çok büyük ihtiyaca binaen - devam ettirilecektir. Kanunda buna yönelik düzenleme de yapılmıştır.

Çeşitli faktörler ve bu arada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, enfeksiyon hastalıklarındaki azalmada olduğu gibi, hastalık yükü karakterinin önemli ölçüde değişmeye başladığı gerçektir. Bu sebeple tıp ve diğer sağlık mesleklerinin eğitim müfredatının tekrar gözden geçirilmesi ve güncellenmesi önem arz etmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

8. Ulusal İlaç Politikası

a) İlaç Fiyatlarında İndirim

Sağlıkta Dönüşüm Programında ilaçla ilgili tespitlerin başında, eski dönem ilaç fiyat artışlarının kanıta dayalı bir temele oturmaması gelmektedir. Sağlık Bakanlığı kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır.

İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine olan ihtiyaç programda açık şekilde vurgulanmıştır. 2004 tarihli “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar”, ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırmış ve ilaç fiyatlandırmasına şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa’da mevcut en düşük düzeylere çekilmiş, bine yakın üründe %1 ilâ %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir.

Kamu Maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığının başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturularak, “Tek Geri Ödeme Sistemi” imkânı sağlanmıştır. Geri ödeme kurumlarımızın ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilâcın %22 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir.

Bu uygulama ile birlikte, sepetin dışında kalan bazı ilaçların firmaları, kamunun ödeme kapsamına girebilmek için fiyatlarını gönüllü olarak tekrar düşürmüşlerdir. Sonuçta kamu maliyesi için önemli tasarruf sağlanmıştır.

İlâçta %18 olan KDV oranı %8’e düşürülerek ilâç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranlarda indirimlerin sağlanması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağı çekmiştir.

1984 tarihli ‘Fiyat Kararnamesi’nde:

Firmanın maliyet beyanına dayanan, özellikle ithal ilaçlarda maliyetin soruşturulmasına pratik olarak imkân vermeyen, masraf ve kâr oranları eklenerek belirlenen piyasa fiyatları oluşmaktaydı.

6 Şubat 2004 tarihinde Hükümetimizin yaptığı yeni kararname ile:

Referans Fiyat Sistemi, şeffaf, ölçülebilir, nesnel ölçütler, kamu yükünü azaltacak kademeli kârlılık getirdik.

Geri ödeme kurumlarını karar verme sürecine dahil eden yapıyı oluşturduk.

AB Komisyonunca ülkemiz aleyhine açılan “Ticarette Teknik Engeller” soruşturmasını bertaraf ettik.

Referans Fiyat Sistemi ile İlaç Fiyatlarının Düzenlenmesi

- ★ İlaç fiyatları en ucuz olan ve takip edilen AB üyesi 5 ülkeyi referans alıyoruz.
- ★ Herhangi bir ilacın ülkemizdeki azami fiyatını bu 5 ülkedeki en ucuz rakamı esas alarak belirliyoruz (Referans fiyat).
- ★ Fiyatları Uluslararası İlaç İstatistik (IMS) verileri ile takip ederek, gerek duyduğumuzda ilgili ülkeden onaylı belge istiyoruz ve büyükelçiliklerimizden sorarak belirliyoruz.
- ★ Bu uygulama ile bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirdik.

Referans Fiyat Sistemi ile Sağlanan Yıllık Kamu Tasarrufu:
1 Milyar YTL

Tablo: 6

2002 Fiyatları ile Kamu İlaç Harcaması (milyon-TL) ve Tüketilen İlaç Miktarı (milyon kutu)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 5 Yıllık Artış (%) |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Kamu İlaç Harcaması (milyon TL) | 5.232 | 5.428 | 5.601 | 5.173 | 5.944 | 6.056 | 16% |
| Tüketilen İlaç (milyon kutu) | 699 | 769 | 856 | 1.212 | 1.272 | 1.399 | 100% |

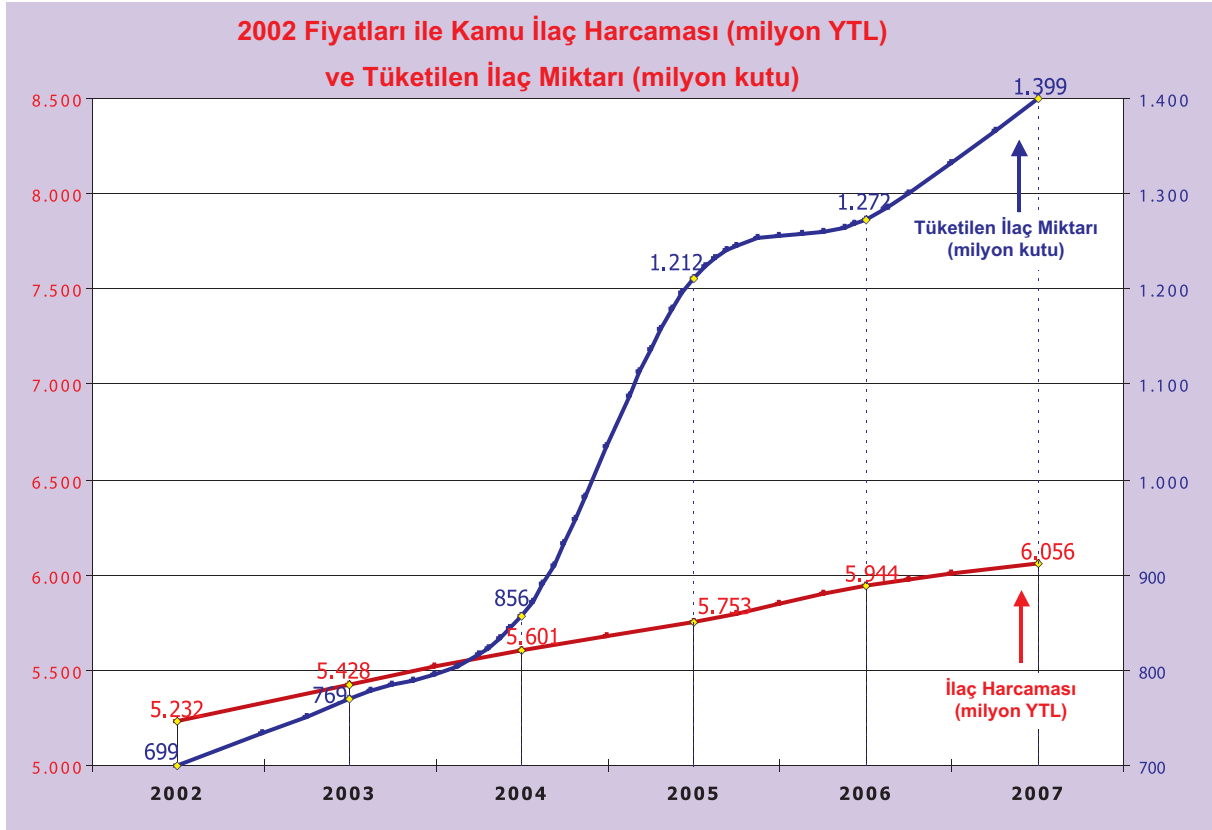
Uyguladığımız ilaç politikaları sayesinde beş yılda tüketilen ilaç miktarı %100 artarken kamu ilaç harcaması reel olarak sadece %16 arttı.

İlaç politikalarımızla sağladığımız tasarrufu, halkımızın ilaca kolay ulaşması için sarf ettik. SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerini sağladık.

b) Eczanelerin Herkese Açılması

İlaç fiyatlarında sağlanan avantajlar doğrudan vatandaşımıza yansıtılarak, başta SSK ve Yeşil Kart'lılar olmak üzere vatandaşlarımızın ilaca erişiminin önündeki engeller cesaretle kaldırılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm sürecinde, ilaca düşük fiyatla ve kolayca ulaşabilmek yönünde atılan kararlı adımların sonuçları kamuoyu tarafından yakından gözlenmiştir.

Grafik: 42



Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıda hastanelerden almak zorunda kalan, bir kısmı da bu yüzden ilacını SSK'dan alamayan ve cepten ödemek zorunda kalan SSK'lı vatandaşlarımız diğer Türk vatandaşları gibi serbest eczanelerden ilaç alma imkânına kavuşturuldu. Yeşil Kart mevzuatındaki değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayaktan tedavileri kapsam altına alındı ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlandı.

Bütün bu uygulamalar, sağlık sisteminde geçmişte vatandaşlara uygulanan ayrımcılığı ortadan kaldırmıştır.

c) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetimi

Bu konudaki kurumsal yapılanma hazırlıkları devam etmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

9. Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu programda vurgulanmıştır. Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerektiği konusunda hiç kimsenin tereddüdü yoktur.



Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması yalnızca teknolojik yatırımlarla gerçekleştirilemez sistemin oluşturulması ulusal ve uluslar arası sağlık bilişim standartları, kodlama, sınıflandırma ve terminolojilerin belirlenmesi, farklı kurumsal düzeylerde toplanan verilerin entegrasyonu ve bu bilgilerin karar süreçlerinde kullanılır hale getirilebilmesine bağlıdır.

Bilgi toplamaktan,
bilgi işlemeye

Öncelikle sağlık hizmeti verilirken iletişim kurulan kurumların standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslar arası kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmiş ve uyumlaştırılarak sektörde kullanılmaya başlanmıştır.

Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konuldu. Bu yolla Aile Hekimliği uygulanan illerimizde bugüne kadar yaklaşık 13 Milyon vatandaşımızın Elektronik Sağlık Kayıtları tutulmaya başlanılmıştır.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi'ni devreye aldık. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi ile insan, malzeme ve mali kaynaklarının izlenmesi ve yönlendirilmesi için doğru ve güncel bilgi desteğinin her düzeydeki yöneticiye sunulmasını sağladık.

Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi ile Bakanlığımıza bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, tüm hastaneler ve Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinde ilaç, tıbbi cihaz, malzeme ve hizmet alımları ile ilgili ihale sonuçları görülebilmektedir.

Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile yeşil kart sahibi vatandaşlarımızın Emekli Sandığı reçete kontrol sistemine dahil olmaları sağlandı. İlaç ve Uluslar arası Hastalık Sınıflandırma kodları uygulamaya konuldu. Sağlık bilişiminde ilk defa Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri hazırlanarak Sağlık Kodlama Referans Sunucusu hayata geçirildi.

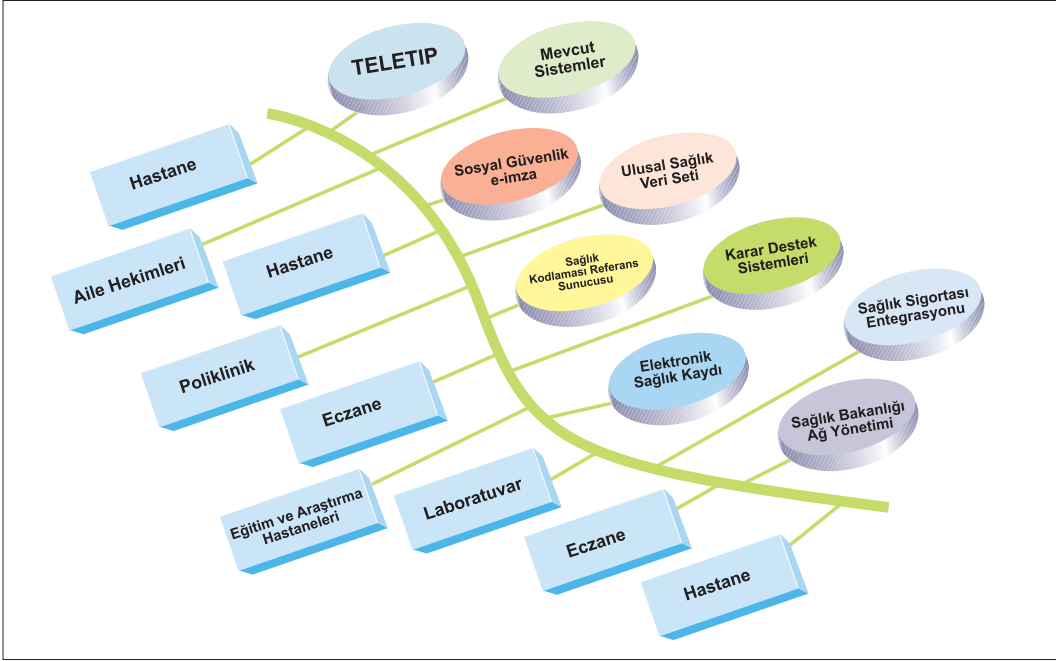
Yine ilk defa Organ nakli bekleyen vatandaşlarımıza en uygun organı bularak en kısa sürede hizmet vermek ve kayıt dışı organ naklinin önüne geçmek için Organ Nakli ve Doku Bilgi Bankası oluşturuldu.

Doktor Bilgi Bankası ile Cumhuriyet tarihi boyunca diploma ve uzmanlıkları tescil edilen doktorlarımıza ait diploma ve ihtisas bilgileri kayıt altına alındı.

Teletıp Projesi ile bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla görüntüleme alanında uzaktan raporlama hizmeti sağlanarak tele-radyoloji, tele-patoloji alanında 11 gönderici ve 7 alıcı hastane olmak üzere toplam 18 hastanede devreye alınmış olup yaygınlaştırma çalışmaları sürdürülmektedir.

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık Projesi, bütün sağlık hizmetlerini ve sağlık sisteminin tüm aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sisteminin kurulması için alt yapı çalışmaları tamamlanmıştır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde yer alan Minimum Sağlık Veri Setlerine göre, bütün hastanelerimizden elektronik sağlık kaydını toplamayı amaçlayan proje devreye girmiş olup yakın tarihte sağlık verileri bu yolla toplanmaya başlanacaktır.

Sağlık Politika yapıcıları, planlayıcıları ve karar vericileri için analiz, raporlama ve istatistik desteği sunan Karar Destek Sistemi devreye girmiştir. Bu sayede hastalık yüküne yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılabilecektir. Vatandaşlara, bilişimcilere ve sağlık çalışanlarına yönelik olarak Sağlık-NET portalı devreye alınmıştır.



DPT koordinasyonunda; İçişleri Bakanlığı, Bakanlığımız, SGK ve TÜBİTAK-UEKEA ile birlikte yürütülen;

- a) e-Kimlik (akıllı kart) projesi ile hem vatandaşlar hem de hekimler elektronik sağlık kayıtlarına güvenli olarak erişecek ve kişisel mahremiyetin ihlal edilmesi önlenecektir.
- b) e-Reçete projesi ile kağıt reçete ortadan kalkacak ve reçeteler tamamen elektronik ortamda işlem görecektir.

Söz konusu bu projelerin, çalışmaları sürdürülmekte olup pilot uygulamaları, Bolu ilinde 2008 yılı içinde başlayacaktır.

Vatandaşlarımızın memnuniyetlerinin arttırılması ve hastanelerimizde sunulan sağlık hizmetlerinin verim ve kalitesinin daha da arttırılması için Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Çağrı Merkezi Kurulması projesinin pilot uygulamasının, 2008 yılı sonunda başlatılması planlanmıştır. Bu uygulamanın geçmişteki başarısız örneklerinden çok farklı ve kapsamlı bir anlayışla başlatılması ve takibi önem arz etmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

10. Yatırımlarda Akılcılık

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla bütün sağlık yatırımları gözden geçirilerek detaylı bir sağlık envanteri çıkarıldı. Kamu sağlık yatırımları yeniden planlandı. Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizleri dikkatle değerlendirildi. Yatırım planlamaları ilçe, il ve bölge

Sağlıkta rasyonel
yatırım dönemi

düzeyinde, yerinde incelenerek ve yerel yöneticilerle birlikte yapıldı. Projeler öncelik ve önem sırasına göre tekrar tasnif edilerek yatırım bütçelerimizin daha akılcı olarak kullanılması sağlandı.

“Türkiye Sağlık Envanteri” çalışması yaptık.

Yatırımların finansal, tıbbi ve teknik analizlerini dikkatle değerlendirdik.

Planlamaları ilçe, il ve bölge düzeyinde, yerinde inceleyerek ve yerel yöneticilerle birlikte yaptık.

Projeleri öncelik ve önem sırasına göre tasnif ettik.

Yatırım bütçelerimizi yukarıdaki esaslarla rasyonel olarak kullandık.

**Kasım 2002-Haziran 2008 Yılları Arasında
Tamamlanan Sağlık Yatırımları**

| Hastane | Hastane Ek Bina | Sağlık Ocağı | Diğer | Toplam |
|---------|-----------------|--------------|-------|--------|
| 187 | 180 | 660 | 75 | 1.102 |

Tablo: 7

**2003-2008 Yılları Arasında Yapılan Sağlık Yatırımı,
Bakım-Onarım ve Tıbbi Donanım İçin
Harcanan Para (milyonYTL)**

| Genel Bütçe | Döner Sermaye | İl Özel İdaresi | TOKİ | Toplam |
|-------------|---------------|-----------------|------|--------|
| 3.128 | 2.889 | 380 | 107 | 6.504 |

Tablo: 8

İktidarımızın 5,5 yılında **yatırım, bakım-onarım ve tıbbi donanım için 6 milyar 504 milyon YTL** harcadık. 367'si hastane ve ek binası olmak üzere toplam 1.102 sağlık yatırımını hizmete açtık.

“Hasta odaklı” yeni hastane binaları ve hastane kampüsleri yapımı için ve bazı eski yapıların revizyonu için kamu-özel ortaklığı ile yatırımlar yapılmasını sağlayacak mevzuatı hazır hale getirdik.

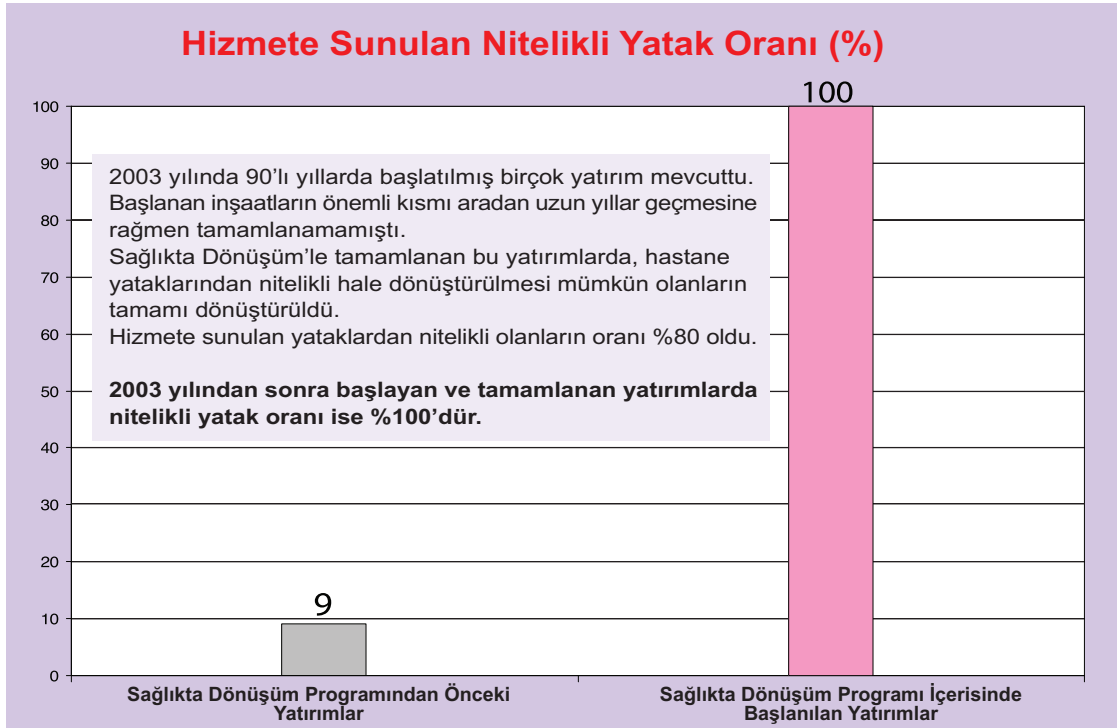
Tablo: 9

| Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Nitelikli Hasta Yatağı Sayısında Artış* | Aralık 2002 | Ağustos 2008 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Hasta Yatağı Sayısı | 107.307 | 127.596 |
| Nitelikli Hasta Yatağı Sayısı | 10.100 | 23.298 |
| Nitelikli Hasta Yatağının Toplam Hasta Yatağı İçinde Payı (%) | 9 | 18 |

Not: Aralık 2002 Sayılarına SSK hastanelerindeki yatak sayıları dahildir.

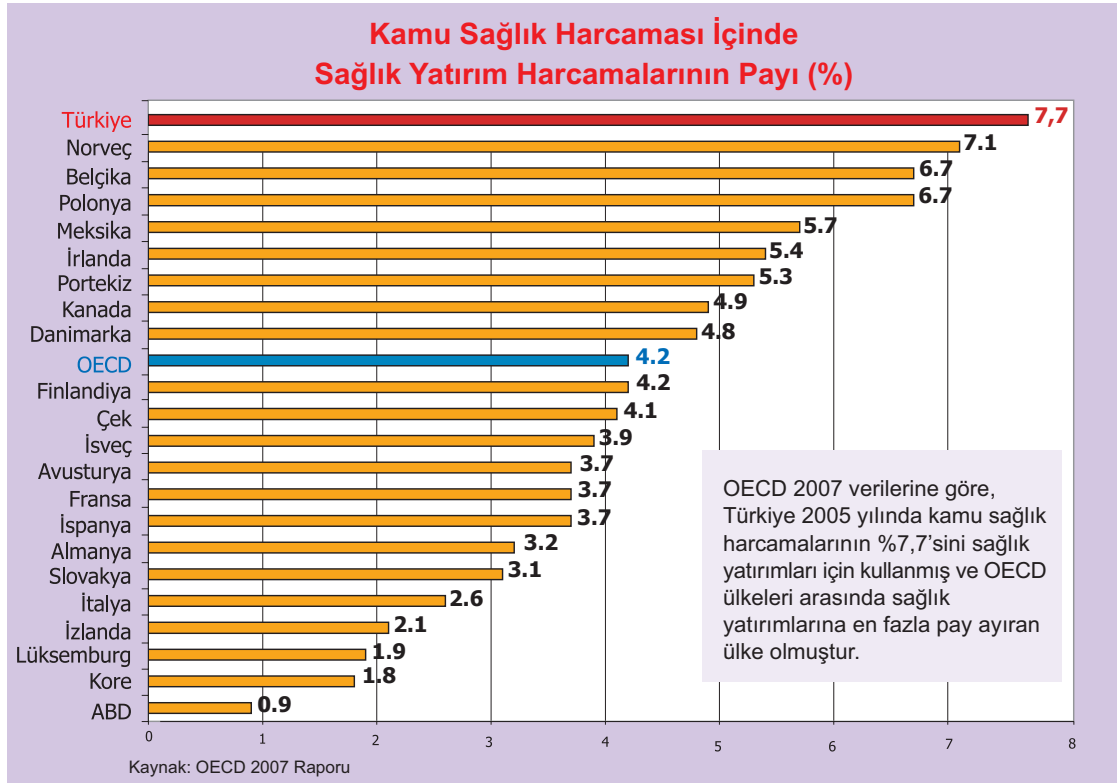
*Nitelikli yatak: İçinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla 2 hasta yatağı, televizyonu, telefonu, buzdolabı, hasta soyunma dolabı, yemek masası, etajeri, yatılabilen refakatçi koltuğu bulunan odalardaki hasta yatağı.

Grafik: 43



Esasen Türkiye'de her 100 bin kişiye düşen yatak sayısı 285 olup bu sayı Dünyadaki yeni eğilimler çerçevesinde yeterli görünmektedir. Ancak mevcut yatakları nitelikli yataklara değiştirecek ve buna eşlik eden çağdaş yapıları oluşturacak yatırımlara devam edilecektir.

Grafik: 44



Sağlıkta Yeni Dönem

11. Her Sağlık Bölgesine Bir Sağlık Şehri

Gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri kalite standartları ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde tüm nüfusu kapsayacak şekilde yapılandırılır.

Yaklaşımlar farklılıklar gösterse de sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyon sorumluluğu merkezi ve bölgesel otoriteler arasında paylaşılır ancak genellikle merkezi hükümet esas belirleyici konumdadır.

Sağlık planlamasında Danimarka'da yerel idareler ve belediyeler merkezi hükümetin gözetiminde sağlık alanlarını planlar. İngiltere'de ulusal ve bölgesel planlama yerel yöneticilerin katılımıyla merkezi hükümet tarafından yönetilir. Fransa'da bölgesel hastane birlikleri, merkezi hükümetin belirlediği çerçeve içinde hastane hizmetlerini planlar. Almanya'da hastane kapasitelerini, ulusal ve bölgesel mevzuat çerçevesinde eyalet hükümetleri planlar. Kanada'da planlama bölge yönetimlerinin sorumluluğunda ancak bazı durumlarda ulusal çerçeve dikkate alınarak yapılır.

Kanada, Fransa ve Almanya'da hastane planlamaları hem kamu hem de özel hastaneleri kapsamaktadır. Hatta özel işletmeler faaliyet alanlarını genişletmek için de planlama kapsamında izne tabidir. Diğer yandan Danimarka ve İngiltere gibi ülkeler planlarını sadece kamu hastaneleri ile sınırlı tutmaktadır.

Ülkemizde sağlıkta bölgesel planlama çalışmalarında Bakanlığımız tarafından taşra teşkilatlarından görüş alınmış, merkezin yerelde yapmış olduğu inceleme ve tespitler, nüfus, coğrafi yapı, kapsadığı bölge, merkeze uzaklık, ulaşım, yerel ihtiyaçlar ve mevcut sağlık envanteri dikkate alınmıştır.

Referans hastaneleri/kampüsleri bölgelerindeki sağlık eğitimi, kurumsal rehberlik ve referans merkez olma ihtiyacını karşılamak üzere planlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sağlık hizmetinin sunumu sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe hastanesi, il hastanesi ve bölge hastanesi şeklinde aşağıdan yukarıya tümevarım mantığı ile yapılandırılmışken bu planlama ile referans merkez baz alınarak tüm dengelim metodu ile yaklaşım öngörülmüştür.

Ülkemizde sağlık kampüslerinin bölgeler içinde yerleri belirlenmiş ve bu yerlerin tahsislerine hız verilmiştir. Belirlenen 27 ana bölge ve bunlara bağlı alt bölgeler içinde, belirlenen arsaların tahsisi için 17 bölgenin yazışmaları tamamlanmış veya sürmekte olup 10 bölgemizde de arsa belirleme süreci devam etmektedir. Sağlık kampüsleri projesinin ana amaçları arasında, yatak sayılarından ziyade, yatak ve top yekün hizmet alanları kalitesinin artırılması öne çıkmaktadır. Her kampüsümüzde o bölgenin ihtiyacını karşılayacak nitelikte genel hasta yatağının yanında rehabilitasyon, ruh sağlığı, onkoloji, kalp damar ve benzeri özellikli hasta yataklarının hizmete girmesi planlanmaktadır.



Neden Hastane Kampüsleri?

- Ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından;
 - Tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak,
 - Bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak,
 - Hizmet kalitesini arttırmak,
 - Maliyet-Etkin sağlık hizmeti sunumu için...
- Toplumun ihtiyaçları açısından;
 - Yeterli yatak sayısı ve yatak kalitesinin uygunluğu,
 - Uzmanlaşmış ekibin bölgeyi kuşatıcı hizmeti,
 - Tedavide yeni teknolojilerin tatbik edilmesi,
 - Tedavi hizmetlerindeki yeni kavramların(günübirlik cerrahi, gün hastanesi) geliştirilmesi için...

- Hastalar açısından;
 - Yatış sürelerinin kısaltılması,
 - Hasta transferinin azaltılması,
 - Hastane enfeksiyonlarının azaltılması,
 - Hasta güvenliğinin artırılması,
 - Hasta memnuniyetinin artırılması için...
- Çalışan açısından;
 - Çalışan güvenliği ve memnuniyetinin artırılması,
 - İş gücü ve hizmet kalitesinin artırılması,
 - Sağlık hizmet performansının geliştirilmesi için...

hastane kampüsleri önem arzetmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

12. İl Değerlendirmeleri: Karış Karış Seksen Bir İl

Uygulamaların sahada görülüp değerlendirilmesine ve sıkı takibine büyük önem verilmiştir. Bu amaçla çok yoğun saha çalışması yapılmıştır.



81 ilimizin tüm sağlık göstergelerini ve bakanlık sağlık tesislerini yerinde inceledik ve değerlendirdik.

İllerin nihai rapor değerlendirmelerini yerel yöneticiler, yerel siyasetçiler ve milletvekilleri, yerel bürokratlar, meslek örgütleri ve saha koordinatörleri ile birlikte yaptık.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında görevli saha koordinatörleri tüm ilimizin sağlık verilerini düzenli olarak yerinde değerlendirmekte ve takip etmektedir.

Bu çalışmalar süresince Bakan ve saha koordinatörlerinin kat ettikleri mesafe toplamı 600.000 km'dir.

Dünyanın çevresini 15 kez dolaşmak...

Seksen bir ilimiz hiçbir istisnaya tabi tutulmaksızın ziyaret edildi. Bir çok ilde birden fazla değerlendirme yapıldı. Yerel yöneticilerimizle birlikte ilin sorunları masaya yatırıldı. Birlikte çözmek üzere görev paylaşımı yapıldı. Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecilerimizi de görevlendirerek hem gittiğimiz ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumlarıyla mukayese etmelerine imkân verildi. Böylece il değerlendirme çalışmaları aynı zamanda hizmet içi eğitim fırsatı olarak değerlendirildi. Bu emeklerimizin karşılığında vatandaşlarımızın memnuniyetinin izlenmesi bizim için iftihar kaynağıdır.

İl değerlendirme çalışmalarını aynı zamanda hizmet içi eğitim haline getirdik.

Gidilen illere başka illerdeki sağlık idarecilerimizi de görevlendirerek hem gittiğimiz ildeki kurumları incelemelerine hem de kendi kurumlarıyla mukayese etmelerine imkan tanıdık.

Deneyim Paylaşımı

Bu çalışmalar vesilesiyle sağlık idarecilerinin birbirlerine tecrübelerini aktarma fırsatı oluşturduk. Güzel uygulamaların yaygınlaşmasına fırsat sağladık.

Ufuk Genişletme

Yöneticilerimizin kendi kurumları dışındaki pencereden de olaylara bakmasına imkan verdik. Bakanlık politikalarının “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde anlaşılmasını sağladık.

Standardizasyon

Benzer ölçekteki kurumlarımızda benzer yaklaşımların oluşabilmesi için gerekli “ortak dil”in kurulması ve yaygınlaşması konusunda “ortak vizyon” sağladık.

İletişim ve İstişare

Ülkemizin dört bir yanındaki kurum yöneticilerinin birbirleriyle tanışmasını sağlayarak yaşadıkları sorunları çözmek için **istişare** ortamı sağladık.

Sağlıkta Yeni Dönem

13. Dinamik ve Sağlıklı Dış İlişkiler

Sağlık alanında 45 ülke ile 54 işbirliği anlaşması mevcuttur. Bunlardan 17'si son 5 yılda imzalandı.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine üye 53 ülkenin sağlık bakanları ve üst düzey yetkililerinin başkanlığında oluşan heyetlerle katıldığı Kopenhag'daki 56. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısına Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı başkanlık etti. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Obezite ile Mücadele



Bakanlar Konferansı, ülkemizin ev sahipliğinde ve Sağlık Bakanımızın başkanlığında İstanbul'da düzenlendi.

2006 yılında DSÖ İcra Kurulu Üyeliğine Bakanlığımız Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın 3 yıllık bir dönem için seçildi. Aydın, 1948 yılından bu yana İcra Kurulunda görev yapan 4. Türk bilim adamıdır.

Dünyanın çeşitli ülkelerinden 2008 yılında Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın da aralarında bulunduğu 5 kişi ve bir kuruluş tütün kontrolü ile mücadele hususundaki çalışmalarından dolayı Dünya Sağlık Örgütü tarafından ödüle layık görüldü.



Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Direktörü Dr. Marc Danzon 8 Temmuz 2008 tarihinde Ankara'da düzenlenen bir törenle Sağlık Bakanımıza ödülünü takdim etti.

Deprem, sel, tsunami ve diğer afetlere uğrayan KKTC, Nahcivan, Kırgızistan, Sudan, Kuzey Osetya, Irak, Endonezya, Gürcistan, Afganistan, Bulgaristan, Pakistan, İran, Filistin, Lübnan, Kosova, Cezayir, Romanya gibi ülkelere tıbbi malzeme, ilaç, strateji ve teknik destek, personel yardımında bulunuldu.

2003-2008 yılları arasında 25 ülkeden çeşitli düzeylerdeki 803 sağlık personeline eğitim verildi.

Özellikle Afganistan, Sudan ve Filistin ile ilgili olarak sürekli yardım ve işbirliği geliştirildi. Önümüzdeki yıllarda yukarıdaki ülkelere ilaveten Bangladeş ve Yemen başta olmak üzere ihtiyacı yüksek ülkelerle yakın işbirliği ve destek faaliyetleri geliştirilecektir.

Sağlıkta Yeni Dönem

14. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlık Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığına politikalar geliştiren, standartlar koyan, izleyen ve denetleyen bir konumda, ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, bu yolda yönlendirmeler yapacak bir vizyon sunmaktadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasını önermekte ve bakanlığın planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağını belirtmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekliyle, devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini daha etkili olarak yerine getirecektir. Programın bu bileşeni, modern kamu yönetimi anlayışının bir yansıması olarak etkili ve katılımcı yönetimi gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık Bakanlığını tasarlanan konumuna getirmek üzere başta “Bakanlık Teşkilat Yasa Taslağı” olmak üzere yasal çalışmalar yapılırken, mevcut mevzuat yapısı içinde bir dizi adımlar da atılmıştır. Yerinden yönetimi teşvik edici uygulamalar hayata geçirilmiştir: Eczane açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisinin, kontrole tabi müstahzarların satış ve tüketim hareketlerinin takibinin, sağlık ocağı veya semt polikliniği açılması, mesai sonrası çalışma uygulamalarının devamı veya kaldırılması kararları ile il içi personel atamalarının il yönetimlerine devredilmesi, döner sermaye işletmelerinin sağlık hizmeti satın almasının serbest bırakılması, sağlık çalışanlarının performansa göre ödüllendirmesi, döner sermaye ita amiri harcama yetkilerinin yükseltilmesi gibi bir çok uygulama programın ruhuna uygun biçimde geliştirilmektedir.

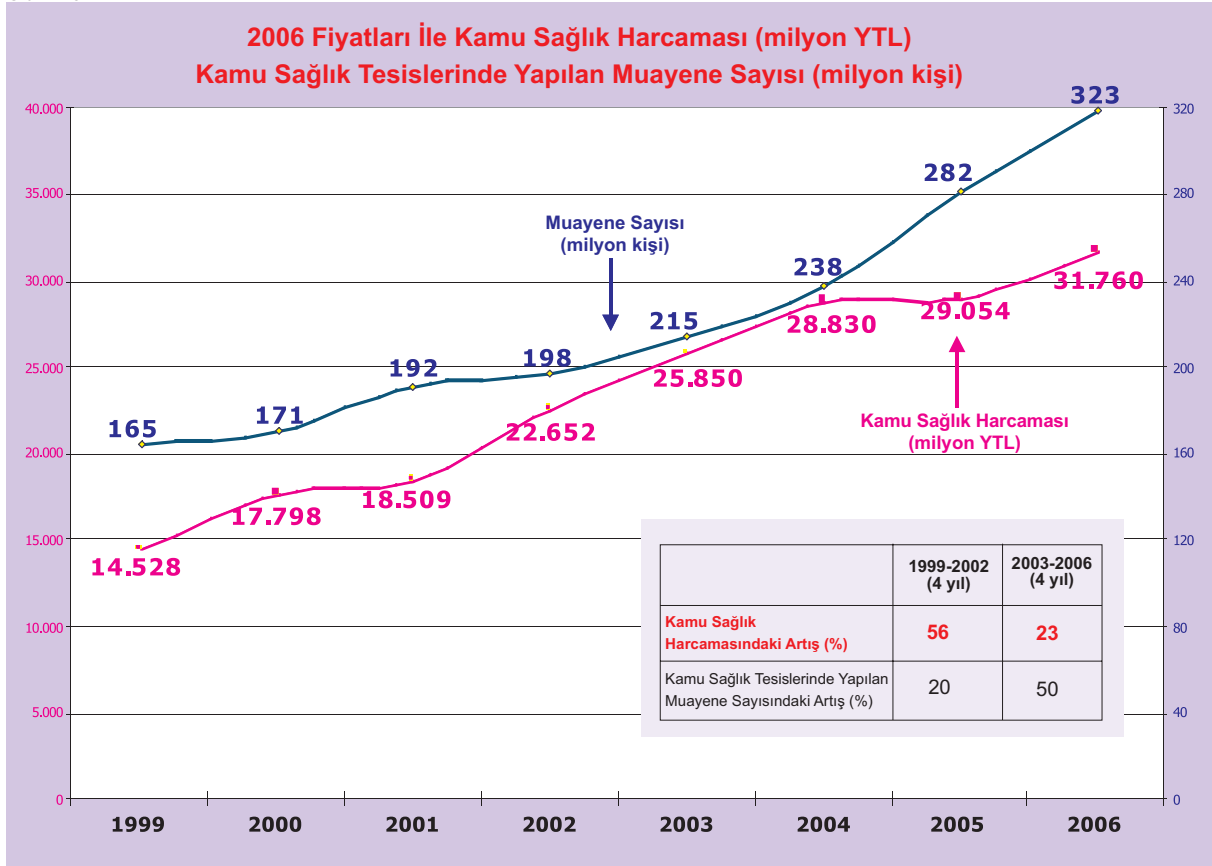
Sağlık Bakanlığı’nın kural koyuculuk, rehberlik, denetleme gibi asli fonksiyonlarına ağırlık vereceği dönüşüm için yeni “Teşkilat Kanunu” çalışmaları devam etmektedir.

Sağlıkta Yeni Dönem

15. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmet sunumuna hem sayısal hem kalite olarak baktığımızda Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde kaynakların yeterince etkili, verimli ve rasyonel kullanılmadığı söylenebilir.

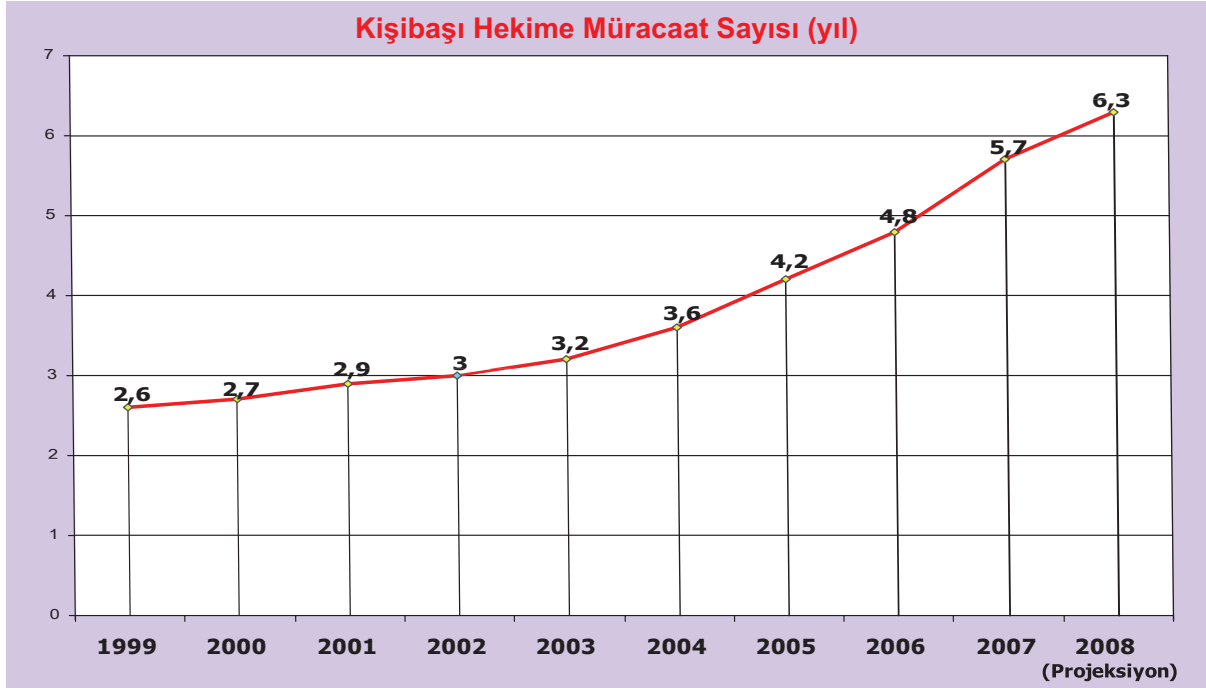
Grafik: 45



Sağlıkta Dönüşüm Programı kaynakların optimum kullanımını sağlayarak etkili, verimli ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi oluşturmuştur.

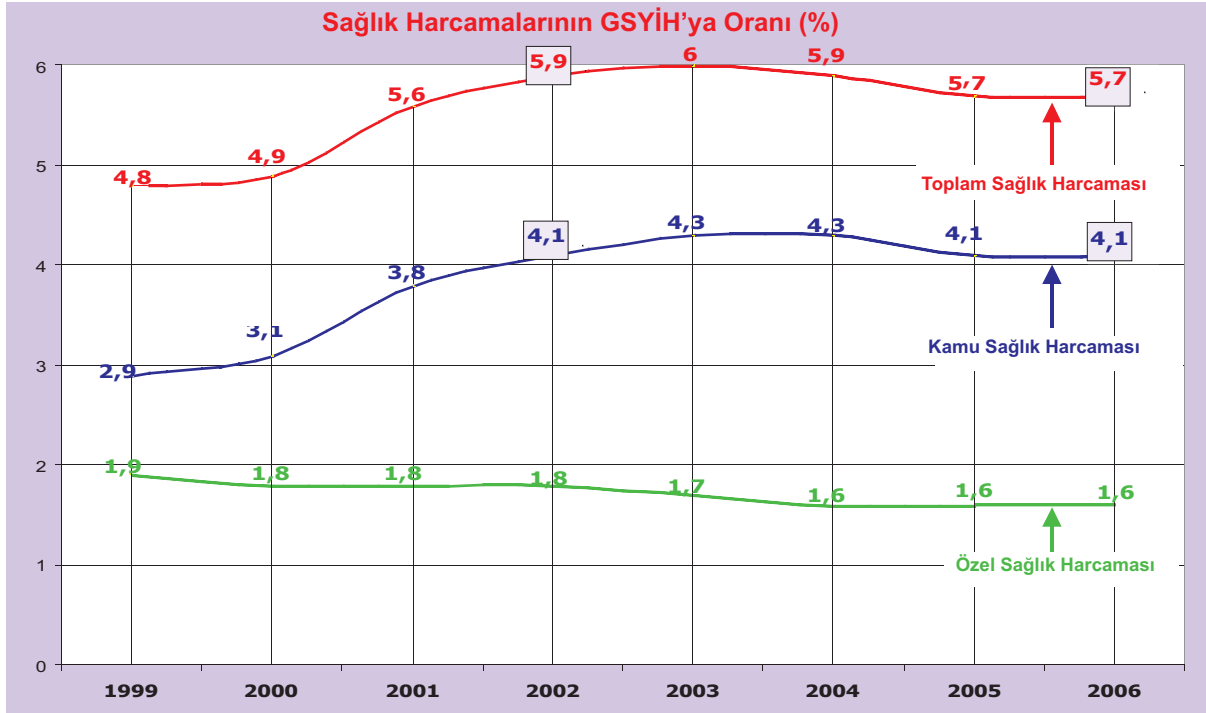
Ülkemizde kişi başı hekime müracaat sayısı 5 yılda iki katına çıkmıştır. Bu tablonun oluşmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde vatandaşlarımızın ilaç ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engellerin kaldırılmasının büyük etkisi vardır. 2008 yılında ulaşılan bu sayıların, Avrupa ortalamalarının hala altında olduğuna da işaret etmek gerekmektedir.

Grafik: 46

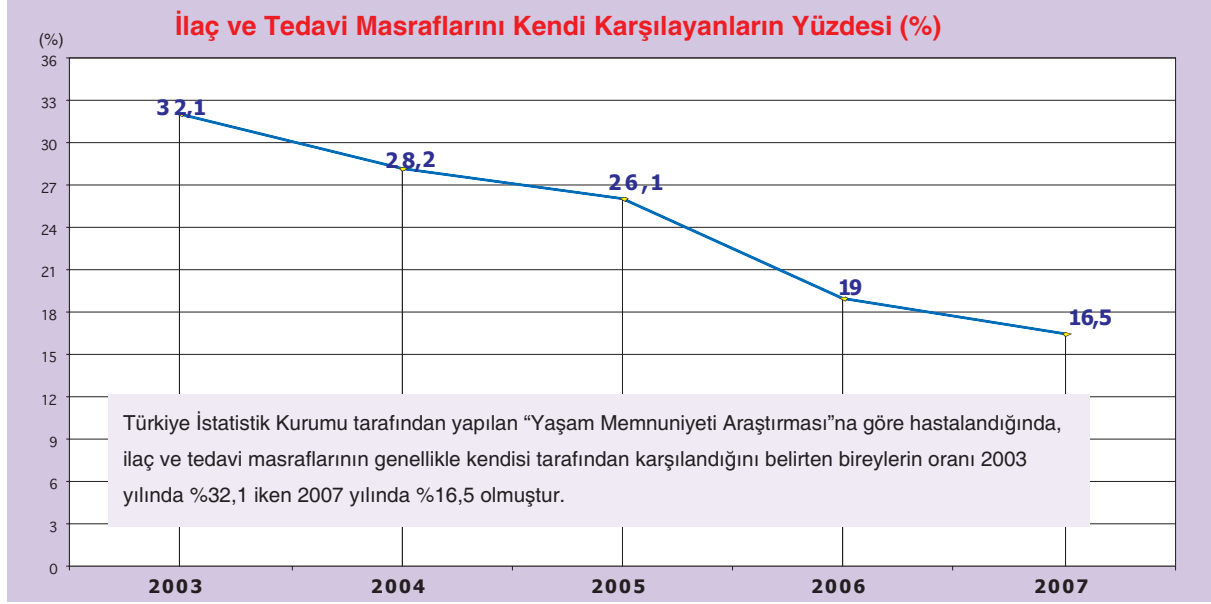


Sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik olarak daha fazla iyileştirilmesi, hem kaynakları optimum kullanmaya devam etmek hem de sağlık hizmetleri için ayrılan kaynağı (ülkemizin mali imkanları çerçevesinde) artırmakla mümkündür.

Grafik: 47

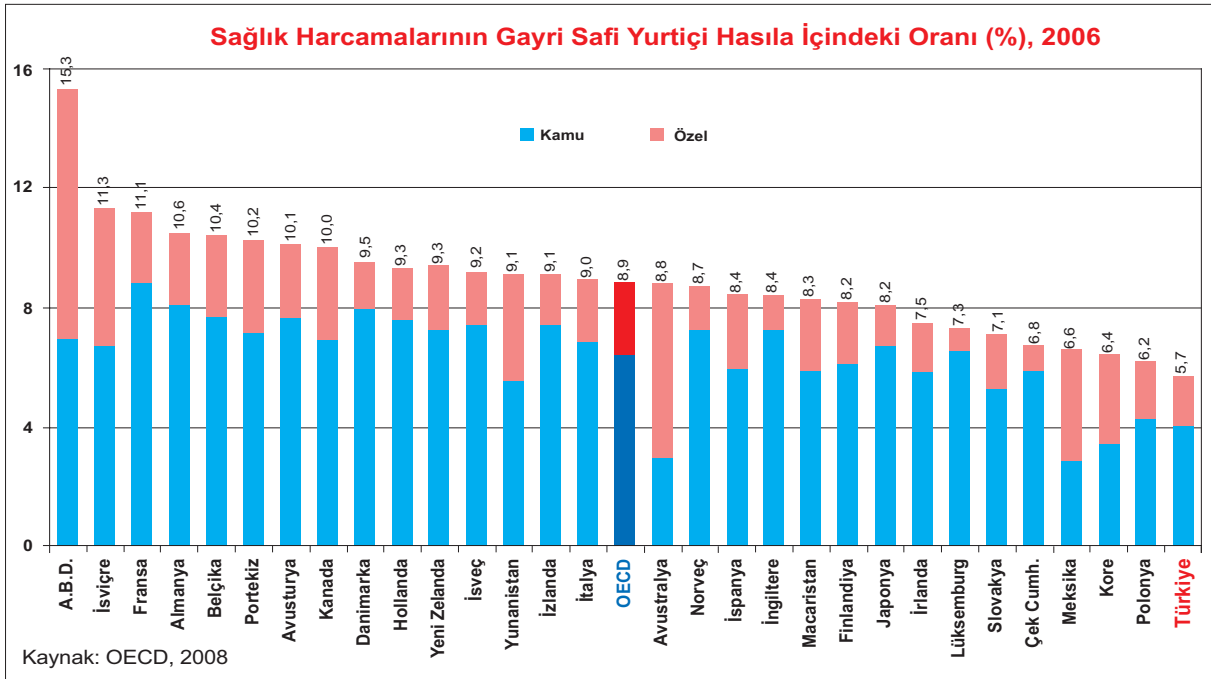


Grafik: 48



Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içindeki oranı OECD ülkeleri arasında toplamda en düşük, kamu harcamalarında sondan üçüncü olan ülkemiz bu oranlara rağmen etkili, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunar hale gelmiştir.

Grafik: 49



Yüksek teknoloji kullanımının sağlık hizmetleri maliyetini artırdığı genel bir kabuldür. Ancak Türkiye’de maliyet etkili politikalarımız sonucunda yüksek teknoloji kullanımı sebebiyle oluşabilecek yüksek maliyetleri önledik.

BÖLÜM 4



Yeni Ufuklara Doğru



Yeni Ufuklara Doğru

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası sağlıklı yaşamayı bir hak olarak tanımlamış ve insan hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devam etmesi için Devlete düzenlemeler yapma görevi vermiştir. Bu görevi yerine getirirken, başta insan gücü olmak üzere, bütün kaynakların verimli bir şekilde ve işbirliği içinde kullanılması amacıyla, tek elden planlanması öngörülmüştür. Yine Anayasamızda sağlık hizmetleri görevinin Devletçe kamu ve özel kesimlerdeki sağlık kuruluşlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirileceği yazılıdır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, kurulduğu tarihten bugüne, Türk milletinin hastalıklardan korunması, hastalananların iyileştirilmesi ve sağlığının geliştirilmesi için ülke kaynaklarını seferber ederek, sağlıklı yaşama hakkından herkesin faydalanmasına çalışmaktadır. Cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren sağlık insan gücünün yetiştirilmesi, sağlık tesislerinin kurulması, işletilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması konularında Sağlık Bakanlığının plânlama, uygulama ve denetim işlevleriyle önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

2003 yılında 59. Hükümet tarafından yürürlüğe konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık hizmetleri sunumunun daha etkili, verimli ve erişilebilir olması, çağdaş düzeyde ve nitelikli hâle getirilmesi için bir dizi değişiklik ve yenilik uygulanmıştır. Sağlıkta dönüşümün vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin yanı sıra, temel sağlık göstergelerine de olumlu etkileri olmuştur.

5018 sayılı kanun ile getirilen stratejik yönetim ve stratejik planlama anlayışı çerçevesinde, Sağlıkta Dönüşüm Programı ışığında, ilk defa hazırlanan Sağlık Bakanlığı Stratejik Plânı 2009 - 2013 yıllarını kapsamaktadır. Plânda yer alan amaçlar ve onları tamamlayan hedefler, Sağlık Bakanlığının vazifesini (misyonunu) başarmak için 5 yıl boyunca yapacağı yatırımların ve yürüteceği faaliyetlerin odak noktasını teşkil etmektedir. Plânda dokuz sonuç odaklı amaç belirlenmiştir. Stratejik amaçlar Sağlık Bakanlığının beş yıllık faaliyetlerini tanımlayan genel ifadeler olup her amaç için ayrıntılı hedefler belirlenmiş durumdadır.

Önümüzdeki dönemde sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve kaliteli biçimde sürdürülebilmesi için en kritik adımın hemşire, fizyoterapist ve hekim gibi nitelikli sağlık iş gücü sayısının yeterli hale getirilmesi olduğunu bu noktada bir kere daha vurgulamamız gerekmektedir.

a) 2009-2013 Stratejik Plan

Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri

Stratejik Amaç 1

Halkımızın sağlığına yönelik riskleri azaltmak, sağlığı korumak ve geliştirmek

HEDEF 1.1. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak.

HEDEF 1.2. Anne, bebek ve çocuk ölümlerini mevcut duruma göre 2013 yılına kadar % 40 azaltmak, üreme sağlığının bileşenlerini de kullanarak, anne ve çocuk sağlığını geliştirmek.

HEDEF 1.3. Acil Sağlık Hizmetleri ve Afetlerde Sağlık Yönetimini; acil hallere, doğal afetlere, kimyasal ve biyolojik tehditlere karşı geliştirmeye devam etmek, zamanında etkili ve verimli şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak.

HEDEF 1.4. Birinci Basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve Aile Hekimliği Uygulamasını 2010 yılı sonuna kadar tüm yurda yaymak.

HEDEF 1.5. Bulaşıcı Hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklara bağlı ölümleri 2013 yılına kadar %25 azaltmak.

HEDEF 1.6. Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri 2013 yılına kadar %25 azaltmak.

HEDEF 1.7. Tütün-alkol ve madde kullanımını 2013 yılına kadar %25 azaltmak.

HEDEF 1.8. Sağlıklı ve güvenli fiziki çevreye sahip nüfus oranının 2013 yılına kadar %50 artırılması için Sağlık Bakanlığı olarak sektörel destek oluşturmak.

Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Stratejik Amaç 2

Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde yürütülmesini geliştirmek.

HEDEF 2.1. Kanıta dayalı sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren mekanizmaları 2013 yılına kadar geliştirmek.

HEDEF 2.2. Hastane hizmetlerini geliştirmeye devam etmek.

HEDEF 2.3. Kamu hastane birliklerini 2013 yılına kadar tamamlamak.

HEDEF 2.4. Bölge temelli kan temin hizmetlerini geliştirmek, vatandaşın kan ihtiyacını sıkıntısızca temin etmesini sağlamak ve tam kan kullanım oranını 2011 yılına kadar %5 seviyesine indirmek.

HEDEF 2.5. Organ, doku ve hücre nakli hizmetlerini geliştirmeye devam etmek.

Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme

Stratejik Amaç 3

Sağlık hizmetlerinin performansını ve kalitesini artırmak, hesap verebilirlik, şeffaflık, hizmete erişimde eşitlik, etkinlik ve verimlilik sağlamak.

HEDEF 3.1. Türkiye Sağlık Performans Yönetim ve Kalite Sistemi'nin etkili, verimli ve gelişime açık bir şekilde sürdürülmesini temin etmek.

HEDEF 3.2. 2010 yılına kadar hasta ve çalışan güvenliği programının yaygınlaşmasını sağlamak.

HEDEF 3.3. Kurum ve kuruluşlarda sunulan hizmetin performansını ölçmek ve kalitesini değerlendirmek üzere değerlendirme sistemini daha da geliştirerek, 2010 yılına kadar hastanelerin daha verimli çalışmasına esas teşkil edecek yeni modeller geliştirmek.

Kurumsal Yapılanma ve Kapasite Geliştirme

Stratejik Amaç 4

Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının üretkenliğini, etkililiğini ve kapasitesini artırmak için merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılanmasını sağlamak; çağdaş bir yönetim anlayışı için gerekli olan sağlık insan gücü ihtiyacını planlamak

HEDEF 4.1. Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması kapsamında liderlik etme, düzenleme, planlama ve denetleme rolünü 2011 yılına kadar iyice belirgin hale getirmek.

HEDEF 4.2. Sağlık Bakanlığı'nın stratejik yönetim kapasitesini güçlendirmek, performans esaslı bütçeleme usulüne geçmek ve sağlıkta stratejik finansman yöntemlerini 2010 yılı sonuna kadar uygulamak.

HEDEF 4.3. Sağlıkta insan kaynakları yönetimini geliştirmeye devam etmek ve bu yaklaşımı esas alan uygulamaları 2010 yılı sonuna kadar tamamen hayata geçirmek.

HEDEF 4.4. Sağlık Hizmetlerinin iyileştirilmesi ve çalışanların yetkinliğini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerin koordinasyonunu geliştirerek sürekliliğini sağlamak.

HEDEF 4.5. Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonunu (TTSHO) 2011 yılı sonuna kadar tamamlamak.

HEDEF 4.6. Sağlık için araştırma yapan ve bilgi üreten kamu ve özel sektör kuruluşlarının üretkenliğini ve kapasitesini artırmak.

HEDEF 4.7. Evde bakım hizmetleri politikasını 2010 yılı sonuna kadar geliştirmek.

HEDEF 4.8. Sağlık Bakanlığının denetim kapasitesini yeni anlayışlar çerçevesinde geliştirmek.

İlaç, Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri

Stratejik Amaç 5

Sağlıkta ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerini geliştirmek ve kalitesini artırmak.

HEDEF 5.1. Türkiye İlaç Politikasını ve akılcı ilaç kullanımını geliştirmek.

HEDEF 5.2. İlaç, aşı ve biyolojik ürünlerin kalitesini ve güvenilirliğini artırmaya yönelik çalışmaları 2011 yılı sonuna kadar tamamlamak.

HEDEF 5.3. Kamu ve özel sektörün yeni ilaç ve tıbbi teknoloji geliştirmesini teşvik edecek ve bilimsel çalışmalar yapmasını sağlayacak düzenlemeleri 2011 yılına kadar tamamlamak.

HEDEF 5.4. Piyasa gözetim ve denetimi (PGD) ile ilgili düzenlemeleri 2011 yılına kadar tamamlayarak uygulamaları yaygınlaştırmak.

HEDEF 5.5. Modern Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik alanında ulusal sağlık politikaları, düzenlemeleri ve uygulamalarını 2011 yılına kadar oluşturmak.

Sağlık Bilgi Sistemi

Stratejik Amaç 6

Karar ve hizmet sunumu sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık'ı kurmak, işletmek ve geliştirmek.

HEDEF 6.1. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'ni 2011 yılına kadar tamamlamak ve yaygınlaştırmak.

HEDEF 6.2. Sağlık bilişim standartlarını 2011 yılına kadar bütün olarak belirlemek, geliştirmek, uygulamak ve yaygınlaştırmak.

HEDEF 6.3. Kişisel ve kurumsal sağlık kayıtlarının gizlilik, güvenlik ve mahremiyet esaslarını 2011 yılına kadar geliştirmek ve uygulamak.

HEDEF 6.4. Karar Destek Sistemi kapsamında 2010 yılına kadar veri ambarını kurmak ve veri madenciliği uygulamalarını başlatmak.

HEDEF 6.5. Görüntüleme (radyoloji, patoloji, EKG, vb.) alanında uzaktan sağlık hizmet sunumunun verilebilmesi ve kronik hastaların da takibi amacıyla başlatılmış olan Teletıp ve Tele-Sağlık sistemlerini 2011 yılına kadar yeterince yaygınlaştırmak.

HEDEF 6.6. Sağlık-NET ile entegre olarak çalışacak katma değerli sağlık bilişimi projelerini hayata geçirmek ve mevcut projelerin devamlılığını sağlamak.

Sağlıkta Dayanışma ve Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu

Stratejik Amaç 7

Ulusal ve/veya uluslararası kuruluşların bilgi, görgü ve becerilerinden yararlanılarak hizmetleri dünya standartlarına ulaştırmak. Tüm sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulmalarını sağlamak.

HEDEF 7.1. Avrupa Birliği uyum /katılım sürecini yürütmek.

HEDEF 7.2. Sağlık için tarafları Sağlıkta Dönüşüm Programını desteklemeleri için teşvik etmek.

HEDEF 7.3. Çok sektörlü sağlık sorumluluğu politikasını 2011 yılına kadar pekiştirmek.

Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri

Stratejik Amaç 8

Ülkemizin sağlık turizmi, turist sağlığı ve sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum kapasitesini artırmak.

HEDEF 8.1. Sağlık hizmetleri sunumunda ulaşılan kalite ve kapasiteyi arttırarak sağlık hizmeti sunumunda Türkiye’yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek.

HEDEF 8.2. Çeşitli ülkelere yönelik teknik ve insani yardım amaçlı yeni çalışmalar planlamak, devam eden çalışmaları geliştirmek ve geçici süreli olmak üzere yurtdışında sağlık birimleri kurmak ve işletmek.

HEDEF 8.3. Sağlık alanında hizmet veren kuruluşlarla, yurt dışında tanıtıcı etkinlikler düzenlemek ve ticari potansiyeli olan ülkelerle ticari işbirlikleri geliştirmeye devam etmek.

Herkese Sağlık Güvencesi

Stratejik Amaç 9

Diğer kurum ve kuruluşlarla eşgüdüm sağlanarak tüm halkımızın sağlık güvencesini sağlamak.

HEDEF 9.1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar ile eşgüdümü geliştirmek.

HEDEF 9.2. Ödeyici kurumlar ile ödemeye esas sağlık bilgilerinin paylaşımı konusunda 2010 yılına kadar koordinasyon ve standardizasyon çalışmalarını tamamlamak.

b) Tamamlanmak Üzere Olan Çalışmalar

b1. Kamu Hastane Birlikleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir bileşeni olan “İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” çerçevesinde “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşülmüş ve aşağıdaki tasarı metni oluşmuştur. Tasarı TBMM genel kurulu gündemindedir.

Bu tasarı ile hastane yönetimleri kapasitelerinin, kaynaklarının kullanımında ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha bağımsız ve esnek davranabileceklerdir. Özerk yönetim birimlerinin yetkileri ile birlikte sorumluluğu da artacak, bu yönetimler kaynaklarını, personel yatırımlarını, işletme giderlerini, bütçe ve hedeflerini, bulundukları sorumluluk alanındaki stratejik iş yükünü dikkate alarak planlamaya yönlendirilecektir. Bu sorumlu otonominin, kaynakların daha akılcı yönetimi, verimlilik ve özellikle bütçenin ölçülü kullanımına yol açması beklenmektedir.

Tasarı ile “Yerinden yönetim” ilkesinin belirginleşmesi sonucunda denetimin anlam ve önemi de artmaktadır. Kurumların Sağlık Bakanlığınca belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programları hazırlanmak sureti ile yönetim süreçlerine, verimlilik ve kaliteye değinilerek yönetim anlayışı ve buna göre denetim kapsamındaki farklılıklara yer verilmiştir. Geçmiş değil gelecek, sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. Buna uygun olarak geçmişe ve şahıslara yönelik klasik denetim anlayışından ziyade hedeflere ve performans göstergelerine, sistemin işleyişine yönelik denetim anlayışı ön plana çıkarılmaktadır.

Bu ve benzeri adımlarla rutin yüklerinden arındırılan Sağlık Bakanlığı; stratejik düşünme, geleceğe dair tasarım geliştirme, misyon ve vizyon geliştirme, temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme, ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma, insan kaynakları geliştirme gibi esas görevlerine daha yoğun mesai ayırabilecektir. Bu aşamada yönetim anlayışındaki dönüşüm yansıtılarak Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması tamamlanacaktır.

Bu Kanun Tasarısı ile kamu sağlık hizmetlerinin daha katılımcı, etkili, verimli, süratli, kaliteli, halkın talep ve beklentilerine daha duyarlı bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı

Amaç, Kapsam ve Tanımlar

MADDE 1- (1) Bu Kanunun amacı; Bakanlar Kurulunun pilot olarak belirleyeceği illerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir.

(2) Bu Kanunun uygulanmasında;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

- b) Hastane: Birlik kapsamına alınan Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını,
- c) Birlik: Bu Kanun kapsamında hastane veya hastane gruplarından oluşturulan tüzel kişiliği,
- ç) İkinci basamak sağlık kurumu: Hastanın tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, tedavi hizmetinin verildiği sağlık kurumunu,
- d) Üçüncü basamak sağlık kurumu: İleri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kurumunu,
- e) Uzman personel: Ekli (I) sayılı cetvelde yer alan “uzman” unvanlı sözleşmeli personel pozisyonuna bağlı olarak, hastane yöneticiliği dışındaki genel sekreterlik birimlerinde Bakanlıkça belirlenen alanlarda özel bir meslek bilgisi, tecrübe veya ihtisasını gerektiren hizmetlerde istihdam edilen personeli,

ifade eder.

Kuruluş ve organlar

MADDE 2- (1) Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, bu maddenin onüçüncü fıkrası çerçevesinde yapılacak değerlendirme sonuçlarına göre Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülür. Birlikler bu Kanunda düzenlenen hususlar dışında özel hukuk hükümlerine tabidir. Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir.

(2) Bakanlık, sağlık hizmetleri ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü oluşturabilir. Birlikler koordinatörlüğünün kararları istişari mahiyette olup, çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir. Koordinatörlük aşağıdaki konularda bölgenin değerlendirme raporunu ve önerilerini Bakanlığa sunar. Bakanlık bu raporları belirlediği hedef, politika ve stratejik plan çerçevesinde değerlendirerek, bölgesel plan haline dönüştürür ve birliklere gönderir. Birliklerin yıllık performans programı ve uygulamalarında bu planlara uymaları zorunludur.

Koordinatörlüğün görevleri şunlardır:

- a) Bölgelerarası gelişmişlik farklılıklarını giderecek tedbirleri ve yatırım önceliklerini belirlemek,
- b) Maliyetler ve uzmanlık ihtiyaçları nedeniyle birden fazla ili kapsamı gereken konuları belirlemek, hizmet planlaması yapmak,
- c) Ölçeği itibarıyla merkezi olarak satın alınmasında fayda görülen mal ve hizmet alımı konularını ve sorumlu kurumları belirlemek,
- ç) Acil sağlık hizmetleri ve afet halleri gibi bölge düzeyinde planlama ve koordinasyon gerektiren konularda planlama yapmak,
- (3) Birliğin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Yönetim kurulu birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki üyelerden oluşur:
 - a) İl genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üye.
 - b) İl genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye.
 - c) Vali tarafından belirlenen en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.
 - ç) Bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üye.
 - d) Bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.
 - e) Ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından belirlenen,

en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üye.

f) İl sağlık müdürü veya yardımcıları arasından Bakanlıkça belirlenen bir üye.

(4)Yönetim Kurulu üyelerinin 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlara ilave olarak, il sağlık müdürlüğü temsilcisi hariç diğer üyelerin kamu veya özel sektörde üyeliğe teklif edilen alanda en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekir.

(5)Yönetim Kurulu üyeleri ile eşleri veya ikinci dereceye kadar kan ve kayın hısımlarının, birlikler ve Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarıyla ticari ilişkide bulunmaları, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının ve eczanelerin sahibi, ortağı veya mesul müdürü olmaları yasaktır. Üyeler, görevlerinden ayrılmış olsalar bile, bu görevleri nedeniyle öğrendikleri bilgileri kendilerinin veya başkalarının menfaatine veya zararına kullanamazlar.

(6)Yönetim kurulunun çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir. Yönetim kurulunun sekretarya hizmetleri genel sekreterlik tarafından yürütülür.

(7) Yönetim Kurulunun teşkiline dair İl Sağlık Müdürlüğünün tebliğinden itibaren bir ay içinde yetkili makamlar üye bildiriminde bulunur. Bu süre içinde bildirilmeyen üyeler yerine Bakanlık görevlendirme yapar. Yönetim Kurulu ilk toplantısında üye tam sayısının salt çoğunluğu ile kendi arasından başkan ve başkanvekili seçer. İlk gün seçim yapılamazsa takip eden gün tekrar oylama yapılır. Bu oylamada da başkan ve başkan vekili üye tamsayısının salt çoğunluğu ile seçilemezse, üyeler arasından Bakanlıkça belirlenir. Geçerli bir mazereti olmaksızın arka arkaya üç toplantıya veya bir yıl içinde toplam beş toplantıya katılmayanlar yönetim kurulu kararıyla, yönetim kurulu üyeliğine seçilme şartını yitirenler veya seçildikten sonra bu şartları taşımadığı anlaşılanların üyelikleri kendiliğinden sona erer. Üyelik süresi üç yıl olup görev süresi tamamlanmadan herhangi bir şekilde üyeliğin sona ermesi halinde kalan süre aynı şekilde belirlenen yeni üye tarafından tamamlanır. Bir üye yönetim kuruluna en fazla üç dönem seçilebilir. Yönetim kurulu üyeliği, üyelerin asli görevlerini sürdürmelerine engel teşkil etmez.

(8) Yönetim Kurulu, ayda en az iki defa olağan toplanır. Yönetim kurulu başkanı acil durumlarda üyeleri ayrıca toplantıya çağırabilir. Yönetim kurulu üye tam sayısının salt çoğunluğunun bir fazlasıyla toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar verir. Oyların eşitliği durumunda başkanın bulunduğu taraf çoğunluk sayılır. Çekimser oy kullanılamaz. Yönetim kurulu gündemi başkan tarafından hazırlanır. Üyeler, başkanın uygun görüşü veya üye tam sayısının salt çoğunluğu ile gündem maddesi teklif edebilirler. Bunlar dışındaki konular görüşülemez. Görüşmeler tutanağa geçirilir veya cihazlarla kaydedilir. Alınan kararlar başkan ve toplantıya katılan üyeler tarafından imzalanır. Karara muhalif kalanlar gerekçelerini kararda belirtir. Oy hakkı olmaksızın görüşlerini almak üzere toplantılara yönetim kurulu kararı ile üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları, hemşirelik ve ebelik gibi mesleki dernek temsilcileri, genel sekreter, uzman veya diğer ilgili kişiler davet edilebilir.

(9) Toplantılara katılan yönetim kurulu üyelerine her yıl Yüksek Planlama Kurulu kararıyla Kamu İktisadi Teşebbüslerinde yönetim kurulu başkan ve üyeleri için tespit edilen tutarda aylık huzur ücreti anılan kararda belirlenen esas ve usullere göre ödenir. Başka yerden görevlendirilen üyelere ayrıca 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu hükümlerine göre harcırah ödenir. Yönetim Kurulu üyeliği görevi sosyal güvenlik kurumlarıyla ilişkilendirilmeyi gerektirmez.

(10) Genel sekreterlik birliğin yürütme organıdır. Birliğin temsilcisi genel sekreterdir. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ile mali hizmetler başkanlıkları kurulur.

(11) Birliğe bağlı hastaneler tercihen hekim olan hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Hastane büyüklükleri göz önüne alınarak yönetim kurulu onayı ile müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve görev dağılımları belirlenir.

(12) Bakanlıkça tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla yönetim kurulunca belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.

(13) Hastaneler; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilir ve altı aydan az, bir yıldan fazla olmayan sürelerle değerlendirme yenilenir. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınır. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılır. Bu şekilde sınıflara ayrılan hastanelerin, kapasite ve kaynaklarını birleştirerek aralarında görev paylaşımı yapılmasına, bu suretle daha rasyonel çalışmasına imkan vermek üzere hastane grupları oluşturulur ve bu grubun ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilir. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre; Birliğin;

a) (E) sınıfına düşmesi,

b) Önceki değerlendirme sonuçlarına göre iki sınıf birden düşmesi,

c) Önceki değerlendirme sonuçlarına göre bir sınıf düşmesi, ikinci değerlendirmede de düşük sınıfta kalması ve üçüncü değerlendirmede tekrar ilk sınıf veya üzerine geçememesi,

ç) (D) sınıfına düşmesi durumunda eksikliklerini gidermek için verilen uygun süre içinde (C) veya üzeri sınıflara geçememesi hallerinde;

Bakanlıkça yönetim kurulunun görevine son verilerek en kısa zamanda yenisi oluşturulur. Yenisi oluşturuluncaya kadar eski yönetim kurulu görevine devam eder veya Bakanlık tarafından geçici yönetim kurulu oluşturulur.

Görev, yetki ve sorumluluklar

MADDE 3 - (1) Yönetim kurulunun görevleri şunlardır:

a) Bakanlıkça belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre yıllık performans programı hazırlamak,

b) Birlik bölgesinde hizmetlerin etkin, kolay ulaşılabilir, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla;

1) Mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunmak,

2) Acil sağlık hizmetleri, yoğun bakım, diyaliz üniteleri gibi hizmetleri bölge düzeyinde planlamak,

3) Maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazların temini, kiralınması ve bunların verimli şekilde dağılımı konusunda karar almak,

4) Hizmetin kesintisiz sunumuna yönelik tedbirleri geliştirmek,

5) Yeni yatırım ihtiyaçlarını belirlemek, onarım, tadilat ve bakım konularında karar almak,

- 6) Personel planlamasını yapmak ve birlik bünyesinde personel hareketleri konusunda ilke kararları almak,
- 7) Benzeri konularda kararlar almak.
- c) Birlik bütçesi, bilançosu, yıllık mali tabloları ve faaliyet raporu ile yatırım tekliflerini karara bağlamak,
- ç) Hak ve alacaklardan vazgeçmeye, ihtilafların uzlaşma veya tahkim yoluyla çözümlenmesine, dava ve icra takiplerini sulhe, kabule, feragate ve kanun yollarına başvurulmasına veya başvurulmamasına, merkezi yönetim bütçe kanununda belirlenen sınırlar dahilinde doğrudan; üzerinde kalan miktarlar için ise Bakanlığın uygun görüşü üzerine karar vermek,
- d) Bakanlıkça belirlenen esaslara göre Birliğin her türlü araç gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte satmak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve Birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte tahsis amacı doğrultusunda işletmek, tıbbi hizmet alanları dışındaki kısımları işletmek, işletmek ve kiraya vermek,
- e) Harcama limitlerini ve ihale mevzuatına göre görev ve yetki dağılımını belirlemek,
- f) Kullanılabilir nakit kıymetlerin aktif büyüklüklerine göre ilk on bankada değerlendirilmesine karar vermek,
- g) İhtiyaç duyulması halinde sağlık hizmeti, hukuk ve avukatlık hizmetleri,
- ğ) Ekli (1) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilen personel ile ilgili olarak bu Kanunla verilen görevler ve tüm Birlik personelinin hizmet içi eğitim planlamasını yapmak,
- h) Birliğin çalışma usulleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak,
- ı) Hizmetlerin mevzuata, stratejik plan ve performans programına uyg yürütülmesini sağlamak, halk ve çalışan memnuniyetini, verimlilik ve kalite standartlarını geliştiren tedbirler almak,

(2) Genel sekreterin görevleri şunlardır:

- a) Birliği mevzuata, Bakanlıkça belirlenen hedef, politika ve stratejilere, yönetim kurulu kararları ve performans programına göre yönetmek,
- b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak,
- c) Adli ve idari makamlara, gerçek ve tüzel kişilere karşı birliği temsil etmek, kamuoyuna gerekli açıklama ve bilgilendirmelerde bulunmak,
- ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.
- d) Birlik bütçesini ve yatırım tekliflerini hazırlayarak yönetim kuruluna sunmak, ihale ve hizmet alımı gibi konuları yönetim kurulu kararları doğrultusunda yürütmek,
- e) Birlik bölgesinde hizmetlerin madde ve insan gücünde en etkin ve verimli şekilde sunulmasına yönelik çalışmalar yaparak yönetim kurulu onayına sunmak, yönetim kurulunun ilke kararları doğrultusunda birlik bünyesindeki personelin atama, görevlendirme ve diğer işlemlerini yürütmek, eğitim faaliyetleri ile bilimsel çalışmaların planlanması, işbirliği halinde yürütülmesi ve denetlenmesini sağlamak,
- f) Bilgi-işlem sisteminin kurulmasını, birlik ile ilgili istatistik bilgilerin takibini sağlamak, birlik bünyesindeki hastanelerin mali tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında yönetim kuruluna önerilerde bulunmak,
- g) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak,

- ğ) Tıbbi hizmetler, sağlık bakım hizmetleri, sosyal hizmetler ile destek hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesini sağlamak,
- h) Birliğin muhasebe hizmetlerini yürütmek ve ilgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerini tahakkuk ettirmek, gelir ve alacakları takip ve tahsil etmek, harcama işlemlerini yürütmek,
- ı) Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek,
- (3) Yönetim Kurulu kararlarına aykırı olmamak kaydıyla genel sekreter gerektiğinde sınırlarını yazılı olarak belirlemek suretiyle yetkilerinden bir kısmını alt birim yöneticilerine devredebilir. Ancak yetki devri, devredenin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.
- (4) Hastane yöneticisi, bu Kanunda genel sekreterlik için belirtilen görev, yetki ve sorumluluklara hastane bazında sahip olup, hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden genel sekretere karşı sorumludur.
- (5) Birliklerin mali ve finansal kaynaklarının elde edilmesi ve kullanılmasında görevli ve yetkili olanlar; kaynakların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak elde edilmesinden, kullanılmasından, muhasebeleştirilmesinden, raporlanmasından ve kötüye kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınmasından sorumludur.
- (6) Bu Kanunun uygulanmasında oluşabilecek tereddütleri gidermeye ve gerekli düzenlemeleri yapmaya Bakanlık yetkilidir.

Personelin niteliği, statüsü ve hakları

MADDE 4 - (1) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilecek personelde 657 sayılı Kanunun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır.

- (2) Genel sekreter, başkanlar, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcılarının;
- a) En az dört yıllık eğitim veren yüksek öğrenim kurumlarının sağlık bilimleri, sağlık yönetimi, hukuk, kamu yönetimi, iktisat, işletme, maliye veya muhasebe, endüstri mühendisliği bölümlerinden ya da bunlara denkliği yetkili kurumca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğrenim kurumlarından mezun olmaları veya en az dört yıllık yükseköğrenim üzerine yukarıda sayılı alanlarda yüksek lisans veya doktora öğrenimi yapmış olmaları; teknik müdür yardımcıları için inşaat, makine, elektrik-elektronik, biyomedikal, bilgisayar mühendisliği bölümlerinden mezun olmaları,
- b) Kamu veya özel sektörde yukarıda sayılı alanlarda en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları,
- c) Tıbbi hizmetler başkanının, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış veyahut hukuk, kamu yönetimi ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin klinik ve laboratuvar şefi veya şef yardımcısı tabip veyahut tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin veya uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış tabip veyahut hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastane başhekimlerinin tabip olması; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimliği öğrenimi, başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış bulunması gerekir.
- (3) Genel sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekir.
- (4) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Yönetim

kurulu; genel sekreterle doğrudan, başkanlar ve hastane yöneticileriyle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Başhekim ve müdürlerle hastane yöneticisinin teklifi üzerine genel sekreter tarafından sözleşme yapılır. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri genel sekreter tarafından yapılır. Başhekim yardımcısıyla başhekimin, müdür yardımcısıyla ilgili müdürün teklifi üzerine hastane yöneticisi tarafından sözleşme yapılır. Yapılan sözleşmelerin süresi üç yılı aşamaz. Üç yıl sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Genel sekreterin sözleşmesi doğrudan, diğer personelin sözleşmeleri ise genel sekreterin gerekçeli teklifi ile süresinden önce yönetim kurulu kararıyla sona erdirilebilir. Yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda, ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlardaki tüm sözleşmeli personelin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, bir ay sonunda söz konusu hastane başhekimi, müdürler, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcılarının sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile tekrar sözleşme yapılabilir. Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda açıktan istihdam edilen personelin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir.

(5) İstifa veya bu Kanunun 6 ncı maddesinin 9 uncu fıkrasındaki gibi nedenlerle dört veya daha fazla yönetim kurulu üyesinin birlikte görevinin sona ermesi halinde; boşalan üyeliklerin yerine yeni görevlendirmelerin yapılmasından sonra yeni yönetim kurulu hükümleri uygulanır. Bu durumda yeniden başkan ve başkan vekili seçimi ile ekli (I) sayılı cetvelde belirlenen sözleşmeli personelin görevlendirilmesi ve diğer atama işlemleri yapılır.

(6) Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakatı ile ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılırlar. Söz konusu personel aylıksız izinli sayıldıkları kadro unvanları dikkate alınmak suretiyle 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununa tabi olmaya devam ederler. Bu görevlerde geçen hizmetleri kazanılmış hak aylık ve derecelerinde değerlendirilir. Sözleşmeleri herhangi bir surette sona eren personel, aylıksız izinli sayıldığı kadrosuna geri döner.

(7) Sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilenlerden bu maddenin beşinci fıkrası kapsamına girmeyenler, sosyal güvenlik açısından 17/7/1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile ilişkilendirilir.

(8) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilen personele, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter için iki katını, başkanlar için bir buçuk katını, uzmanlar için bir katını, büro görevlileri için yarısını, hastane yöneticisi için bir buçuk katını, başhekim ve müdür için bir katını, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı için yarısını geçmemek kaydıyla yönetim kurulu tarafından tespit edilen aylık sözleşme ücreti ödenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, bu kapsamdaki personele ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usûlleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas

alınarak Bakanlıkça belirlenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen tavan ücretin; genel sekreter ve başkanlar için üç katını, uzmanlar için bir buçuk katını, büro görevlileri için yarısını, hastane yöneticisi için üç katını, başhekim için üç buçuk katını, başhekim yardımcısı için üç katını, müdür ve müdür yardımcısı için bir katını geçemez. Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmakta iken ücretsiz izinli sayılarak birliklerde ekli (1) sayılı cetvelde gösterilen pozisyonlarda istihdam edilen personelin önceki görevindeki tavan ek ödeme miktarı, birlikteki pozisyonunun tavan ek ödeme miktarından yüksek olması halinde, yönetim kurulu kararıyla yüksek olan ücreti aşmamak kaydıyla farklı sözleşme ücreti belirlenebilir.

(9) Sözleşmeli personele yapılacak ödemeler, çalışmayı takip eden ay sonunda yapılır. Sözleşmeli personele yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir ad altında ödeme yapılamaz ve sözleşmelere bu hususta hüküm konulamaz.

(10) Hizmet sözleşmesinin gerektirdiği damga vergisi sözleşmeli personel tarafından, diğer resim, harç ve benzeri giderler birlik tarafından karşılanır.

(11) Sözleşmeli personel; kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez, 657 sayılı Kanunda Devlet memurları için yasaklanmış bulunan fiil ve eylemlerde bulunamazlar.

(12) Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali Devlet memurları ile aynıdır.

(13) Sözleşmeli personelin izinleri ve iş sonu tazminatı hususlarında 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanır.

Bakanlık ve döner sermaye personelinin birliklerde istihdamı ve mali hakları

MADDE 5 - (1) Ekli (I) sayılı cetvelde belirtilenler dışında, hastanelerde hizmetler birliğe dönüştürülen tarih itibarıyla tabi olduğu mevzuata göre istihdam edilen personel tarafından yürütülür ve bu personelin birliğe dönüştürüldükleri tarihteki statüleri devam eder.

(2) Birliğe dönüştürülmesine karar verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan döner sermayeye ait dolu kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu Kararının yürürlük tarihi itibarıyla, personeli ile birlikte birliğe tahsis edilmek üzere Bakanlığa devredilmiş sayılır. Devredilen kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararında adet, sınıf, unvan ve dereceleri itibarıyla gösterilir ve bunlar 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin eki (I) sayılı cetvelin ilgili bölümünden çıkarılmış, anılan cetvelin Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatına ait bölümüne eklenmiş sayılır.

(3) Ekli (I) sayılı cetvelde gösterilen pozisyonlar ile yukarıdaki fıkralarda belirtilen diğer kadro ve pozisyonlar, birliğe dönüşümü düzenleyen Bakanlar Kurulu kararı ekinde belirlenerek kurulan birliğe tahsis edilir.

(4) Ülke düzeyinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak amacıyla birliklerde istihdam edilecek azami personel sayısı, birlik yönetim kurulunun görüşü alınarak, ilgili mevzuat uyarınca Bakanlıkça her yıl tespit edilir. Yıl içinde personel hareketleriyle ilgili yeni durumların ortaya çıkması halinde bir kez daha tespit yapılabilir. Bu kadro ve pozisyon sayısı dışında personel istihdam edilmesi halinde yapılan harcamalardan atamaya veya sözleşme yapmaya yetkili amir şahsen sorumludur. Bir birlikten başka bir birliğe veya Bakanlığın diğer birimlerine ya da Bakanlık birimlerinden birliklere yapılacak atama ve yer değiştirme işlemleri ile birliğe tahsis edilen kadro ve pozisyonların kullanımına ilişkin hususlar ilgili mevzuat ve genel hükümlere tabidir.

(5) Bakanlık birimlerinde görevli personel, yönetim kurulunun talebi ve kendilerinin isteğiyle birlik bünyesindeki hastanelerde Bakanlıkça görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin mali ve sosyal hakları birlikler tarafından karşılanır.

(6) Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, bu madde uyarınca birliğe devredilen hastanelerde görev yapan (işçiler ile ekli (I) sayılı cetvelde belirtilenler hariç) personele ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usûlleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Bakanlıkça belirlenir. Personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının; pratisyen tabip ve dış tabiplerinden serbest çalışanlara yüzde 250'sini, serbest çalışmayanlara yüzde 500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabiplerinden serbest çalışanlara yüzde 350'sini, serbest çalışmayanlara yüzde 700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılarında yüzde 800'ünü, eczacılara yüzde 250'sini ve diğer personele ise yüzde 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeline yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali sağlık personeli esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir şekilde emsaline yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez. 4 üncü maddenin 7 nci fıkrası ile bu fıkra uyarınca personele yapılacak aylık ek ödeme toplamı, personelin katkısıyla elde edilen aylık birlik gayrisafi hasılatının yüzde 40'ını aşamaz.

Birliğin sermayesi, gelirleri, giderleri, bütçesi, muhasebesi ve denetimi

MADDE 6- (1) Birlik sermayesi; devredilen sermaye, birlik kârları, bağış ve yardımlar ile gerektiğinde Devletçe yapılacak yardımdan oluşur. Devredilen sermaye, bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen hastanelerin devir bilançolarında görülen ödenmiş sermayeleridir. Birlik sermayelerinin artırılması ile ilgili işlemler Yönetim Kurulunca yürütülür.

(2) Birliğin gelirleri şunlardır:

- a) Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil, ameliyat, evde tıbbi bakım ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen gelirler,
- b) Üretilip satışa sunulacak ilk madde, malzeme, mamul aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilecek gelirler,

- c) İlaç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilen diğer madde ve malzemeler karşılığında elde edilen gelirler,
- ç) Bakanlıkça belirlenen esaslara göre Birliğin her türlü araç gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte satmak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve Birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisleriyle birlikte tahsis amacı doğrultusunda işletmek, tıbbi hizmet alanları dışındaki kısımları işletmek, işletletmek ve kiraya vermek,
- d) Sağlık alanında verilecek kurs, seminer, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler,
- e) Bağış ve yardımlar.
- f) Personel mali hakları, yatırım ödenekleri ve bölgeler arası gelişmişlik farklılıklarının giderilmesi amacıyla Devletçe yapılacak yardımlar,
- g) Diğer gelirler.

(3) Birliğin giderleri şunlardır:

- a) Yönetim Kurulu üyeleri ücretleri ile birliklere devredilen ve istihdam edilecek personelin aylık, ücret ve mevzuatı uyarınca yapılacak her türlü ödemeleri,
- b) Her nevi tıbbî, cerrahî ve laboratuvar alet, malzeme ve cihazların satın alınması ve kiralanması, tüketim maddeleri ve mefruşat satın alınması.
- c) Bakım, onarım, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile çevre düzenlemesi yaptırılması.
- ç) İhtiyaç duyulması halinde sağlık hizmeti, hukuk ve avukatlık hizmetleri satın alınmasına karar vermek,
- d) Taşınır ve taşınmaz satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmazlar üzerinde sınırlı ayni hak tesis edilmesi, kiralanması ve bunlara ilişkin her türlü giderin yapılması,
- e) Ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ile bunlara ilişkin sigorta ve diğer giderlerin yapılması,
- f) Fiyatlandırılan mamûllerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderlerin yapılması,
- g) Araştırma ve Geliştirme ile deneysel amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile ziraî mahsullerden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması,
- ğ) Bakanlıkça talep edilen koruyucu hekimlik, afet, salgın hastalıklarla mücadele gibi konularda yapılacak giderler,
- h) Uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklu asistanlara 15.000 gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarı geçmemek üzere yapılacak ödemeler,
- ı) Laboratuvar, kimyasal analiz, görüntüleme ve benzeri tıbbi hizmet alımları ile kit karşılığı cihaz kullanımı tarzında hizmet alımına ilişkin giderler,
- i) Mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet alımına ilişkin giderler,
- j) Birlik faaliyetlerinin gerektirdiği diğer giderler,

(4) Bu Kanuna tâbi birlikler, gerekli gördükleri hallerde sundukları hizmetleri, birbirlerinden veya kamu kurum ve kuruluşlarından satın alabilirler. Bu satınalma ilgili mevzuat uyarınca belirlenen fiyatları aşamaz.

(5) Birliklerin tıbbî cihaz ve sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezî olarak satın alınmasında fayda görülen mal ve hizmetler, Bakanlıkça veya Bakanlık tarafından yetkilendirilen birlik tarafından toplu olarak satın alınabilir. Ancak bu alım bedelleri her birliğin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla yönetim kurulu tarafından karara bağlanır. Bu fıkra ile ilgili esas ve usuller Bakanlıkça belirlenir.

(6) Birlikler ve döner sermaye kaynaklarından alınmış olmak kaydıyla Bakanlığa bağlı sağlık kurumları kullanmadıkları veya ihtiyaç fazlası olan mal ve demirbaşları bedelsiz veya tespit edilecek bedel üzerinden birbirlerine devredebilirler. Birlikler ariyet sözleşmesi ile birbirlerine mal verebilirler.

(7) Birlik bütçesi her hesap dönemi itibarıyla genel sekreterlikçe hazırlanır. Yönetim kurulunca karara bağlandıktan sonra uygulanır. Hazırlanan bu bütçenin birer örneği Bakanlığa ve Maliye Bakanlığına gönderilir.

(8) Birliklerin muhasebesi 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu hükümlerine göre tutulur. Bilanço ve mali tabloları ile faaliyet raporları, ait oldukları hesap dönemini izleyen dört ay içinde Bakanlığa, Maliye Bakanlığına ve Sayıştaya gönderilir.

(9) Birliklerin idari ve teknik konulardaki denetimi Bakanlıkça, mali konulardaki iş ve işlemlerinin denetimi Maliye Bakanlığınca, dış denetimi ise Sayıştayca yapılır. Denetimlerin sonucuna göre;

- a) Birliklerin görev ve hizmetlerini ciddi şekilde aksatmaları ve bu aksamanın halkın sağlığını tehdit etmesi veya yönetim kurullarının üst üste üç olağan toplantı gününde toplanamaması veya karar alamaması hallerinde Bakanlık yönetim kurulunu feshederek yerine yeni yönetim kurulu oluşturabilir.
- b) Birlik işlemlerinde yolsuzlukla ilgili bulgulara ulaşılması halinde ilişkisi tespit edilen yönetim kurulu üyelerinin görevleri Bakanlıkça sona erdirilerek yerlerine görevlendirme yapılır. Bakanlık yolsuzlukla ilişkisi tespit edilen ekli (1) sayılı cetvelde zikredilen personelin sözleşmelerinin feshini yönetim kurulundan talep edebilir. Bu talep uygun süre içerisinde yerine getirilmezse yönetim kurulunun görevine Bakanlıkça son verilerek yeni yönetim kurulu oluşturulur.
- c) Bu Kanunun ikinci maddesinin onüçüncü fıkrasına göre yapılan değerlendirme veya bu fıkra hükümlerine göre görevine son verilen yönetim kurulu üyeleri, oluşturulacak ilk yönetim kurulunda görev alamazlar.

(10) Birlikler hakkında 10/2/1954 tarihli ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu, 5/1/1961 tarihli ve 237 sayılı Taşıt Kanunu, 8/9/1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu hükümleri uygulanır.

(11) Birlik gelirlerinden; 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Kanunun 18 inci maddesinin (k) bendi ile 17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesine göre kesinti yapılmaz.

(12) Birliklerde çalışan personelin her türlü ödemesi birlik bütçesinden karşılanır.

(13) Yeterli geliri olmayan birliklerin ihtiyaçlarının giderilmesi ve 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin altıncı fıkrasında belirtilen amaçların gerçekleştirilmesi için birlikler, aylık gayrisafi hasılatı tahsil edilen tutarın yüzde beşini Bakanlık Döner Sermaye Merkez Muhasebe Birimi hesabına aktarır.

Yürürlükten kaldırılan hükümler

MADDE 7- (1) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Kanunun 5, 6, 7 ve 8 inci maddeleri ile 9 uncu maddesinin (a) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Birliğe dönüştürülmesine karar verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire unvanlı kadrolar, birliğe dönüştürmeye ilişkin Bakanlar Kurulu kararının yürürlük tarihi itibarıyla iptal edilerek, 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin eki (I) sayılı cetvelin ilgili bölümünden çıkarılmış sayılır.

(2) Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen sağlık kurumlarında Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire kadrolarında bulunanların bu görevleri sağlık kurumlarının birliğe dönüştürüldüğü tarihte sona erer. Görevleri sona eren personel en geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanır ve atama işlemi yapılncaya kadar ihtiyaç duyulan işlerde görevlendirilebilir. Bunlar, yeni bir kadro veya pozisyona atanıncaya kadar, eski kadro veya pozisyonlarına bağlı olarak almakta oldukları aylık, ek gösterge ve her türlü tazminatlar ile diğer mali haklarını (ikinci görev, vekalet veya görevlendirmeden dolayı yapılan ödemeler ile döner sermaye ek ödemesi hariç) almaya devam ederler. Söz konusu personelin atandıkları yeni kadro veya pozisyonlarına ilişkin sözleşme ücreti, ikramiye, aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile diğer malî hakları toplamı (5 inci maddenin altıncı fıkrası uyarınca yapılan ödemeler hariç) net tutarının, eski kadro veya pozisyonlarına bağlı olarak en son ayda aldıkları aylık, ek gösterge, her türlü zam ve tazminatları ile diğer malî hakları toplamı (nöbet ücreti, ikinci görev, vekalet veya görevlendirmeden dolayı yapılan ödemeler ile döner sermaye ek ödemesi hariç) net tutarından az olması halinde, aradaki fark, farklılık giderilinceye kadar atandıkları kadro veya pozisyonlarda kaldıkları sürece herhangi bir kesintiye tâbi tutulmaksızın tazminat olarak ödenir. Birliğe dönüştürülen sağlık birimlerinde 6/1/2005 tarihli ve 5283 sayılı Kanun uyarınca Sağlık Bakanlığına devredilen personel bulunması halinde, bunlara yapılacak fark tazminatı ödemelerinde, anılan Kanunun 5 inci maddesi uyarınca tespit edilen devir tarihindeki ücretleri esas alınır. Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen sağlık kurumlarında Baştabip, Baştabip Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Başhemşire görevlerini ikinci görev, vekalet veya görevlendirme suretiyle yürüten personelin bu görevleri, sağlık kurumlarının birliğe dönüştürüldüğü tarihte kendiliğinden sona erer.

(3) Birliğe dönüştürülen hastanelerde muhasebe hizmetlerini yürüten ve Maliye Bakanlığı kadrolarında bulunan personelden ihtiyaç duyulanlar, yönetim kurulunun talebi ve Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine, birliğe dönüşüm tarihinden itibaren bir yılı geçmemek üzere görev yapmaya devam ederler. Bu kapsamda görev yapmaya devam eden personel 5 inci maddenin altıncı fıkrasındaki ödemeden aynı esas ve usuller çerçevesinde yararlandırılır.

(4) Birliğe dönüştürülen hastanelere ait her türlü taşınır ile taşıtlar Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından müştereken belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde birliğe devredilir. Hazineye ait ve birliğe dönüştürülen hastanelere tahsisli olan taşınmazlar ise aynı amaçlarda kullanılmak üzere, üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte birliğe tahsis edilmiş sayılır.

(5) Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülen hastane döner sermaye işletmeleri ile Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinin birliğe dönüştürüldüğü tarih itibarıyla çıkarılan bilançolarında görülen mevcut varlık, yükümlülük ve öz kaynaklar herhangi bir işleme gerek kalmaksızın birliğe devredilmiş sayılır.

(6) Birliğe dönüşme tarihinde hastanelerle ilgili yapılmış sözleşmeler, davalar ve icra takipleri birlik husumetiyle yürütülür. Hastanelere ilişkin bütün hak, yetki, yükümlülük, alacak ve borçlar birliğe geçer.

(7) Bu Kanun uyarınca birliğe dönüştürülünceye kadar Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi hakkında 3359 sayılı Kanunun; Bu Kanunla mülga 5 inci maddesi hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

(8) Döner sermaye gelirlerinden yılı yatırım programı ile ilişkilendirilerek Bakanlıkça belirlenmiş olan miktarın; genel bütçe ödeneği ile devam etmekte olan ve sağlık birliğine dönüştürülen hastanelerin bina projelerinin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri için harcanmak üzere birliklerce ilgili muhasebe birimine aktarılmasına devam olunur.

(9) Bu Kanunun 5 inci maddesinin 3 üncü fıkrasına göre birliğe tahsis edilen kadro ve pozisyonlarda bulunanlardan aylık ve ücretleri tahsisten önce Bakanlık bütçesinden ödenenlere, kesintiler ile sosyal güvenlik kurum karşılıkları dahil olmak üzere birlik bütçesinden ay itibarıyla ödenen ücret, aylık (ek gösterge dahil), taban aylığı, kıdem aylığı, aile yardımı ile zam ve tazminatlar, birliğe dönüşümü takip eden aydan itibaren 5 yıl süreyle Bakanlık bütçesinden karşılanır.

Yürürlük

MADDE 8- (1) Bu Kanun yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 9- (1) Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

I Sayılı Cetvel

Sözleşmeli Personel Pozisyon Unvan ve Sayıları

| Pozisyon Unvanı | Pozisyon Sayısı |
|-------------------------|-----------------|
| Genel Sekreter | 40 |
| Tıbbi Hizmetler Başkanı | 40 |
| İdari Hizmetler Başkanı | 40 |
| Mali Hizmetler Başkanı | 40 |
| Uzman | 800 |
| Hastane Yöneticisi | 400 |
| Başhekim | 400 |
| Müdür | 1.200 |
| Başhekim Yardımcısı | 1.200 |
| Müdür Yardımcısı | 2.500 |
| Büro Görevlisi | 160 |
| Toplam | 6.820 |

b.2 Tam Gün Çalışma

Sağlık alanında tam gün esasına göre çalışma sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerinden birisidir. Ancak tam gün esasına geçmeden önce uygun altyapının oluşması için, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürürlüğe konulan bir takım değişimlerin tamamlanmasını beklemek gerekmiştir. Bu kapsamda özellikle örgütlenme, hizmet sunumu ve personel politikalarındaki değişiklikler zikredilebilir.

Kamu sektöründe hizmet sunan sağlık kurum ve kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinde “tek çatı” altında toplanması önemli bir adım olmuştur. “Her hekime bir oda” gibi tamamlayıcı tedbirlerle vatandaşlarımızın sağlık kuruluşu ve hekim seçme hakkı büyük ölçüde uygulanabilir hale gelmiştir. Sağlık ocaklarınca verilen hizmetlerin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşmaya başlamasıyla birinci basamak sağlık hizmetleri, ücretsiz olarak tüm vatandaşların eşit şekilde ulaşabileceği yapıya kavuşturulmuştur. “Hizmet alımları” gibi uygulamalarla vatandaşların tetkik ve tahlil işlemleri çok hızlandırılmıştır. “Ek ödeme” ve benzeri uygulamaların katkısıyla sağlık kurumlarında verimlilik artırılmış, hekim sayısında kayda değer artış olmamasına rağmen muayene sayısı iki kat kadar artabilmiştir.

Ülkemizde sağlık insan kaynağı sayısındaki yetersizlik bilinmektedir. Buna rağmen dağılımdaki dengesizlik sebebiyle yaşanan sıkıntılar büyük ölçüde giderilmiştir. Bu amaçla sözleşmeli personel istihdamı, devlet hizmet yükümlülüğü, vekil ebe-hemşire çalıştırılması gibi yöntemlerle en ücra yurt köşelerinde dahi personel bulundurulması sağlanmıştır. “Personel dağılım cetveli” hazırlanarak sağlık insan gücünün en verimli ve adil şekilde dağılımı planlanmış, objektif kriterlere göre atama ve nakil sistemi kurularak uygulamaya hakkaniyet ve istikrar kazandırılmıştır.

Tam gün çalışma sistemine geçerken kamu sektöründe çalışmayı teşvik eden, verimliliği artıracak düzenlemelere Taslak’ta yer verilmiştir. Bu kapsamda; görev tazminatı ödenmesi, mesai dışı çalışma karşılığı ayrıca ek ödeme verilmesi, 45 saat olan haftalık mesai süresinin 40 saate indirilmesi, nöbet ücretlerinin yeniden tanzim edilerek artırılması, hekimlik mesleğinin icrası için vatandaşlık şartının kaldırılması, üniversiteler ile devlet hastaneleri arasında karşılıklı çalışma imkânının genişletilmesi ve kamu hizmetine geri dönüşün kolaylaştırılması konularında düzenlemeler yapılmıştır.

Belirtilen çerçevede, kısmi zamanlı çalışma sisteminden tam gün çalışma sistemine geçilmesiyle, kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerimizin tüm mesaisini başvuran vatandaşlara hasretmesi suretiyle, sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Aşağıdaki metin paydaşlarımızın görüşlerine sunulan taslağın ikinci versiyonudur. Değerlendirmeler devam etmektedir.

Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı

MADDE 1.- 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü, dördüncü ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

Yukarıdaki fıkra yer alan hükme göre personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının; pratisyen tabip ve diş tabiplerine yüzde 500’ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman diş tabiplerine yüzde 700’ünü, klinik şef ve şef yardımcılar ile profesör ve doçentlere yüzde 800’ünü, idari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ile eczacılara yüzde 250’sini ve başhemşirelere yüzde 200’ünü, diğer personele ise yüzde 150’sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Bu fıkra belirlenen tutarların tamamını hak eden personele, nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında çalışmalarından doğan katkılarını karşılık olarak bu fıkradaki oranların yüzde 50’sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılabilir. Sözleşmeli olarak istihdam edilen personele yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali personel esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir şekilde emsaliye yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez.

04/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 38 inci maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ilave ödemelerden yararlanmamak kaydıyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yaptıkları unvan için belirlenen ek ödemedan faydalandırılır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında

ihtiyaç duyulması halinde, ilgilinin ve kurumlarının muvafakatiyle üniversite veya diğer kamu kurum ve kuruluşları sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personel kısmî zamanlı olarak veya belirli vakalar ve işler için de görevlendirilebilirler. Bu şekilde görevlendirilenlere yaptıkları iş karşılığı üçüncü ve dördüncü fıkra esasları çerçevesinde döner sermayeden ödeme yapılır.”

MADDE 2- 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesinin (a) fıkrasının (2) numaralı bendine aşağıdaki alt bent eklenmiştir.

“d) Kısmî statüde görev yapmakta olan 657 sayılı Kanunun 36 ncı maddesinin (III) numaralı bendindeki sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında (hayvan sağlığı hariç) sayılan mesleklerle mensup profesör ve doçentler, özel mevzuatıyla belirlenen görevler ile araştırma-geliştirme faaliyetleri, seminer, konferans gibi faaliyetler ve telif hakları hariç olmak üzere, kamu kurumları dışında gelir getirici olarak veya bir bedel karşılığında mesleklerini icra edemezler.”

MADDE 3- 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesinin (a) fıkrasının dördüncü paragrafı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Her eğitim-öğretim, araştırma veya uygulama birimi veya bölümü ile ilgili öğretim elemanlarının katkısıyla toplanan döner sermaye gayrisafi hasılatının en az yüzde 35’i o kuruluş veya birimin araç, gereç, araştırma ve diğer ihtiyaçlarına ayrılır. Kalan kısmı ise üniversite yönetim kurulunun belirleyeceği oranlar çerçevesinde bağlı bulunduğu üniversitenin bilimsel araştırma projeleri ile döner sermaye gelirinin elde edildiği fakülte, enstitü, yüksek okul, konservatuar, uygulama ve araştırma merkezlerinde görevli öğretim elemanları, sözleşmeli personel ile aynı birimlerde görevli 14/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi memurlara (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dahil) katkıları da dikkate alınmak suretiyle ek ödeme yapılmak üzere paylaşılır. Tıp fakülteleri için bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; kuruluşların ilgili mevzuatlarında belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellikli arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının; Üniversitelerarası Kurulun önerisi üzerine Yükseköğretim Kurulunca kabul edilen ilgili birimlerde çalışan profesör ve doçent unvanlı öğretim üyelerine yüzde 800 ünü, yardımcı doçent, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabiplerine yüzde 700’ünü, araştırma görevlileri, pratisyen tabip, ve dış tabiplerine yüzde 500’ünü, hastane başmüdürü ile eczacılara yüzde 250’sini, başhemşire veya hemşirelik hizmetleri müdürü ile hastanedeki diğer müdürlere yüzde 200’ünü, diğer personele ise yüzde 150’sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanabilir. Bu maddede belirlenen tutarların tamamını hak eden personele, nöbet hizmetleri hariç mesai saatleri dışındaki çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak bu maddedeki oranların yüzde 50’sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılabilir. Sözleşmeli olarak istihdam edilen personele yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali

personel esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir şekilde emsiline yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez. Rektör ve rektör yardımcılara ile bu kapsamdaki gelirin elde edildiği fakültelerin dekan ve dekan yardımcılara, doğrudan gelir getirici katkılarına bakılmaksızın bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde ek ödeme yapılabilir. Tıp fakültelerinde ihtiyaç duyulması halinde; ilgilinin ve kurumunun muvafakati ve dekan onayı ile kamu kurumlarında görevli sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personel kısmi zamanlı olarak veya belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlere yaptıkları iş karşılığı bu madde esasları çerçevesinde döner sermayeden ödeme yapılır. Öğretim üyelerinin sundukları sağlık hizmetleri için kişilerden ayrıca ücret farkı tahsil edilemez.”

MADDE 4.- 26/07/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun Ek 2 nci maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Türk Silahlı Kuvvetleri emrinde görev yapan tabip, diş tabibi ve uzman tabipler çalışma saatleri dışında meslek ve sanatlarını serbest olarak icra edebilirler.”

MADDE 5- 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tıp mesleğini icra edebilmek için Türkiye’deki tıp fakültelerinden veya yetkili kurumca ilgili mevzuatına göre denkliği onaylanan yabancı tıp fakültelerinden diploma sahibi olmak ve diplomalarının Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş olması şarttır.

MADDE 6.- 1219 sayılı Kanunun 12 nci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Tabipler birden fazla yerde muayenehane açarak mesleğini icra edemez.

Tabipler aşağıdaki bentlerde belirtilen sağlık kurum ve kuruluşlarından yalnız birinde mesleklerini icra edebilir. Her bir bent kapsamındaki birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışma ile işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.

- a) Kamu kurum ve kuruluşları,
- b) Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları,
- c) Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest meslek icrası.”

MADDE 7.- 14/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Ancak, iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için haftalık 40 saatlik sürede, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri de ayrıca dikkate alınır ve bu çalışma süresi içinde doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler yönetmelikte gösterilir.”

MADDE 8.- 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun Ek 33 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Sağlık kurum ve kuruluşlarında haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen personele her bir izin suretiyle karşılanamayan nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 4 saatten az olmamak üzere), aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu bulunacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

| | Gösterge |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a) Klinik şefi, şef Yardımcısı, Başasistan, Uzman Tabip | 120 |
| b) Tabip, Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda, bu tüzük hükümlerine göre uzmanlık belgesi alanlarla, aynı dallarda uzmanlık unvanını doktora aşaması ile kazanmış olanlar | 110 |
| c) Diş Tabibi | 100 |
| d) Mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli | 80 |
| e) Lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli | 60 |
| f) Diğer personel | 40 |

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 50 inci maddesinin (e) bendi kapsamında bulunanlar hakkında da uygulanır.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen personele, her bir izin suretiyle karşılanamayan icap nöbeti saati için (her bir icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere), yukarıda nöbet ücreti için belirlenen ücretin yüzde 50'si tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu şekilde ücretlendirilebilecek icap nöbeti toplam süresi, aylık yüzyirmi saati geçemez.

Bu madde uyarınca yapılacak ödemeler, kurumların döner sermaye bütçesinden karşılanır.”

MADDE 9.- 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1 inci maddesinin (C) bendinin (1) numaralı alt bendinde yer alan “7.000’den daha düşük göstergeler üzerinden makam veya yüksek hakimlik tazminatı öngörülen kadrolara atanmış olanlara” ibaresinden sonra gelmek üzere “ve Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı unvanlı personele” ibaresi eklenmiştir.

MADDE 10.- (1) 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun,

(2) 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 4 üncü maddesi, yürürlükten kaldırılmıştır.

GEÇİCİ MADDE 1- Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri (hayvan sağlığı hariç) sınıfında bir unvana sahip olup, daha önce Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta iken istifa suretiyle görevlerinden ayrılmış olanlardan tekrar Bakanlıktaki eski görevlerine dönmek isteyenler, bu Kanunun yayımını takiben üç ay içinde başvurmaları halinde eski görev yerlerine, bu yerlerde durumuna uygun kadro olmaması halinde ihtiyaç duyulan münhal yerlere açıktan atama izni aranmaksızın atanırlar.

Yürürlük

MADDE 11.- (1) Bu Kanunun 5 inci, 8 inci, 10 uncu maddesinin ikinci fıkrası ve geçici 1 inci maddeleri yayımı tarihinde,
(2) Diğer maddeleri 01/1/2009 tarihinde,
yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12.- Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

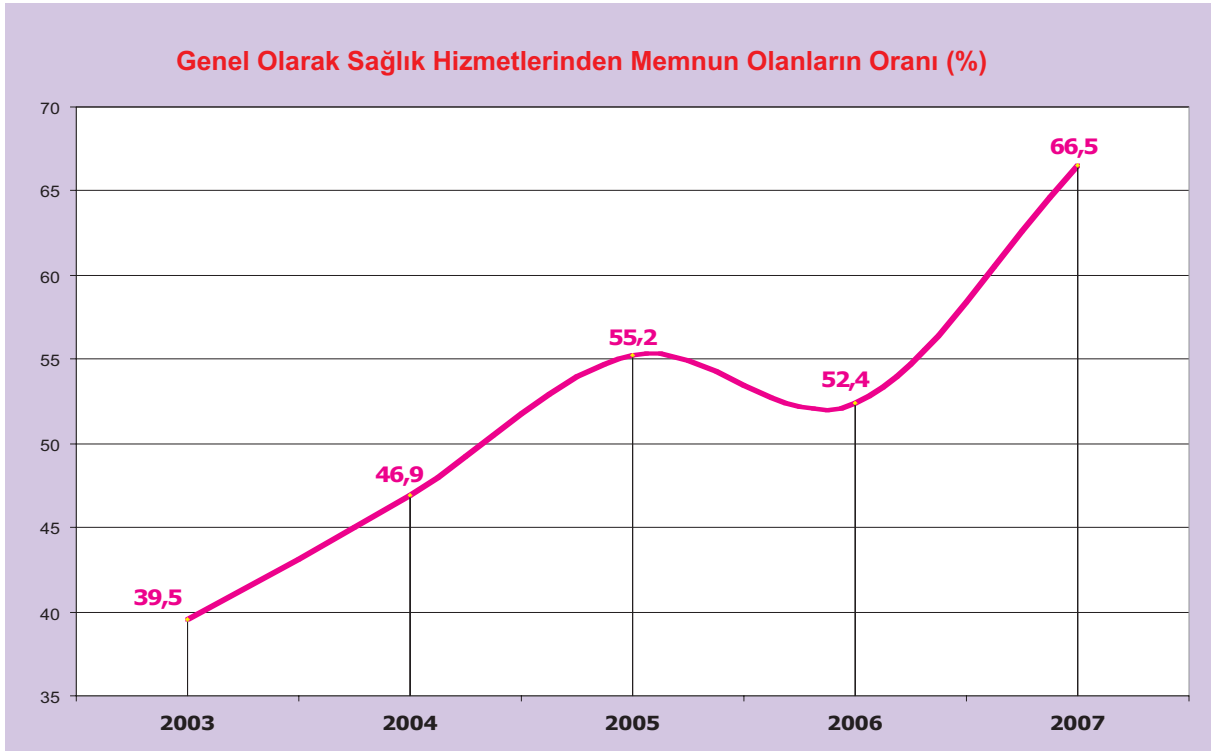
Son Söz

*Keşfedilmişleri yeniden keşfetme çabasına girmeden,
kendi bilgi ve birikimimizle,
başarılardan ve hatalardan aldığımız derslerle,
titiz ve dikkatli bir şekilde
yol alıyoruz.*

*Değişime ve dönüşüme hızlı bir şekilde başladık,
çünkü yolumuz uzun.*

*Tüm ihtiyacımız iyi niyetli, azimli, kararlı ve uzun soluklu, çalışkan, fedakar insanlardır.
Bu var... ve başarıyoruz.*

Grafik: 50



Kaynak: TÜİK

Beş yıl önce böyle değildi;

beş yıl sonra daha iyi olacak.

Kaynaklar

1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Gerekçe Metni, 1961.
2. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Metni, 1961.
3. 58. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/58hukümet>
4. 59. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/59hukümet>
5. 60. Hükümet Programı, <http://www.byegm.gov.tr/hukümetler/60hukümet>
6. Acil Eylem Planı, www.akparti.org.tr/acileylem.asp
7. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
8. Aydın, Sabahattin. Hayata Yüksekten Bakabilmek, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları İstanbul, 2008
9. Çetin E. İstanbul'da yaşayan çocuk ve adolesanlarda anemi prevalansının araştırılması (Tez), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1997
10. Demir eksikliği araştırması, Sağlık Bakanlığı – Hacettepe Üniversitesi, 2008, Ankara (Yayınlanmamış Rapor)
11. Demirel, Hüseyin. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları İstanbul, 2008
12. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası www.who.int, (Erişim Tarihi: 25.08.2008)
13. Dünya Sağlık Örgütü. 21. Yüzyılda Herkese Sağlık. WHO: Copenhagen: WHO Publications; 1998.
14. Evliyaoğlu, N. Altıntaş, D. Atıcı, A. Anne sütü, inek sütü, formül mama ile beslenenlerde demir durumu, Türkiye Klinikleri Pediatri dergisi 1996-5
15. Fişek N: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1985
16. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
17. Gökçay, G. Kılıç, A. Çocuklarda demir eksikliği anemisinin epidemiyolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dergisi, 2000-43
18. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri-Sağlık 21, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2001.
19. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA; 2002
20. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı. www.basbakanlik.gov.tr/docs/kkgm/kanuntasarilari/101-1349.do
21. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss349m.htm>
22. Lozoff, B. Andraca, I. Castillo, M. Smith, B. Behavioral and Developmental Effects of Preventing Iron-Deficiency Anemia in Healthy Full-Term Infants Pediatrics 2003-112

23. OECD Health Data, OECD Publications, 2001.
24. ÖSYM Yıllıkları
25. Özkan, B. ve ark. Prevalance of vitamin deficiency rickets in the eastern part of Turkey, Eur. J. Pediatr., September, 2008
26. Özşarı, S.H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II “Cumhuriyet’in Kazanımları” 26-28 Ekim 1998 Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.
27. Roberts, Mark J., Hsiao, W. Getting Health Reform Right, 2008
28. Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
29. Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
30. Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006
31. Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
32. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003
33. Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2007
34. Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı, Ankara 2005
35. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982
36. Türkiye Cumhuriyeti Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, DPT, Ankara, 2006
37. Ulusal Sağlık Hesapları, 2003 (Sağlık Bakanlığı Yayınlanmamış Rapor).
38. Yalçın, SS. Yurdakök, K. Açıkgöz, D. Özmert, E. Short-term developmental outcome of iron prophylaxis in infants. Pediatr Int 2004-42



ISBN: 978-975-590-273-9